

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Зима П. И., Коциашвили В. И. Непрходимость желчных путей. М.: Медицина, 1977. 160 с.
2. Раднаев В. У., Загородный В. С., Перунов Н. И., Хамин А. Н. и соавт. Диагностика и лечение синдрома Мириззи // Вестник хирургии. 1996. № 2. С. 103–104.
3. Савельев В. С., Ревякин В. И. Синдром Мириззи: диагностика и лечение. М.: Медицина, 1999. 220 с.
4. Тимербулатов В. М., Гарипов Р. М., Хунафин С. Н., Нурумханов А. А. Внутренние желчные свищи. М.: Триада-Х, 2003. 158 с.
5. Astuni M., Candeloro N., Fran R., Lagana S., Fils M. Mirizzi's syndrome as the cause of intrahepatic lithiasis // Acta clin. case., Minerva Chir. 1997. Vol. 52, № 5, May. P. 639–642.
6. Enzler P., Metzger U., Bruehlman W. et al. The Mirizzi syndrome. das Mirizzi-syndrom // Schweiz. Med. Wschr. 1984. BD. 114, № 44. P. 1534–1537.
7. Gomez G. Mirizzi Syndrome (Record Supplied By Publisher). Curr Treat Options Gastroenterol, 2002. Apr. № 5 (2). P. 95–99.
8. Pasqualini M., Zoppi S., Valente M. et al. Mirizzi's syndrome type II: a diagnostic and therapeutic problem // Minerva Chir. 1992. Vol. 47, № 12, Jun. P. 1101–1103.
9. Pedrosa C. S., Casanova R., de la Torre S., Villacorta J. CT findings in Mirizzi syndrome // J. Comput. Assist. Tomogr. 1983. Vol. 7, № 3, Jun. P. 419–425.
10. Redaelli C. A., Buchler M. W., Schilling M. K. et al. High coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma // Surg. 1997. Vol. 121, № 1. Jan. P. 58–63.
11. Targarona E. M., Andrade E., Balgue C. at al. Mirizzi's syndrome, Surg. Endosc, 1997, № 11. P. 842–845.

V. A. KULISH, P. A. KULISH,
S. V. AVAKIMJAN, A. JA. KOROVIN

PROSPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF SYNDROME MIRIZZI WITH APPLICATION MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES

Observed 32 patients with syndrome Mirizzi. The algorithm of diagnostics and treatment of disease is developed. Applied ultrasonic, ERCP, EST. The technics laparoscopic operations is shown at various types of syndrome Mirizzi. Recommendations of complex application mini-invasive procedures for maintenance of high efficiency small traumatic and are given to significant profitability. Satisfactory results of treatment are comparable to traditional methods of surgical correction of the presented pathology.

Keywords: syndrome Mirizzi, a biliary hypertension, biliary surgery, laparoscopic cholecystectomy.

A. Н. ЛИЩЕНКО, В. М. НОВИКОВ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Кубанского государственного медицинского университета*

Толстая кишка является одной из наиболее распространенных областей локализации злокачественных новообразований с неуклонным ростом их удельного веса в структуре онкологической заболеваемости [2, 5, 10]. В 40–60% наблюдений рак ободочной кишки диагностируется в осложненной стадии, в том числе 30–75% наблюдений с явлениями обтурационной толстокишечной непрходимости и других осложнений [1, 3, 11]. Послеоперационная летальность для рассматриваемой категории пациентов превышает порог 25–30% [7, 4] и обусловлена гнойно-септическими осложнениями.

С 1974 по 2005 г. в экстренных хирургических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи находились на лечении 1414 пациентов с осложненными формами рака толстой кишки. У 1057 (74,7%) больных была обтурационная кишечная непрходимость, у 159 (11,2%) – прободение с развитием перитонита, у 135 (9,6%) – кровотечение, у 63 (4,5%) – внутриопухоловое и перифокальное воспаление. Среди больных было 37,4% мужчин, 62,6% женщин. Больные старше 60 лет составили 58,7%. Возраст от 39 до 91 года (в среднем $66,24 \pm 5,42$ года). Двумя и более сопутствующими заболеваниями, отягощающими состояние, страдали 56,1% пациентов. Чаще всего встречались заболевания

сердечно-сосудистой системы, выявленные в 84,3% наблюдений. Болезни органов дыхания и сахарный диабет отмечены у 7,1% и 9,2% соответственно.

При проведении исследования нами отмечено, что лишь 1,2% пациентов обратились в клинику в течение 24 часов от начала заболевания, 44,6% больных были госпитализированы в сроки более 72 часов, а в некоторых наблюдениях давность заболевания составила более 5 суток.

Для диагностики помимо клинических данных из специальных методов исследования использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, ректороманоскопию, колоноскопию и ирригоскопию в указанной последовательности. К последним 3 методам прибегали по мере необходимости. При рентгенографии живота определяются широкие горизонтальные уровни и тени, напоминающие чаши с жидкостью (симптом Клойбера), этот патогномоничный рентгеновский признак отмечен нами у 78% больных. Примерно у половины наблюдений злокачественный характер заболевания и локализация опухоли были определены с помощью эндоскопических методов исследования. При помощи УЗИ у 504 больных выявлены уровни жидкости и скопление газов в кишке, в фиксированных отделах локализованы опухоли, определены их размеры и

структура, отношение этих образований к окружающим тканям и органам. У 57 больных выявлены метастазы в печени.

В зависимости от локализации опухоли распределились следующим образом: рак слепой кишки имел место у 24,4% больных, восходящего отдела ободочной кишки – у 11,3%, печеночного изгиба – у 4,9%, по-перечной ободочной кишки – у 9,5%, селезеночного изгиба – у 6,3%, нисходящего отдела – у 3,7%, сигмовидной кишки – у 39,9% человек. Следовательно, рак толстой кишки в правой половине располагается у 40,6% больных, в поперечно-ободочной кишке – у 9,5% и в левой половине – у 49,9% человек.

При поступлении консервативная терапия заключалась в проведении интенсивных консервативных мероприятий. Главными из них являлись применение спазмолитиков, очистительных и сифонных клизм, инфузии коллоидных и кристаллоидных препаратов, декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Безуспешность консервативного лечения, нарастание клинических проявлений болезни служили показанием к выполнению экстренных операций.

Острая обтурационная кишечная непроходимость является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений рака ободочной кишки, составляя от 15 до 75% [1, 2, 7]. По нашим данным, обтурационная непроходимость ободочной кишки наблюдалась в той или иной степени компенсации у 1057 больных (74,7%).

Это обуславливает развитие патологических сдвигов в гомеостазе, местных и общих расстройств микроциркуляции и метаболизма. Такой ход патологического процесса неизбежно приводит к интоксикации за счет как метаболических, т. е. эндогенных, так и микробных факторов. С этого момента интоксикация становится ведущим патогенетическим звеном синдрома полиорганной недостаточности в послеоперационном периоде, от которого погибают более 50% (от числа умерших) оперированных.

Клиника стенозирующей опухоли слепой или восходящей кишки близка к проявлениям низкой непроходимости тонкой кишки: схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота, вздутие, болезненная перистальтика, симптом Валя, шум плеска при поколачивании брюшной стенки. Непроходимость при опухоли сигмовидной или нисходящей ободочной кишки развивается чаще, чем при поражении правой половины ободочной кишки, по следующим причинам: 1) диаметр сигмовидной и нисходящей ободочной кишки вдвое меньше диаметра слепой и восходящей ободочной кишки; 2) в левой половине чаще развиваются эндофитно растущие опухоли; 3) сформировавшийся плотный кал чаще обтурирует стенозированный участок, чем кашицеобразное содержимое оральных отделов ободочной кишки.

При рентгенографии живота определяются широкие горизонтальные уровни и тени, напоминающие чаши с жидкостью (симптом Клойбера). Нормальный стул не должен дезориентировать врача, так как проходящее через стеноз жидкое кишечное содержимое в аборальных отделах толстой кишки превращается в плотный кал. Непроходимость при опухолях нисходящей ободочной и, особенно, сигмовидной кишки проявляется задержкой кала и газов. При низкой непроходимости толстой кишки нормального стула обычно нет. Ампула прямой кишки пустая. Из заднего прохода выделяется зловонная слизь, иногда с примесью крови, что иногда трактуется как понос. Жидкий стул при низкой непроходи-

мости толстой кишки не парадокс, а закономерный признак неполной обструкции: процессы брожения и гниения застойного кишечного содержимого разжижают кал, жидкая часть которого преодолевает сужение и извергается наружу. Наиболее частыми симптомами обтурационной непроходимости являются боли в животе (75,2%), задержка стула и газов (64,3%), вздутие живота (63,2%) рвота (49,4%), усиление перистальтики (19,8%), обнаружение при пальпации опухоли в брюшной полости (35,4%) и др.

Большинство авторов, учитывая тяжесть состояния больных, обусловленную интоксикацией, вызванной, с одной стороны, опухолевым процессом, с другой – кишечной непроходимостью, опасность возникновения грозных осложнений после радикальных операций (нестоятельность швов анастомоза, перитонит и т. п.), считают целесообразным выполнение паллиативных вмешательств на высоте острой кишечной непроходимости, мотивируя их объем необходимостью спасения жизни больного, когда радикальная операция (резекция кишки вместе с опухолью) не может быть произведена в связи с высоким операционным риском.

Эти авторы [6, 8] предлагают многоэтапные операции, начиная вмешательство с формирования декомпрессивных колostом, а удаление опухоли рекомендуют выполнять после улучшения состояния больных и соответствующей подготовки.

Сторонники радикальных операций, учитывая недостатки многоэтапных вмешательств (прогрессирование ракового процесса, метастазирование опухоли, нарастание интоксикации и т. п.), предлагают резекцию кишки вместе с опухолью и наложение разгрузочной колостомы в одном этапе операции, откладывая восстановление желудочно-кишечного тракта на второй этап [3, 7] вмешательства с формированием декомпрессивных колостом, а удаление опухоли рекомендуют выполнять после улучшения состояния больных и соответствующей подготовки.

При правосторонней локализации резектабельной опухоли и компенсированной непроходимости операцией выбора является правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза в один этап. С целью “защиты” анастомоза, борьбы с парезом кишечника, эндотоксикозом целесообразно использование назоинтестинальной интубации перфорированным зондом. При наличии перитонита, декомпенсированной непроходимости, общем тяжелом состоянии пациента следует отказаться от наложения анастомоза в один этап и закончить операцию формированием илео- и трансверзостомы. При нерезектабельной опухоли операция ограничивается наложением обходного илеотрансверзоанастомоза “бок в бок”. При резектабельной опухоли левой половины ободочной кишки показана обструктивная резекция как первый этап лечения с последующей реконструктивной операцией через 5–6 месяцев. Резекция с первичным восстановлением непрерывности не применяется из-за высокой степени операционного риска [1, 5, 6]. В связи с тем что обструктивная резекция, завершаясь наложением концевой колостомы, создает оптимальные условия дренирования кишечника при его непроходимости и одновременно оказывается онкологически радикальной, показания к этой операции должны быть самыми широкими. При неоперабельной опухоли левой половины толстого кишечника операция, как правило, заканчивается формированием петлевой колостомы.

Клинически радикальные операции у этой категории пациентов удалось выполнить у 419 (39,5%) больных с послеоперационной летальностью 28,8%. При этом одномоментные вмешательства составили 20,8%, двухэтапные – 73,4%, многоэтапные (по методу Цейдлера-Шлоффера) – 5,8% от числа радикально оперированных больных. Чаще всего (в 58% наблюдений) выполнялось наложение двусторонней колостомы. Обходные анастомозы были наложены в 10,5% наблюдений. По мнению многих авторов, общая летальность при непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза составляет 40–60% [8, 9]. Наиболее частой причиной смерти были перитонит, прогрессирующая интоксикация, пневмония, сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность.

Проведенный анализ результатов лечения больных острой обтурационной непроходимостью ракового происхождения позволяет считать, что хирургическая тактика при этой патологии должна быть сугубо индивидуальной.

Большое значение приобретают детоксикационные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде. Задачей дезинтоксикационной терапии являются максимальное уменьшение концентрации, инактивация, связывание и ускорение транспорта токсических веществ к органам физиологического обезвреживания, а также выведение их из организма. Необходимо учитывать и то, что процесс образования токсинов является не единовременным фактором, а происходит постоянно. Поэтому важным моментом наряду с де-токсикацией являются скорейшее восстановление функции желудочно-кишечного тракта, обеспечение энергетических потребностей с целью исключения распада внутриклеточных белков и жиров.

В последние годы большое значение в дезинтоксикационной терапии приобрело непрямое электрохимическое окисление крови с помощью гипохлорита натрия, особенно у больных с тяжелым течением послеоперационного периода.

Диагноз заболевания у всех больных подтвержден гистологически (аденокарцинома разной степени дифференцировки).

Лучшие непосредственные результаты лечения достигнуты при тех видах хирургических вмешательств, при которых удаление опухоли производилось на первом этапе операции.

Перфорация кишечной стенки при раке ободочной кишки является грозным осложнением. Из 1414 больных прободение новообразования отмечено у 159 человек (11,2%).

Классическая картина внутрибрюшной катастрофы характеризуется острой болью в животе, затрудненным вдохом, резким напряжением мышц передней брюшной стенки, исчезновением печеночной тупости при перкуссии, коллапсом, наблюдается не у всех больных. Перфорация не всегда подтверждается рентгенологически, так как небольшое перфоративное отверстие, плотные каловые массы, спаечный паратуморозный процесс препятствуют попаданию газа в свободную брюшную полость. Однако даже при стертых клинических проявлениях эпизод внезапной боли в животе, местная болезненность, защитное напряжение мышц живота, вазомоторные и вегетативные реакции (тахикардия, бледность, влажная кожа) позволяют предположить наличие перфорации и сформулировать показания к неотложной лапаротомии.

Перфорация в забрюшинное пространство мезопротонеально расположенных отделов восходящей или нисходящей ободочной кишки протекает атипично. Информативным признаком забрюшинной флегмоны считается исчезновение четкой наружной границы большой поясничной мышцы на обзорной рентгенограмме живота, существенная роль в диагностике принадлежит УЗИ.

Экстренная операция – единственная мера спасения жизни больного при прободении ободочной кишки. Попытки ушивания перфоративного отверстия, как правило, не приносят положительного результата. При крайне тяжелом состоянии больного допустимо ушивание с наложением полного разгрузочного свища и дополнительной ограничивающей тампонадой брюшной полости. При перфорации опухоли правой половины ободочной кишки показана правосторонняя гемиколэктомия. Оптимальным вариантом завершения операции в условиях перитонита мы считаем формирование концевой илео- и трансверзостомы, хотя ряд авторов считают возможным формирование илеотрансверзоанастомоза даже в условиях распространенного перитонита [1, 5, 10].

При левосторонней локализации перфоративной опухоли выполняется обструктивная резекция левой половины толстой кишки или операция типа Гартмана (при локализации опухоли в средней трети сигмовидной кишки или в ректосигмоидном отделе). Эта операция относится к числу радикальных операций и заключается в резекции пораженного сегмента кишки с брыжейкой, ушивании дистального конца наглухо и выведении проксимального на кожу передней брюшной стенки в виде противоестественного заднего прохода. Все операции по поводу прободения завершаются дренированием брюшной полости с последующим лечением перитонита по общепринятым принципам. Длительный стаз кишечного содержимого на фоне кишечной непроходимости в сочетании с трофическими процессами в стенке кишки приводят к образованию пролежней и перфорации; разрыву от перерастяжения кишки, расположенной оральнее стеноза. Иногда наблюдаются перфорации во время эндоскопического или рентгеновского исследования.

Частота кровотечения при раке ободочной кишки колеблется в широких пределах: от 9,2 до 93% [2, 3, 9]. По нашим наблюдениям, клиническое кровотечение из раковых опухолей ободочной кишки наблюдалось у 135 больных (9,6%). Профузные кровотечения встречаются значительно реже (2,8–5,4%).

Кровотечение из опухоли является результатом распада ткани с аррозией сосуда. Это чаще бывает при экзофитном и язвенном росте опухоли, но при язвенной форме кровотечение может быть массивным с самого начала вследствие аррозии крупных сосудов, иногда артериальных, расположенных в основании опухоли, или в стенке кишки.

Для диагностики кровоточащего рака ободочной кишки важное значение имеет эндоскопическое обследование, которое позволяет почти у всех больных поставить правильный диагноз.

Лечение всех больных с кровоточащим раком ободочной кишки должно начинаться с проведения консервативных мероприятий. В большинстве случаев оно позволяет остановить кровотечение. Во всех случаях необходимы переливание свежеконсервированной крови и использование гемостатических средств.

Лечебная эндоскопия находит широкое распространение при кровотечениях из толстой кишки. При этом

используют орошение аминокапроновой кислотой, динироном, аппликацию коллагена. Применение электрокоагуляции в этих случаях опасно и малоэффективно.

Основным методом лечения больных с кровоточащим раком толстой кишки является хирургический. Ввиду того, что консервативные мероприятия у большинства больных являются эффективными, операции выполняются в плановом порядке.

При опухолях правой половины ободочной кишки показана, как правило, правосторонняя гемиколэктомия. При раке нисходящей ободочной кишки должна быть выполнена левосторонняя гемиколэктомия, причем у самых тяжелых больных следует отказаться от первичного восстановления непрерывности кишечного канала и закончить операцию выведением односторонней концевой колостомы в левое подреберье.

При опухолях сигмовидной кишки производится резекция с одномоментным анастомозом (у тяжелых больных обструктивная резекция или операция Микулича, Грекова). Так называемая разгрузочная цекостома как компонент резекции ободочной кишки не оправдывает себя и в настоящее время не применяется. Свищ слепой кишки не отключает аборальные отделы, не предотвращает пассажа кишечного содержимого через соусье, а следовательно, не препятствует развитию перитонита вследствие несостоительности швов.

Нередким осложнением рака толстой кишки является воспалительный процесс как в самой опухоли, так и в соседних органах и тканях. Частота таких осложнений достаточно велика и составляет от 12 до 35% [2, 4, 11]. По мнению многих хирургов, все злокачественные опухоли инфицированы [4, 7, 8]. Инфекция сквозь патологически измененную стенку кишки легко проникает как в саму опухоль, так и за ее пределы. При этом в окружающей клетчатке могут развиваться очаги воспаления различных размеров и форм, вплоть до гнилостного расплавления тканей.

Клинические проявления воспалительных изменений опухоли зависят от многих причин, прежде всего от распространенности опухолевого процесса, формы и локализации очага воспаления, общего состояния и возраста больного. Клиническая картина внутриопухолевого или перифокального воспаления развивается постепенно и, как правило, клинически не проявляется. Наиболее выраженные обострения воспалительного процесса проявляются неспецифическими признаками: усилением болей, напряжением мышц, наличием симптомов раздражения брюшины, повышением температуры и появлением лейкоцитоза. Иногда при пальпации может определяться болезненное или безболезненное опухолевидное образование. В результате прогрессирования воспалительного процесса могут образовываться инфильтраты передней брюшной стенки с переходом во флегмону, гнойный паранефрит, абсцессы малого таза и забрюшинного пространства, местный или разлитой перитонит. При самопроизвольном вскрытии флегмоны передней брюшной стенки могут образовываться каловые свищи.

По сообщению большинства авторов, воспалительные изменения в опухоли и окружающей клетчатке чаще развиваются при локализации рака в правой половине ободочной кишки [10].

По нашим наблюдениям, эти признаки воспаления отмечены у 36 из 63 больных раком правой половины, у 3 пациентов, страдающих раком поперечной ободоч-

ной кишки, и у 24 больных при расположении опухоли в левых отделах ободочной кишки.

В клинике были оперированы 63 больных с различными формами воспалительных изменений в опухоли и окружающей клетчатке. У 7 из 36 больных раком правой половины ободочной кишки произведена правосторонняя гемиколэктомия. У 8 больных этой локализации при наличии местного перитонита и выраженного спаечного процесса брюшной полости выполнен илеотрансверзоанастомоз. Распространение воспалительного процесса на окружающую клетчатку у 21 больного вызвало: образование абсцессов – у 7 пациентов и флегмону – у 14. При этом у 5 больных флегмоны и абсцессы располагались в толще передней брюшной стенки, а у 14 – в забрюшинной клетчатке. У 3 больных раком поперечной ободочной кишки наложен двусторонний искусственный задний проход. Воспалительные изменения раковой опухоли сигмовидной кишки выявлены у 21 больного. Им выполнена операция Гартмана. Двум пациентам с гнойной опухолью селезеночного изгиба толстой кишки с разлитым перитонитом сделано дренирование брюшной полости. Одному пациенту наложена двусторонняя колостома. Приведенные данные свидетельствуют о том, что при таком грозном осложнении, как выраженное воспаление опухоли, результаты лечения больных раком ободочной кишки нельзя считать удовлетворительными.

Таким образом, результаты хирургического лечения с осложненным раком ободочной кишки считаются недостаточно хорошими. Для улучшения результатов хирургического лечения этой категории больных необходимо улучшение предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, совершенствование оперативной техники, рациональной хирургической тактики и определенных показаний к различным видам операций. Это позволит улучшить показатели лечения. Хирургическая тактика при этой патологии должна быть сугубо индивидуальной.

Поступила 7.03.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста // Российский онкологический журнал. 1998. № 6. С. 23–28.
2. Александров Н. Н., Лыткин М. И., Петров В. П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь, 1980. 303 с.
3. Алиев С. А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки // Хирургия, 1998. № 8. С. 58–67.
4. Блохин Н. Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. М.: Медицина, 1981. 255 с.
5. Булыгин В. И., Эктов В. Н., Наливкин А. И., Романов А. М. Хирургическое лечение осложненных форм опухолей правой половины ободочной кишки // Хирургия. 1997. № 5. С. 14–17.
6. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л., 1970.
7. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия. Киев, 1988. 197 с.
8. Ерохин В. П., Ерохин И. А., Шемякин И. С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. М.: Медицина. 1987. 255 с.
9. Ефимов Г. А., Ушаков Ю. М. Осложненный рак ободочной кишки. М.: Медицина, 1984. 151 с.
10. Метревели В. В. Некоторые опухоли толстой и прямой кишки. Тбилиси, 1973.

11. Василевский И. И., Маркелов Е. М., Пампутис Н. П. Обоснование расчлененных операций при обтурационном илеусе толстой кишки // Острые хирургические заболевания брюшной полости. Ростов-на-Дону, 1991. С. 29–30.

A. N. LISCHENKO, V. M. NOVIKOV

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED MALIGNANT COLON'S GROWTH

We have analyzed 1414 patients with malignant colon's growth. The flow of the disease had

complicated with acute colon's obstruction in 1057 (74,7%) cases, perforation and general peritonitis in 159 (11,2%) cases, haemorrhage in 135 (9,6%) cases, intratumoral and perifocal inflammation in 63 (4,5%) cases.

Type of surgical corrections depended on localization of tumor and kind of complications. Lethality after radical treatment of the malignant colon's growth with the bowels obstruction makes 28,8%.

Key words: malignant colon's growth, acute colon's obstruction.

A. M. МАНУЙЛОВ, А. И. ШАДИЕВ, Е. А. БОЛДОВСКАЯ

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА И РАДИКАЛЬНУЮ ДУОДЕНОПЛАСТИКУ

Кафедра хирургии, урологии, травматологии и ортопедии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар

Язвенная болезнь в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. Успехи современной фармакотерапии заметно не повлияли на частоту развития осложнений, требующих хирургического лечения, при этом 15–20% больных оперируются по экстренным показаниям или в плановом порядке (Комаров Ф. И. с соавт., 1992; Панцырев Ю. М., 1995).

Язвенный дефект желудка или двенадцатиперстной кишки возникает вследствие нарушения равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки. Такая схема патогенеза язвенной болезни была предложена в 1959 году Shay и остается справедливой и по настоящее время.

Считается, что сама язва – это результат нарушения равновесия кислотно-пептической агрессии и защитных свойств слизистой оболочки желудка и ДПК (Баранская Е. К., 2000; Васильев Ю. В., 2002; Авакимян В. А. с соавт., 2003; Дель-Валль Д., 1999). Каждая функция всегда выполняется конкретной структурой (Саркисов Д. С., 1987). Среди хирургов пока нет единого мнения об оптимальной хирургической тактике у пациентов с осложненным течением язвенной болезни (Брискин Б. С. с соавт., 1991; Оноприев В. И. с соавт., 2001; Хэм А. В. с соавт., 1983).

Попытки излечения язвенной болезни путем резекции желудка или ваготомии не приводят к снижению летальности и заметно ухудшают качество жизни (Горбунов В. Н. с соавт., 1998; Гринберг А. А. с соавт., 1996; Крылов Н. Н. с соавт., 1998).

Показания к хирургическому лечению не ограничивают диапазон выбора тактики в лечении осложненной дуоденальной язвы. Пожалуй, еще более остро стоит вопрос, какое хирургическое вмешательство необходимо предпринять в той или иной конкретной ситуации (Мануйлов А. М. с соавт., 2001).

Большая частота пострезекционных и постваготомических патологических синдромов заставляет хирургов искать альтернативные пути лечения язвенной болезни и ее осложнений.

В последние два десятилетия в мировой клинической литературе прогрессивно увеличивается число работ, освещающих качество жизни (КЖ) пациентов. Под этим термином чаще всего понимают индивидуальную способность к функционированию в обществе и комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека (Viehwues H. et al., 1991). Само понятие КЖ вошло в клиническую практику в 1982 г., когда A. McSweeney (1982) выделил

УДК 616.33(342-002.44-089.168.1

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	<20	20–29	30–39	40–49	50–59	>60	Всего
Мужчины, %		5 (5,2%)	11 (11,4%)	29 (30,2%)	12 (12,5%)	10 (10,4%)	67 (69,7%)
Женщины, %		2 (2,1%)	7 (7,3%)	11 (11,5%)	4 (4,2%)	5 (5,2%)	29 (30,3%)
ИТОГО		7 (7,3%)	18 (18,7%)	40 (41,7%)	16 (16,7%)	16 (15,6%)	96 (100%)