

С.С. Клоков, А.П. Кошель, В.А. Алексеев, Т.Г. Жерлова

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)*

Цель: улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии путем разработки стратегии выбора оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2000 по 2011 г. операции по поводу ахалазии кардии выполнены у 75 больных. В том числе было 34 мужчины и 41 женщина в возрасте от 27 до 78 лет. Степень ахалазии кардии определяли по классификации Б.В. Петровского (1957). При этом II степень заболевания выявлена у 25 пациентов, III — у 28, и у 22 пациентов имела место ахалазия кардии IV степени. Длительность заболевания — от 6 мес. до 15 лет ($m = 7,4 \pm 1,3$ года).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Разработаны и внедрены в клинику оригинальные методики операции при ахалазии кардии, в зависимости от степени заболевания (Патенты РФ № 2242934; 2286720).

При ахалазии IV степени выполняется операция демуккозизация пищевода с проведением в остающемся мышечном футляре желудочного трансплантата.

Наличие ахалазии кардии II–III степени реже является показанием к оперативному лечению, вместе с тем, у части больных возникает настоятельная необходимость хирургической коррекции. В этой связи большую помощь оказывает углубленное обследование. Так, признаками ахалазии кардии, подлежащей оперативному лечению, являются: повышение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) более 42 мм рт.ст.; отсутствие пищеводной перистальтики или ее значительное ослабление; расслабление НПС при глотании менее чем на 60 %. Проба с сибазоном и спазмолитиком позволяет дифференцировать ахалазию кардии от кардиоспазма. Наличие одного, а тем более сочетание нескольких симптомов по данным инструментальных исследований является показанием для хирургической коррекции у этих больных, которым выполняется тотальная демускуляризация суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Все больные после операции поправились. Средний послеоперационный койко-день составил $11,5 \pm 2,7$ сут. после первого варианта операции и $8,5 \pm 1,7$ сут. — после второго.

Рецидивов заболевания в сроки до 5 лет не было. Больные трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сформированные искусственный «пищевод» и «кардия» сохраняют свою органическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных и отсутствие рецидивов заболевания во все сроки наблюдения.

А.П. Кошель, С.С. Клоков, Е.Б. Миронова, А.В. Карпович

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)*

Ключевым моментом любого варианта панкреатодуоденальной резекции является панкреатоеюноанастомоз. Именно от функции данного соустья во многом зависит уровень качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Исходя из этого, в нашей клинике проф. Г.К. Жерловым разработан и широко применяется способ панкреатодуоденальной резекции с формированием арфелюкского панкреатоеюноанастомоза.

Цель: изучить показатели качества жизни у больных после панкреатодуоденальной резекции по методике Г.К. Жерлова.