

Г.К. Жерлов, В.М. Воробьев, А.П. Кошель

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНУСИЛЕННОГО РАДИОЧАСТОТНОГО АППАРАТА «ЭЛЕКТРОПУЛЬС С-350 РЧ» ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной природы продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной неотложной хирургии. Несмотря на определенные успехи в терапии язвенной болезни, острые гастродуоденальные язвенные кровотечения и сегодня сопровождаются высокой летальностью, достигающей у оперированных больных 20 % и более. Среди методов остановки кровотечения из гастродуоденальных язв одно из ведущих мест занимает эндоскопическая коагуляция.

Нами проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза 24 пациентов при желудочном кровотечении F-I-B и F-II-A с применением АргонуСИЛЕННОГО радиочастотного хирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ» фирмы «Электропульс» (г. Томск). У 17 (70,8 %) пациентов был достигнут стойкий гемостаз, у 6 (25 %) потребовалось выполнение повторного гемостаза, в одном случае (4,2 %) была выполнена экстренная операция, по поводу продолжающегося кровотечения. Основным преимуществом данного инструмента является низкая задымленность в момент коагуляции, возможность действия не только в прямолинейном (осевом) направлении вдоль оси зонда, но и в боковых направлениях (поперечном, радиальном), уменьшение толщины карбонизированного губчатого слоя некроза за счет вытеснения из зоны воздействия кислорода воздуха. При использовании аргонуСИЛЕННОГО радиочастотного хирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ» поток аргона удаляет с поверхности ткани, истекающую кровь и тем самым очищает ткань для непосредственного хирургического воздействия, улучшая визуализацию кровоточащей поверхности и эффективность коагуляции.

Таким образом, мы считаем, что когда имеет место кровотечение F-I-B и F-II-A у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) необходимо проведение консервативных мероприятий (эндоскопический гемостаз) в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. При этом предпочтительнее использовать аргонуСИЛЕННЫЙ радиочастотный хирургический скальпель.

Т.Г. Жерлова, А.В. Карпович

НОВЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ И КАРДИОСПАЗМА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования: разработка объективного метода дифференциальной диагностики кардиоспазма и ахалазии кардии, позволяющего выбрать наиболее эффективный способ лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одним из современных способов диагностики заболеваний пищевода и нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в частности является эзофагеальная манометрия. Манометрическими критериями ахалазии кардии являются гипертонус НПС (более 40 мм рт. ст.), отсутствие полного расслабления при глотке (расслабление менее 60 %) и снижение амплитуды или полное отсутствие пищеводной перистальтики. Для дифференциальной диагностики ахалазии и кардиоспазма данное исследование нами было дополнено фармакологической пробой: после первоначального исследования пациенту выполнялась внутримышечная инъекция сибазона в дозе 0,15 мг/кг массы тела и но-шпы в дозе 0,57 мг/кг массы тела. Через 15 минут после инъекции исследование повторяли. При снижении тонуса НПС менее 40 мм рт. ст. и расслаблении его более 60 % при глотании делали вывод о функциональном характере патологии (кардиоспазм) и назначали консервативное лечение. При отсутствии существенных изменений в показателях по сравнению с базовыми диагностировали истинную ахалазию кардии и проводили оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предлагаемым способом обследовано 14 пациентов с предварительным диагнозом ахалазии кардии II – III степени. Диагноз выставлялся на основании комплексного обследования, включавшего ФЭГДС, эндоскопическую ультрасонографию, рентгеноскопию с барием. При выполнении эзофагальной манометрии с проведением фармакологической пробы у 8 пациентов установлен органический характер спазма НПС, у остальных 6 – функциональный кардиоспазм.

Всем 6 пациентам с диагнозом кардиоспазма проводилась консервативная терапия включавшая проведение 4–6 сеансов пневматической кардиодилатации с интервалами 4–5 дней и экспозицией 3–5 минут с последующим назначением нитросорбида или коринфара (по 1 таблетке до еды) и седативных препаратов. Восемью пациентам с ахалазией кардии выполнено оперативное лечение в объеме тотальной демускуляризации суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Результаты оценивали через 6 месяцев после первого сеанса кардиодилатации или операции с последующим ежегодным контролем. Средний срок динамического наблюдения пациентов составил $6,2 \pm 3,5$ года.

В группе пациентов, получавших консервативную терапию, у всех больных отмечен хороший и стойкий положительный эффект, при этом у двух пациентов рецидива не отмечалось в течение всего периода наблюдения. У остальных четырех пациентов рецидивы спазма отмечались не раньше, чем через 2 года после первого курса пневмодилатации и также успешно купировались повторными курсами.

Среди 8 оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде никаких хирургических осложнений не отмечалось. Эффект от лечения наблюдался с первых дней после операции и сохранялся на протяжении всего периода динамического контроля. Рецидивов не отмечено ни у одного из пациентов данной группы.

ВЫВОД

Предлагаемый способ дифференциальной диагностики позволяет установить основные причины повышения тонуса и нарушения расслабления НПС у пациентов с диагнозом ахалазии кардии, с последующим выбором адекватного плана лечебных мероприятий для получения наиболее благоприятного результата.

Г.Ф. Жигаев, А.Д. Быков, И.С. Зутьхарова

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)**

Холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни в 15,2–23,6 % случаев заканчиваются внутренними дренирующими операциями, необходимость которых вызвана патологией внепеченочных желчных путей (Федоров В.О., 2001; Pedrazzolis et al., 1999). Отмечающийся рост числа пациентов с этой патологией и расширение круга оперирующих хирургов, в том числе проводящих эндоскопические холецистэктомии, привело к увеличению осложнений, связанных с выполнением неадекватных по объему операций и увеличению повторных и реконструктивных вмешательств.

Данное исследование основано на анализе результатов оперативного вмешательства 53 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ. Им были выполнены повторные операции на желчных путях после стандартных (в т.ч. эндоскопических) холецистэктомий в связи с развившимися осложнениями.

Ранние релапоротомии были выполнены у 19 (35,8 %) больных. Основной причиной было прогрессирование и развитие желчного перитонита, вследствие подтекания желчи из ложа пузыря у 9 пациентов, повреждения холедоха в 6, несостоятельности ХДА в 4-х случаях.

Причиной поздних повторных операций у остальных 34 больных были неустановленные во время первой операции патологии холедоха: резидуальные камни холедоха – у 14 больных, рубцовое сужение терминального отдела холедоха – у 8, посттравматическая стриктура холедоха – у 3, наружный желчный свищ – у 3, недостаточное дренирование общего желчного протока, вызванное ростом опухоли после ранее выполненной билиодигестивной операции, – у 6 пациентов.

Повторно большим выполнены следующие операции: холедохотомия и холедохолитотомия в сочетании с дренирующими операциями – 21 больному, супрадуоденальный ХДА – 13, гепатикохолангиоэнтероанастомоз с отключением тонкой кишки – 4, фистулоэнтеростомия – 3, пластика гепатохоледоха на скрытом дренаже – 3, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика – 4, холедохоеюноанастомоз с ЭЭА – 2, сквозное транспеченочное дренирование гепатикохоледоха – 2 больным.