

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для основных этнических групп, проживающих в городе Улан-Удэ (бурят и других национальностей), наблюдаются различия в формировании генофондов по территории, с которой происходит миграционный поток. Так, для супругов в бурятских браках характерна миграционная активность в пределах Бурятии и близлежащих Иркутской и Читинской областей, а приток мигрантов из более отдаленных регионов менее выражен. В браках между представителями некоренных национальностей шире представлена география брачного рынка по России, по сравнению бурятами. Брачные миграции женихов и невест с территории Бурятии для каждой этнической группы в значительной степени отражают преобладание в населении отдельных районов Республики Бурятия той или другой национальности.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошевой, С.Б. Бутуханов

**ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ
ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования — обосновать показания к проксимальной резекции желудка и улучшить результаты профилактики и лечения гастроэзофагеальных кровотечений у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу исследования положены материалы наблюдений за 21 больным. Сроки наблюдения составляют от 2 до 23 лет. У 2 (9,5 %) пациентов операция в модификации клиники выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением и отсутствием эффекта от консервативной гемостатической терапии. Еще 2 (9,5 %) пациента были оперированы в срочном порядке в связи с высоким риском рецидива кровотечения. У 17 (81,0 %) пациентов операции выполнены после остановки кровотечения, плановой подготовки в условиях гастроэнтерологического отделения. 12 (57,1 %) пациентов были ранее оперированы: трем была выполнена спленэктомия, двум — операция Таннера, и семи — операция Пациора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. У 8 (38,1 %) больных отмечены осложнения, связанные с прогрессированием печеночной недостаточности: нарастание асцита у 6 (28, 6 %), развитие печеночной энцефалопатии 1 стадии — у 2 (9,5 %). У одного (4,8 %) больного отмечено развитие варикотромбофлебита нижних конечностей на фоне проведения профилактических мероприятий, и еще у одного (4,8 %) — формирование подкожной гематомы в области лапаротомного шва после экстренной операции. Все осложнения были купированы с помощью консервативных мероприятий в течение 2 — 4 недель. В трех случаях невозможность манипулирования из-за размеров селезенки послужила основанием для спленэктомии. После операции по срочным показаниям у одной (4,8 %) больной развились аспленическая тромбоцитемия и тромбоз вен портальной системы. Осложнение купировано с помощью антикоагулянтной терапии. При обследовании установлено миелопролиферативное заболевание, продолжено лечение в специализированном стационаре. У 18 больных заживление в области анастомоза протекало с развитием воспаления 0 — 1 ст. Анастомозит 2 ст. зафиксирован у 3 (14,3 %), что потребовало применения антисекреторных и обволакивающих препаратов. Пройодимость анастомоза была сохраненной. Из 21 пациента в сроки до 5 лет после операции умерли 3 (14,3 %) от прогрессирующей печеночной недостаточности. Гастроэзофагеальные кровотечения не были отмечены ни у одного больного.

В отдаленные сроки обследованы 15 больных. Отмечено наличие транзиторного асцита у 2 пациентов и печеночной энцефалопатии, резистентной к терапии, у одного. При эндоскопическом исследовании пищеводно-желудочный переход определялся сомкнутым, при введении воздуха раскрывался до 16 — 19 мм, тубус эндоскопа проходил в культю желудка без усилия, при ретроградном осмотре в области искусственной кардии определялся клапан, плотно охватывающий тубус эндоскопа. У 3 больных в сроки от 3 до 5 лет обнаружено рецидивирование варикозных изменений вен пищевода; у 2 из них выполнена эндоскопическая склерооблитерация вен. Моделирование искусственной кардии, индивидуальный выбор объема резекции желудка и функциональная состоятельность привратника обусловили отсутствие пострезекционных осложнений, таких, как демпинг-синдром и диспептические расстройства. Тяжелой агастральной астении и

выраженной хронической анемии у наблюдаемых больных отмечено не было. Мы считаем, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют рассматривать данное вмешательство как метод выбора при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, позволяющий получить хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде и малое количество послеоперационных осложнений.

Т.Г. Жерлова, И.А. Белоус

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования — разработать новый способ хирургического лечения больных с ахалазией кардии IV ст., позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде, связанных с традиционными способами хирургического лечения ахалазии кардии IV ст: гнойно-септических процессов средостения, гипотонии желудка, гастроэзофагеального рефлюкса, а также позволяющий восстановить качество жизни больных в отдаленные сроки после операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные с диагнозом ахалазии кардии IV ст., верифицированным по данным рентгенологического исследования, эзофагеальной манометрии, трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии. Разработан собственный метод хирургического лечения, позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов в отдаленные сроки. После верхнесрединной лапаротомии формируют изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка шириной 22–25 мм с сохранением желудочно-сальниковой артерии. При формировании пищевода выполняется селективная проксимальная ваготомия, сохраняющая иннервацию антрального отдела желудка, что положительно сказывается на моторно-эвакуаторной функции всего трансплантата. Абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити-держалки, подшивается к ножкам сухожильной части диафрагмы, затем ее отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5–2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудиноключично-сосцевидной мышцы, и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5–2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистую прошивают аппаратом УО-40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела пищевода формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного отдела пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде чулка в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода. Послеоперационное наблюдение осуществляли с помощью рентгенологического, эндоскопического, ультрасонографического и манометрического исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенным способом в клинике прооперировано 7 пациентов, двое мужчин и пять женщин в возрасте от 42 до 59 лет. В послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений не выявлено ни у одного пациента. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило