

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в клинике с 1999 по 2011 гг. радикальные операции выполнены у 103 больных, в том числе 57 мужчинам и 46 женщинам в возрасте от 29 до 74 лет. Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена у 71 (68,9 %) больного, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 32 (31,1 %). Показанием к оперативному лечению послужили рак головки поджелудочной железы 89 (86,4 %) и рак фатерова сосочка 14 (13,6 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 7,8 %. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 30 пациентов, что составило 31,6 % (у части пациентов имело место сочетание 2 и более осложнений).

Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций составила  $9,3 \pm 2,7$  мес. (от 4 мес. до 6 лет). При этом только два (2,2 %) из 89 больных с аденокарциномой поджелудочной железы пережили 5-летний рубеж. Среди пациентов с опухолью *p. Vateri* 5-летняя выживаемость составила 42,9 %.

Изучение качества жизни проводили в ранние (10 — 14 сутки), ближайшие (1,5 — 3 мес.) и отдаленные (более 6 мес.) сроки после операции с использованием универсального опросника GIQLI (ГИ).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде отмечается максимально низкий уровень качества жизни (ГИ =  $70,5 \pm 7,2$ ), особенно по шкалам «психическое состояние» и «физическое состояние», что связано в первую очередь с операционной травмой. В ближайшем послеоперационном периоде отмечено повышение уровня качества жизни (ГИ =  $93,5 \pm 5,2$ ). В сроки до года после операции общий уровень качества жизни увеличился в среднем на 8,6 % (по сравнению с ближайшим послеоперационным периодом) и составил  $102,7 \pm 6,2$  балла. Среди причин, ухудшающих течение отдаленного послеоперационного периода, на первом месте были симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы, что требовало проведения медикаментозной коррекции (ферментные препараты), иногда постоянной. Спустя три года после операции ГИ имел тенденцию к увеличению ( $110,3 \pm 6,1$ ). Основной «проблемой» оставались явления внешнесекреторной недостаточности, которые купировались назначением ферментных препаратов. Ни в одном случае не отмечено нарушений, характерных для рефлюкса кишечного содержимого в желчное дерево.

Таким образом, изучение качества жизни у пациентов в различные сроки после операции с формированием арефлюксных билиодигестивных анастомозов, показало, что формируемые соустья, обладая арефлюксными свойствами, предупреждают заброс кишечного содержимого в желчные протоки, предотвращая развитие такого тяжелого осложнения как рефлюкс-холангит, обеспечивая достаточно высокий уровень качества жизни оперированных больных.

**А.П. Кошель, В.М. Воробьев, Д.Н. Чирков, Е.И. Маевский, В.Г. Круглов**

### ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

#### ВВЕДЕНИЕ

Тактика при лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями за последнее столетие перематрировалась неоднократно, вместе с тем, все методы ведения больных в той или иной степени укладываются в 3 основных тактических подхода: активный, активно-выжидательный и выжидательный. Число сторонников и противников каждого из них периодически меняется, что обусловлено развитием технического прогресса и фармацевтической промышленности, а также переосмыслением этиологии и патогенеза язвенной болезни.

**Цель:** обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 802 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1999 по 2011 г. Среди пациентов было 598 мужчин и 204 женщины в возрасте от 15 до 89 лет. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило  $17 \pm 2,7$  ч.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 245 (30,6 %), язвенная болезнь ДПК — у 504 (62,8 %) поступивших, у 34 (4,2 %) пациентов имелись

сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 19 (2,4 %) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с кровотечением *F-I-A* оперированы после короткой предоперационной подготовки в экстренном порядке. При наличии кровотечения *F-I-B* проводилась гемостатическая терапия, как медикаментозная, так и эндоскопическая. При неэффективности консервативного лечения (в течение 6 часов), пациентам предлагалось выполнение экстренной операции. Если через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения (*F-II-A, F-II-B,*) пациентам с длительным язвенным анамнезом настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (*F-II-C*) больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Из 782 пациентов оперировано 345 (44,1 %). В том числе экстренно — 46, в срочном порядке оперировано 128 пациентов.

Послеоперационная летальность составила 3,8 % больных. В том числе 9 пациентов, оперированных на фоне рецидивного кровотечения. Послеоперационные осложнения имели место у 12,2 %. Средний койко-день после операции составил  $19,5 \pm 3,3$  сут.

Таким образом, считаем, что при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений следует более активно предлагать оперативное лечение. В случае выявления кровотечения *F-I-A* и *F-I-B* необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение *F-II-A* и *F-II-B* у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение, у этой группы больных, следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

**В.Г. Круглов, А.П. Кошель**

#### ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

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

Несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза острого панкреатита, внедрение современных технологий лечения, летальность при деструктивных формах заболевания сохраняется на уровне 20–30 % и более.

**Цель исследования:** поиск оптимальной тактики и выбор способа лечения острого панкреатита.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1990 по 2011 г. под нашим наблюдением находился 1561 больной с острым панкреатитом, в том числе 705 мужчин и 856 женщины в возрасте от 21 до 80 лет. Средний койко-день составил 14,3 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1341 (85,9 %) больных, деструктивные — у 220 (13,3 %) (в том числе геморрагический панкреонекроз — 118 (53,6 %) и жировой — 102 (46,4 %)). В диагностике использовали общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. Оценка тяжести состояния больных при поступлении проводилась по шкале Ranson.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При наличии отечной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3-х пациентам назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандастатин), парентеральные формы  $H_2$  блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания — назначали нутри-