

Частота тех сопутствующих заболеваний, которые могут оказывать явное влияние на эффективность восстановительного лечения и формирования реабилитационных программ

Параметры	«Стент-ОИ» n = 88		«Стент-ПИКС» n = 28		«Стент-ИБС» n = 20	
	кол-во пациентов	%	кол-во пациентов	%	кол-во пациентов	%
Артериальная гипертония	70	80	20	71	16	80
Сахарный диабет	10	11	2	7		
ОХП	32	36	8	29	14	70
ЯБДЖК	14	16	10	36	2	10
ГД	24	27	2	7	6	30
НПР	20	23	8	28	2	10

Из приведенных результатов видно, что НПР перед началом реабилитации у пациентов анализируемых групп диагностировались психоневрологами в 30% случаев (группа «Стент-ПИКС»).

Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника нельзя оставлять без внимания, так как наличие остеохондроза обуславливает особенности на применение адаптивной физической культуры. Кроме этого, боли в грудной клетке, ассоциированные с остеохондрозом, могут расцениваться как больным, так и врачом в качестве коронарных, что пугает пациента и неадекватно выстраивает лечебную тактику. Как видно из табл.3, верифицированный остеохондроз сопутствовал ишемической болезни не менее чем у 30% пациентов.

В заключение можно вновь подтвердить, что хирургические методы лечения ишемической болезни сердца – это блестящее достижение современной медицины, но необходимо акцентировать внимание на рядестораживающих фактов. Совершенно очевидно, что к моменту проведения эндоваскулярного протезирования у больных с ишемической болезнью сердца «накапливается» целый букет сердечно-сосудистых осложнений и сопутствующих заболеваний. К большому сожалению, пациенты, знающие о своих заболеваниях, недостаточно внимания уделяют факторам риска, постоянному и адекватному профилактическому лечению. Приведенные результаты показали, что только перенесенный инфаркт миокарда «заставляет» задуматься о здоровом образе жизни и регулярном лечении. Профилактические мероприятия, начиная от санитарно-просветительной работы до качественной диспансеризации, в настоящее время недостаточны и требуют совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья [Текст] / Н.А. Агаджанян, А.И. Труханов, Б.А. Шендеров. – М.: «Сириус», 2002. - 156с.
2. Антофьев В.Ф. Особенности восстановительного лечения пациентов после реваскуляризации миокарда [Текст] / В.Ф. Антофьев, В.Б. Аретинский. – Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «УГГА», 2004. - 171с.
3. Карпов Ю.А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения [Текст] /

Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. – М.: «Реафарм», 2003. - 256с.

4. Ключев В.М. Система лечения и реабилитации больных ишемической болезнью сердца в многопрофильном лечебном учреждении [Текст]: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. - 48с.
5. Коронарное шунтирование (Рекомендации Американской Ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа) [Текст] / Под ред. В.И. Ганюкова, Ю.Б. Юрченко. – Красноярск: ИПК «Платина», 2000. - 200с.
6. Маликов В.Е. Руководство по реабилитации больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования [Текст] / Маликов В.Е. и др. – М.: Изд-во ИЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999. - 106с.
7. Разумов А.Н. Служба восстановительной медицины и ее роль в охране здоровья населения [Текст] / А.Н. Разумов, И.П. Бобровицкий, А.В. Шакула // Вестник восстановительной медицины. - 2003. - № 4. - С.3-5.

Б.Л. Мейлах, Е.А. Столина, А.И. Прудков

МОРБИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В СОЧЕТАНИИ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОМОМЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Центр косметологии и пластической хирургии, г. Екатеринбург

В настоящее время ожирение относится к числу наиболее глобальных заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 30% населения планеты имеет избыточную массу тела. Данное заболевание тесно связано с развитием связанных с ожирением заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, сахарный диабет типа 2, синдром обструктивных апноэ во сне, неалкогольный стеатоз печени, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) [1]. Распространенность ГЭРБ в общей популяции взрослого населения достигает 10 [2], а у больных патологическим ожирением – 85% [1, 3]. Это связано с повышенным внутрибрюшным давлением и склонностью к

одномоментному приему большого объема пищи у данной категории больных. Доказано, что при сочетании рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, консервативная терапия имеет только симптоматическое значение и требует пожизненного приема ингибиторов желудочной секреции [4]. Эти препараты влияют только на кислотную составляющую рефлюксанта и не всегда предотвращают прогрессирование заболевания. Опубликованы данные исследований, указывающих на большое значение гастроэзофагеального рефлюкса в развитии кардиоэзофагеальных раков [2].

Задачей бариатрического хирурга является не только снижение массы тела пациента, но и коррекция сопутствующей ожирению патологии [3]. В связи с этим в нашей клинике осуществлена попытка хирургического лечения ГЭРБ у больных морбидным ожирением.

Материалы и методы. За период с 1998 г. по декабрь 2004 г. нами прооперировано 160 пациентов с морбидным ожирением со средней исходной массой тела 130.1 кг и средним индексом массы тела 46.2 кг/м².

Показанием к оперативному лечению ожирения мы считали неэффективность консервативной терапии, отсутствие эндокринной этиологии ожирения и психических заболеваний, а также превышение индекса массы тела 40 кг/м² или 35 кг/м² в сочетании с выраженной сопутствующей ожирению патологией.

Во всех случаях выполнялась лапароскопическое бандажирование желудка бандажем «Lap-band» фирмы «Inamed Health», США.

Однако среди больных морбидным ожирением оказалось 118 человек (73.8%), у которых была выявлена ГЭРБ. При этом у 77 пациентов (73.5%) установлено заболевание 1-2 стадии, а у 41 (26.5%) больного установлено сочетание рефлюксной болезни 3-4 стадии и ГПОД, что является показанием к хирургической коррекции этих нарушений. При этом необходимо следовать основным принципам антирефлюксной хирургии: создание зоны высокого давления в области эзофагогастрального перехода, восстановление абдоминальной позиции желудка, запирающей функции ножек диафрагмы и острого угла Гиса, сохранение проходимости кардии [2]. Совместить гастропластику «Lap-band» и фундопликацию невозможно: в зоне формирования манжетки стенка желудка многократно утолщается, и бандажирование вызовет на этом уровне непроходимость желудка. Однако бандаж, по нашему мнению, выполняет функцию фундопликационной манжетки и дополнительного усиления нижнего пищеводного сфинктера у данной категории больных не требуется. Таким образом, мы применили следующую методику. Выделяется абдоминальный отдел пищевода, в брюшную полость низводится грыжевая часть желудка. Бандаж устанавливается и фиксируется в муфте, сформированной стенками желудка 4-5 серо-серозными швами. Крурорафию выполняли больным, у которых диаметр ПОД превышал 4 см (т.е. был больше или сопоставим с размерами гастропластической манжетки), остальным крурорафия не проводилась. Пациентам с ГЭРБ 1-2 стадии выполнялось бандажирование желудка по обычной методике. Регулировка бандажа осуществля-

лась под рентгенологическим контролем пассажа бариевой взвеси.

Антирефлюксную эффективность этих операций в группе больных морбидным ожирением и ГЭРБ 3-4 стадии в сочетании с ГПОД мы сравнили с результатами лечения группы из 42 пациентов, не страдавших ожирением, перенесших лапароскопическую крурорафию и фундопликацию по Ниссену-Розетти, выполненную по стандартной методике. Показанием к операции в контрольной группе была ГЭРБ 3-4 стадии на фоне ГПОД.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии и клиническим проявлениям ГЭРБ.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность операций в группе пациентов, перенесших гастропластику, колебалась от 80 до 240 мин, в среднем составила 100 мин, в контрольной группе – от 65 до 240 мин, в среднем составила 95 мин.

Интраоперационных осложнений не отмечено. Конверсий доступа в лапаротомию было 2 (обе в период освоения методики): одна в основной группе в связи с выраженным спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости после ранее перенесенной операции и одна в контрольной группе по поводу фиксированной ГПОД 3 степени.

Серьезных осложнений течения послеоперационного периода в обеих группах не было. Послеоперационная дисфагия встретилась у 9 пациентов (21.4%), которым выполнялась операция Ниссена-Розетти, была купирована консервативно.

Послеоперационный койко-день в основной группе колебался от 2 до 3 суток и составил в среднем 2,3, в контрольной – от 2 до 5, в среднем 2,9.

У 3 больных, перенесших бандажирование желудка, в отдаленном периоде развилась непроходимость желудка на уровне стояния бандажа. В 2-х случаях причиной непроходимости был отек слизистой малого желудка на уровне бандажа, либо obturация просвета недостаточно измельченной пищей. Данные нарушения были скорректированы консервативно. У одной больной непроходимость желудка после неоднократных приступов рвоты была обусловлена смещением бандажа в ранние сроки после операции. При анализе установлено, что причиной рвоты явился многократный прием грубой пищи в первый месяц после операции. Пациентке выполнена лапароскопическая переустановка бандажа.

Оценка антирефлюксной эффективности осуществлялась через 1 год после операции. Частота выявления пищеводных симптомов в обеих группах больных представлена в табл.1.

Таблица 1

Пищеводные симптомы ГЭРБ через 1 год после операции

Симптом	Частота, %	
	«Lap-band» n=41	Операция Ниссена-Розетти n=42
Изжога	-	4.8
Загрудинные боли	2.4	9.5
Дисфагия	-	11.9
Рефлюкс желудочного содержимого в полость рта	-	-

Из таблицы следует, что пищеводные симптомы ГЭРБ регрессировали полностью у 97.6% больных, которым выполнены круорография и бандажирование желудка и только у 88.1% пациентов, прооперированных по Ниссену-Розетти.

Внепищеводные проявления ГЭРБ представлены в табл. 2.

Таблица 2
Внепищеводные симптомы ГЭРБ через 1 год после операции

Симптом	Частота, %	
	«Lap-band» n=41	Операция Ниссен-Розетти n=42
Псевдокоронарные боли	-	7.1
Бронхолегочный синдром	7.3	16.7
Ларингеальные симптомы	-	-

Таким образом, внепищеводные симптомы ГЭРБ отсутствовали у 92.7% больных в основной и у 83.3% в контрольной группе.

Частота проявлений диспепсии представлена в табл.3.

Таблица 3
Проявления диспепсии через 1 год после операции

Симптом	Частота, %	
	«Lap-band» n=41	Операция Ниссен-Розетти, n=42
Отрыжка	-	-
Чувство вздутия живота	-	-
Икота	4.9	4.8
Тошнота	7.3	-

Проявлений диспепсии не отмечали 92.7 и 95.2% пациентов в основной и контрольной группах соответственно, таким образом, достоверной разницы не отмечено ($p > 0.05$).

Исходя из вышеизложенного, клиническое выздоровление в основной группе встречалось на 10% чаще, чем в контрольной.

Надо отметить, что у всех 77 больных с ГЭРБ 1-2 стадии, которым выполнена гастропластика по обычной методике, клинические проявления также были купированы, несмотря на то, что в послеоперационном периоде медикаментозная терапия им также не проводилась.

Существенных различий течения раннего послеоперационного периода в обеих группах больных не отмечено. Это связано с примерно одинаковой травматичностью примененных оперативных вмешательств.

Считаем, что лучшие результаты в плане антирефлюксной эффективности при выполнении гастропластики связаны со значительным снижением внутрибрюшного давления вследствие похудения. Средний индекс массы тела больных патологическим ожирением снизился с 46.2 до 32.2 кг/м², что соответствует снижению массы тела в среднем на 39.4 кг. Дополнительным благоприятным фактором является то, что пациенты «застрахованы» от переядания и вынужде-

ны принимать пищу дробно небольшими порциями. Таким образом, бандажирование желудка является патогенетическим способом лечения ГЭРБ у больных морбидным ожирением.

Выводы

1. Гастропластика бандажем «Lap-band», являясь элементом комплексного лечения ожирения, имеет антирефлюксный эффект.

2. У больных морбидным ожирением гастропластика с выполнением круорографии по показаниям более эффективна, чем операция Ниссен-Розетти у пациентов, не страдающих ожирением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И. Ожирение: Руководство для врачей [Текст] / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М., 2004. - 449с.
2. Кубышкин В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [Текст] / В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк. – М., 1999. - 189с.
3. Inabnet W.B. Laparoscopic bariatric surgery [Text] / W.B. Inabnet, E.J. Demaria, S. Ikramuddin. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003. - 334p.
4. Hunter J.G. A Physiologic Approach to Laparoscopic Fundoplication for Gastroesophageal Reflux Disease [Text] / J.G. Hunter // Annals of Surgery. - 1996. - V.223, N6. - P.585-593.

Л.В. Пивенштейн

ОПЫТ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НЕИЗВЕСТНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Областной онкологический диспансер

В большинстве наблюдений у больных с диссеминированными и метастатическими формами злокачественных опухолей можно идентифицировать локализацию первичной злокачественной опухоли. Однако в ряде случаев у пациентов обнаруживают лишь метастазы, в то время как выявить первичную опухоль не удается, так как опухоли неизвестной первичной локализации (ОНПЛ) способны нарушать закономерности диссеминации злокачественных новообразований [2]. Составляя от 3 до 15% [1, 3] от всех вновь диагностированных злокачественных опухолей, ОНПЛ представляют собой разнородную группу, объединяемую высоким метастатическим потенциалом с превалированием клинических проявлений метастазов над симптоматикой первичного очага [8]. Общая заболеваемость при данной «нозологической форме» составляет от 8 до 19 случаев на 100000 населения в зависимости от страны и расы.

Частота поражения различных органов при метастазировании ОНПЛ различна. Наиболее часто страдают органы грудной клетки (29%), реже всего – головной и спинной мозг (8%) [2]. Частота выявления первичного очага при жизни больного колеблется от