

Литература

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
Glantz S. The Medical and biologic statistics / S.Glantz. – M.: Practice, 1999. – 459 p.

2. Голохваст К.С. Цеолиты: обзор биомедицинской литературы / К.С. Голохваст, А.М. Паничев // Успехи наук о жизни. – 2009. - № 1. – С. 118-152.

Golohvast K.S. Zeolite: the review of the biomedical literature / K.S. Golohvast, A.M. Panichev // Successes of sciences about life. – 2009. - № 1. – P. 118-152.

3. Изучение пищедобывающего поведения в модульном устройстве / Т.А. Баталова [и др.] // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2009. – № 11. – 1242 - 1246.

Studying food-extracting behavior in the modular device / T.A. Batalova [et al.] // Russian physiological journal of I.M. Setchenov. – 2009. – № 11. – P. 1242 - 1246.

4. К механизму защитного эффекта цеолитов при стресс- воздействи / С.В. Соловьев [и др.] // Материалы международного эмбриологического симпозиума «Югра-эмбрио. Закономерности эмбриофетальных морфогенезов у человека и позвоночных животных» 21-22 октября 2004 г. – Ханты-Мансийск. 2004. – С. 340-342.

To the mechanism of protective effect of zeolites at stress-influence / S.V. Soloviev [et al.] // Materials international embriological a symposium «Jugra-embryo. Laws embriofetalis morphogenetiz at the person and vertebrate animals» on October, 21-22st 2004 г. – Khanty-Mansiysk. 2004. – P. 340-342.

5. Паничев А.М. Литофагия в мире животных и человека / А.М. Паничев. - М.: Наука, 1990. - 220 с.

Panichev A.M. Litofagija in fauna and the person / A.M. Panichev. - M.: Science, 1990. - 220 p.

6. Паничев А.М. О причинах и следствиях литофагального инстинкта / А.М. Паничев,

К.С. Голохваст // Успехи наук о жизни. – 2009. - № 1. - С.70-81.

Panichev A.M. About causes and effects litofagijalis an instinct / A.M. Panichev, K.S. Golohvast // Successes of sciences about life. – 2009. - № 1. - P.70-81.

7. Способ измельчения природного цеолита для производства биологически активных добавок / К.С. Голохваст [и др.] // Химико-фармацевтический журнал. – 2010. – Т. 44, № 2. – С. 54-57.

Way of crushing of natural zeolite for manufacture of biologically active additives / K.S. Golohvast [et al.] // Himiko-pharmaceutical journal. - 2010. – V. 44, № 2. – P. 54-57.

8. Типологические особенности поведения крыс / Н.Р. Григорьев [и др.] // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2007. - № 8. - С. 817-826.

Typological features of behavior of rats / N.R. Grigoriev [et al.] // Russian physiological journal of I.M. Setchenov. – 2007. - № 8. - P. 817-826.

А.В. Тобохов, В.Н. Николаев

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

УДК 611.3:616-006(571.56)

Проанализированы результаты обследования и лечения 71 больного раком пищевода. Представлены основные клинические симптомы заболевания, результаты инструментальных методов исследования, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, а также сведения об осложнениях ближайшего послеоперационного периода, ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение.

Results of checkups and treatment of 71 patients with esophageal cancer were analysed. Clinical symptoms of illness, results of instrumental methods of research, immediate and long-term results of surgical treatment, and data about complications of immediate post-operative period, immediate and long-term results of operative therapy are provided.

Keywords: esophageal cancer, surgical treatment.

Введение. В структуре онкологических заболеваний пищеварительного тракта рак пищевода в мире по данным литературы занимает одно из первых мест. За последние два десятилетия тенденции к явному снижению заболеваемости раком пищевода не отмечено. Смертность от рака пищевода в ряду других злокачественных заболеваний достигает 5-6% [3].

В России рак пищевода занимает 14-е место в структуре заболеваемости и 7-е место в структуре смертности среди злокачественных новообразований [2]. Общее число заболевших раком пищевода в России ежегодно составляет в среднем 7000 случаев, из них 75% опухолей диагностируется у мужчин. При этом пик заболеваемости приходится на возраст старше 60 лет [3]. По показателям смертности населения от злокачественных новообразований Якутия вполне может быть отнесена к территории «чрезвычайного онкологического риска» [1].

ТОБОХОВ Александр Васильевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, avtobohov@mail.ru; **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент МИ СВФУ, w.nik@mail.ru.

К факторам, непосредственно влияющим на исход лечения при раке пищевода, относятся локализация и объем процесса, наличие метастазов и заинтересованность соседних органов, возраст больного, а также наличие и характер сопутствующих заболеваний.

Проблема выбора вида, объема операции, методов комбинированного и комплексного лечения остается весьма актуальной и обосновывает необходимость продолжения поисков в выборе оптимального метода лечения больных раком пищевода.

Материалы и методы исследования. По поводу рака пищевода за исследуемый период в хирургическом отделении № 1 РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я) находился на лечении 71 пациент в возрасте от 40 до 81 года. Из них мужчин было – 55 (77,5%), женщин – 16 (22,5%); лиц коренного населения – 60 (84%), больных других различных национальностей – 11 (16%) (табл.1).

Всем больным проводилось комплексное обследование, из которых основными были: рентгеноскопия пищевода, фиброгастроэзоскопия с проведением биопсии для гистологической

верификации опухоли. Для определения наличия метастазов, уточнения границ внепищеводного распространения опухоли проводились УЗИ, КТ.

Результаты и обсуждение. Первым проявлением заболевания по поводу, которого обращаются пациенты, является дисфагия (82% случаев) (табл.2).

Как видно из приведенной таблицы, болезнь также проявляла себя болью и загрудинным дискомфортом – 13 (18%) случаев, резким похуданием и слабостью – 13 (18%) и в 3 (4%) слу-

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

40-50 лет		50-60 лет		Старше 60 лет	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
10	14	29	41	32	45

Таблица 2

Клиническая симптоматика у больных

Клинические симптомы	Абс.	%
Дисфагия	58	82
Боль и загрудинный дискомфорт	13	18
Резкое похудание и слабость	13	18
Другие симптомы	3	4

Таблица 3

Методы операции в зависимости от локализации рака пищевода

Методы операции	Локализация рака пищевода			
	Верхняя треть грудного отдела пищевода	Средняя треть грудного отдела пищевода	Нижняя треть грудного отдела пищевода	Кардиоэзофагальная локализация
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	-	15	8
	Через три доступа	5	4	-
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой толстой кишкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	-	3	3
	Через три доступа	1	-	-
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой тонкой кишкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	-	-	1
	Через три доступа	-	1	-

чаях – другими симптомами, такими как регургитация, слюнотечение, осиплость голоса.

При рентгеноскопии пищевода выявляются сужение просвета пищевода – 67 (94%), дефект наполнения пищевода – 69 (97), обрыв складок слизистой пищевода – 54 (76) и ригидность стенок пищевода – 63 (89%) случая.

При ФЭГДС выявляются следующие изменения со стороны пищевода: сужение просвета пищевода – 67 (94%), инфильтрация его стенок – 69 (97), ригидность стенок – 68 (96), контактная кровоточивость их – 52 (73), изъязвления – 37 (52), отек стенки пищевода – 6 (8), опухоль в виде белесоватого бугорка 3 (4) и опухоль в виде бугристой поверхности – 32 (45%) случая.

При КТ выявляются следующие изменения: сужение просвета пищевода – 67 (94%), утолщение стенки пищевода – 69 (97), уплотнение стенки пищевода – 71 (100), опухолевое образование – 70 (98), увеличение регионарных лимфоузлов – 23 (32) и прорастание в соседние органы – 18 (25%) случаев.

После вышеперечисленных методов обследования был диагностирован ранний рак T_1, N_0, M_0 у 3 (4%) пациентов, опухоль прорастала через все слои пищевода и имелось регионарное метастазирование T_{2-3}, N_1, M_0 у 43 (61%), опухоль прорастала в соседние органы, имелись отдаленные метастазы в печень, легкие, под- и надключичные лимфатические узлы T_4, N_x, M_1 у 25 (35%) пациентов. Рак пищевода чаще локализовался в средней трети пищевода у 32 (45%) больных, в нижней трети у 18 (25), кардиоэзофагальный рак у 11 (16) и у 10 (14%) больных – верхней трети пищевода.

По результатам исследования выполнены радикальные операции 43 (61%) пациентам из 71 обследованного (табл.3).

Как видно из вышеприведенной таблицы, 31 (72%) больному была произведена экстирпация пищевода с заднемедиастинальной пластикой желудочной трубкой с расширенной лимфодиссекцией, 1 (2) пациенту произведена подкожная пластика желудочной трубкой, 9 (21) пациентам пластика толстой кишкой и 2 (5%) больным выполнена тонкокишечная эзофагопластика. При этих операциях в 74% случаев (32 пациента) доступ был абдоминоцервикальный (трансхиatalный) по Савиных, в 26% (11) – тройной доступ.

Во время проведенных радикальных операций интраоперационных осложнений не наблюдалось.

У 30 (70%) пациентов послеоперационный период протекал гладко. Назогастральный зонд удалялся на 4-е–5-е сутки после операции. Швы снимались на 10-е–13-е сутки после операции. Больные были выписаны на 12-е–17-е сутки после операции.

Ближайший послеоперационный период у 5 (12%) пациентов осложнился присоединением легочной патологии, у 2 (5) пациентов развился медиастинит, у 4 (9) больных выявлена несостоятельность швов шейного анастомоза, у 1 (2) – парез голосовых связок, летальный исход в 1 (2%) случае на фоне несостоятельности дуоденоконоанастомоза, медиастинита, трахеального свища.

При осложнениях со стороны легких проводилась пролонгированная искусственная вентиляция легких, санация трахеобронхиального дерева и соответствующая терапия.

При медиастинитах производилось дренирование средостения, интенсивная антибактериальная, противовоспалительная терапия.

В связи с несостоятельностью швов шейного анастомоза 1 пациенту налож-

жена гастростома. У 3 пациентов оперативного лечения не понадобилось, несостоятельность ликвидирована эндоскопическим методом.

В пред- и послеоперационный периоды все пациенты проходили курсы лучевой и химиотерапии.

Отдаленные результаты были прослежены у 15 пациентов в течение 1–1,5 лет, рецидивов и метастазов не было.

Одним из ярких примеров является пациентка И., 1946 г.р. Обратилась за медицинской помощью с жалобами на затрудненное глотание твердой пищи, боли за грудиной, иррадиирующие в спину. В течение месяца с момента первого обращения в лечебные учреждения диагностирован плоскоклеточный умеренно-дифференцированный рак средней трети пищевода $T_3 N_0 M_0$ III ст. III кл. гр.

На тот момент опухоль была расценена как неоперабельная (рис. 1).

После проведенного курса лучевой терапии было отмечено уменьшение опухоли в размерах от 10–12 см до 5 см. Как следующий этап лечения проведена операция экстирпация пищевода через торакотомный разрез справа в VI межреберье, одномоментная эзофагопластика изоперистальтической желудочной трубкой. Результат цитологического исследования: высокодифференцированный плоскоклеточный рак с инвазивным ростом в подслизистый и мышечный слои с воспалительной инфильтрацией в мышечном слое. В краях резекции злокачественного роста не выявлено. В ближайшем послеоперационном периоде течение гладкое, без осложнений (рис. 2).

У пациентки в первые месяцы после операции вновь появилось затрудненное прохождение пищи. В результате проведенного обследования: эзофагоскопии, рентгеноскопии пищевода,

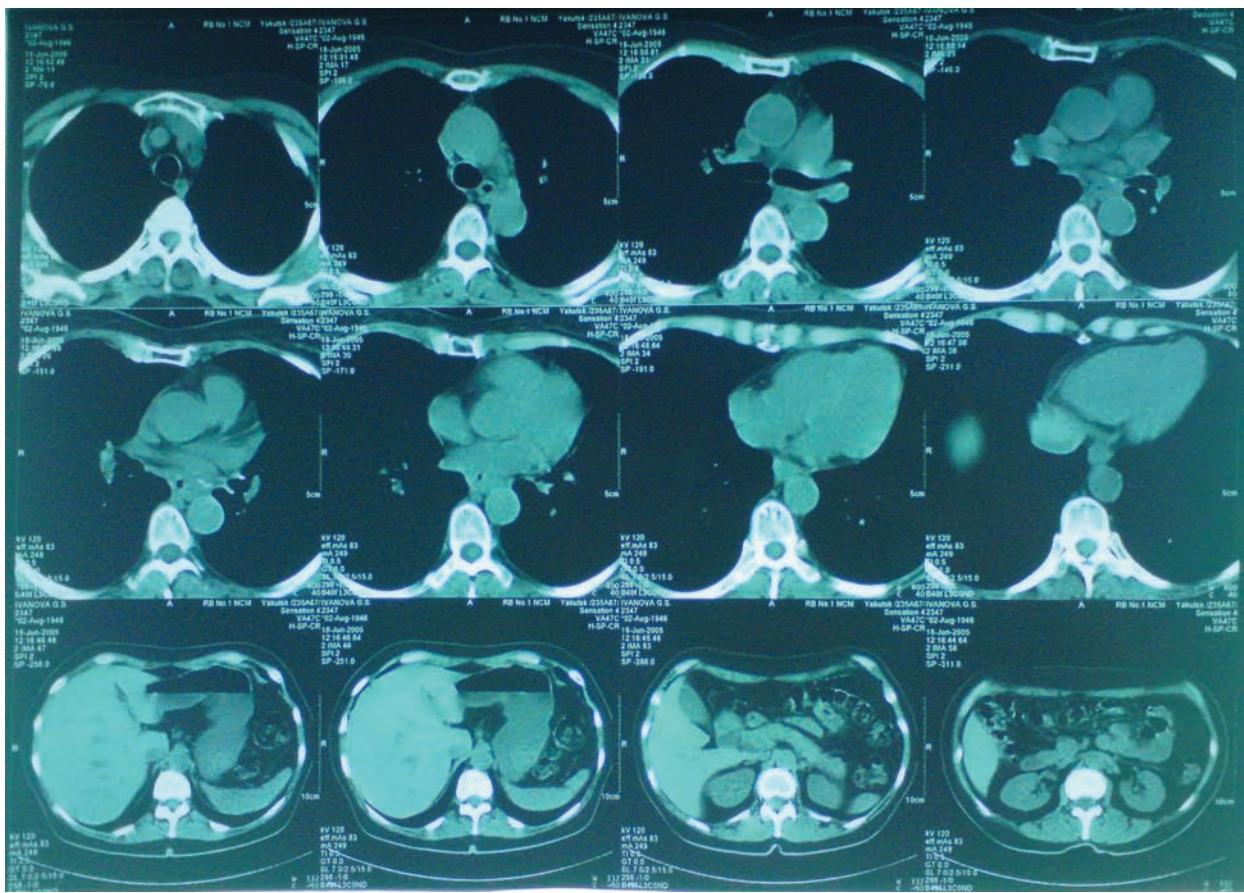


Рис.1. РКТ органов средостения, до операции

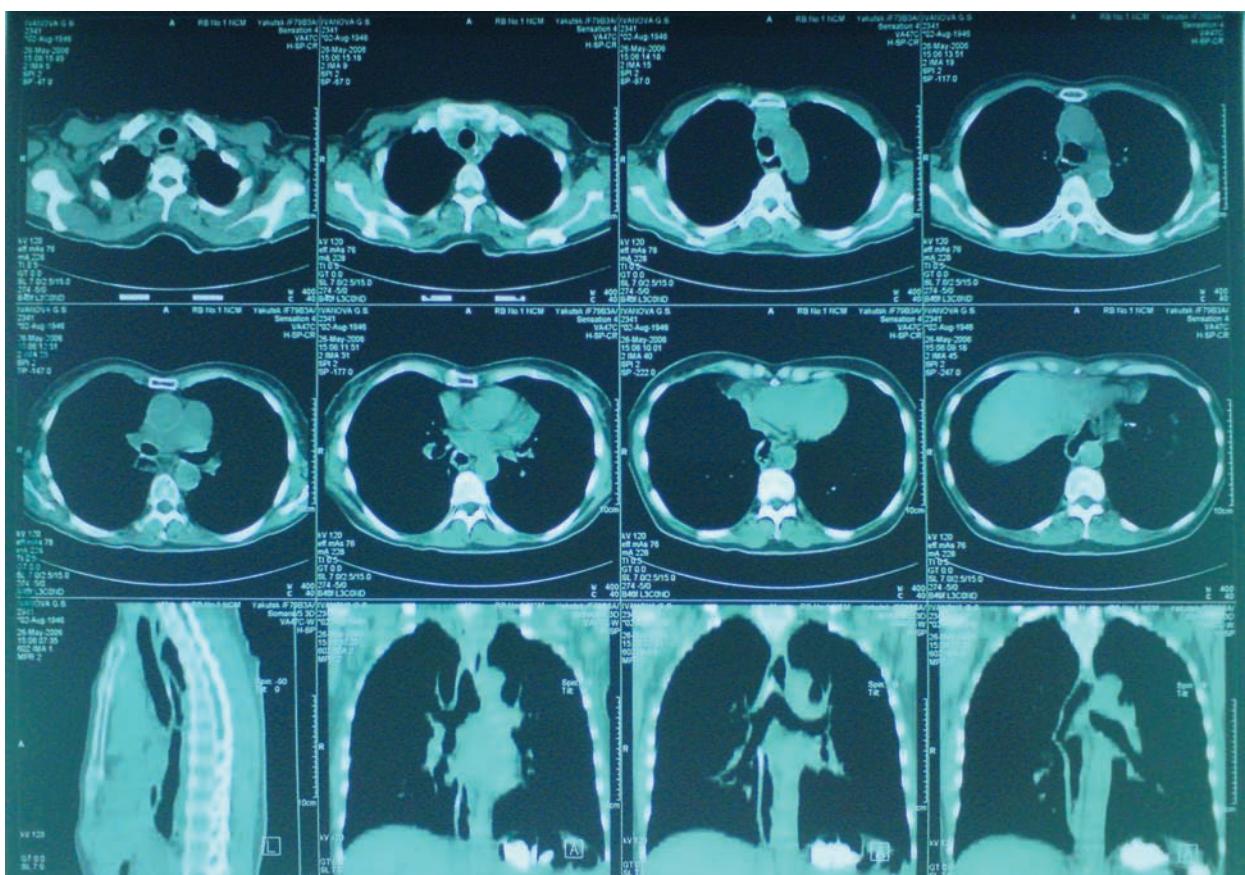


Рис.2. РКТ органов средостения, после операции

диагностирована рубцовая структура анастомоза пищевода в стадии субкомпенсации. Был проведен курс бужирования пищевода до 1,5 см.

На последнем обследовании через 4 года рецидива заболевания не выявлено.

Главной стратегической целью хирургов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов. Выбор метода оперативного лечения зависит от наличия сопутствующих соматических заболеваний, состояния после других операций, наличия заболеваний и повреждений желудка, тонкого и толстого кишечника. Хирургическое лечение должно быть одномоментным. Оптимальным доступом, на наш взгляд, является операция из трех доступов, дающая возможность адекватного удаления регионарных лимфатических коллекторов и безопасно под контролем зрения резецировать пищевод. Хирургическое лечение рака пищевода должно сопровождаться расширенной 2- или 3-зональной лимфодиссекцией.

Наиболее часто используемым и соответствующим высоким требова-

ниям безопасности и качества жизни является изоперистальтический желудочный трансплантат. Если возникает ситуация, когда желудок по тем или иным причинам не может быть использован для соединения с оставшейся частью пищевода, оптимальной следует признать колоэзофагопластику.

Выводы

1. Наиболее часто рак пищевода локализуется в среднем грудном отделе пищевода – 45%, реже – в нижнем грудном отделе пищевода – 25, кардиоэзофагальный рак – 16 и верхнем грудном отделе пищевода – 14%.

2. Первым проявлением заболевания, по поводу которого обращаются пациенты, является дисфагия – 82% вне зависимости от локализации рака пищевода, свидетельствующая о значительном распространении процесса.

3. Наиболее оптимальным методом радикального хирургического лечения рака пищевода является экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой с расширенной лимфодиссекцией через абдоминоцервикальный (трансхоризонтальный) доступ по Савиных.

4. Комбинированное лечение рака пищевода с предоперационной и постоперационной лучевой и химиотерапией позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

Литература

1. Иванов П.М. Распространенность, динамика и прогноз смертности населения Республики Саха (Якутия) от рака пищевода и желудка / П.М. Иванов, Г.П. Ухолов, Д.Г. Тихонов // Дальневосточный медицинский журнал. - 2000. - Т.1, №1. - С. 32-36.

Ivanov P.M., Upholov G.P., Tikhonov D.G. Distribution, dynamics and prognosis of fatality rate of Sakha (Yakutia) republic's population from stomach and esophagus cancer. // Far esastern medical journal. - 2000. - V.1, №1. - P.32-36

2. Стилиди И.С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода / И.С. Стилиди, В.Ю. Боян, М.Д. Тер-Ованесов // Практическая онкология. - 2003. - Т.4, № 2. - С. 70-75

Stiliidi I.S., Bohian V.Y., Ter-Ovanesov M.D. Results and perspectives of surgical treatment of patients with cancer of pectoral part of esophagus // Practical oncology. - 2003. - V.4 №2. - P.70-75.

3. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. - М.: Медицина, 2000. - С. 352.

Chernousov A.F., Bogopol'sky P.M., Kurbanov F.S. Esophagus surgery. - M.: Medicina, 2000. p.352.

**В.В. Савельев, Н.М. Гоголев, С.Х. Шамаева, А.Ф. Потапов,
У.С. Портнягина**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЭКРОЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

УДК 616.37– 002.4– 002– 089

Проведен анализ результатов комплексного консервативного и хирургического лечения 50 больных с инфицированными формами панкреонекроза.

В ходе исследования удалось адаптировать и усовершенствовать схему антибактериальной терапии, применяемую в лечении панкреатогенной инфекции в многопрофильном хирургическом стационаре.

Выявлено, что проведение мониторинга антибиотикорезистентности и эффективности антибактериальной терапии в значительной степени повышает вероятность благоприятного исхода в лечении больных с панкреатогенной инфекцией.

Ключевые слова: панкреонекроз, антибактериальная терапия.

The presented work is based on the analysis results of complex conservative and surgical treatment 50 patients with the infected forms of pancreatic necrosis, were on treatment in surgical branches of Republican hospital №2 - Center of emergency Republic of Sakha (Yakutia) during the period with 2008 for 2011.

During research it was possible to adapt and improve the scheme of antibacterial therapy applied in treatment pancreatic infections in a versatile surgical hospital.

Monitoring carrying out antibacterialresistens and efficiency of antibacterial therapy substantially raises probability of a favorable outcome in treatment of patients with pancreatic infection.

Keywords: pancreatic necrosis, antibacterial therapy.

САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич – к.м.н., доцент ИПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, vvsaveliev@mail.ru; **ГОГОЛЕВ Николай Михайлович** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой ИПОВ МИ СВФУ, gogrsemp@rambler.ru; **ШАМАЕВА Степанида Харитоновна** – к.б.н., зав. лаб. клинической микробиологии ГУ «РБ№2-ЦЭМП», stevas@mail.ru; **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ИПОВ СВФУ, potarov-paf@mail.ru; **ПОРТНЯГИНА Ульяна Семеновна** – к.м.н., доцент ИПОВ СВФУ, ulyana-nsr@mail.ru.

Введение. Наиболее значимыми направлениями научно-практических исследований в неотложной панкреатологии последнего десятилетия остается изучение этиологии, различных звеньев патогенеза, совершенствование методов диагностики и лечения больных панкреонекрозом (ПН) [11]. На

фоне лавинообразно возрастающей заболеваемости острым панкреатитом остается практически неизменным удельный вес больных с деструктивными формами заболевания, составляющий 20–30% [1,7,8,11]. При этом тревожными являются данные, что даже в крупных специализированных кли-