

Таблица 5

Показатели суточной рН-метрии при ЯБЖ

	Кардиальный отдел желудка (норма рН $7,38 \pm 1,42$)	Тело желудка (норма рН $5,77 \pm 1,09$)	Антральный отдел желудка (норма рН $1,85 \pm 1,04$)
Гиперакцидность	6 (50 %) рН $2,0-4,0$	7 (58,33 %) рН $<1,6$	13 (100%) рН <2
Нормацидность	3 (25 %)	2 (16,67 %)	-
Гипоацидность	3 (25 %)	3 (25 %) (в ночное время)	-

8 ч при норме $22,2 \pm 3,0$ мин и расценивается как заброс щелочного содержимого из двенадцатиперстного кишечника.

В антральном отделе желудка непрерывное кислотообразование высокой степени интенсивности 98 % от всего времени исследования (рН <2) наблюдалось у всех исследуемых 13 пациентов (100%) с декомпенсированным ошелачиванием и гипоацидностью 2 % от всего времени исследования, что свидетельствует о высокой кислотообразующей функции при язвенной болезни желудка.

У больных была значительно повышена кислотообразующая функция желудка, причем более высокая кислотная продукция установлена при ЯБЖ.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе большое внимание уделяется роли *Helicobacter pylori* (НР) в патогенезе заболеваний гастродуоденальной зоны. Частота обнаружения НР при ЯБЖ, по литературным данным, колеблется от 12,8 до 100% [1, 2]. В то же время, по результатам исследования ряда авторов, только у 36% больных, имевших эрозивный процесс гастродуоденальной области, выявлен НР [3]. Кроме того, важным является тот факт, что степень инфицированности НР зависит от возрастных и социально-географических

особенностей [4, 5]. У обследованных нами 12 больных ЯБЖ инфицированность НР выявлена в 100% случаев. Возможно, НР способствует нарушению протективных способностей эзофагогастральной слизи, однако вопрос требует специального углубленного изучения.

Таким образом, полученные данные позволяют по-новому оценить значение моторики желудка в патогенезе заболеваний желудка, таких как хронический гастрит, язвенная болезнь и др., и дать более точные рекомендации по диагностике и лечению больных с заболеваниями ЖКТ. Полученные результаты по разнице моторики пищевода и желудка зависят от патологии желудочно-кишечного тракта.

Выводы

1. При язвенной болезни желудка перистальтика желудка увеличена на 25% от нормы у всех больных, т.е. у 100 %, при эрозиях желудка повышена у 60 % больных на 50 % от нормы, при поверхностном гастрите сохранена в пределах нормы у 47 %.

2. Непрерывное кислотообразование высокой степени интенсивности с декомпенсированным ошелачиванием наблюдалось в антральном отделе желудка. У больных была значительно повышена кислотообразующая фун-

кция желудка, причем более высокая кислотная продукция установлена при ЯБЖ.

3. Инфицированность *Helicobacter pylori* выявлена в 100% случаев. Возможно, НР способствует нарушению протективных способностей эзофагогастральной слизи.

Литература

1. Модестова А.В. Динамика хронического хеликобактериозного гастрита у подростков/А.В. Модестова [и др.] // Материалы 7-й сессии российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. - Н.Новгород, 1998. - с. 45-46.
2. Сидоренко Л.Г., Эффективность этиотропной монотерапии заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* у детей / Л.Г. Сидоренко, Л.Г. Лазарева, С.С. Карпова // Материалы 7-й сессии российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. - Н.Новгород, 1998. - с. 50.
3. Сравнительная клинко-эндоскопическая оценка хеликобактерассоциированной гастродуоденальной патологии у детей // Г.И. Долгополюкова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1996. - № 4. - с. 34-35.
4. К вопросу о распространенности пилорического хеликобактера при заболеваниях гастродуоденальной зоны/ Я.М. Вахрушев [и др.] // Материалы 7-й сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. - Нижний. - 1998. - с. 38.
5. Слизистая оболочка желудка и обсемененность ее хеликобактер пилори при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростков/ А.С. Логинов [и др.] // Российский гастроэнтерологический журнал. - 1997. - № 2. - с. 27-31.
6. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение / В.Т. Ивашкин, А.С. Труханов. - М., 2000. - 184 с.
7. Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь: учебно-методическое пособие / И. В. Маев [и др.] - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 52 с.
8. Функциональная морфология слизистой оболочки желудка. - Л., 1986.
9. Pimentel M. Normalization of lactulose breath testing correlates with symptom improvement in irritable bowel syndrome. a double-blind, randomized, placebo-controlled study / M. Pimentel, EJ Chow, HC Lin. // Am J Gastroenterol. - 2003 - 98 - 412-419.

В.Ю. Мосолков

АРЕФЛЮКСНАЯ ЕЮНОСТОМА КАК ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ЭТАП В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА

УДК: 616.343-089.86:616.329-008.64-007.271-089.844

Приведены результаты лечения 24 больных с использованием разработанной методики формирования арефлюксной еюностомы. Метод позволяет в короткие сроки восстановить питательный статус путем стабилизации анаболических процессов, нормализации показателей протеинограммы и иммунного статуса. Также он позволяет сохранить желудок для дальнейшей эзофагогастропластики и не несет в себе негативных явлений, таких как истечение агрессивного кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку.

Ключевые слова: арефлюксная еюностома, питательный статус, декомпенсированный стеноз пищевода.

The authors show the results of 24 patients who have been treated according to the suggested methods of forming an areflux jejunostomy. The methods allowed in short time to restore the metabolic status means by stabilization of the anabolic processes, normalization indicators of the proteinogram and immune status. Also it allowed to keep the stomach for further esophagogastric plastic and had no negative appearances such as secreting aggressive intestinal contents on the front abdominal wall.

Keywords: areflux jejunostomy, metabolic status, decompensated stenosis of the esophagus.

Введение

Развитие декомпенсированной стриктуры пищевода является следствием доброкачественных (гастрозофагеальная рефлюксная болезнь, хи-

мический ожог) или злокачественных заболеваний. Возникающая вследствие стриктуры непроходимость пищевода, отсутствие полноценного энтерального питания достаточно

МОСОЛКОВ Виктор Юрьевич – НИИ гастроэнтерологии СибГМУ им. Г.К. Жерлова, г. Северск, e-mail: mosol@vtomske.ru.

быстро истощают больного, затрудняя подготовку к оперативному лечению, а порой приводя к тяжелым послеоперационным осложнениям [1,4–6]. В такой ситуации только полноценное восстановление питательного статуса больного может способствовать благоприятному течению послеоперационного периода.

Восстановить питательный статус пациента с нарушением пассажа пищи по пищеводу можно двумя путями: проведением полного парентерального питания, или формированием кишечного свища (гастро- или еюностомы).

С учетом того, что в настоящее время наиболее физиологичной призна на пластика пищевода желудочным стеблем [3], создание гастростомы не позволит в дальнейшем использовать желудок в качестве пластического материала.

Формирование еюностомы, в традиционной модификации, приводит к неконтролируемому истечению агрессивного кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку с развитием тяжелых парастомических осложнений, значительно ухудшающих течение послеоперационного периода.

Проведение полноценного парентерального питания также обладает целым рядом значительных недостатков, среди которых на первом месте можно выделить значительное количество пиогенных, метаболических, септических и прочих осложнений. Кроме того, проведение полноценного парентерального питания является весьма затратным и не всегда приводит к ожидаемому результату.

Цель работы – изучение роли и места арефлюксной еюностомы в восстановлении питательного статуса у пациентов с декомпенсированными стриктурами пищевода.

Материалы и методы

С 1996 по 2008 г. под нашим наблюдением находилось 24 пациента с декомпенсированным стенозом пищевода, из них 12 мужчин и 12 женщин в возрасте от 21 до 65 лет. Средний возраст пациентов составил $50,8 \pm 9,5$ лет. Причинами непроходимости пищевода были опухоли (7) и постожоговые стриктуры (17).

Всем больным в качестве первого этапа оперативного лечения с целью коррекции белково-энергетической недостаточности была сформирована арефлюксная еюностома в модификации клиники. Отказ от одномоментного формирования искусственного пище-

вода у больных данной категории был продиктован наличием серьезных нарушений алиментарного статуса.

Для оценки предоперационного питательного статуса, а также для определения эффективности искусственного питания пользовались стандартами нутриционной поддержки пациентов [2]. Оценивались такие антропометрические показатели, как индекс массы тела (ИМТ), толщина кожной складки над трехглавой мышцей плеча (ТКЖСТ), окружность плеча, окружность мышц плеча (ОМП) в той же области. Из лабораторных показателей определяли содержание общего белка сыворотки крови, альбумина, альбумин-глобулиновый коэффициент (А/Г), уровень лимфоцитов. Измерения проводились при поступлении, в течение предоперационной подготовки и непосредственно перед радикальной операцией.

Результаты и обсуждение

Методика формирования арефлюксной еюностомы по методу клиники осуществляется следующим образом.

После выполнения верхнесрединной лапаротомии, дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступив от дистального конца кишки на 12–15 см, накладывается межкишечный анастомоз “конец в бок”. Ушивается окно в брыжейке. На 3–4 см ниже проксимального края кишки (в зависимости от толщины передней брюшной стенки) пристеночно лигируются 3 брыжеечные сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15–20 мм производятся еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края, отступая от него на 2–3 мм, расширяясь, идет к противобрыжеечному краю кишки, описывая фигуру типа эллипс (рис. 1).

Это позволяет при формировании клапана избежать сужения просвета кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки позволяет сохранить достаточное кровоснабжение стенки кишки. После этого накладываются узловатые швы на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образуется клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто (рис. 2).

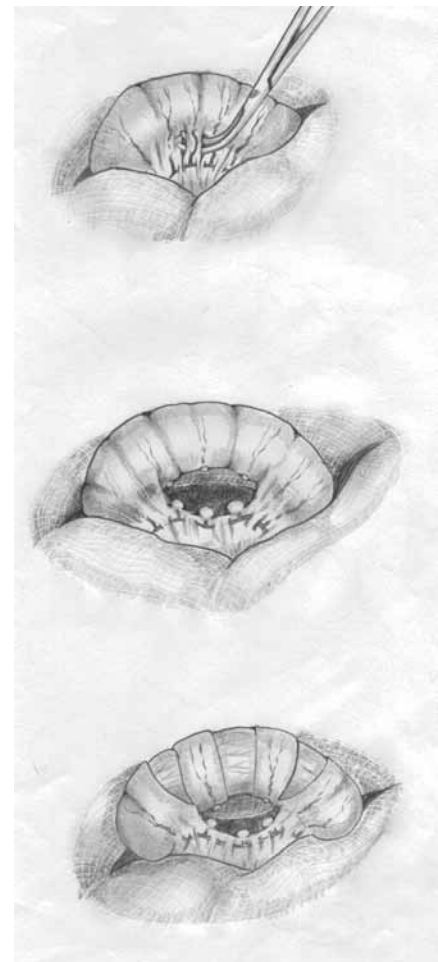


Рис. 1. Пристеночно мобилизована стенка кишки. Выполнены разрезы серозно-мышечной оболочки

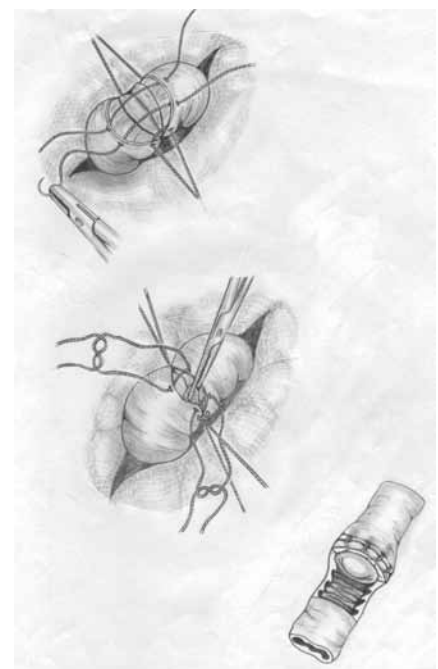


Рис. 2. Формирование клапана

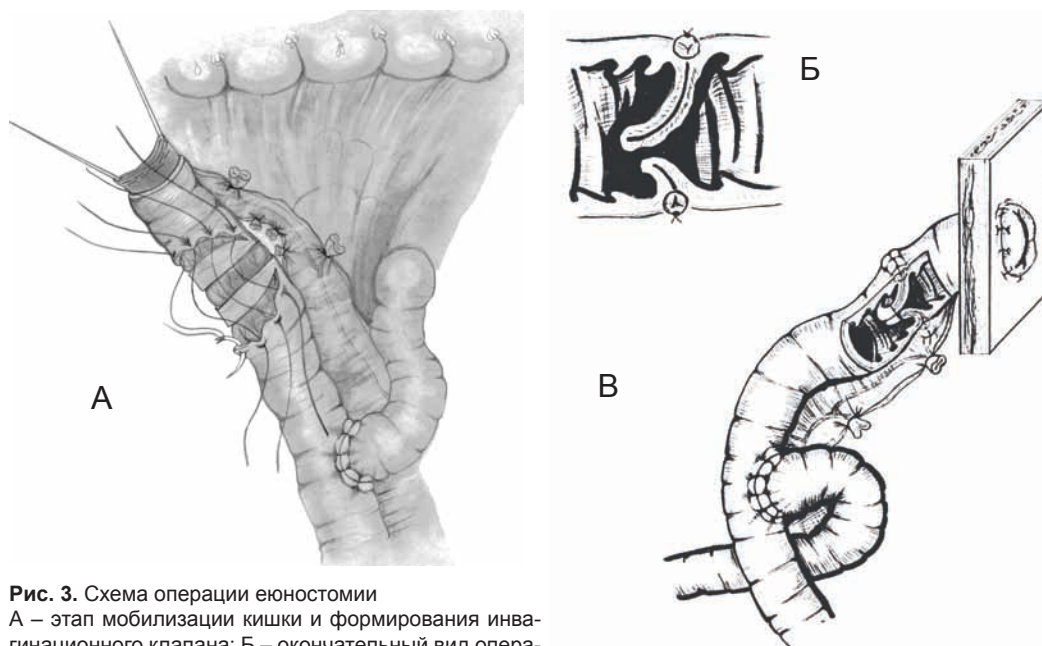


Рис. 3. Схема операции еюностомии

А – этап мобилизации кишки и формирования инвагинационного клапана; Б – окончательный вид операции; В – зона клапана во фронтальном разрезе

В левой мезогастральной области через дополнительный разрез выводится участок кишки и формируется губовидный свищ. Рана передней брюшной стенки зашивается наглухо. Общая схема операции представлена на рис. 3.

Питание через еюностому начинали с первых суток после операции: в стому вводили воду, бульон. При восстановлении адекватной перистальтической деятельности кишечника переходили на специализированные изокалорические смеси («Нутризон»). Начинали введение из расчета 25 мл/ч капельно, постепенно увеличивая объем смеси со средним суточным приростом 20 – 25% от общей потребности пациента в калориях, увеличивая скорость введения смеси ежедневно на 25 мл/ч, но не более 150 мл/ч. В дальнейшем, на

4-6-е сутки после операции, начинали применять болюсное введение смесей с помощью шприца Жане.

При благоприятном течении раннего послеоперационного периода пациента выписывали на амбулаторное лечение с последующей госпитализацией для радикальной операции в сроки от 30 до 60 сут. Общее время проведения энтерального питания до операции составляло $33,5 \pm 4,7$ сут. у пациентов с доброкачественными стенозами пищевода и $28,3 \pm 1,8$ сут. у пациентов с раком пищевода.

Во время предоперационной подготовки средняя суточная потребность в калориях у пациентов составила $2447,3 \pm 119,9$ ккал у мужчин и $1166,5 \pm 84,3$ – у женщин.

Дозу препаратов рассчитывали на должностную массу тела с учетом

потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта), индивидуально для каждого пациента. Всем больным проводилась идентичная симптоматическая терапия.

В ходе проведения предоперационной подготовки специфические осложнения в виде диспепсических расстройств, связанные с энтеральным питанием, возникли у 4 (16,6%) больных: дискомфорт в животе и диарея, которые купировались уменьшением скорости введения питательных смесей. У 1 (4,2%) пациента была аллергическая реакция на компоненты сбалансированной питательной смеси «Нутри-

зон» по типу крапивницы. После того, как эту смесь заменили альтернативной, энтеральное питание было продолжено.

Ни в одном случае за весь период подготовки к радикальной операции истечения кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку не отмечалось.

Динамика основных показателей питательного статуса пациентов за время предоперационной подготовки отражена в табл. 1 и 2.

При анализе данных таблиц видно, что на фоне проведения энтерального питания показатели протеинограммы улучшились у большинства больных. Более заметна динамика восстановления питательного статуса у пациентов с доброкачественными стриктурами пищевода, что свидетельствует о более выраженной адаптации пациентов

Таблица 1

Показатели питательного статуса у больных с постожоговыми стриктурами пищевода при поступлении в стационар и после предоперационной подготовки

Показатель	Общий белок, г/л	Альбу мин, г/л	А/Г	Лимфоциты, 10 ⁹ /л	ИМТ, %	КЖСТ (муж.), мм	КЖСТ (жен.), мм	ОМП (муж.), см	ОМП (жен.), см
При поступлении	64,7±4,9	34,1±3,7	1,1±0,1	1,4±0,4	15,9±0,4	8,5±0,6	11,2±0,7	19,6±0,5	18,5±0,8
После подготовки	77,6±1,8*	43,8±1,6*	1,3±0,06*	1,9±0,3*	16,6±0,4*	9,3±0,5*	11,9±0,6*	20,2±0,3*	19,1±0,8*

* Различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Показатели питательного статуса у больных с раком пищевода при поступлении в стационар и после предоперационной подготовки

Показатель	Общий белок, г/л	Альбумин, г/л	А/Г	Лимфоциты, 10 ⁹ /л	ИМТ, %	КЖСТ, мм	ОМП, см
При поступлении	72,7±2,7	36,0±1,7	0,98±0,04	1,2±0,1	17,3±0,4	9,26±0,15	22,9±0,15
После подготовки	77,0±1,0*	41,7±0,7*	1,18±0,06*	1,7±0,06*	17,6±0,3*	9,38±0,19*	23,1±0,16*

* Различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

этой группы к алиментарной недостаточности и отсутствию явлений раковой интоксикации.

К окончанию предоперационной подготовки практически у всех пациентов на фоне улучшения их общего состояния и физической активности произошла стабилизация анаболических процессов. Содержание общего белка и альбумина, А/Г-коэффициент, а также уровень лимфоцитов нормализовались, незначительно возросли антропометрические показатели. Различия в показателях нутритивного статуса до и после предоперационной подготовки были статистически значимы в обеих группах больных.

Выводы

Таким образом, при отсутствии возможности одноэтапной операции по поводу стриктур пищевода вследствие истощения больных, целесообразно формирование питающей арефлюксной клапанной еюностомы с целью восстановления нутритивного статуса пациента. Эта операция технически проста, при правильном выполнении хорошо обеспечивает герметизм свищей, ликвидация их не представляет большой сложности, когда в них отпадает необходимость.

Литература

1. Хирургическое лечение сочетанных ожого-

вых стриктур пищевода и желудка/Н.Р. Рахметов [и др.] //Хирургия.-2003.-N11.-С.17-19.

2. Хорошилов И.Е. Пациенты до и после хирургического вмешательства: голодание или адекватное питание/И.Е. Хорошилов//Вестник хирургии.-2002. – Т.161, N6.-С.13-15.

3. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов - М.: Медицина, 2000.-350 с.

4. Dionigi R. Perioperative nutritional support in cancer patient/R. Dionigi, L. Dominioni // Bibliot. Nutr. et Dieta.-1985.-N35.-P.85-94.

5. Nicola W. Nutrition support to patients undergoing gastrointestinal surgery/W. Nikola//Nutr. J.-2003.-Vol.2.-P.1-5.

6. The role of feeding jejunostomy in the surgical treatment of esophageal carcinoma / B. Shrestha [et al.] //J. Nepal Med. Assoc.-2001.-Vol.40.-P.23-28.

УДК 616.36-002

Т.Т. Бугаева, П.М. Иванов, М.Н. Алексеева, С.С. Слепцова, П.Д. Каратаев ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ В ЯКУТИИ

С целью выяснения основных факторов риска развития рака печени проведены компонентный анализ прироста заболеваемости первичным раком печени, корреляционный анализ между первичным раком печени и хроническими вирусными гепатитами В и С, их вирусносителями в региональных условиях Севера.

Ключевые слова: первичный рак печени, вирусные гепатиты, компонентный анализ, корреляционный анализ.

With the purpose of finding out of major factors of liver cancer development risk the componental analysis of primary liver cancer mortality increase, correlation analysis between primary liver cancer and chronic virus hepatitis B and C, their virus carriers in regional conditions of the North are lead.

Keywords: a primary liver cancer, virus hepatitis B and C, componental analysis, correlation analysis.

Введение

Распространенность заболеваемости первичным раком печени (ПРП) в разных регионах мира зависит от различных факторов, в числе которых основную роль играют медико-демографические показатели в популяции, особенности быта и обычаев, характер питания и распространения вирусных заболеваний печени. Риск возникновения рака печени значительно выше у мужчин, чем у женщин, что скорее всего связано как с особенностями образа жизни, т.е. потреблением алкоголя и курением, большей частотой развития цирроза печени и носительства гепатитов В и С, так и с гормональным профилем мужчин. Исследования последних лет выявили коррелирующую связь между ПРП и вирусными гепатитами В и С [5,8]. Установлено, что в эндемичных регионах с высоким уровнем носительства HBsAg (Африка, Юго-Восточная Азия) первичный

рак печени встречается с частотой более 150 случаев на 100000 населения в год. В Европе и США, где уровень носительства HBsAg не превышает 1%, ежегодно наблюдается 4 случая первичного рака печени на 100000 населения [3]. Ежегодно на Тайване ПРП выявляется в 0,1% случаев у асимптомных носителей гепатита В, у 1% больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) и 3-10% больных циррозом печени на фоне хронической HBV-инфекции. Эпидемиологические исследования, проведенные в различных регионах мира, показали, что рак печени в Японии, Италии и Испании в 50-75% случаев сочетается с хроническим гепатитом С.

В РС (Я) показатели заболеваемости всего населения первичным раком печени являются наивысшими не только по территории Дальневосточного Федерального округа (ДФО), но и по России в целом [4].

Парентеральные вирусные гепатиты в настоящее время представляют собой важную и одну из самых сложных проблем здравоохранения как в нашей стране, так и во всем мире, что обусловлено высокой заболеваемостью и высокой хронизацией острых форм с переходом в цирроз и первичный рак печени, приводящих к высо-

кому уровню летальности [7]. Проведенные исследования по изучению различных аспектов проблемы вирусных гепатитов В, С и Д в Якутии позволяют считать РС (Я) гиперэндемичным регионом по распространенности парентеральных вирусных гепатитов на территории РФ [1,6].

Целью данной работы явилось выявление основных факторов, влияющих на частоту заболевания первичным раком печени в Якутии.

Материалы и методы

По рекомендациям В.В. Двойрина и Е.М. Аксель [2] нами проведен компонентный анализ прироста заболеваемости ПРП с целью решения вопроса - в какой степени рост заболеваемости обусловлен «постарением» населения, и в какой - повышением риска заболеть в связи с появлением новых или интенсификацией существующих этиологических факторов. Под «риском заболеть» понимается весь комплекс причин, которые могут привести к повышению, понижению или стабилизации показателей заболеваемости, кроме тех, которые связаны с изменением численности населения. Особенности компонентного анализа изучены у мужчин и женщин, среди городских и сельских, приезжих и коренных паци-

БУГАЕВА Татьяна Тимофеевна – врач-инфекционист ЯГКБ; **ИВАНОВ Петр Михайлович** – д.м.н., проф., зав. курсом онкологии МИ ЯГУ; **АЛЕКСЕЕВА Марфа Николаевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **СЛЕПЦОВА Снежана Спиридоновна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **КАРАТАЕВ Петр Дмитриевич** – гл. врач ЯРОД.