

**142. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ТАКТИКА
НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ НИХ**

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Сильвестрова
С.Ю., Ручкина И.Н.

ГУ здравоохранения « ЦНИИ гастроэнтерологии ДЗ Москвы», г. Москва, Россия

Поздние осложнения радикальных операций на желудке достаточно хорошо изучены. В то же время их распространённость по-прежнему определяет необходимость проведения метаболической коррекции при них. В последнее время особое внимание уделяется роли кишечной микробиоты в структуре пищеварительных расстройств после субтотальных и дистальных резекций желудка в сроки от 1 до 5 лет после хирургического вмешательства и расстройствам, связанным с метаболической активностью микробиоты.

Цель: усовершенствовать тактику метаболической коррекции в отдалённые сроки после операций на желудке на основе исследования изменений активности кишечной микрофлоры по данным определения её метаболитов (короткоцепочные жирные кислоты - КЦЖК).

Материалы и методы: в исследование включены больные, перенесшие гастрэктомию (ГЭ) более 5 лет назад (n=16); больные, перенесшие дистальную резекцию желудка (ДРЖ) более 5 лет назад (n=32); больные, перенесших субтотальную резекцию желудка более 5 лет назад (12 человек). Из них мужчин 35, средний возраст 56±12 лет, 25 женщин, средний возраст 55±11 лет. Всем больным определяли КЦЖК в кале до и после инфузионно-нутритивной коррекции. Тактика ведения этих больных предопределяла: сипинг полимерной стандартной смесью в дозе 600-800ккал/сутки, дополнительные фармаконутриенты (мукофальк или кишечные антисептики) в соответствии с параметрами выставленного алиментационно-волемического диагноза (характеристики его приведены в ряде известных руководств).

Результаты и обсуждение: В результате проведенных исследований у большинства больных с последствиями гастрэктомии (ГЭ) отмечался с течением времени рост общей концентрации КЦЖК за счет пропорционального увеличения каждого их метаболитов кишечной микрофлоры. В тоже время у больных, перенесших дистальную резекцию желудка (ДРЖ), имелась сниженная концентрация как общего уровня КЦЖК (преимущественно за счет уксусной кислоты), так и некоторое увеличение концентрации КЦЖК с числом атомов более 4 (вариановая, изовалериановая, капроновая кислоты), что отражает протеолитическую активность микробиоты. Учитывая структуру изменений КЦЖК, определяли выбор тактики, вводя в специальные корректирующие составы, предназначенные для энтерального применения, фармаконутриенты направленного действия (мукофальк либо нифуроксазид в зависимости от выраженности синдрома избыточного бактериального роста). Показана эффективность применявшейся тактики.

Заключение: Таким образом, при коррекции гомеостаза у больных, перенесших радикальные операции на желудке, целесообразно учитывать состояние микробиоты кишечника, ориентируясь на концентрации КЦЖК в кале больных.

143. ПЕРСПЕКТИВЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПРЕДРАКА ЖЕЛУДКА В РОССИИ

Котелевец С.М.

Кафедра внутренних болезней медицинского института, КЧГТА, г.Черкесск

Как следует из Ежегодного Послания Президента России Д.А. Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года, Национальные проекты – это инструмент устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации. С помощью такого инструмента можно радикально решить очень трудную демографическую ситуацию в России. В нашей стране ежегодно, от запущенного рака желудка умирает до 40 тысяч человек. Выявление предрака желудка при помощи скрининга - массового исследования людей считающих себя здоровыми, в рамках целевой программы позволит решить эту проблему. Обследовано 410 человек. Полученные нами результаты убедительно показывают, что течение хронического Н. pylori-ассоциированного атрофического гастрита сопровождается развитием функциональной недостаточности различных отделов желудка, причем степень этой недостаточности зависит от степени выраженности атрофии слизистой оболочки, соответствующего отдела желудка. Это позволяет использовать метод иммуноферментного определения сывороточных концентраций пепсиногена-1 и гастрин-17 в качестве скрининга атрофического гастрита при исследовании больших групп пациентов с диспепсическими жалобами. Сутью модернизации Национального проекта «Здоровье» должна стать замена интеллектуально-затратных, неэффективных осмотров врачами, использующими клинические методы обследования, которые не позволяют выявить заболевания на доклинической (ранней) стадии и тем более на стадии предзаболевания т.е. фонового заболевания, на скрининговые высокочувствительные маркеры распространённой патологии на самой ранней стадии и стадии предзаболевания. Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 20 февраля 2008 г. №80н «О проведении в 2008-2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан», в рамках Национального проекта «Здоровье», в её проведении предусматривается участие врачей-специалистов: терапевта, акушера-гинеколога, невропатолога, уролога, хирурга, офтальмолога, эндокринолога. Оправданным, на мой взгляд, является участие только акушера-гинеколога так как это позволит ему клиническими методами выявить патологию на ранних стадиях. Остальные шесть специалистов клиническими методами не смогут выявить на ранних стадиях наиболее распространённые заболевания и предзаболевания.

Несомненно большим шагом вперёд является использование при проведении дополнительной диспансеризации (ДД) работающих граждан таких высокочувствительных скрининговых методов как клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование уровня холестерина крови, исследование уровня сахара крови, исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности сыворотки крови, исследование уровня триглицеридов сыворотки крови, онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 40