

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА

А.А. ИЩЕНКО, А.В. БЕЛОНОГОВ, Е.С. БАРЫШНИКОВ, А.А. ДИМОВ

*ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Иркутский областной онкологический диспансер*

Актуальность. Рак пищевода среди онкологических заболеваний занимает 7-е место по Российской Федерации и составляет 6 человек на 100000 населения. На первом году жизни умирает до 80 % больных. Из этого числа до 70 % пациентов не подлежат радикальному лечению по причине распространенности опухолевого процесса или ввиду тяжелой сопутствующей патологии, что определяет актуальность разработки новых способов паллиативной помощи при раке пищевода.

Цель исследования. Оценить эффективность малоинвазивных хирургических способов восстановления энтерального питания у пациентов с неоперабельным раком пищевода, выполняемых с помощью эндохирургической техники.

Материал и методы. За период с 2000 по 2007 г. в Иркутском областном онкологическом диспансере выполнено 164 эндоскопических реканализации и 57 лапароскопических гастростомий при неоперабельном раке пищевода. Среди пациентов, которым выполнена реканализация было 139 (84 %) мужчин и 25 (16 %) женщин. Опухолевый стеноз располагался в средней трети пищевода у 93 (56,7 %) больных, в нижней трети – у 63 (38,4 %), в верхней трети – у 8 (4,8 %) пациентов.

Для выполнения реканализации использовалась эндоскопическая аппаратура фирмы Olympus и Pentax со стандартным набором цапок, а также цапки разработанные в клинике (с одной режущей браншей, изолированной браншей, для осуществления реканализации при сложном опухолевом канале). В качестве источника лазерного излучения применялся высокоэнергетический лазер – Nd: YAG (фирмы Dornier mediLas fibertom 4100, Германия). В группе больных, которым была выполнена эндоскопическая реканализация, 12 (7,3 %), паци-

ентам сначала накладывалась гастростома для осуществления ретроградной реканализации и обеспечения питания на этапе восстановления просвета пищевода. Восемью больным она была наложена лапароскопическим способом.

Результаты. Восстановление просвета пищевода выполнялось в виде лазерной реканализации, с помощью электрохирургических инструментов или сочетанием этих методов. Во всех восьми случаях реканализации при раке в/3 пищевода использовался комбинированный способ. При раке н/3 пищевода лазерная реканализация выполнялась у 25 пациентов, электрореканализация – у 16, комбинированная – у 22 больных. В наиболее многочисленной группе пациентов с опухолью с/3 пищевода лазерная реканализация выполнена в 28 случаях, лазерная – в 18, комбинированная – в 35. Когда выполнение эндоскопической реканализации было по различным причинам невозможно (периорганый рост опухоли, наличие респираторных фистул и др.), выполнялась гастростомия лапароскопическим способом, который был использован у 57 пациентов.

Для анализа была выбрана контрольная группа пациентов с гастростомией, наложенной лапаротомным доступом ($n=69$), и основная группа с гастростомией, выполненной лапароскопически ($n=57$). Средняя продолжительность вмешательства в основной группе составила $41,9 \pm 1,9$ мин, в контрольной – $82,5 \pm 3,8$ мин ($p<0,01$). Потребность в наркотических анальгетиках в основной группе снижалась до $0,6 \pm 0,2$ сут, по сравнению с контролем – $2,9 \pm 0,3$ сут ($p<0,01$). К самостоятельному передвижению больные в основной группе приступали на $1,8 \pm 0,3$ сут, в контрольной группе – на $2,8 \pm 0,3$ сут ($p<0,05$). Применение лапароскопической гастростомии сократило сроки пребывания больного в палате

интенсивной терапии и реанимации с $1,6 \pm 0,2$ койко-дня в контроле до $0,5 \pm 0,2$ в основной группе ($p < 0,01$), а в стационаре – с $13,3 \pm 1,2$ койко-дня до $4,0 \pm 0,5$. Осложнений и летальных исходов у больных с лапароскопической гастростомией не было. В контрольной группе наблюдался один летальный исход по причине гемаррагического панкреонекроза.

Выводы. Эндохирургические методики позволяют восстановить и поддерживать энтеральное питание у пациентов с опухолевым стенозом пищевода и при этом свести к минимуму осложнения в этой крайне тяжелой, истощенной группе больных.

ФЕРМЕНТЫ МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Н.В. КАЗЬМИНА

*Институт фундаментальной биологии и биотехнологии Сибирского федерального университета,
г. Красноярск*

Актуальность. Лимфоциты, как клетки иммунной системы, связаны с регуляцией обмена целостного организма, и их метаболическое состояние оказывает влияние на выполнение ими специфических функций и определяет уровень иммунореактивности организма. В связи этим исследование клеточного метаболизма лимфоцитов у больных раком легкого представляется перспективным направлением, которое позволяет охарактеризовать функциональное состояние лимфоцитов при канцерогенезе и особенности метаболических процессов в зависимости от гистологического типа рака легкого.

Цель исследования. Сравнительное исследование активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови у больных немелкоклеточным (НМКРЛ) и мелкоклеточным (МКРЛ) раком легкого.

Материал и методы. Проведен биолюминесцентный анализ активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у 140 здоровых людей и 138 больных раком легкого (НМКРЛ – 122, МРЛ – 16). Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ выражали в ферментативных единицах ($1Е = 1$ мкмоль/мин) на 10^4 клеток. Описание выборок производили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде $25 (C_{25})$ и $75 (C_{75})$ процентилей (Me ; C_{25} – C_{75}). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Результаты. У больных НМКРЛ и МРЛ по сравнению с контролем выявлено ингибирование ряда пластических и энергетических процессов. В частности, понижение активности аэробной реакции лактатдегидрогеназы (НАД-ЛДГ) при НМКРЛ ($3,25$; $0,21$ – $21,92$, $p < 0,05$) и МРЛ ($2,5$; $0,24$ – $3,35$, $p < 0,001$) значительно снижает уровень концентрации интермедиатов для цикла трикарбоновых кислот. Также у больных НМКРЛ и МРЛ наблюдалось статистически значимое понижение интенсивности НАДФ-зависимых реакций малатдегидрогеназы (НАДФ-МДГ), глутаматдегидрогеназы (НАДФ-ГДГ), изоцитратдегидрогеназы (НАДФ-ИЦДГ) и НАД-зависимой реакции малатдегидрогеназы (НАД-МДГ). Это свидетельствует о том, что у больных НМКРЛ и МРЛ в лимфоцитах крови происходит снижение интенсивности аэробной энергетики, а также ингибирование процессов общего обмена энергией и биосинтеза триглицеридов, жиров и фосфолипидов. О нарушении аминокислотного обмена можно судить по недостаточной активности НАДФ-ГДГ, так как этот фермент катализирует основной этап биосинтеза аминокислот. Особенностью больных НМКРЛ являлось снижение интенсивности пентозофосфатного пути, что обусловлено низкой активностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ) ($2,37$; $0,46$ – $8,69$, $p < 0,05$) по сравнению с контролем ($4,29$; $0,89$ – $13,63$). Наряду с этим при НМКРЛ в лимфоцитах крови наблюдалось стимулирование цикла трикарбоновых кис-