

подготовки S-адеметионином на 10,6% выше, чем УДХК, целевые значения при подготовке S-адеметионином в эти сроки сопровождаются достоверным повышением показателей КЖ по шкалам «общее здоровье», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье». Нормализации биохимических показателей при приеме УДХК за 14 дней не наступает, при этом показатель «затраты – полезность» при подготовке УДХК повышается на 5%. В связи с представленными результатами считаем целесообразным с клинической и экономической точек зрения проводить предоперационную подготовку S-адеметионином за 14 дней.

Насколько нам известно, в литературе не проводились сравнительные исследования эффективности предоперационной подготовки больных ЦП различными гепатопротекторами. Вместе с тем, по мнению ряда авторов, терапия S-адеметионином сопровождается улучшением субъективных симптомов, повышением КЖ и нормализацией лабораторных показателей на 2-й неделе его применения [3, 5], а при применении УДХК повышение КЖ и нормализация показателей синдрома холестаза и цитолиза достигаются к концу 1-го месяца приема [4, 7]. Укорочение сроков предоперационной подготовки в условиях угрозы кровотечения из ВРВП является наиболее приемлемым подходом для описываемого контингента больных. С учетом изложенного мы использовали S-адеметионин в инъекционной форме в дооперационном периоде для более эффективной и кратковременной подготовки пациентов с ЦП с высоким риском угрозы кровотечения из вен пищевода, а затем S-адеметионин и УДХК в раннем послеоперационном периоде и более позднем сроке наблюдения в качестве патогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев П. А., Вялков А. И., Сквирская Г. П. и соавторы. Роль экономических обоснований при создании протоколов ведения больных // Тезисы I Всероссийского конгресса «Фармакоэкономика на рубеже третьего тысячелетия». – М., 1999. – С. 12.
2. Ерамишанцев А. К. Хирургическое лечение синдрома портальной гипертензии в России // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – № 4. – С. 75–77.

3. Ивашкин В. Т., Буеверов А. О. Патогенетическое и клиническое обоснование применения адеметионина в лечении больных с внутрипеченочным холестаазом // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. – № 5. – С. 17–22.

4. Клименко Н. И., Шапошникова Ю. Н., Клименко Н. Н. Комбинированное применение урсодезоксихолевой кислоты в лечении хронических гепатитов: Материалы тринадцатой Российской гастроэнтерологической недели // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Прил № 30. – 2007. – № 5. – С. 79.

5. Лазуткина Е. Л., Барсукова Л. М., Трусова Л. А., Долгая Н. Г. Опыт применения гептрала в лечении алкогольной болезни печени: Материалы тринадцатой Российской гастроэнтерологической недели // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Прил № 30. – 2007. – № 5. – С. 82.

6. Оноприев В. И., Дурлештер В. М., Усова О. А., Ключников О. Ю. Хирургическое лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2005. – № 1. – С. 38–42.

7. Подымова С. Д. Адеметионин: фармакологические эффекты и клиническое применение препарата // Российский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18. № 13. – С. 800–806.

8. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2003. – 312 с.

9. Хазанов А. И. Из полувекового опыта наблюдения за больными циррозом печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – Т. 8. № 2. – С. 50–56.

10. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Жерлов Г. К. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. – Новосибирск: Наука, 2003. – 198 с.

11. Depolo A., Dobrila-Dintinjana R., Uravi M. et al. Upper gastrointestinal bleeding – review of our ten years results // Zentralbl. chir. – 2001. – Vol. 126. № 10. – P. 772–776.

12. Huet P. M., Vincent C. et al. Портальная гипертензия и первичный билиарный цирроз: эффект длительного лечения урсодезоксихолевой кислотой: Пер. с англ. // Клиническая гастроэнтерология и гепатология (русское издание). – 2009. – Т. 2. Vol. 3. – С. 203–210.

13. Ruiz D., Farran L., Ramos E. et al. Results of the management of upper gastrointestinal bleeding from gastroesophageal varices // Rev. esp. enferm. dig. – 2001. – Vol. 93. № 7. – P. 433–444.

Поступила 27.09.2010

Б. А. КОСЯКОВ, Ю. Л. ШАЛЬКОВ

ГАСТРОСТОМА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ОПЕРАТИВНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Кафедра хирургии медицинского факультета

Приднестровского государственного университета им. Т. Г. Шевченко,

MD-3300, г. Тирасполь, ул. 25 Октября, 107, тел. (+373 533) 2-38-49. E-mail: b.kos@list.ru

Авторы рассматривают проблему гастростомии у больных обструктивным неоперабельным раком желудка, пищевода в трех аспектах. Первый: организационно такие больные направляются онкологами в общехирургические отделения; второй: данная операция сопровождается частыми осложнениями (выпадение трубки, подтекание); третий: современные альтернативные методы (стентирование) требуют высокой технической оснащенности выполняемых манипуляций, специализированной подготовки хирурга-эндоскописта и проводятся в специализированном отделении. Остается открытым вопрос: возможно ли в ближайшей перспективе добиться повсеместного внедрения современных методов, когда имеется масса обреченных больных.

Ключевые слова: рак желудка, рак пищевода, гастростома, оригинальный метод.

GASTROSTOMY: ORGANIZATIONAL, OPERATING-TECHNICAL AND ECONOMIC ASPECTS

*Department of surgery medical faculty
Transnistria state university the name of T. G. Shevchenko,
MD-3300, Tiraspol', street on October, 25th, 107, tel. (+373 533) 2-38-49. E-mail: b.kos@list.ru*

Authors survey a problem of a gastrostomy at sick of an obstructive nonresectable carcinoma of the stomach, an esophagus in three aspects: the first – organizational such patients are referred by oncologists in surgical units; the second – the given operation is accompanied by frequent complications (tube abaissement, leakage); and the third – modern alternative methods (stenting) demand high technical equipment of carried out manipulations, specialised preparation of the surgeon-endoskopist, and are spent in specialised unit. There is opened a question: whether probably in immediate prospects to achieve ubiquitous introduction of modern methods when there is a mass of the doomed patients.

Key words: carcinoma of the stomach, esophagus cancer, gastrostomy, original method.

Введение

Проблема наложения гастростомы остается по-прежнему актуальной в связи с необходимостью восстановления энтерального питания как временной меры при повреждениях глотки и пищевода, так и постоянной у больных стенозирующими опухолевыми процессами пищевода, желудка при неоперабельных формах [1, 7].

Особое значение гастростома приобретает именно у больных со злокачественным процессом, осложненным обструкцией пищевода и кардиального отдела желудка, поскольку достижения при лечении рака желудка остаются сомнительными, ибо в 75–80% случаев больные впервые обращаются в III–IV стадии заболевания [5, 6]. Из них в 7–12% опухолевый процесс осложняется обструкцией пищевода и кардии, и наложение гастростомы следует расценивать как вынужденное паллиативное вмешательство.

Вопросы оказания паллиативной помощи больным раком желудка и пищевода остаются открытыми: с онкологической точки зрения такие больные не подлежат радикальному лечению и направляются, как правило, в общехирургические отделения, в том числе для выполнения питательной гастростомы, причем как операции, зачастую являющейся «последним» лечебным мероприятием, поскольку дальнейшее лечение носит симптоматический характер.

Формирование гастростомы в принципе относится к достаточно несложным оперативным вмешательствам и поэтому доступно для выполнения хирургам средней квалификации. Следует, однако, заметить, что отношение к гастростомам в целом сложилось достаточно негативное в связи с тем, что они довольно часто осложняются выпадением питательного зонда (операция Витцеля), постоянным подтеканием желудочного содержимого (операция Кадера, Топровера), нередким является отхождение гастростомы или ее эвагинация. Высокая частота осложнений обуславливает необходимость разработки новых, более надежных и лишенных указанных осложнений стом, что явилось целью нашего исследования.

Материал исследования включает 98 случаев наложения гастростом у больных в контрольной (74) и основной (24) группах. В своей практике мы разработали способ «фиксированной» гастростомы (особенности ее методики изложены в журнале «Кубанский научный медицинский вестник», Краснодар, 2010, № 6, с. 58; свидетельство и патент на полезную модель № 364 и

№ и 2009 06456 соответственно), лишенный указанных недостатков [4, 8]. В основе способа лежит операция Витцеля, которая дополняется фиксацией гастростомного зонда 3–4 лигатурами, проведенными через стенку желудка к параллельно расположенной ему трубкой на передней стенке желудка. Данная фиксация является абсолютной, исключает выпадение зонда, обеспечивает возможность энтерального питания на протяжении многих месяцев вплоть до гибели больного от основного заболевания.

Обсуждение результатов

Фиксированная гастростома у больных основной группы позволяет улучшить качество жизни, в течение ближайших 2–3 месяцев возрастает индекс массы тела, длительность жизни достоверно увеличивается и соответствует срокам жизни больных, погибших не по причине алиментарной кахексии, а от основного заболевания [5]. При этом если в контрольной группе больных средняя продолжительность жизни составляла 2,5 месяца, то в основной группе (больные с фиксированной гастростомой) этот показатель возрос в 2 и более раза [4, 8]. Возможно, что длительность жизни больных в основной группе удастся пролонгировать и за счет дополнительного проведения химиотерапии.

В контрольной группе больных в 54% случаев гастростома выполнялась в специализированном онкологическом стационаре (40 больных), в основной в 75% – в отделении общехирургического профиля.

Указанные выше осложнения гастростом обусловили использование новых технологий в медицине, в том числе лапароскопического, эндоскопического и прочего вида наложения питательных стом.

Довольно перспективным направлением является стентирование опухолевых образований, однако в настоящий момент это направление не может явиться альтернативой и полностью заменить собой формирование «обычных» гастростом. Дело в том, что современные технологии предлагаемых гастростом, включая эндопротезирование, являются прерогативой специализированных отделений, требуют высокой технической оснащенности выполняемых манипуляций и специализированной подготовки хирурга-эндоскописта [3, 9].

Важно другое. Остается открытым вопрос: возможно ли в ближайшей перспективе добиться внедрения указанных методов, когда имеется масса обреченных больных?

Необходимо также сделать акцент на два следующих момента:

1) даже в специализированных отделениях выполнение операции стентирования является не столь банальным вмешательством, к тому же с осложнениями, развивающимися практически у каждого пятого больного (20–22%) [2, 3, 9];

2) второй момент касается экономического обеспечения современных технологических вмешательств. Наши предварительные расчеты показали, что операции стентирования, как правило, стоят полторы-две тысячи долларов и поэтому не всегда реально выполнимы для больных средней обеспеченности.

Заключение

Нам не хотелось бы быть превратно понятыми в сдержанном отношении к современным эндоскопическим технологиям, поэтому обоснованно считать целесообразными разработку и внедрение оперативных методов гастростомы, в том числе фиксированной гастростомы, которые являлись бы реальными для выполнения в банальных хирургических отделениях и необременительными экономически.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Достаточно большое число больных осложненным раком желудка, нуждающихся в восстановлении энтерального питания, поддерживают актуальность проблемы и необходимость усовершенствования гастростомы в связи с высокой частотой осложнений вмешательства.

2. Достижения в восстановлении энтерального питания в виде стентирования и других эндоскопических методик надо расценивать как предварительные, поскольку новые технологии только разрабатываются, требуют оборудования, специальной подготовки персонала и в настоящее время не в состоянии обеспечить подобными вмешательствами существующий контингент больных.

3. Предложенная методика фиксированной гастростомы по своей технической простоте доступна на выполнение в общехирургических отделениях, лишена основных осложнений, экономически доступна для подобных больных, обеспечивая при этом достоверное улучшение качества и длительности жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Р. Х., Беличенко И. А., Бобет Ж., Станулис А. И. Сравнительная оценка методов гастростомии // Хирургия. – 1983. – № 4. – С. 86–89.
2. Киркилевский С. И., Ганул В. Л., Козачук А. М., Лукашенко А. В., Кондрацкий Ю. Н., Крахмалев П. С., Чернобай Т. Н., Крахмалев С. Н., Зайцев С. Л. Стентирование пищевода // «Журн. АМН України». – 2007. – Т. 13. № 4. – С. 700–716.
3. Королев М. П., Федотов Л. Е., Смирнов А. А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода // Вестник хирургии. – 2010. – Т. 169. № 1. – С. 58–64.
4. Косяков Б. А., Шальков Ю. Л., Акперов И. А. Эффективность фиксированной гастростомы // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2010. – № 6. – С. 58–61.
5. Скоропад В. Ю. и соавт. Хирургическое лечение распространенного рака желудка // Хирургия. – 2004. – № 11. – С. 30–35.
6. Тарасов В. А., Виноградова М. В. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // Практическая онкология. – 2001. – № 3 (7) (сентябрь). – С. 52–59.
7. Черноусов А. Ф., Воронов М. Е., Ручкин Д. В. Гастростомия как этап эзофагопластики // Хирургия. – 2000. – № 12. – С. 23–26.
8. Шальков Ю. Л., Косяков Б. А., Акперов И. А. Фиксированная гастростома при неоперабельном раке желудка // Всероссийская научная конференция с международным участием. «Успенские чтения», выпуск 5: «Социальные аспекты хирургической помощи населению в современной России». – Тверь, 2008. – С. 246.
9. Volkov O. I. Stenting of esophagus // Pacific Medical Journal. – 2004. – № 4. – С. 18–20.

Поступила 10.09.2010

С. А. ЛЕБЕДЕВА¹, З. Х. БАБАНИЯЗОВА², С. П. НЕЧИПОРЕНКО², С. К. БОГУС³

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО КОБАЛЬТОВОГО КОМПЛЕКСА

¹Брянский филиал Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта,
Россия, 241007, г. Брянск, ул. Дуки, 74, тел. 8-920-600-88-68. E-mail: lebedeva502@yandex.ru;

²ФГУН институт токсикологии ФМБА России,
Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 1, тел./факс (812) 365-06-80.
E-mail: antidote@sp.ru;

³кафедра фармакологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8-928-429-21-22. E-mail: kybfarma@rambler.ru

В опытах на мышах изучена антигипоксанта́нная активность нового металлокомплекса кобальта на основе 1-аллилимидазола. Выявлено, что исследованное соединение обладает выраженным защитным действием на четырех моделях гипоксии в широком диапазоне доз. Показано, что возможный механизм антигипоксанта́нного действия соединения связан с его способностью снижать интенсивность окислительного обмена, стимулировать гемопоэз, а также оптимизировать режим кислородного обеспечения, влияя на активность карбоангидразы.

Ключевые слова: кобальт, аллилимидазол, гипоксия, гемопоэз.