

была выполнена операция субтотальная резекция пищевода с пластикой «желудочным стеблем» из большой кривизны по поводу рака пищевода, 6 — аналогичная операция по поводу постожоговых стриктур пищевода. Несостоятельность анастомоза на шее в среднем возникала на $5,1 \pm 1,7$ сут. после операции.

Способ осуществляется следующим образом: после выполнения верхне-срединной лапаротомии дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12 — 15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3 — 4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15 — 20 мм производится еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края, отступив от него на 2 — 3 мм и расширяясь, идет к противобрыжеечному краю кишки, разрез описывает фигуру типа эллипс. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет 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. Затем накладываются 4 — 6 узловых швов на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образовывается клапан. Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто. Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.

Энтеральное питание начинали с первых суток из расчета 25 мл/час, вводя в еюностому смесь капельно с введением трубки только на время кормления, постепенно увеличивая объем смеси со средним суточным приростом 20 — 25 % от общей потребности пациента в калориях, но не более 150 мл/час. До момента полного энтерального погашения потребности пациента в калориях параллельно проводили парентеральную поддержку. В качестве компонента энтерального питания в первые 3 — 5 дней после операции использовали гиперкалорическую сбалансированную смесь «Нутризон» («Нутриция», Голландия), в дальнейшем переходили на обычный рацион. Дозу препарата рассчитывали индивидуально для каждого пациента — на должствующую массу тела, с учетом азотистого баланса и потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта).

Общее время проведения зондового энтерального питания до заживления анастомоза на шее составляло $22,5 \pm 3,7$ сут.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уже через 7 суток проведения энтерального питания отмечено приближение азотистого баланса к нулевой отметке, концентрация белка также увеличилась и приблизилась к нижней границе нормы. Основным осложнением энтерального питания у наших больных были диспептические расстройства в виде диареи, которая отмечена у 3 пациентов. Купирование диареи было достигнуто уменьшением скорости введения питательной смеси. Ни в одном случае данное осложнение не привело к прекращению питания.

ВЫВОДЫ

Проведенные исследования показали, что энтеральное питание посредством арефлюксной еюностомы позволяет восстановить питательный статус и ускорить заживление пищеводно-желудочного анастомоза у пациентов, оперированных на пищеводе. Энтеральное питание через еюностому эффективно, обладает меньшими побочными эффектами и экономически более оправдано. Разработанная методика арефлюксной еюностомы обладает надежным герметизмом, что и определяет ее использование в тех ситуациях, когда еюностома необходима в течение длительного времени.

А.С. Моторыкин, А.В. Карпович

ЛИМФОДИССЕКЦИЯ Д2.5 ПРИ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость адекватной лимфодиссекции обусловлена высокой степенью лимфогенного метастазирования рака желудка. Стандартным объемом лимфодиссекции (D₂) для этой операции считается удаление групп 1, 3 — 9, 11p и 12a. Однако неудовлетворенность результатами данного объема лимфо-

диссекции на современном этапе побудила хирургов к поиску новых подходов к более объемным хирургическим вмешательствам, обозначаемым в литературе D2.5.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 1989 по 2006 год на базе НИИ гастроэнтерологии СибГМУ субтотальная дистальная резекция по поводу дистального рака желудка была выполнена 279 больным. Вплоть до 1997 года проводилось хирургическое лечение в соответствии с рекомендациями Японской ассоциации по изучению рака желудка (JGCA). За этот срок прооперировано 157 пациентов. Эти пациенты составили I группу наблюдения в нашем исследовании.

На основании наблюдаемых осложнений, продолжительности и качества жизни этой группы оперированных больных с 1998 года в нашей клинике был изменен подход к определению объема лимфодиссекции. Среди основных изменений можно выделить следующие: характеристика объема лимфодиссекции не по группам, а по количеству удаляемых лимфоузлов (Международный противораковый союз (UICC), 1997), выполнение круговой лимфодиссекции гепатодуоденальной связки, лимфодиссекция левых паракардиальных лимфоузлов. С учетом данных изменений с 1998 по 2004 гг. субтотальная дистальная резекция желудка по поводу рака была выполнена 122 пациентам. Данные больные составили II группу наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В целом послеоперационные осложнения были отмечены у 73 (26,2 %) больных, в I группе их частота составила 27,4 % (43 пациентов), во II группе — 24,6 % (30 пациентов). Внутрибольничная смертность составила 1,1 % (3 больных): 1,3 % и 0,8 % в I и II группах соответственно.

И хотя средняя 5-летняя выживаемость обеих групп не имеет достоверных различий (68,8 % и 68,9 % для I и II групп соответственно), 5-летняя выживаемость пациентов после лимфодиссекции в объеме D2.5 с удалением левых паракардиальных лимфатических узлов выше, по сравнению со стандартной D2: 78,9 % против 69,4 %. Следует отметить, что не только увеличение объема лимфодиссекции за счет удаления указанных лимфатических узлов, но и переход на оценку объема лимфодиссекции в соответствии с критериями международного противоракового союза, привело к заметному увеличению выживаемости пациентов по сравнению с ранее применяемой лимфодиссекцией D2 и тем более D1.

ВЫВОДЫ

1. Субтотальная дистальная резекция желудка при локализации опухоли в дистальных отделах остается операцией выбора у большинства больных, не снижая при этом радикальности хирургического лечения.
2. Наиболее адекватным объемом лимфодиссекции при данной операции на сегодняшний день следует рассматривать D2.5, которая подразумевает удаление 1 — 12 групп лимфатических узлов по классификации JGCA, при этом не происходит увеличение частоты послеоперационных осложнений и внутрибольничной смертности.
3. Для правильной оценки степени лимфогенного метастазирования и точной диагностики стадии опухолевого процесса необходимо соответствие критериям UICC (удаление от 26 до 40 лимфатических узлов для D2).

Н.Г. Мясникова, А.В. Бархаш, Е.В. Вострикова, Л.А. Щепанкевич

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К КЛЕЩЕВОМУ ЭНЦЕФАЛИТУ

Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Способность развивать или не развивать полноценный иммунный ответ на вирус клещевого энцефалита является врожденным свойством каждого человека и определяется тем набором генов иммунного ответа, который он получил от родителей при рождении и передаст своим детям. На сегодняшний день самым применяемым во всех лабораториях мира является метод HLA-типирования. Определенный HLA-генотип способствует высокоэффективной элиминации вирусных антигенов, которая обеспечивается антигенраспознающими структурами клеток иммунной системы. На основании вышеуказанного метода создана единая классификация генов и заболеваний, ассоциированных с их вариантами. При диагностике некоторых заболеваний определение этих генов является обязательным. Разработка новых методов исследования генов в мировой практике связана с необходимостью более глубо-