

ства пациентов. Так, повышение АсАТ отмечено у 92 % (95 % ДИ 77–98 %), а повышение АлАТ — у 66,7 % (95 % ДИ 50,2–80 %) пациентов. Коэффициент де Ритиса превышает 1 у 42 % пациентов (95 % ДИ 27–58 %). Уровни гамма-глутамилтранспептидазы (γ -ГТП) превысили нормальные значения у 58 % пациентов (95 % ДИ 42–73 %). Количество пациентов со сниженным содержанием альбумина составляет 61 % (95 % ДИ 45–75 %), а снижение общего белка наблюдается у 39 % (95 % ДИ 25–75 %) пациентов. У 100 % пациентов (95 % ДИ 89–100 %) обнаружено повышение МНО > 1,15, а снижение ПТИ < 0,8 выявлено у 58 % пациентов. Повышение γ -ГТП, превышающее по кратности повышение АлАТ, выявлено у 53 % (95 % ДИ 37–68 %) пациентов, что характерно для наличия алкогольной зависимости.

При сравнении класса тяжести заболевания по шкале Чайлд-Пью со значениями по шкале MELD, было выявлено следующее: у 7 пациентов с классом тяжести А по Чайлд-Пью, значения по шкале MELD соответствуют диапазону от 6 до 9. У 11 пациентов с классом тяжести В по Чайлд-Пью, диапазон значений по шкале MELD оказался шире — от 6 до 16. У 9 пациентов, имеющих класс тяжести С по шкале Чайлд-Пью, диапазон значений шкалы MELD оказался самым широким — от 7 до 23.

Сравнивали клинический диагноз ЦП (фиброз 4 стадии) со значениями не прямых индексов фиброза FIB-4 и APRI. Так, согласно значениям FIB-4, у пациентов с ЦП в 11 % случаев (95 % ДИ 3,8–26 %) установлен умеренный фиброз, в 89 % (95 % ДИ 74–96 %) — выраженный фиброз/цирроз печени. Тест APRI показал следующие результаты: 83 % (95 % ДИ 68–92 %) пациентов имеют выраженный фиброз или цирроз печени.

Выводы

1. При циррозе печени выявляются изменения гемограммы: анемия (52 %), макроцитоз (72 %), анизоцитоз (69,4 %), тромбоцитопения (25 %), увеличение среднего объема эритроцитов MPV (53 %).

2. В биохимическом анализе крови выявлено повышение билирубина (69,4 %), АсАТ (92 %) и АлАТ (66,7 %), щелочной фосфатазы (100 %), γ -ГТП (58 %), снижение альбумина (61 %), общего белка (39 %). Показатель МНО более чувствителен, чем ПТИ. Косвенные признаки алкогольной зависимости выявлены у 53 % пациентов.

3. Непрямые маркеры фиброза печени могут использоваться для диагностики цирроза печени. Так, коэффициент де Ритиса > 1 выявлен у 42 % пациентов, значения теста FIB-4 соответствуют выраженному фиброзу/циррозу печени у 89 %, APRI — у 83 % пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская, И. Б. Особенности новых показателей гемограммы при циррозах печени / И. Б. Барановская, О. А. Зенцова, И. П. Сысоева // Клиническая лабораторная диагностика. — 2016. — № 10. — С. 705–706.
2. Прогностическая модель неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами / А. А. Останин [и др.] // Медицинская иммунология. — 2008. — Т. 10, № 4–5. — С. 407–409.
3. Шептулина, А. Ф. Неинвазивная диагностика фиброза печени: роль сывороточных маркеров / А. Ф. Шептулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол. — 2015. — № 2. — С. 16–21.
4. Фёдоров, П. Н. Лабораторные маркеры фиброза печени / П. Н. Фёдоров, Н. А. Беляков // Мед. академический журнал. — 2014. — Т. 14, № 1. — С. 7–11.

УДК 616.32-006.6-089(476.2)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Берзняцкий А. В.¹, Коннов Д. Ю.¹, Лихошапка М. В.²

Научные руководители: В. В. Похожай, И. В. Михайлов, Е. Е. Тихманович

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак пищевода является одним наиболее часто встречающихся заболеваний пищевода. Основным методом лечения рака является экстирпация пищевода с лимфодиссекцией и

эзофагопластикой. У части пациентов распространенность опухолевого процесса исключает возможность выполнения радикального вмешательства. Главной задачей в этой ситуации является обеспечение перорального питания. В настоящее время предпочтение отдается эндоскопическим методикам — альтернатива гастро- или энтеростомии, которая негативно отражается как на состоянии пациента, так и на его качестве жизни.

Так же в случаях осложненного послеоперационного периода, как правило, при несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, применяется пищеводное стентирование, как альтернатива глубоко инвалидизирующих, разобщающих операций, с наложением гастро-, и эзофагостом.

Установку стента можно считать показанной во всех случаях циркулярного blastomatозного стеноза пищевода. Почти абсолютным показанием к эндопротезированию являются пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи [1]. В этом случае стентирование преследует две цели: восстановление перорального приема пищи и разобщение пищевода и дыхательных путей.

Установка стента нецелесообразна при нециркулярном опухолевом росте, слишком мягкой консистенции опухолевого поражения, обширном некрозе опухоли, поскольку в этих случаях велика вероятность миграции стента [2].

Для паллиативного восстановления перорального приема пищи могут использоваться два типа стентов: трубчатые пластиковые или силиконовые и саморасправляющиеся металлические стенты. При этом все чаще появляются публикации по использованию саморасправляющихся металлических стентов [3]. Преимуществом последних является меньшая травматичность, поскольку они расширяются после введения, достигая диаметра от 16 до 22 мм. Большой диаметр обеспечивает лучшее прохождение пищи, наличие в некоторых моделях антирефлюксного клапана препятствует забросу пищевых масс из желудка в пищевод, есть возможность повторного стентирования или стентирования по типу «стент в стент» при продолжающемся росте опухоли [3].

Установка саморасправляющихся стентов более легкая, нетравматичная, не требует проведения седации, эндоскопического контроля этой стадии. Кроме того, отмечается достаточно низкая частота осложнений, связанных с установкой этих видов стентов, а также развитие таких осложнений, как пищеводно-респираторные свищи или кровотечения.

Цель

Анализ результатов лечения пациентов, подвергшихся стентированию пищевода. Метод исследования — ретроспективный анализ медицинской документации.

Материал и методы исследования

На базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера с 2014 по сентябрь 2015 гг. стентирование пищевода и пищеводных анастомозов при злокачественных новообразованиях, сдавлении пищевода извне, а также при различных пищеводных свищах выполнено 27 пациентам (18 мужчин и 9 женщин). Возраст пациентов — от 39 до 82 лет. Во всех случаях использовался пищеводный стент производства компании Micro-Tech (Nanjing) Co., Ltd., диаметром от 18 до 24 мм.

Результаты исследования и их обсуждение

13 (48,1 %) пациентов госпитализированы в клинику для проведения стентирования с установленным диагнозом злокачественного новообразования. Радикального хирургического вмешательства не было из-за тяжелого состояния пациентов (2 пациента), невозможности выполнения радикальной операции ввиду запущенности опухолевого процесса (прорастание опухоли в ткань легкого (2 пациента), трахею и бронхи (3 пациент), наличие отдаленных метастазов (4 пациента)), наличия тяжелой сопутствующей патологии, исключая возможность оперативного лечения (2). В 5 (18,5 %) случаях, стентирование пищевода проводилось в послеоперационном периоде (в 1 случае позднем — через 20 суток) по поводу несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. В 6 (22,2 %) случаях поводом для подобной манипуляции стало сдавление пищевода извне (MTS л/у средостения). В 3 (11,1 %) случаях стентирование пищевода проводилось в связи с образованием трахеопищеводного или пищеводно-бронхиальных свищей.

При обследовании всем пациентам проводилась рентгеноскопия пищевода, желудка и эндоскопическое исследование для определения локализации, протяженности опухолевого, либо патологического поражения, проходимости пищевода, наличия пищеводно-респираторного соустья. У 18 пациентов была только опухоль пищевода, у 7 — рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, у 3 — рецидив рака желудка после гастрэктомии, у 3 — рецидив рака пищевода после операции типа Lewis, у 2 — рецидив рака пищевода после экстирпации пищевода, пластики желудочной трубкой с локализацией в области зоны эзофагогастроанастомоза с распространением на верхнюю треть трансплантата.

Среди пациентов с опухолью пищевода процесс локализовался в нижней трети у 12, в средней и нижней трети — у 9, только в средней трети — у 6 пациентов. Протяженность участка опухолевого поражения составляла от 2 до 7 см.

Дисфагия с различной степенью выраженности была более чем у 90 % (25) пациентов. В 6 (22,2 %) наблюдениях у пациентов были затруднения даже при приеме жидкости.

После стентирования по поводу несостоятельности ПЖА, количество койко-дней пациентов составило от 9 до 14 дней. В остальных случаях, пациенты выписывались на 2–4 сутки после постановки стента.

Таким образом, в сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевым стенозом пищевода эндоскопическое стентирование самораскрывающимися металлическими стентами является оптимальным вариантом комплексного лечения с хорошим клиническим и функциональным результатом, с улучшением качества жизни и малым количеством осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Галлингер, Ю. И.* Оперативная эндоскопия пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло. — М., 1999. — 273 с.
2. *Cowling, M. G.* Stenting in the oesophagus / M. G. Cowling // *Hosp. Med.* — 2000. — Vol. 61, № 1. — P. 33–36.
3. Эндоскопическое гастродуоденальное, тонко- и толстокишечное стентирование при бласто-матозных поражениях / Ю. И. Галлингер [и др.] // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тез. — М., 2009. — С. 82–85.
4. *Mougey, A.* Esophageal stenting for the palliation of malignant dysphagia / A. Mougey, D. G. Adler // *J. Support. Oncol.* — 2008. — Vol. 6, № 6. — P. 267–273.

УДК 612.82:796.071]:616.839

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И РИТМОГРАММ МОЗГОВОЙ АКТИВНОСТИ СПОРТСМЕНОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Беридзе Р. М., Давидовская Е. Ю.

Научный руководитель: ассистент *А. А. Жукова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Текущее функциональное состояние вегетативной и центральной нервной системы в условиях интенсивного тренировочного процесса у спортсменов дифференцированно отражает биоэлектрическая активность сердечной деятельности и головного мозга (альфа-, бета-, дельта- и тета-ритмы). Для обследования функционального состояния спортсменов высших достижений в условии тренировочного процесса представляет особый интерес применение аппаратно-программного комплекса «Омега-С». Данная программа позволяет за короткое время получить информацию со всех уровней регуляции организма, путем выделения динамических параметров из сигналов биоэлектрической активности. Установление корреляционной зависимости между показателями спектрального анализа вегетативной регуляции и ритмограмм мозговой активности спортсменов высшей квалификации