

расстройств у больных перенесших гастрэктомию путем применения изоперистальтической еюногастропластики с сохранением дуоденального пассажа.

Материалы и методы исследования.

Исследуемая группа составила 151 пациент, которым в период с 2011-2017 г., в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого в качестве реконструкции пищеварительного тракта выполнена изоперистальтическая еюногастропластика (ЕГП). Из них 142 (94,1%) пациента оперированы по поводу первичного рака желудка в объеме гастрэктомиа, 9 (5,9%) пациентов оперированы по поводу рецидивного рака желудка. У 7 выполнена экстирпация культи желудка, и 2 резекция эзофагоеюноаносто-моза. В 28 (18,5%) наблюдений выполнена резервуарная ЕГП, и у 31 (20,5%) пациента ЕГП дополнена антирефлюксным клапаном в оригинальной модификации. В исследуемой группе было 89 (59%) мужчин и 62 (41%) женщин, средний возраст составил 58 лет.

Результаты. Хирургическое лечение в объеме R0 выполнено 142 (94%) больным, в объеме R1 – 9 (6%) пациентам, R2 – 0. В раннем послеоперационном периоде осложнения имели место у 6 (3,9%) больных: у 3 (1,9%) частичная несостоятельность эзофагоеюноанастомоза разрешилась консервативно, путем адекватного дренирования под УЗ-контролем и вакуум-аспирации. У 3 больных (1,9%) возникшие осложнения потребовали релапаротомии: у 1 больного на 2-е сутки ввиду некроза кишечного трансплантата, который резецировали и выполнении повторную ЕГП, 1 больному релапаротомия выполнена по поводу перфоративной язвы ДПК, на 8-е сутки, выполнении ушивание язвы. И 1 пациент скончался после тотального панкреанекроза развившегося после операции. Таким образом, послеоперационная госпитальная летальность составила 0,7%

Отдаленный результат реконструктивной операции оценили по трёхбалльной модифицированной шкале Visick с учетом самочувствия пациента, динамики его питательного статуса, наличия тех или иных расстройств пищеварения. В отдаленном периоде под наблюдением находилось 119 (78,8 %) пациентов из 150. Осмотр пациентов выявил у 69 (57,9%) из них хороший, у 41 (34,5%) - удовлетворительный результат. И лишь 9 (7,6%) больным операция ни принесла облегчения.

Заключение. Оценка полученных результатов демонстрирует функциональную эффективность ЕГП, как методику физиологического восстановления ЖКТ после

гастрэктомии. А показатели безопасности возводят ее в ранг методики выбора, альтернативной традиционным способам петлевой реконструкции, как при первичных, так и повторных операциях на желудке. Техническая простота ЕГП открывает перспективы для создания резервуарных и клапанных модификаций направленных на компенсацию утраченных функций желудка после ГЭ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ

Рустамова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В последние годы во всем мире было опубликовано множество статей об изменении климата и последствиях этих изменений для человеческого организма. Возбудители инфекционных и паразитарных заболеваний напрямую зависят от климата.

Цель: определить взаимосвязь между количеством детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) и температурой воздуха в Самаркандской областной инфекционной клинической больнице за 2004-2014 гг.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили протоколы истории болезней детей раннего возраста, проходившие лечение в Самаркандской областной клинической инфекционной больнице за 2004-2014 гг., и информация центра гидрометеорологической службы о 10-летнем изменении климата в Самарканде. В качестве материала для исследования: общий анализ крови, мочи, кала, бактериологические и вирусологические методы.

Результаты. Результаты исследования основаны на результатах наблюдений среди детей до 14 лет, госпитализированных в Самаркандскую областную клиническую инфекционную больницу. Больные поступили из города Самарканда, районов Самаркандской области. Анализ возрастной структуры больных показало, что значительную долю пациентов составляли дети до 1 года (47,7%). Заболеваемость острыми кишечными инфекциями у наблюдаемых детей по месяцам года была проанализирована и распределена в следующих процентах: январь-2% февраль-3%, март-3%, апрель-4%, май-6%, июнь-9%, июль-13%, август-18%, сентябрь-17%, октябрь-13%, ноябрь-8%, декабрь-4%. Было обнаружено, что заболеваемость ОКИ увеличивается с мая по ноябрь. Наиболее значительный рост заболеваемости отмечен с июля по сентябрь. За эти месяцы госпитализировано 51,3% пациентов.