

только у 54 (16%) больных нарушение трофического статуса отсутствовали.

Установили, что нарушения трофического статуса связаны с длительностью язвенного анамнеза, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний. Так, чем продолжительней язвенный анамнез, старше возраст больных и тяжелее сопутствующая патология, тем выражение изменения трофического статуса.

Изучили влияние способа оперативного лечения на развитие белково-энергетической недостаточности в раннем послеоперационном периоде у пациентов с перфоративными язвами желудка и ДПК.

На основании проведенного анализа установили, что наиболее выраженные изменения трофического статуса были у больных перенесших резекции желудка - 80(23,6%), а пациенты, которым выполняли иссечение перфоративных язв желудка и ДПК из мини-доступа с лапароскопической санацией брюшной полости - 138(40,8%) сохранили исходную степень нарушения питания.

Таким образом, всем пациентам с перфоративными язвами желудка и ДПК, с целью улучшения результатов хирургического лечения необходимо проводить коррекцию белково-энергетической недостаточности на протяжении всего послеоперационного периода.

Свиштунов Н.Н., Шульга А.Ф.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, кафедра общей хирургии, shulgadoc@mail.ru*

Рак толстой кишки является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей.

Доминирующая часть (62,4 – 75%) этих больных составляют пациенты пожилого и старческого возраста, нередко страдающие серьезными интеркуррентными заболеваниями.

Больные осложненным раком ободочной и прямой кишки составляют более 60% (от 60-89%), а от 30 до 80% больных поступают в хирургический стационар в далеко зашедшей стадии заболевания.

Послеоперационная летальность при осложненных формах колоректального рака колеблется по данным разных авторов от 15 до 60%. Наиболее частым осложнением (20-40% больных) рака толстой кишки, является obturационная кишечная непроходимость, его частота колеблется от 30 до 76,8%.

Результаты хирургического лечения не приносят удовлетворения ни больным, ни хирургам. Высок процент послеоперационных осложнений, а летальность при экстренных операциях по поводу обтурационной кишечной непроходимости остается высокой.

Лечение больных с осложненными формами рака толстой кишки представляет большие трудности и связано с решением двух проблем. Одна из них хирургическая: большинство больных нуждается в экстренной хирургической помощи, направленной на устранение развившихся осложнений и сохранению жизни больного. Другая проблема — онкологическая, которая предусматривает избавление больного от тяжелого злокачественного образования. Решение этих проблем зависит от многих факторов. Самым важным из них является состояние больного и эффективность подготовки его к операции. Большинство пациентов с осложненным раком госпитализируются в тяжелом состоянии и нуждаются в тщательной предоперационной подготовке.

Были изучены результаты лечения 30 больных колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью. 21 из них умерших (1 группа) и 9 (2 группа) выздоровевших.

Возраст больных составил соответственно $66,2 \pm 3,7$ и $74,9 \pm 1,0$. Мужчин было 8 из 21 (38%) и 4 из 9 (44%) соответственно.

Давность заболевания была в обеих группах примерно одинаковая 234 ± 72 и 260 ± 39 часов.

Значимых различий в показателях гемодинамики и лабораторных данных (анализ крови клинический, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, амилаза, креатинин, протромбиновый индекс) выявлено не было. Только уровень глюкозы в 1 группе был значимо выше — $10,9 \pm 1,8$ и $7,1 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,03$), а также мочевины соответственно $15,9 \pm 1,8$ и $8,3 \pm 1,7$ ммоль/л ($p < 0,01$).

Тяжесть состояния при поступлении оценивалась врачом. В первой группе оценено как удовлетворительное у 2 (10%), средней тяжести у 11 (52%), тяжелое у 8 (38%). Во второй группе соответственно как удовлетворительное у 2 (22%), средней тяжести у 4 (45%), тяжелое у 3 (33%). Различия по группам не значимы.

19 из 21 больных первой группы были прооперированы. У 10 (48%) были выполнены операции наложения колостомы, у 7 (33%) — обструктивная резекция толстой кишки, у одного (5%) резекция тонкой кишки, у одного (5%) правосторонняя гемиколонэктомия. Двое больных умерли при подготовке к операции.

Интенсивность и длительность предоперационной подготовки определялись индивидуально.

Во второй группе у 3х больных была выполнена колостомия, у 4х обструктивная резекция, у 2х субтотальная колэктомия.

Длительность лечения в группах существенно отличалась. Так в 1й группе койко-день составил $23,8 \pm 6,2$, то во 2й группе $5,2 \pm 2,6$ ($p < 0,02$). При этом 7 пациентов 1й группы (33%) умерли в первые сутки, а 5 во вторые сутки (24%), 3 прожили от 3х до 6ти суток (14%). Только у 5 (24%) пациентов длительность лечения была от 10 до 19 суток.

Всем пациентам обеих групп был рассчитан риск наступления летального исхода по шкале SAPS II в баллах и в %. Также нами была применена собственная модифицированная шкала оценки тяжести состояния больного [http://med.spbu.ru/archiv/vest/9_3/3_vip.pdf], которая заключается в балльной оценке наиболее распространенных в практической медицине 16-ти клинико-лабораторных показателей. Предполагалось, что с помощью этой шкалы можно с достаточной степенью вероятности прогнозировать тяжесть течения и исход заболевания на ранней стадии, до наступления синдрома полиорганной недостаточности. При использовании этой шкалы вероятность тяжелого течения и летального исхода у каждого больного определялась суммированием диагностических баллов (ДБ) каждого признака. Полученная сумма ДБ (СДБ) со знаком «-» или «+» отражает вероятность течения патологического процесса у больного.

Риск летального исхода по SAPS II составил $22,4 \pm 1,1$ баллов в 1й группе и $22,9 \pm 1,6$ во 2й группе. В процентах риск смерти был соответственно $8,4 \pm 1,5\%$ и $5,7 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$).

В ДБ риск смерти у больных 1й группы составил $+10,0 \pm 2,1$, а во 2й группе отрицательную величину - $-10,2 \pm 4,6$, $p < 0,002$.

Выводы.

Большая часть больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью поступает с запущенными формами заболевания в поздние сроки заболевания. Состояние большей части больных при поступлении тяжелое или средней тяжести.

Наибольшая летальность отмечается в первые 6 суток после операции.

Совершенствование методов прогнозирования исхода заболевания необходимо для улучшения предоперационной подготовки больных и уменьшения риска оперативного лечения.