

Свистунов Н.Н., Шульга А.Ф.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*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.

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.

Частота перфорации толстой кишки при раке по данным различных авторов колеблется в зависимости от локализации в довольно широких пределах от 0,7 до 18%. Послеоперационная летальность при осложненных формах колоректального рака колеблется по данным разных авторов от 15 до 60%.

Независимо от причины перфорации кишечной стенки (прямая перфорация опухоли, прорыв около опухолевого гнойника, разрыв кишки в участке пролежня, диастатическая перфорация), осложненный рак толстой кишки характеризуется явлениями развития перитонита с крайне тяжелым течением и обычно неблагоприятным исходом.

Основные причины летальности: раковая интоксикация, перитонит, а также септические тромбоэмболические осложнения.

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 ретроспективно изучены результаты лечения 45 больных с колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли. Из них умерших 16 (1 группа) и 29 (2 группа) выздоровели.

Возраст больных составил соответственно $75,5 \pm 1,0$ и $68,7 \pm 2,0$. Мужчин было соответственно 4 из 16 (25%) и 8 из 29 (26%), $p < 0,004$.

Давность заболевания была в обеих группах примерно одинаковая $132,6 \pm 7,5$ и $141,4 \pm 32,8$ часов, $p > 0,05$.

Значимых различий в большинстве показателях гемодинамики и лабораторных данных (анализ крови клинический, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, амилаза, креатинин, протромбиновый индекс) выявлено не было. Только содержание палочкоядерных нейтрофилов в периферической крови было

значимо выше в группе умерших — $23,8 \pm 2,3$ и $12,2 \pm 2,3$ соответственно ($p < 0,02$).

Состояния при поступлении в первой группе оценено как средней тяжести у 7 (44%), тяжелое у 9 (56%). У всех больных наблюдалась картина перитонита и у 3х в сочетании с кишечной непроходимостью.

Во второй группе соответственно как удовлетворительное у 6 (21%), средней тяжести у 19 (66%), тяжелое у 3 (14%).

14 из 16 больных первой группы были прооперированы. У 5 (36%) была выполнена операция Гартмана, у одного (7%) резекция тонкой кишки, у одного (7%) правосторонняя гемиколонэктомия, у двух (14%) илеотрансверзостомия, дренирование и тампонирование брюшной полости, у 4х (28%) колостомия, дренирование и тампонирование брюшной полости, у одного (7%) дренирование и тампонирование брюшной полости. Двое больных умерли при подготовке к операции.

Интенсивность и длительность предоперационной подготовки определялись индивидуально.

Во второй группе у 19 больных (66%) была выполнена операция Гартмана, у 7 (24%) правосторонняя гемиколонэктомия, у 2х (7%) колостомия, дренирование и тампонирование брюшной полости, у одного (3%) дренирование и тампонирование брюшной полости.

Длительность лечения в группах существенно отличалась. Так в 1й группе койко-день составил $4,5 \pm 2,4$, то во 2й группе $24,1 \pm 2,5$ ($p < 0,001$). При этом 4 пациентов 1й группы (25%) умерли в первые сутки, а 3 во вторые сутки (19%), 6 прожили от 3х до 6ти суток (38%). Только у (18%) пациентов длительность лечения была от 8 до 21 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 $28,0 \pm 0,9$ баллов в 1й группе и $23,1 \pm 1,0$ во 2й группе ($p < 0,0004$). В процентах риск смерти был соответственно

9,5+1,3% и 6,1+0,6% ($p<0,002$).

В ДБ риск смерти у больных 1й группы составил +11,1+2,4, а во 2й группе отрицательную величину - -2,6+1,7 ($p<0,0004$).

Выводы.

Большая часть больных с перфорацией опухоли толстой кишки поступает поздно с запущенными формами заболевания, в состоянии тяжелом или средней тяжести.

Наибольшая летальность отмечается в первые 6 суток с момента поступления.

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

*Семак М.В.², Шатиль М.А.⁴, Борисова Р.П.¹,
Тоне Р.В.³, Котлов В.О.⁴, Бубнова Н.А.²*

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С
ВРЕМЕННЫМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ БЛОКОМ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии¹; Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра общей хирургии², Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова, Кафедра общей хирургии³, СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»⁴, markin-84@mail.ru

Проблема послеоперационного остеомиелита конечностей является крайне актуальной в нашей стране. Год от года количество таких больных растет. В связи с недостатком специализированных учреждений для таких пациентов, большинство из них лечатся в общих гнойно-септических отделениях многопрофильных стационаров. Основными принципами лечения таких пациентов в данных условиях являются экстренное оперативное лечение при наличии показаний и антибактериальная терапия. Одним из хорошо зарекомендовавших себя методов в лечении гнойных заболеваний, в том числе и остеомиелита, является лимфотропная антибактериальная терапия с временным фармакологическим блоком, позволяющая вызвать временное депонирование антибиотика в очаге воспаления. К сожалению, в настоящее время наблюдается высокая устойчивость основных возбудителей заболевания ко всем традиционно