

otdel'nykh fizicheskikh i fiziologicheskikh faktorov, vliyayushchikh na kachestvo obsledovaniya patsientov s varikoznoy boleznyu ven nizhnikh konechnostey metodom kombinirovannoy termografii [The Theoretical Research of Separate Physical and Physiological Factors Influencing the Quality of Checking up Patients with Venous Varicosity of Lower Extremities by the Method of Combined Thermography]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(4):280-2. Russian.

2. Medik VA, Tokmachev VA. Matematicheskaya statistika v meditsine: uchebnoe posobie. Moscow: Finansy i statistika; 2007. Russian.

3. Rozhkova NI, Smirnova NA, Nazarov AA.

Faktery, vliyayushchie na effektivnost' radiotermometricheskikh izmereniy molochnoy zhelezy s pomoshch'yu diagnosticheskogo kompleksa RTM-01-RES. Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy. 2007;3:21-5. Russian.

4. Khadartsev AA, Yashin AA, Es'kov VM, Agarkov NM, Kobrinskiy BA, Frolov MV, Chukhraev AM, Gondarev SN, Khromushin VA, Kamenev LI, Valentinov BG, Agarkova DI. Informatsionnye tekhnologii v meditsine. Monografiya. Tula: TulGU; 2006. Russian.

Государственный научный грант Волгоградской области (договор № 285 от 06.12.2013 г.).

УДК: 616.351-006.6; 616.34-007.272

DOI: 10.12737/7265

ВЛИЯНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ КОЛОСТОМ НА МИКРОБНУЮ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И РАЗВИТИЕ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

З.В. ТОТИКОВ, В.З. ТОТИКОВ

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, РСО-Алания, ул. Пушкинская 40, Владикавказ, Россия

Аннотация. Статья посвящена изучению влияния проксимальной колостомы сформированной через минидоступ на микробную обсемененность брюшной полости во время радикального этапа лечения и динамику развития воспалительных изменений и интоксикационного синдрома у больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью. Произведено исследование микробного обсеменения брюшной полости у 32 больных, из них у 15 больных у которых непроходимость была разрешена консервативно и у 17 больных, у которых на первом этапе накладывалась проксимальная колостома из минидоступа для ликвидации непроходимости. У 30 пациентов проведено исследование белков острой фазы и определялся уровень имеющейся токсемии с помощью расчетов лейкоцитарного индекса интоксикации. Забор крови осуществлялся у больных с острой кишечной непроходимостью непосредственно перед наложением проксимальной колостомы, а также перед вторым – радикальным этапом лечения через 7-10 дней. Установлено, что наложение проксимальной колостомы через минидоступ не приводит к росту микробного обсеменения брюшной полости, способствует снижению уровня белков острой фазы, уровня общей токсемии и снижает риск развития послеоперационных воспалительных осложнений перед выполнением радикального этапа лечения.

Ключевые слова: колостома, минидоступ, кишечная непроходимость, микробная обсемененность, интоксикационный синдром.

THE IMPACT OF MINIMALLY INVASIVE COLOSTOMY ON THE MICROBIAL INFECTION OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE DEVELOPMENT OF INTOXICATION SYNDROME IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER COMPLICATED BY ACUTE OBSTRUCTION

Z.V. TOTIKOV, V.Z. TOTIKOV

Northern Ossetia State Medical Academy, st. Pushkinskaya 40, Vladikavkaz, Russia

Abstract. The article studies the influence of proximal colostomy formed through minimal access for microbial contamination of the abdominal cavity during the radical phase of treatment and the dynamics of the inflammatory changes and intoxication syndrome in patients with rectal cancer complicated by acute obstruction. The research on microbial contamination of the abdominal cavity was made in 32 patients, including 15 patients in whom obstruction was resolved conservatively and 17 patients in whom was made a proximal colostomy through mini-invasive access to eliminate acute obstruction. In 30 patients were investigated acute phase proteins and determined the level of toxemia available by calculation leukocyte index of intoxication. Blood sampling was carried out in patients with acute intestinal obstruction directly before applying the proximal colostomy, and before the second - a radical step treatment in 7-10 days. Found that the imposition of the proximal colostomy through minimal access does not lead to an increase in microbial contami-

nation of the abdomen; helps reduce the level of acute phase proteins, the level of general toxemia and reduces the risk of postoperative inflammatory complications before performing radical phase of treatment.

Key words: colostomy, mini-invasive access, ileus, microbial contamination, intoxication syndrome.

В последние годы многие хирурги признают необходимость выполнения многоэтапных оперативных вмешательств при осложненном раке толстой кишки, когда на первом этапе на высоте непроходимости производится декомпрессия ободочной кишки с помощью малоинвазивных технологий без выполнения срединной лапаротомии [2-8]. По мнению целого ряда авторов, проведение таких операций под местной анестезией или внутривенным обезболиванием способствует снижению количества послеоперационных осложнений и летальных исходов [1,4,7,8]. Они считают, что преимуществами выполнения колостомий из минидоступа является малая травматичность операции, а так же короткие сроки реабилитации пациентов [2,4,7].

Цель исследования – определить влияние проксимальной колостомы, сформированной через минидоступ, на микробную обсемененность брюшной полости во время радикального этапа лечения и динамику развития воспалительных изменений и интоксикационного синдрома у больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Материалы и методы исследования. Для определения влияния проксимальной колостомы, сформированной через минидоступ, на микробную обсемененность брюшной полости во время второго радикального этапа лечения нами было проведено исследование микробного обсеменения брюшной полости у 32 больных. Контрольную группу составили 15 пациентов, у которых непроходимость была разрешена консервативно. 17 больных вошло в основную группу, у них на первом этапе накладывалась проксимальная колостома из минидоступа для ликвидации непроходимости. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и наличию сопутствующих заболеваний. Так же нами было проведено исследование белков острой фазы, в частности С-реактивного белка и определялся уровень имеющейся токсемии с помощью расчетов лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по С.Ф. Химич и ЛИИ по А.А. Чиркину. Забор крови осуществлялся у 30 больных с острой кишечной непроходимостью непосредственно перед наложением проксимальной колостомы, а также перед вторым – радикальным этапом лечения через 7-10 дней.

Результаты и их обсуждение. Частота инфицированности смывов брюшной полости от начала операции к ее завершению возрастала у больных контрольной группы с 37,8 до 64,5%, а у пациентов основной группы с 38,6 до 65,7%. Как показал видовой состав микрофлоры, в обеих группах преобладали энтеробактерии различных видов, в контрольной группе они встречались в 83,4% случаев, а в основной

в 84,7% случаев. Частота обнаружения энтеробактерий была равномерна в обеих группах, частота высеваемости кокков в продолжение операции не менялась в обеих группах.

Таким образом, как показывают данные микробиологического исследования, наложение проксимальной колостомы через минидоступ не приводит к росту микробного обсеменения брюшной полости.

У 30 пациентов осуществлен забор крови на высоте непроходимости перед первой операцией в объеме минилапаротомии, двустольной колостомии. Концентрация С-реактивного белка в плазме крови у 28 больных значительно превышала норму, колеблясь в пределах от 47 мг/л до 430 мг/л (норма 0-5 мг/л), составляя в среднем 239 ± 32 мг/л и только у 2 пациентов оставалась в пределах нормы. Значения ЛИИ по С.Ф. Химич и ЛИИ по А.А. Чиркину у всех пациентов также превышали показатели нормы, составляя в среднем соответственно $3,78 \pm 0,53$ и $3,57 \pm 0,56$. При исследовании уровня концентрации С-реактивного белка непосредственно перед вторым этапом лечения через 7-10 дней у 28 пациентов отмечалось достоверное снижение уровня его концентрации до приблизительно одной и той же величины ($33,8-42,4$ мг/л) и только у 2 больных она оставалась на прежнем уровне. У этих двух пациентов послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационных ран. Уровень имеющейся токсемии перед вторым этапом лечения удалось снизить у всех пациентов, на что указывало снижение показателей ЛИИ по Химич и ЛИИ по Чиркину в среднем до $2,1 \pm 0,53$ и $2,2 \pm 0,18$.

Второй радикальный этап, как правило, мы начинали с того, что в первую очередь изолировали стому, расположенную в правом подреберье путем наклеивания самоклеющейся пленки или салфеткой смоченной хлоргексидином. После этого стандартно обкладывалось операционное поле и производилась лапаротомия и в зависимости от локализации опухоли производили резекцию или экстирпацию прямой кишки.

Заключение. Таким образом, наложение проксимальной колостомы через минидоступ не приводит к росту микробного обсеменения брюшной полости, способствует снижению уровня белков острой фазы, уровня общей токсемии и снижает риск развития послеоперационных воспалительных осложнений перед выполнением радикального этапа лечения.

Литература

1. Ажави А.М., Слесаренко С.С. Ассистированные вмешательства в лечении больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью

опухолевого генеза // Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии". Матер. Конгресса. Ростов-на-Дону, 2005. С. 339.

2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сорокин В.В. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака // IX Всерос. съезд хирургов. Матер. Съезда. Волгоград, 2000. С. 154.

3. Гаджиев М.С. Эндовидеохирургические технологии в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости // XI съезд хирургов Российской Федерации: Тез. докл. Волгоград, 2011. С. 81–82.

4. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. Москва, 2005. 223 с.

5. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ахмеров Р.Р., Султанбаев А.У. Современный подходы в хирургической тактике при осложненном раке толстой кишки // Колопроктология. 2011. №3 (37). Приложение. С. 89.

6. Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Качмазов А.К., Джиев С.А. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном непроходимостью // Колопроктология. 2005. №2(12). С. 36–39.

7. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Владикавказ, 2011. 150 с.

8. Тотиков З.В., Тотиков В.З., Талапова И.М., Тотиков М.З., Асланов А.Д. Способ формирования двустольной петлевой колостомы при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Колопроктология. 2013. №1(43). С.39–43.

shatel'stva v lechenii bol'nykh s ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimost'yu opukholevogo geneza. Mezhdunarodnyy khirurgicheskiy kongress "Novye tekhnologii v khirurgii". Mater. Kongressa. Ros-tov-na-Donu; 2005. Russian.

2. Vorob'ev GI, Shelygin YuA, Frolov SA, Sorokin VV. Vybora metoda khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh i rasprostranennykh form kolorektalnogo raka. IX Vseros. s'ezd khirurgov. Mater. S'ezda. Volgograd; 2000. Russian.

3. Gadzhiev MS. Endovideokhirurgicheskie tekhnologii v lechenii obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti. XI s'ezd khirurgov Rossiyskoy Federatsii: Tez. dokl. Volgograd; 2011. Russian.

4. Pugaev AV, Achkasov EE. Obturatsionnaya opukholevaya tolstokishechnaya neprokhodimost'. Moskva; 2005. Russian.

5. Timerbulatov VM, Fayazov RR, Mekhdiev DI, Gareev RN, Timerbulatov ShV, Akhmerov RR, Sultanbaev AU. Sovremennyy podkhody v khirurgicheskoy taktike pri oslozhnennom rake tolstoy kishki. Koloproktologiya. 2011;3(37):89. Russian.

6. Totikov VZ, Zuraev KE, Totikov ZV, Kachmazov AK, Dzhioev SA. Khirurgicheskaya taktika pri rake pryamoy kishki, oslozhnennom neprokhodimost'yu. Koloproktologiya. 2005;2(12):36-9. Russian.

7. Totikov VZ, Totikov ZV. Rak pryamoy kishki, oslozhnenny ostroy obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimost'yu. Vladikavkaz; 2011. Russian.

8. Totikov ZV, Totikov VZ, Talapova IM, Totikov MZ, Aslanov AD. Sposob formirovaniya dvustvol'noy petlevoi kolostomy pri tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevogo geneza. Koloproktologiya. 2013;1(43):39-43. Russian.

References

1. Azhavi AM, Slesarenko SS. Assistirovannye vme-

УДК: 616-036.2 – 616.12-008.46

DOI: 10.12737/7266

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РСО-АЛАНИЯ

Т.М. ДЕДЕГКАЕВА, З.Т. АСТАХОВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Пушкинская, 40, г. Владикавказ, Россия, 362019

Аннотация. Хроническая сердечная недостаточность – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Известно, что данные российских эпидемиологических исследований по изучению хронической сердечной недостаточности значительно отличаются от зарубежных, в то же время выявляются различия и между отдельными регионами РФ. Набор материала проходил на базе шести лечебно-профилактических учреждений Республики Северная Осетия-Алания, отобранных в результате проведения рандомизации. Обследовано 688 семей, 1600 человек в возрасте от 18 до 100 лет среди сельского и городского населения Республики Северная Осетия-Алания. Диагноз хронической сердечной недостаточности верифицирован на основании стандартизированной оценки клинических симптомов, применяемых в исследовании ЭПОХА-ХСН. Распространенность хронической сердечной недостаточности среди сельского населения Республики Северная Осетия-Алания оказалась несколько выше и составила 14,4%, против 13,9% среди городского. Как среди сельского, так и среди городского населения Республики Северная Осетия-Алания распространенность хронической