

Т.о. эта проблема на догоспитальном этапе является междисциплинарной, т.к. она не укладывается в рамки одной врачебной специальности. С целью достижения позитивных сдвигов в решении этой проблемы необходимо обратить внимание на группу риска — предраковых заболеваний толстой кишки.

В оценке прогноза течения послеоперационного периода важную роль играет сопутствующая патология и возраст пациента. По мере увеличения возраста опасность обострения сопутствующих заболеваний на фоне осложненного рака возрастает и в большинстве случаев является причиной смерти. За 2006 год из 6 умерших пациентов в 5 случаях на фоне обструкции бронхов развилась пневмония. У 2 больных на фоне ИБС и обменных нарушений причиной смерти явилась ТЭЛА. В финале во всех случаях на фоне полиорганной недостаточности развилась острая почечная и сердечная недостаточность. У 36 пациентов, имеющих сопутствующие заболевания и осложнения рака толстой кишки, послеоперационный период протекал тяжело, но на фоне проводимого лечения и профилактики осложнений исход — выздоровление.

Всем поступившим пациентам проводилась предоперационная подготовка от 2 до 24 часов в зависимости от плана операции (срочная или отсроченная). В план предоперационной подготовки всегда входила профилактика осложнений послеоперационного периода. Тем не менее, имели место осложнения (нагноение послеоперационной раны — 7 случаев, эвентрация — 2, тромбоз кишечной стенки — 1, межкишечный абсцесс — 3, послеоперационный панкреатит — 3, инфильтрат брюшной полости — 4).

Анализ показал, что в исходе заболевания немаловажную роль играет правильный выбор анестезиологического пособия. Длительность операции составляет от 2 до 4 часов. Все операции проводились под эндонаркозом. Отмечено, что при более длительном эндонаркозе в 7 случаях отмечалась нестабильная гемодинамика во время операции. Эти больные не избежали в послеоперационном периоде пневмонии, послеоперационного панкреатита. Причиной этого в ряде случаев является респираторный дистресс-синдром, в этиологии которого может быть септический синдром на фоне непроходимости, гипоксия, гемотрансфузия и травматическая операция. Чаше нестабильность гемодинамики появлялась во время интубации тонкой кишки. В тех случаях, когда проводилась встречная интубация (дренирование желудка и интубация кишки через стому), нарушения гемодинамики не отмечалось.

Важно правильно выбрать объем операции в условиях осложненного рака. За 2006 г. 42 операции по поводу осложненного рака закончены наложением стомы в 28 случаях, что позволило сохранить пациентам жизнь и избежать многих осложнений. В 3 случаях удалось наложить обходной анастомоз (при раке правой половины ободочной кишки). В 3 случаях — наложение колостомы без резекции.

Отмечены 3 осложнения колостомы, которые повлекли за собой повторные операции.

При совпадении одного или нескольких осложнений заболевания и осложнений послеоперационного периода риск летального исхода повышается.

В послеоперационном периоде пациентам с осложненным раком проводились всевозможные лечебные, реанимационные мероприятия, включая не только инфузионную, массивную антибактериальную терапию, ГБО-терапию, УФОК, форсированный диурез. В двух случаях имел место повторный перевод в реанимацию. Это связано с недооценкой состояния больного, осложнениями, которые ведут к нарушению гомеостаза.

Таким образом, осложненный рак ободочной кишки представляет серьезную проблему. Она, в первую очередь, связана с растущей заболеваемостью и смертностью. Улучшение ситуации возможно только на основании решения задач ранней диагностики опухоли при активном выявлении патологии, а также совершенствовании технических подходов хирургической помощи больным.

Г.В. Ивасюк, В.Е. Воловик, Л.Д. Сквычева, Н.Ф. Степанкова, А.Л. Осипов

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (г. Хабаровск)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

Механизм перелома шейки бедра чаще всего связан с падением больного и ушибом в области большого вертела. Этому подвержены чаще женщины пожилого возраста. При этом большую роль играет остеопороз любого генеза, приводящий к значительному снижению сопротивляемости шейки бедра внешним воздействиям. Реабилитация таких больных осложняется не только возрастными изменениями, но и общими и местными осложнениями, имеющими место при данной патологии. Под общими рассматриваются такие, как гипостатическая пневмония, декомпенсация или заболевание сердечно-сосудистой и дыхательной систем, атрофия мышц, пролежни, тромбозэмболические осложнения т.д.

Местными можно считать асептический некроз головки бедра, ложный сустав шейки бедра, миграцию и искривление конструкций, нагноение ран и т.д.

При реабилитации таких больных используются всевозможные методы и средства лечебной физкультуры. Со дня поступления больного рекомендуются активные занятия дыхательной гимнастикой, упражнения для здоровых конечностей, легкий массаж нижних конечностей, самомассаж живота.

Дыхательная гимнастика представляет собой методическое сочетание элементарных гимнастических упражнений (главным образом, общего характера) и специальных дыхательных упражнений. При этом используются различные исходные положения или различные изменения соотношений дыхательных фаз. При выполнении необходимо придерживаться носового дыхания, избегать гипервентиляции и добиваться урежения частоты дыхания.

Целью занятий лечебной гимнастикой в периоде постельного режима является повышение общего психо-эмоционального тонуса, улучшение трофики тканей, профилактика возможных осложнений. Необходимо, чтобы больные систематически выполняли изометрические напряжения мышц больной ноги. Большое внимание следует обращать на улучшение тонуса мышц, ротирующих бедро внутрь, так как принимаемое конечностью положение наружной ротации в последующем может закрепиться и стать постоянным. В первую неделю после операции изометрические напряжения мышц должны быть ритмичными и кратковременными. В дальнейшем время удержания мышц в сокращенном состоянии увеличивается до 5–7 секунд. Количество сокращений в начале не должно превышать 4–6 раз, в последующем число их можно довести до 16–20. Изометрической гимнастикой больные должны заниматься час на протяжении дня.

При оперативном лечении занятия лечебной гимнастикой возобновляются с 2–3 суток, после операции и включают в себя присаживания с 4–5 суток, активные передвижения по кровати — с 5–6, повороты на здоровый бок (при отсутствии болевого синдрома) — с 6–8, опускание ноги на пол с поддержкой за ленту — с 12–14 суток, подъем на ноги — с 14–16 при отсутствии болевого синдрома.

При консервативном лечении комплекс упражнений расширяется за счет активных присаживаний, передвижений как по ширине, так и по длине кровати, укладывания на здоровый бок. К концу первого месяца больной должен сидеть либо без опоры, либо с частичной опорой на руки, передвигаться по кровати и свешивать здоровую ногу, частично опираться здоровой ногой о пол. При отсутствии выраженного болевого синдрома садиться, свесив ноги с кровати, придерживая поврежденную конечность лентой за стопу. Подъем на ноги возможен с конца третьей — начала четвертой недели после травмы.

Во избежание повторных травм до обучения ходьбе с помощью костылей необходимо освоить упражнения на равновесие, подготовить здоровую конечность к предстоящей нагрузке. При этом при консервативном методе лечения переход на ходьбу с помощью одного костыля или трости произволен при хорошем самочувствии и отсутствии выраженного болевого синдрома. Возможно неоднократное возвращение к ходьбе с помощью обоих костылей. При оперативном методе лечения приступать на больную конечность не ранее конца 4-го месяца после операции. До конца 6-го месяца давать частичную опору с постепенно увеличивающейся нагрузкой. Полная опора на поврежденную ногу не ранее чем по истечении полугода после операции. Переход на ходьбу с одним костылем только после Rg-подтверждения сращения перелома.

В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

С декабря 1999 г. по декабрь 2006 г. в отделении колоректальной хирургии выполнены операции передней резекции 156 пациентам с раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки. Из них мужчин — 79, женщин — 77, средний возраст составил 56,3 года. Нижний край опухоли локализовался от 10 до 4 см от края ануса. Всего выполнено 151 радикальное и 5 палиативных вмешательств. Ранние послеоперационные осложнения — 6,4 %. Летальность — 1,9 %.

Все операции выполнялись с формированием анастомоза механическим швом. Их них выполнено согласно нашей классификации 135 низких и 21 ультранизкая резекции.

На настоящий момент из 156 человек под нашим наблюдением находится 110 человек.

Среди поздних послеоперационных осложнений выявлены следующие: стриктуры анастомоза — 5 (4,5 %) человек (из них никому не потребовалось повторного оперативного вмешательства); местный