

малась терапия послеоперационных изменений СОЖ (слизистой оболочки желудка), включающая антисекреторные препараты, гастропротекторы, антациды, средства коррекции микробиоты и эвакуаторных расстройств. У пяти больных (контрольная группа) не осуществлялось подобной направленности медикаментозных мероприятий.

У всех обследованных пациентов выполнялась клиническая оценка возможных признаков гастродуоденального кровотечения (изменения состояния, клинические признаки кровопотери, отделяемое по зонду, изменения характера стула и пр.); производились лабораторные тесты, уточняющие варианты кровопотери; в ряде наблюдений выполнялась эндоскопическая оценка состояния слизистой проксимальных отделов пищеварительного тракта с осуществлением биопсии из наиболее измененных отделов слизистой и выполнением как гистологического, так и бактериологического исследования.

По итогам наблюдений было выявлено, что современные антисекреторные средства надежно предотвращают осложнения эрозий и язв желудка в обсуждаемой категории больных, хотя использование подобной терапии может влиять на частоту пневмонии в послеоперационном периоде (один пациент основной группы и двое больных — контрольной). Изменения эпителиального барьера чаще встречались в случае одномоментного восстановления непрерывности толстой кишки у пациентов с поздней стадией неопластического процесса, что следует учитывать при построении плана вмешательства.

О.В. Иванова

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Областная клиническая больница (г. Чита)

Злокачественные опухоли ободочной кишки занимают значительное место среди ургентной патологии органов брюшной полости.

За последние два года в отделении колопроктологии ОКБ осложненные формы данного заболевания встречались в 2005 г. в 42 случаях, в 2006 г. — в 52 случаях. В 2005 г. не пережили осложнения заболевания 5 человек, в 2006 г. — 6. 28 пациентам выполнена радикальная операция с наложением колостомы.

Судить об истинных причинах, влияющих на исход заболевания, трудно, т.к. в настоящее время отсутствует единая система классификаций осложнений рака ободочной кишки.

Чаще всего осложнения развиваются на 3 и 4 стадии рака, однако результат лечения зависит не только от стадии заболевания, как показал анализ, но и от других многочисленных факторов (наличие осложнений заболевания, их сочетания, диагностика на догоспитальном этапе, предоперационная и хирургическая тактика, анестезиологическое пособие, ведение послеоперационного периода, возраст пациента).

В структуре осложнений основное место занимает обтурационная непроходимость с различной степенью выраженности (от нарушения пассажа до декомпенсации). В 2005 г. имели место 42 случая, а в 2006 г. — 44.

Второе место среди осложнений занимает перифокальное воспаление с образованием паратуморозного абсцесса, в ряде случаев сочетается с непроходимостью. В 2005 г. — 10 случаев, в 2006 г. — 13.

На третьем месте находится прорастание в соседние органы, переднюю брюшную стенку, забрюшинную клетчатку. Часто данное осложнение сопряжено с перитонитом. В 2005 г. наблюдалось 5 случаев, в 2006 г. — 7.

Четвертое место занимают: полиорганная недостаточность, кахексия, анемия, развившиеся на фоне длительного заболевания.

На пятом месте — кишечное кровотечение. В 2005 г. — 1 случай, за 2006 г. не отмечено ни одного случая кишечного кровотечения.

На исход заболевания также влияет диагностика догоспитального этапа.

Сроки установления правильного диагноза от момента первичного обращения остаются большими и составляют от 6 до 12 месяцев. При этом к терапевту обратилось 42 % больных, к хирургу — 53 %, к другим специалистам — 6 %, вообще не обращалось к врачам около 4 %.

20 пациентов, которым своевременно не было проведено обследование толстой кишки, в течение года находились на стационарном и амбулаторном обследовании и лечении в разных отделениях.

Причинами длительной диагностики заболевания являются:

1. Рак I, II стадии длительное время протекает без симптомов.

2. Узкая специализация отделений, ограниченные сроки обследования и лечения.

3. Пациенты старше 50 лет с опухолью толстой кишки имеют сопутствующие заболевания, поэтому ранние признаки онкозаболевания, на фоне обострения сопутствующих неправильно интерпретируются.

В 2006 г. были проблемы с рентген-обследованием в поликлинике ОКБ. Не в каждой ЦРБ есть возможность выполнить ирригоскопию.

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. Сковычева, 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.