

А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов, О.Б. Вдовин, С.С. Вавилов, Д.А. Яцишин, О.В. Кряжевских, Е.А. Степаненко, Ю.В. Ельникова, Н.Е. Смирнова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Гастрошизис относится к тяжелым порокам развития, который характеризуется дефектом передней брюшной стенки, через который выпадает короткий, несовершивший поворот отдел средней кишки, кровоснабжаемый от верхней брыжеечной артерии.

Цель работы: отразить опыт лечения врожденного порока развития — гастрошизис.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследованы и пролечены в хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы (АОДКБ) в 2001 — 2011 гг. 16 детей с гастрошизисом, Мальчиков было 10, девочек — 6. 11 детей поступило непосредственно после родов и оперированы в хирургическом отделении АОДКБ, 5 новорожденных доставлены из различных районов Амурской области. В 15 случаях обнаружена простая форма порока, в 2 случаях имела место осложненная форма порока, сочетающаяся с высокой кишечной непроходимостью, некрозом средней кишки. Диаметр дефекта передней брюшной стенки колебался от 3,0 до 5,0 см. Эвентрированными органами являлись петли тонкого, толстого кишечника, часть печени, желудок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все дети оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки. В 8 случаях выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки без признаков висцеро-абдоминальной диспропорции, из них 5 детей оперированы в районных больницах, 3 — в хирургическом отделении АОДКБ. У 6 пациентов была выполнена силопластика импровизированным мешком. Второй этап осуществляли через 9 дней, после полного погружения в брюшную полость эвентрированных органов. В 1 случае отсроченная радикальная пластика выполнена при помощи полипропиленовой сетки, учитывая сохраняющуюся на 9 сутки висцеро-абдоминальную диспропорцию, не позволяющую выполнить пластику местными тканями. Двум детям проведено безнаркозное вправление эвентрированных органов в брюшную полость (процедура Бианки).

Осложнения: у 1 пациента на 21 сутки после силопластики развился некротизирующий энтероколит, перитонит. Выполнена лапаротомия, резекция подвздошной кишки и илеоцекального отдела, илео-, асцендостомия. У одного ребенка имел место некроз средней кишки, операция закончилась лапаротомией с резекцией поперечно-ободочной кишки, наложением энтеро-, колостомы, и у одного пациента — высокая кишечная непроходимость, выполнена лапаротомия, наложение кишечного анастомоза. Летальных исходов — 8. Причиной, чаще всего, явилось прогрессирование полиорганной недостаточности, реализация внутриутробной инфекции в виде двусторонней пневмонии, сепсиса, реже некротизирующий энтероколит, а также внутрижелудочковые кровоизлияния.

ВЫВОДЫ

Силопластика позволяет избежать висцеро-абдоминальной диспропорции, и является основным методом хирургического лечения данного порока. Часто развивающаяся в послеоперационном периоде вторичная инфекция, сепсис, связанные с длительным периодом пребывания органов вне брюшной полости, продолжительное нахождение пациентов на искусственной вентиляции легких с развитием ИВЛ-ассоциированной пневмонии являются основными причинами летальности.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ДВУХ И ТРЕХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Цель: определить условия для выполнения двух и трехэтапных операций при раке толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2000 по 2011 г. были 117 пациентов с различной локализацией рака толстой кишки, которым в сроки от 3 до 5 недель по поводу обтурационной кишечной непроходимости

были наложены кишечные стомы. По локализации опухоли и стомы пациенты разделялись следующим образом: опухоль прямой кишки в сочетании с сигмостомой и трансверзостомой, опухоль левой половины ободочной кишки в сочетании с трансверзостомой или илеостомой, опухоль правой половины ободочной кишки в сочетании с цекостомой или илеостомой. Все колостомы и илеостомы были петлевыми, цекостомы — пристеночными. У всех пациентов опухоли были резектабельными и отсутствовали отдаленные метастазы.

Перед нами стояла задача определить сочетать ли радикальную операцию по удалению опухоли с одновременной ликвидацией колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При раке прямой кишки выполнялась радикальная операция с наложением первичного анастомоза, колостома была оставлена как превентивная и ликвидирована в сроки от 2-х до 4-х месяцев. При раке левой половины ободочной кишки радикальную операцию мы сочетали с ликвидацией трансверзостомы, которая, как правило, входила в объем резекции. При раке правой половины ободочной кишки одновременно выполнялась ликвидация цеко- или илеостомы. После операции не было зарегистрировано ни одного случая несостоятельности анастомозов или летального исхода.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на современные достижения хирургии, нельзя отказывать в правомочности двух- и трехэтапным операциям при раке толстой кишки.
2. Принципом для определения возможности ликвидации колостомы является локализация опухоли. Если колостома входит в необходимый объем радикального оперативного вмешательства, она должна быть ликвидирована.
3. Все виды пристеночных колостом, сохраняя пассаж кишечного содержимого не профилируют несостоятельности анастомозов и должны быть ликвидированы одновременно с радикальной операцией.
4. После выполнения радикальных резекций прямой и сигмовидной кишок, выведенная ранее трансверзостома должна быть оставлена как превентивная.

А.В. Юданов, Б.В. Кан, Е.А. Яковлев

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Необходимость в экстренном консультировании больных, находящихся на лечении в центральных районных больницах (ЦРБ) возникает в ситуациях, когда условия и возможности конкретного ЛПУ не соответствуют тяжести состояния пациента и требуют привлечения дополнительных сил и средств для оптимального разрешения возникшей ситуации в интересах больного.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представлены результаты работы хирургов отделения экстренной и плановой консультативной помощи Новосибирской областной клинической больницы за период с 2007 по 2011 г. За указанный период экстренная помощь, включая консультации с участием врачей-хирургов, отделениями экстренной и плановой консультативной помощи оказана 1152 пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости, грудной клетки и тяжелой сочетанной травмой (политравма + ЧМТ), в том числе произведено оперативных вмешательств в условиях ЦРБ — 302, транспортировано на этап специализированной помощи в областную клиническую больницу — 408 пациентов.

С 2001 г. на территории области действует утвержденный приказом Минздрава Новосибирской области порядок оказания экстренной и плановой консультативной помощи, перевода и госпитализации эвакуированных больных и пострадавших, в том числе пациентам хирургического профиля. В реализации установленного порядка главную роль играет отделение экстренной и плановой консультативной помощи, в котором сформирована соответствующая материально-техническая база:

- организована работа диспетчерской службы в круглосуточном режиме;
- в распоряжении специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи находится санитарный автотранспорт: 8 автомобилей скорой медицинской помощи, включая 3 реанимобиля, оснащенных портативным оборудованием, соответствующим требованиям к автомобилям класса «С».

В штате отделения работают высококвалифицированные врачи-хирурги, которые осуществляют круглосуточный мониторинг пациентов, находящихся на курации.