

му состоянию и бактериальному спектру. Особенно рельефно выявляется при развитии илеоцекальной клапанной недостаточности.

В результате несостоятельности баугиниевой заслонки происходит заброс миллиардов микробов толстой кишки в тонкую, наступает «колонизация» тонкой кишки аллохтонными (чужеродными) микроорганизмами, что приводит к развитию в тонкой кишке гнилостных и бродильных процессов. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов — индол, фенол, крезол, скатол, пирокатехин, карболовая кислота, сероводород, меркаптан, этан, метан и т.д. — поражают слизистую оболочку тонкой кишки и, всасываясь в кровь, вызывают явления аутоинтоксикации. Эти метаболиты не могут быть достаточно детоксицированы, особенно при заболеваниях печени. Токсическими, инвазивными и нередко некротическими свойствами микробы способствуют разрушению кишечной стенки, а также дистрофическим, деструктивным и некротическим изменениям слизистой оболочки. При этом нарушается барьерная роль кишечной стенки. Кишечник становится входными воротами инфекции, о чем свидетельствует неспецифическая бактериемия у больных с кишечным дисбактериозом и формирование очагов эндогенной инфекции. Лимфоидная ткань по ходу ЖКТ также страдает в результате хронизации процесса, а следствием этого является дефицит иммуноглобулинов А и М. Организм становится менее защищенным перед микробной агрессией.

Диагностика илеоцекальной клапанной недостаточности основывается на жалобах больного, что проявляется определенным симптомокомплексом (схваткообразных болях в правой подвздошной и околопупочной областях, вздутии живота, тошноте, рвоте, поносе, чередующимся с запором), данными лабораторного, рентгенологического исследований и подтверждается результатами операционной ревизии. Литературные данные и наш собственный опыт позволяют утверждать, что основным методом рентгенологического исследования заслонки является заполнение толстой кишки с помощью бауриевой клизмы при условии, что в процессе исследования производятся не только обзорные, но и прицельные снимки с дозированной компрессией.

На базе Городской клинической больницы № 1 в период 2003 — 2006 гг. было выполнено 69 операций по поводу недостаточности баугиниевой заслонки. Операции технически просты, проводятся без вскрытия просвета пищеварительного тракта, что делает их практически безопасными. Послеоперационных осложнений не было.

При контрольных рентгенологических исследованиях через 6, 12, 24 месяца недостаточности баугиниевой заслонки у прооперированных больных не выявлено. Симптомы болезни не проявляются.

Таким образом, хирургическая коррекция илеоцекального клапана обеспечивает нормальное функционирование баугиниевой заслонки, предотвращает рефлюкс-илеит и возвращает больного к нормальной жизни.

**И.А. Куклин, Е.Г. Григорьев, В.Г. Лалетин, В.Н. Зеленин**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)  
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)**

Лучевая терапия в самостоятельном варианте и в комбинации с другими методами значительно улучшает возможности лечения злокачественных образований. Однако в ряде случаев облучение сопровождается появлением местных осложнений. Местное лучевое повреждение развивается в результате воздействия на ограниченный участок поверхности тела ионизирующего излучения в дозах, превышающих толерантную. Возможными причинами образования лучевых повреждений могла быть в некоторых случаях погрешность в методике проведения лучевой терапии, перекрытие полей облучения, либо завышение дозы облучения у больных с тонким подкожным жировым слоем. В результате в тканях развиваются функциональные и морфологические изменения с последующей ишемизацией облученных тканей и их некрозом. Особенностью этих повреждений является то, что с течением времени тяжесть их может усугубляться. Ситуация осложняется злостной полиморфной микрофлорой, содержащейся в поврежденных тканях, которые теряют способность противостоять бактериальному загрязнению.

С 1996 по 2003 гг. мы наблюдали 11 пациенток с подобными повреждениями после лечения рака молочной железы (РМЖ). Возраст их составил от 41 до 64 лет (медиана — 54). У двух пациенток рак молочной железы был двусторонний метастазный. По стадиям процесса распределение было таким: T1N0M0 — в 1 случае, T2N0M0 — в 3 случаях, T2N1M0 — в 5, T2N2M0 — в 1, T3N2M0 — в 2. В одном случае на коже нижней части сохраненной молочной железы после радикальной резекции и последу-

ющей лучевой терапии по поводу РМЖ развилась ангиосаркома. Все пациентки до операции или после нее получали дистанционную гамматерапию классическим или крупным фракционированием. У 8 пациенток зона радиационного повреждения располагалась на груди или возле нее, у двух — в проекции ключицы.

В 1996 и 2000 гг. наблюдались пациентки с метастатическими раками молочной железы. У одной поражение второй молочной железы опухолью произошло через 2 года, у другой — через 8 лет. Оба раза они получали лучевое лечение. Наслоение полей лучевого воздействия произошло, по-видимому, в области грудины, где и образовывались участки лучевого остеонекроза. Обе пациентки лечились консервативно перевязками и секвестрэктомиями. Такая тактика лечения привела к гибели обеих пациенток после развившегося переднего медиастинита. Что привело к радикальной перемене тактики лечения.

Консервативное лечение было проведено только у двух пациенток. Лучевые язвы у них имели небольшие размеры, не имели тенденции к увеличению (как, впрочем, и к уменьшению), располагались в проекции ключицы. Дном язв являлся сухой остеонекроз фрагмента ключицы. Во всех остальных случаях центральной локализации дефекта консервативная терапия рассматривалась как подготовка к оперативному лечению для уменьшения титра полиморфной микрофлоры, содержащейся в лучевых язвах.

В одном случае закрытие дефекта грудины было предпринято по экстренным показаниям в связи с эрозивным кровотечением из внутренней грудной артерии. Выполнена комбинированная пластика опрокинутым мышечным лоскутом из большой грудной мышцы и централизацией оставшейся молочной железы. Далее подобная техника использовалась в плановом порядке еще у 4 пациенток.

У больной с рецидивной ангиосаркомой (гистологически — злокачественная гемангиоэндотелиома) после иссечения мягкотканной опухолью грудной стенки справа образовался дефект треугольной формы 12 × 14 × 12 см. Выполнялась комбинированная пластика дефекта. Грудная мышца перевернута на дефект, левая железа централизована, остальная часть дефекта укрыта поверх мышцы расщепленным кожным лоскутом.

И в одном случае комбинированного лечения этой же локализации после иссечения лучевого остеонекроза образовался сквозной дефект грудной стенки. Пластика его выполнялась послойно с применением большого сальника, сосудистых протезов для сохранения каркасности грудной стенки, и далее как в предыдущих случаях — опрокинутого лоскута большой грудной мышцы и централизацией молочной железы.

В течение первого года после операции умерла пациентка с ангиосаркомой от прогрессирования заболевания. Об одной пациентке нет данных. Остальные живы. Местных рецидивов опухолей и лучевых язв не отмечалось, что свидетельствует о высокой эффективности разработанных способов хирургического лечения.

По нашему мнению, консервативная тактика (длительные перевязки, секвестрэктомия и др.) допустима у пациентов, имеющих «благоприятную» характеристику дефектов, к которым относятся периферическая локализация, небольшой размер, «сухое» дно. В остальных случаях более эффективна активная хирургическая тактика лечения лучевых повреждений с пластическим замещением дефекта.

**М.В. Кукош, Н.К. Разумовский, О.В. Вопилова**

## **ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Нижний Новгород)**

В настоящее время, несмотря на очевидные успехи диагностики различных форм новообразований, проблема раннего выявления больных раком ободочной кишки (РОК) далека от своего решения. К сожалению, в большинстве случаев, у этой группы больных первым поводом обращения к врачу является развитие осложнений заболевания: острой кишечной непроходимости (ОКН); кровотечения; перфорации. Больные осложненным РОК вынужденно получают urgentную помощь в неспециализированных общехирургических отделениях больниц. Самым частым осложнением РОК является острая кишечная непроходимость.

В период с 1985 по 2006 гг. в клинике факультетской хирургии НИЖГМА находилось на лечении 332 больных РОК, осложненных ОКН. Большинство пациентов были старше 60 лет (85 %), мужчин было 148, женщин 184.

Первую группу составили 52 пациента, оперированных в период с 1985 по 1990 гг. Радикальные операции выполнены у 14 (27 %), паллиативные у 38 (73 %) больных. Необходимо отметить, что у 7 пациентов этой группы, при раке левой половины ободочной кишки, выполнена цекостомия с 5 летальными исходами. Общая послеоперационная летальность составила 40,3 %.