

— 6, субтотальной колэктомии — 4, операции Гартмана — 9, резекции нисходящего отдела — 2, резекции сигмовидной кишки — 14;

- первично-одномоментные операции с наложением кишечных анастомозов (ПОМО) — 26, в том числе: правосторонней гемиколэктомии — 7, резекции поперечно-ободочной кишки — 1, левосторонней гемиколэктомии — 3, субтотальной колэктомии — 2, резекции нисходящего отдела — 2, резекции сигмовидной кишки — 11.

После двухэтапных операций послеоперационные осложнения развились в 13 случаях, что составило 26,5 %, из них: несостоятельность швов — 3, межкишечные абсцессы — 2, нагноение послеоперационных ран и эвентрация — 3, провал стом — 3, параколомический абсцесс — 1, госпитальная пневмония — 1.

После ПОМО послеоперационные осложнения развились у 6 (23,1 %) больных, из них: несостоятельность швов — 3, нагноение послеоперационных ран и эвентрация — 3.

Всего умерло 12 больных, из них после двухмоментных операций 8 (16,3 %), после ПОМО — 4 (15,4 %). Среднее пребывание на койке после двухмоментных операций составил 18,5 койко-дня, после ПОМО — 15,0 койко-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота поступления больных с осложненными формами рака ободочной кишки не имеет тенденции к уменьшению. Данная патология создает ряд предпосылок для развития различного рода тяжелых послеоперационных осложнений. Анализ результатов лечения, относительно благоприятное качество жизни в послеоперационном периоде позволяет сделать вывод о необходимости переосмысления хирургической тактики в пользу расширения показаний к ПОМО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белеков Ж.О. Результаты одномоментных и двухэтапных операций при осложненных формах рака ободочной кишки / Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов, О.А. Салибаев / www.medinfo.ru/article/36/115380.
2. Воробьев Г.И. Диагностика и лечение рака толстой кишки / Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк / www.rgj.ru/articles_2305.htm.
3. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки / Г.В. Пахомова [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 6. — С. 55—59.
4. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 4—7.
5. Симонов Н.Н. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки / Н.Н. Симонов, И.В. Правосудов // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С. 14—18.
6. Шулуток А.М. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости / А.М. Шулуток, А.Ю. Моисеев, В.Ю. Зубцов // Российский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 22—26.

Ю.Д. Доржиев, А.С. Семенов, К.В. Николаева, Д.Д. Рыбдылов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Результаты лечения деструктивных форм панкреатита остаются неудовлетворительными, особенно при субтотальном и тотальном поражении тканей поджелудочной железы. В подобных ситуациях большое значение имеет определение хирургической тактики лечения.

Цель: оценить эффективность программируемых санаций сальниковой сумки и брюшной полости в лечении деструктивных форм панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2004 по 2008 гг. на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находились 1627 больных с острым панкреатитом, в 140 (8,6 %) случаях с развитием деструктивных процессов в поджелудочной железе.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 84 больных с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и воспалительными изменениями в парапанкреатической клетчатке. Средний возраст больных составил 38,1 года. Тяжесть заболевания, которая оценивалась по индексу тяжести по Balthazar, колебалась в пределах 8—9 баллов. Оперативное вмешательство производилось после стабилизации у больных гемодинамики и устранения явлений гиповолемии.

По характеру хирургического лечения больные разделены на 3 группы:

- первая группа — 32 пациента, которым была произведена операция лапаротомия, некрэктомия поджелудочной железы, санация и дренирование сальниковой сумки;
- вторая группа — 34 больных, им лечение было дополнено проведением в послеоперационном периоде 2 — 4 этапных санаций;
- третья группа — 18 больных, которым была произведена лапароскопическая санация сальниковой сумки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В первой группе, у 18 (56,3 %) пациентов объем оперативного вмешательства оказался достаточным, в 14 случаях вследствие прогрессирования деструктивного процесса и нарастания эндогенной интоксикации на 5 — 7 сутки были произведены повторные операции. Средний срок лечения составил 47 койко-дней, летальность 21,9 % (7 больных).

Во второй группе плановые этапные санации в области патологического процесса позволили уменьшить явления эндогенной интоксикации, своевременно удалить вновь образовавшиеся некротические ткани. Это позволило сократить средние сроки лечения до 32,4 койко-дня и снизить летальность до 14,7 % (5 больных).

В третьей группе 11 больным были произведены повторные санационные лапароскопии, что позволило купировать воспалительный процесс и создать условия для благоприятного исхода заболевания. 7 пациентам, из-за отсутствия лечебного эффекта от проведенных ранее манипуляций, были произведены лапаротомии с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Средний срок лечения у больных данной группы составил 31,5 койко-дня, летальность 22,2 % (4 больных).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лечении деструктивных форм панкреатита с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы тактически обоснованным является применение программированных санаций сальниковой сумки и брюшной полости. Относительно раннее купирование воспалительного процесса, снижение эндогенной токсемии позволяют сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность.

Б.О. Дугаржапов, В.С. Хамнагдаев, М.А. Дугаржапова, А.М. Хунхинов, А.Л. Урбатов, А.В. Павлов

ОПЫТ НАРУЖНОГО ОРОШЕНИЯ ЭПИКАРДА 0,75% НАРОПИНОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Цель: оценить эффективность применения 0,75% наропина, способом наружного орошения эпикарда после перикардотомии, с целью уменьшить аритмогенное механическое воздействие на сердце.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы операции аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования на работающем сердце с применением вакуумного эпикардального стабилизатора миокарда «Octopus» фирмы «Medtronic». Нами исследованы 45 пациентов в возрасте от 50 до 65 лет.

Больные были разделены на 2 группы, 20 и 25 человек соответственно.

Вводную анестезию проводили мидазоламом, фентанилом, миоплегию ардуаном в расчетных дозировках. Поддержание анестезии осуществляли моноанестезией диприваном 5 мг/кг в час или в комбинации с севофлюраном 0,25 — 1,5 МАК, аналгезия фентанилом 5-7 мкг/кг в час.

I группе профилактически вводился лидокаин, при необходимости брeвиблок с целью уменьшить возникновение желудочковых нарушений ритма во время ревизии коронарных артерий и наложения стабилизатора миокарда.

II группе проводилось наружное орошение сердца 0,75% наропином 10 — 15 мл после фиксации листов перикарда к ранорасширителю.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе, несмотря на профилактические меры у 70 % пациентов отмечались желудочковые экстрасистолы в 10 случаях, пароксизм желудочковой тахикардии у 3 пациентов и в одном случае фибрилляция желудочков.