

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 и/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 опухоли 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 %.

В связи с накоплением опыта, разработкой комплекса пред-, интра- и послеоперационных мероприятий, улучшением ведения послеоперационного периода с 1991 года мы стали более широко применять радикальные оперативные вмешательства в экстренном порядке, систематически стала проводиться профилактика ТЭЛА; рациональная антибиотикопрофилактика.

Вторую группу составили 49 пациентов, оперированных в период с 1991 по 1995 гг. Радикальные операции произведены 29 больным (59,2 %), после операции умерло 5 пациентов (17,2 %). С 1991 года мы практически перестали применять цекостомию при левосторонней локализации обтурирующей опухоли. Паллиативные декомпрессионные вмешательства выполнены 20 больным с летальностью 30 % (умерло 6 пациентов). Общая послеоперационная летальность составила 22,4 %.

Третью группу составил 201 больной, оперированных в период 1996 по 2006 гг. Радикальные операции произведены 132 больным (65,7 %), после операции умерло 14 пациентов (10,6 %). После 69 паллиативных декомпрессионных вмешательств летальность составила 20,3 % (умерло 14 пациентов). Общая послеоперационная летальность составила 13,9 %.

При анализе результатов лечения прослеживается четкая тенденция к увеличению числа радикальных операций. Так, если в период с 1985 по 1990 гг. операции с удалением опухоли на первом этапе выполнены у 27 % больных, то в период с 1991 по 1995 гг. — у 59,2 %, а в период с 1996 по 2006 гг. соответственно радикальные вмешательства удалось выполнить у 65,7 % пациентов.

Количество расширенных и комбинированных вмешательств, включающих париетальную лимфаденэктомию, спленэктомию, резекцию тонкого кишечника, мочевого пузыря, желудка, резекцию одиночных метастазов печени и др., также увеличилось, и в период с 1995 по 2006 гг. достигло 23,4 % от числа всех радикально оперированных больных.

При рассмотрении непосредственных результатов лечения, несмотря на повышение сложности и травматичности оперативных вмешательств, роста летальности не отмечено, напротив прослеживается устойчивая тенденция к снижению послеоперационной летальности с 42,8 % (1985 по 1990 гг.) до 22,4 % (1991 по 1995 гг.) и 13,9 % (1996 по 2006 гг.).

Однако, наличие у пациентов запущенного РОК и декомпенсированной ОКН, как правило, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, в значительном количестве случаев приводит к компромиссу, когда оперирующий хирург вынужден онкологический радикализм приносить в жертву снижению травматичности и длительности операции. Решение проблемы улучшения исходов лечения этой тяжелой группы больных лежит в диагностике раннего РОК, до развития его urgentных осложнений.

А.В. Куляпин, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин, О.В. Буторина, Р.Р. Булатов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на кажущуюся решенность проблемы лечения геморроя, данный вопрос в настоящее время не теряет свою актуальность. Определенный прогресс в решении данной проблемы наступил благодаря внедрению, так называемых малоинвазивных методов лечения геморроя.

В исследование включено 200 больных геморроем, пролеченных методом биполярной диатермии. Из них 119 человек составили мужчины и 81 человек — женщины. Возраст больных составил от 23 до 75 лет. Суть метода заключается в воздействии на ткань геморроидального узла с помощью игольчатого электрода током силой от 2 до 20 мА (в зависимости от порога чувствительности пациента) напряжением 36 В, в течение 7—10 мин. Через 10—15 дней проводился контрольный осмотр и при необходимости — повторный сеанс коагуляции. Хорошие результаты были отмечены у 73 % пациентов, удовлетворительные — у 14,5 %. Осложнения (тромбоз, отек геморроидальных узлов, кровотечение) отмечены у 5 больных, что составило 2,5 % от общего числа. Рецидивы отмечены у 4 больных (2 %): у 2-х в сроки 2—3 месяца после коагуляции возникли явления тромбоза геморроидальных узлов, у 2-х больных в эти же сроки возобновилось выпадение геморроидальных узлов, которое прекратилось после повторного курса лечения.

В амбулаторных условиях изучалась возможность лечения аноректального тромбоза. Прооперированно 64 больных. Контрольная группа состояла из 60 пациентов, идентичных по полу и возрасту, получавших консервативное лечение.

Операция производилась после подготовки кишечника, под местной инфильтрационной анестезией. Наружный геморроидальный узел надсекался, подкожный тромб удалялся тупым путем. При длительно текущем процессе, при прорастании тромба соединительной тканью, производилось иссечение наружного геморроидального узла с тромбом внутри. Ушивание раны узловыми кетгутовыми швами проводилось лишь в случае выраженного кровотечения.