

психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в Краснодарском крае сокращается, что является одним из показателей эффективности проводимой профилактической работы. Однако заболеваемость не имеет видимой тенденции к снижению, обращают на себя внимание колебания показателей впервые взятых под наблюдение специалистами наркологической службы несовершеннолетних (2009 г. – 879 чел., 2010 г. – 494 чел., 2011 г. – 901 чел.). Поэтому мероприятия, направленные на профилактику наркологической патологии среди несовершеннолетних в Краснодарском крае (своевременное выявление лиц с наркологическими заболеваниями и лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ, оказание специализированной наркологической помощи лицам с зависимостями, освоение современных методов диагностики, лечения и реабилитации наркологических больных, внедрение новых форм профилактики болезней зависимости, пропаганда здорового образа жизни, например, «Молодежь в движении», волонтерское антинаркотическое движение, «Стоп Дым!», профилактический проект «Кубань вне зависимости») в настоящее время являются по-прежнему актуальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А. Ю., Софронов А. Г. Современные особенности наркоманий у подростков // Вопросы психиче-

ского здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1. – С. 22–34.

2. Медик В. А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: Учеб. пособие для студентов мед. вузов. Ч. 1. Общественное здоровье / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.

3. Погосов А. В., Аносова Е. В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 5, вып. 2. – С. 28–32.

4. Погосов А. В., Филатова Т. А. Новый подход к формированию группы риска зависимости от психоактивных средств у учащихся старших классов общеобразовательных учреждений // Психическое здоровье. – 2012. – № 10 (77). – С. 42–47.

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (Internet). URL: <http://www.referent.ru/1/68092>. (Дата обращения 26 июля 2012 г.)

6. Buelga S. Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption / S. Buelga, M. Ravenna, G. Musitu et al. S. Jackson, L. Goossens (Eds.). – UK: Psychology Press, 2008. – P. 337–369.

Поступила 11.03.2013

**В. З. ТОТИКОВ¹, З. В. ТОТИКОВ¹, К. Э. ЗУРАЕВ¹, В. В. МЕДОЕВ¹,
М. В. КАЛИЦОВА¹, М. З. ТОТИКОВ¹, Р. Ю. МАЛЬСАГОВ²**

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

¹Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40,
тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com;

²кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО ИнГГУ Минобрнауки РФ,
Россия, Республика Ингушетия, 386132, г. Назрань, м/о Гамурзиево, ул. Магистральная, 39,
тел. 8 (8732) 22-38-54. E-mail: ing_gu@mail.ru

Представлены результаты лечения 118 пациентов с местно-распространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным непроходимостью. Предложены классификация обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки и лечебно-диагностический алгоритм, которые позволили оптимизировать сроки предоперационной подготовки и объем выполняемого вмешательства, а также создать условия для проведения комбинированных методов лечения.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, кишечная непроходимость.

**V. Z. TOTIKOV¹, Z. V. TOTIKOV¹, K. E. ZURAEV¹, V. V. MEDOEV¹,
M. V. KALITSOVA¹, M. Z. TOTIKOV¹, R. Yu. MALSAGOV²**

LOCALLY ADVANCED CANCER OF THE LEFT COLON, COMPLICATED BY ACUTE OBSTRUCTION

¹Hospital surgery department with oncology GBOU VPO SOGMA Russian Ministry of health,
Russia, North Ossetia – Alania, 362019, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40,
tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com;

²hospital surgery department FGBOU VPO IngSU Russian Ministry of education and science,
Russia, Ingush Republic, 386132, Nazran, Magistralnaya str., 39, tel. 8 (8732) 22-38-54. E-mail: ing_gu@mail.ru

Results of treatment of 118 patients with locally advanced cancer of the left colon, complicated by obstruction. A classification of obstructive impaired patency of the colon and a diagnostic and treatment algorithm will optimize the timing of preoperative and volume of regulation, as well as to create conditions for the combined treatment.

Key words: colon cancer, intestinal obstruction.

Введение

Лечение больных местно-распространенным раком ободочной кишки, осложненным острой непроходимостью, остается достаточно сложной проблемой [1, 2, 3, 4, 5]. В подавляющем большинстве случаев оперативные вмешательства выполняются в экстренном порядке, и хирурги выявляют местное распространение опухоли интраоперационно, в связи с чем ограничиваются, как правило, наложением разгрузочных стом или нерадикальными оперативными вмешательствами. В литературе практически нет сообщений о проведении этим больным комбинированных методов лечения. В связи с чем высокими остаются послеоперационная летальность и плохие отдаленные результаты лечения [1, 2, 3, 5].

Цель исследования – улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных местно-распространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

Предметом исследования были 118 пациентов с местно-распространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным непроходимостью, госпитализированных в экстренном порядке в клинику скорой помощи г. Владикавказа. Мужчин – 57 (48,3%), женщин – 61 (51,7%). Возраст пациентов колебался от 48 до 87 лет, преобладали больные старше 60 лет (83,2%), чем объясняется большое количество сопутствующих заболеваний.

Тяжесть физического состояния больных определяли по классификации ASA, I степень имела у 18 (15,3%) больных, II степень – у 54 (45,8%), III степень – у 42 (35,6%), IV степень определялась у 4 (3,4%) пациентов. У 33 (28,0%) больных опухоль локализовалась в нисходящей ободочной кишке и у 85 (72,0%) – в сигмовидной ободочной кишке. Наиболее часто в процесс вовлекались тонкая кишка (у 29 больных), стенки латерального канала и париетальная брюшина (32 наблюдения), мочевого пузыря (23 больных). Несколько реже отмечено прорастание опухоли в придатки (у 14 пациенток), левый мочеточник (9 случаев) и другие отделы толстой кишки. Значительно реже имело место прорастание в паранефральную клетчатку, поджелудочную железу, 12-перстную кишку, желудок, селезенку, аорту, подвздошные сосуды. Следует отметить, что истинное прорастание опухоли отмечено только у 75 (63,5%) больных. У остальных имело место распространение перифокального воспалительного процесса на окружающие органы и ткани.

Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, колоноскопию или ирригографию. Компьютерную томографию выполнили 14 больным. Специальные методы исследования использовали в вышеуказанном порядке, кроме компьютерной томографии. Последний метод, как и повторное УЗИ, выполняли после разрешения непроходимости консервативными или мини-инвазивными способами перед вторым радикальным этапом лечения.

Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась не только для диагностики непроходимости, но и для прогнозирования исхода декомпрессионной терапии.

В клиническом течении острого обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии.

Первая стадия – когда на фоне декомпрессионной терапии непроходимость разрешается. Объективными критериями для этой стадии является уменьшение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30% на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости, произведенной через 6 часов. На контрольном УЗИ брюшной полости – уменьшение диаметра толстого кишечника, увеличение толщины кишечной стенки, исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее, уменьшение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к усилению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала, как правило, более 10 мм.

Вторая стадия – когда непроходимость принимает волнообразное течение. Для этой стадии объективными критериями являются уменьшение площади газа над уровнями жидкости на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости менее чем на 30%. На контрольном УЗИ брюшной полости определяются сохранение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины кишечной стенки, сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее, сохранение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала, как правило, 6–10 мм.

Третья стадия – когда эффекта от проводимой терапии нет, явления непроходимости нарастают. Объективными критериями для третьей стадии являются: на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости увеличение площади газа над уровнями жидкости. На контрольном УЗИ брюшной полости – увеличение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины кишечной стенки, сохранение или появление выпота в брюшной полости, нарастание секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр ракового канала у большинства больных менее 5 мм.

Четвертая стадия – стадия развития перитонита вследствие инфицирования выпота брюшной полости из-за снижения барьерной функции стенки кишки.

Для определения площади газа над жидкостью на рентгенограммах использовались специальные приспособления, состоящие из прозрачной пластины, расчерченной квадратами размером 1х1 см, или специальная компьютерная программа. Для этого рентгенологическое изображение выводилось на экран компьютера, курсором обводился газ над уровнями жидкости, проводился подсчет его площади с последующим сохранением результатов в базе данных.

Результаты исследования

I стадия нарушения проходимости ободочной кишки выявлена у 33 (27%) больных, II – у 51 (41,8%), III – у 24 (19,7%) и IV – у 14 (11,5%) пациентов. На основании классификации разработана лечебно-диагностическая программа, определяющая сроки предоперационной подготовки: больные с I стадией оперированы в течение 7–10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки и дообследования. Им выполнялись комбинированные резекции ободочной кишки или постоянные колостомы из мини-доступа в случае наличия множественных отдаленных метастазов. Пациенты со

II стадией оперированы в течение 24 часов, с III – в течение 6–12 часов, в течение этого времени им проводились необходимая предоперационная подготовка и коррекция сопутствующих заболеваний, всем пациентам со II и III стадиями на первом этапе произведено наложение проксимальной трансверзостомы в правом подреберье или илеостом из мини-доступа.

После ликвидации непроходимости через 7–10 дней больным выполнялись отсроченные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с наложением анастомоза и сохранением проксимальной трансверзостомы, которая ликвидировалась спустя 2–3 месяца локальным доступом. У пациентов с наличием множественных отдаленных метастазов оперативное лечение ограничивалось только одним этапом.

Пациентам с IV стадией непроходимости операции выполнялись через 2–3 часа после соответствующей предоперационной подготовки. Больным выполнены комбинированные радикальные или циторедуктивные левосторонние гемиколэктомии или сигмоидэктомии с формированием двустольной колостомы по разработанному в клинике способу («Способ наложения частичного анастомоза», патент на изобретение от 15.11.91 № 1718845). В последующем спустя 2–3 месяца стомы закрывались из локального доступа. У 2 больных операции завершились санацией и дренированием брюшной полости с наложением проксимальной колостомы.

У 101 (85,6%) больного выполнены комбинированные резекции ободочной кишки, у 17 (14,4%) объем операции ограничивался формированием колостомы. Из 101 у 44 (37,3%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией, с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией.

Послеоперационная летальность составила 5,1% (6 больных). Различные послеоперационные осложнения выявлены у 24 (20,3%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту.

Заключение

Таким образом, предложенная нами классификация обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют оптимизировать сроки предоперационной подготовки и объем выполняемого вмешательства, а также создать условия для проведения комбинированных методов лечения.

Формирование декомпрессионных проксимальных кишечных стом из мини-доступа позволяет сократить сроки выполнения радикальных операций до 7–10 дней, увеличить количество радикальных и циторедуктивных операций до 85,6%, снизить послеоперационную летальность до 5,1%.

Трансверзо- или илеостомия из мини-доступа позволяет радикальный этап завершать формированием трансверзоректального анастомоза и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белеков Ж. О., Маманов Н. А. Ургентная хирургия рака ободочной кишки // Колопроктология. – 2011. – № 3 (37). – Приложение. – С. 64.
2. Коровин А. Я., Ралка Б. В., Бочкарева И. В., Пороженко Е. Е. Хирургическая тактика при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости // Материалы выездного пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии». – Пятигорск, 2011. – С. 140–141.
3. Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г., Утешев Н. С. Неотложная хирургия ободочной кишки. – М.: «Миклош», 2009. – 95 с.
4. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. – М.: «Профиль», 2005. – 223 с.
5. Тотиков В. З., Тотиков З. В. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. – Владикавказ: изд-во ГБОУ ВПО СО-ГМА Минздравсоцразвития России, 2013. – 220 с.

Поступила 20.05.2013

**А. И. ТРОФИМЕНКО¹, А. Х. КАДЕ¹, В. П. ЛЕБЕДЕВ², С. А. ЗАНИН¹, А. Ю. ТУРОВАЯ¹,
С. П. ВЧЕРАШНЮК¹, С. О. АПСАЛЯМОВА¹, В. Д. ЛЕВИЧКИН¹, И. В. ПОРУБЛЕВ¹**

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ ОСТРОГО АДРЕНАЛИНОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЦА У КРЫС

¹Кафедра общей и клинической патофизиологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 262-40-31. E-mail: zanin77@mail.ru;

²центр транскраниальной электростимуляции
Института физиологии им. И. П. Павлова РАН,
Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6

Гиперкатехоламинемия является одним из основных звеньев патогенеза острой кардиальной патологии [9, 10]. В работе исследовали влияние ТЭС-терапии на развитие и течение катехоламинового повреждения сердца у крыс. Основным механизмом действия ТЭС-терапии является стимуляция центральных опиоидергических структур мозга, сопровождающаяся подъемом уровня опиоидных пептидов в системной циркуляции [1, 8]. Мы обнаружили, что профилактическое применение ТЭС-терапии предотвращает летальный исход у крыс при катехоламиновом повреждении сердца. Использование ТЭС-терапии после создания модели несколько увеличивает продолжительность жизни животных, но не влияет на частоту летального исхода.

Ключевые слова: адреналиновая кардиомиопатия, ТЭС-терапия, опиоидные пептиды.