

острой кишечной непроходимости или перфорации опухоли по экстренным показаниям — 7 человек (43,8 %). Оптимальным сроком выполнения реконструктивно-восстановительной операции мы считаем 4–6 месяцев, данный показатель составил 4,7 месяцев.

Пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки было 6 человек (37,5 %), среди которых 4 (25 %) страдали тяжелой формой НЯК, перенесшие субтотальную колэктомию и двое больных с болезнью Крона (12,5 %). Оптимальными сроками выполнения восстановительной операции в таких ситуациях мы считаем 1–1,5 года, по нашим данным он составил 1 год и 2 мес. Необходимость наложения илеостомы при болезни Крона была обусловлена в одном случае развитием абсцесса с прорывом в брюшную полость, выполнена резекция илеоцекального угла с илеостомией, в другом — при субтотальном поражении толстой кишки с наличием незаживающего параректального свища, которому была выполнена операция отключения. Восстановительная операция по ликвидации стомы в данных случаях выполнена в сроки 8 и 10 месяцев.

В 12,5 % случаев (2 больным) илеостома была выведена в связи с развитием незаживающего толстокишечного свища при панкреонекрозе. Ликвидация стомы была выполнена в сроки 6 и 8 месяцев, после полного заживления свищей.

3 группа больных, которым илеостома была выведена пожизненно, либо на неопределенный срок находится под наблюдением стоматерапевта, одной из функций которого является выявление осложнений стомы и направление на оперативное лечение для выполнения ее реконструкции. Из этой группы нами было оперировано 4 больных, у одного больного по поводу выпадения стомы, у 2-х развилась стриктура стомы и у одного больного — параилеостомическая грыжа.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к следующим выводам:

1. Создание кабинета стомированных больных и компьютерной базы данных позволило сконцентрировать пациентов со стомой и детально изучить результаты проводимого лечения с целью выявления осложнений.

2. Разработанный алгоритм реабилитационных мероприятий позволил систематизировать и упорядочить действия в отношении пациентов с илеостомой с проведением хирургической реабилитации в оптимальные сроки.

М.А. Иванов, А.Г. Юрченко, И.А. Данилова, Д.Г. Берест, О.А. Беляева

НЕКОТОРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

**ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Росздрава» (г. Санкт-Петербург)**

Вероятность изменений моторно-эвакуаторной функции кишечника в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательства по поводу колоректальных новообразований, достаточно высока. Последнее обстоятельство объясняется значительным объемом оперативного воздействия (включающего и лимфаденэктомию), вероятностью исходных нарушений функции толстой кишки при стенозирующем характере процесса, а также влияния инфекционного фактора при поздней стадии развития основного заболевания. Послеоперационный парез кишечника небезопасен в отношении полиорганных дисфункций и целого ряда структурных нарушений, к которым относятся в т.ч. и острые эрозии (язвы) проксимальных сегментов пищеварительного тракта. Изменения со стороны слизистой оболочки гастродуоденальной зоны манифестируют в большинстве наблюдений кровотечениями, что исключает возможность осуществления медикаментозной профилактики другого опасного осложнения динамической кишечной непроходимости — тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА. Предупреждение послеоперационных повреждений эпителиального барьера (эрозивно-язвенных состояний) при помощи антисекреторных средств потенциально небезопасно в связи с предрасположенностью к пневмонии пациентов с ограничением подвижности легких на фоне паретического состояния пищеварительного тракта.

Целью настоящего исследования явилось уточнение профилактических подходов к послеоперационным эрозивно-язвенным состояниям гастродуоденальной зоны на фоне изменения двигательной активности кишечника.

В основу работы легли наблюдения над 56 пациентами, оперированными в клинике общей хирургии по поводу колоректального рака. Возраст больных составил от 34 до 90 лет. Оперативные вмешательства проводились как в плановом, так и в неотложном порядке в связи с развитием осложнений основного заболевания. Из общего числа больных у 10 пациентов зарегистрированы послеоперационные нарушения активности кишечника. В 5 наблюдениях (основная клиническая группа) предприни-

малась терапия послеоперационных изменений СОЖ (слизистой оболочки желудка), включающая антисекреторные препараты, гастропротекторы, антациды, средства коррекции микробиоты и эвакуаторных расстройств. У пяти больных (контрольная группа) не осуществлялось подобной направленности медикаментозных мероприятий.

У всех обследованных пациентов выполнялась клиническая оценка возможных признаков гастродуоденального кровотечения (изменения состояния, клинические признаки кровопотери, отделяемое по зонду, изменения характера стула и пр.); производились лабораторные тесты, уточняющие варианты кровопотери; в ряде наблюдений выполнялась эндоскопическая оценка состояния слизистой проксимальных отделов пищеварительного тракта с осуществлением биопсии из наиболее измененных отделов слизистой и выполнением как гистологического, так и бактериологического исследования.

По итогам наблюдений было выявлено, что современные антисекреторные средства надежно предотвращают осложнения эрозий и язв желудка в обсуждаемой категории больных, хотя использование подобной терапии может влиять на частоту пневмонии в послеоперационном периоде (один пациент основной группы и двое больных — контрольной). Изменения эпителиального барьера чаще встречались в случае одномоментного восстановления непрерывности толстой кишки у пациентов с поздней стадией неопластического процесса, что следует учитывать при построении плана вмешательства.

О.В. Иванова

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Областная клиническая больница (г. Чита)

Злокачественные опухоли ободочной кишки занимают значительное место среди ургентной патологии органов брюшной полости.

За последние два года в отделении колопроктологии ОКБ осложненные формы данного заболевания встречались в 2005 г. в 42 случаях, в 2006 г. — в 52 случаях. В 2005 г. не пережили осложнения заболевания 5 человек, в 2006 г. — 6. 28 пациентам выполнена радикальная операция с наложением колостомы.

Судить об истинных причинах, влияющих на исход заболевания, трудно, т.к. в настоящее время отсутствует единая система классификаций осложнений рака ободочной кишки.

Чаще всего осложнения развиваются на 3 и 4 стадии рака, однако результат лечения зависит не только от стадии заболевания, как показал анализ, но и от других многочисленных факторов (наличие осложнений заболевания, их сочетания, диагностика на догоспитальном этапе, предоперационная и хирургическая тактика, анестезиологическое пособие, ведение послеоперационного периода, возраст пациента).

В структуре осложнений основное место занимает обтурационная непроходимость с различной степенью выраженности (от нарушения пассажа до декомпенсации). В 2005 г. имели место 42 случая, а в 2006 г. — 44.

Второе место среди осложнений занимает перифокальное воспаление с образованием паратуморозного абсцесса, в ряде случаев сочетается с непроходимостью. В 2005 г. — 10 случаев, в 2006 г. — 13.

На третьем месте находится прорастание в соседние органы, переднюю брюшную стенку, забрюшинную клетчатку. Часто данное осложнение сопряжено с перитонитом. В 2005 г. наблюдалось 5 случаев, в 2006 г. — 7.

Четвертое место занимают: полиорганная недостаточность, кахексия, анемия, развившиеся на фоне длительного заболевания.

На пятом месте — кишечное кровотечение. В 2005 г. — 1 случай, за 2006 г. не отмечено ни одного случая кишечного кровотечения.

На исход заболевания также влияет диагностика догоспитального этапа.

Сроки установления правильного диагноза от момента первичного обращения остаются большими и составляют от 6 до 12 месяцев. При этом к терапевту обратилось 42 % больных, к хирургу — 53 %, к другим специалистам — 6 %, вообще не обращалось к врачам около 4 %.

20 пациентов, которым своевременно не было проведено обследование толстой кишки, в течение года находились на стационарном и амбулаторном обследовании и лечении в разных отделениях.

Причинами длительной диагностики заболевания являются:

1. Рак I, II стадии длительное время протекает без симптомов.

2. Узкая специализация отделений, ограниченные сроки обследования и лечения.

3. Пациенты старше 50 лет с опухолью толстой кишки имеют сопутствующие заболевания, поэтому ранние признаки онкозаболевания, на фоне обострения сопутствующих неправильно интерпретируются.

В 2006 г. были проблемы с рентген-обследованием в поликлинике ОКБ. Не в каждой ЦРБ есть возможность выполнить ирригоскопию.