

Цель исследования: улучшение результатов лечения флотирующего тромбоза на уровне супраренального отдела нижней полой вены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены. Чаще всего используется доступ по Пирогову, срединная лапаротомия, лапаротомия в правом подреберье по Федорову, реже торакофренолюмботомия справа.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Мы имеем опыт лечения 112 венозных тромбозов илеокавального сегмента. В случаях распространения флотирующего тромба на супраренальный отдел нижней полой вены 23 пациентам произведена тромбэктомия флотирующего участка тромба из супраренального отдела нижней полой вены, с последующей перевязкой общей подвздошной вены выше окклюзивного тромба в ней. Для этого применен лоскутообразный внебрюшинный доступ к нижней полой вене, с целью временной ее окклюзии, для предупреждения отрыва тромба во время вмешательства (патент на изобретение № 2188586 от 22.02.00. «Способ доступа к супраренальному отделу нижней полой вены»). У 3-х пациентов флотирующий тромб был фиксирован в инфраренальном отделе с флотацией, продолжающейся до правого предсердия. Выполнялась операция тромбэктомия через ушко правого предсердия в условиях временной окклюзии легочного ствола и тромбэктомия из нижней полой вены. У всех 23 пациентов удалось избежать развития массивной тромбоэмболии легочных артерий. Два пациента погибли от прогрессирующей легочной недостаточности в результате сегментарной и долевой тромбоэмболии легочных артерий.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Учитывая нетранспортабельность пациентов с эмболенными венозными тромбозами, адекватное оперативное лечение, предупреждающее отрыв тромба должно быть выполнено в любом хирургическом стационаре. Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены.

В случае распространения тромботического процесса на бассейн супраренального отдела нижней полой вены поперечный и лоскутообразный доступы позволяют надежно и адекватно выполнить тромбэктомию, избежать развития интраоперационной тромбоэмболии легочной артерии. При развившейся во время операции массивной тромбоэмболии легочной артерии бригада хирургов должна быть готова к проведению эмбоэктомии из легочной артерии.

ВЫВОДЫ

Флотирующий тромбоз супраренального отдела нижней полой вены требует хирургического вмешательства, которое необходимо выполнять в любом хирургическом стационаре, учитывая нетранспортабельность этой категории больных.

Применение предложенного доступа позволяет устранить флотацию на уровне супраренального отдела нижней полой вены и избежать массивной тромбоэмболии легочных артерий.

**В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, А.Ю. Никифоров,
Л.А. Кривошапкина, И.А. Холтосунов**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Цель: изучение результатов хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 6 лет, с 2006 по 2011 г., в отделении колопроктологии пролечились 129 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Средний возраст пациентов составил 62,5 лет. Мужчин – 54 (41,8 %), женщин – 75 (58,1 %). Большинство больных (98 %) госпитализировались более чем через 48 часов после начала заболевания. У 85 % больных имелись различные сопутствующие за-

болевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания легких).

У 36 (27,9 %) пациентов имелась опухоль сигмовидной кишки, в 36 (27,9 %) случаях опухоль прямой кишки, у 23 (22,3 %) больных — опухоль нисходящего отдела толстой кишки, у 22 (17 %) — опухоль восходящего отдела толстой кишки, в 11 (8,5 %) — опухоль поперечной кишки, слепая кишка — 1 (0,97%), первично-множественное поражение — 1 (0,97 %). По классификации TNM — 86,8 % (112 пациентов) с III и IV стадией.

Степень выраженности клинической и рентгенологической картины кишечной непроходимости, а также наличие симптомов перитонита определяли сроки и объем предоперационной подготовки и объемом оперативного вмешательства.

Мы используем классификацию толстокишечной непроходимости ГНЦ колопроктологии: 1 стадия — компенсированная, 2 стадия — субкомпенсированная, 3 стадия — декомпенсированная.

В 97 (75,2 %) случаях больные были оперированы в первые часы после поступления, 16 (12,4 %) больных — до 2-х суток. До 3-х суток были оперированы 6 (4,6 %) больных, до 4-х суток и более — 10 (7,7 %) пациентов.

Объем операции определялся степенью выраженности онкопроцесса, наличием осложнений (перфорация, перитонит, прорастание в окружающие органы). Основным методом операции в экстренном порядке было удаление опухоли с выведением стомы или при нерезектабельности опухоли — выведение стомы или наложение обходного анастомоза. Обязательным являлось выполнение назоинтестинальной интубации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 35 (27 %) больных: у 10 непроходимость кишечника на ранних сроках послеоперационного периода, у 20 развился перитонит различного генеза, у 5 больных наблюдался некроз стомы. Летальный исход был в 11 (8,5 %) случаях.

У 68 (52,7 %) больных в дальнейшем была проведена реконструктивно-восстановительная операция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза неутешительны: довольно высок уровень послеоперационных осложнений и летальности. Представляется возможным рассмотреть вопрос о двухэтапном лечении непроходимости с применением на первом этапе малоинвазивных методик с учетом степени непроходимости и интраабдоминальной гипертензии.

В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, А.А. Соловьев, И.А. Холтосунов, Л.А. Кривошапкина, А.Ю. Никифоров

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Тромбоз мезентериальных сосудов — исключительно тяжелое заболевание. Явления нарастают очень быстро и в большинстве случаев заканчиваются летально. Диагноз большей частью до операции не устанавливается. В ряде случаев тромбоз может возникнуть у человека, не предъявлявшего никаких жалоб.

Цель: изучение результатов лечения больных с острым тромбозом мезентериальных сосудов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 по 2011 гг. в отделении колопроктологии Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска Республики Саха (Якутия) было всего пролечено 23 больных по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Преобладали мужчины — 15 (65,2 %), возрастом от 46 до 85 лет. Женщин — 8 (34,8 %), возраст от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям машиной скорой медицинской помощи доставлено 19 человек (82,6 %), двое пациентов переведены из других лечебных учреждений (8,7 %) и двое — самообращение (8,7%). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более, после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями перитонита. Все больные с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования. Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть со-