

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.

В основной группе заживление раны наступало на 4–5 сутки, у одного больного ранний послеоперационный период осложнился кровотечением (остановлено тампонадой). В контрольной группе купирование воспалительного процесса наблюдалось на 6–8 сутки, рассасывание тромба происходило в срок от 10 дней до 2 месяцев.

ВЫВОД

Биполярная диатермия является эффективным и достаточно простым методом лечения геморроя и может с успехом использоваться в амбулаторной практике.

А.В. Куляпин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Д.Х. Амирова, А.А. Ибатуллин

ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

Рентгенологические методы являются ведущими в диагностике дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений. К использовавшимся ранее методам обзорной рентгенографии брюшной полости, исследования пассажа бария по кишечнику, ирригографии добавилась компьютерная томография толстой кишки.

Компьютерная томография с внутрикишечным контрастированием проведена 46 больным с дивертикулезом толстой кишки и 44 пациентам с функциональными кишечными диспепсиями (контрольная группа), которые при поступлении жаловались на боли в животе, запоры, слизь и следы крови в кале. Контрастирование толстой кишки при компьютерной томографии проводили 3% раствором йодсодержащего контрастного вещества, так как наши предварительные исследования показали, что при контрастировании 0,5%-ным настоем чая дивертикулы плохо визуализируются.

Результаты исследований сравнивались с данными классической ирригографии с ретроградным контрастированием у 86 человек и подтверждались эндоскопическими исследованиями (ФКС).

При ретроградном методе контрастирования толстой кишки у больных с функциональными кишечными диспепсиями, у которых клиническая картина была похожа на дивертикулез толстой кишки были выявлены следующие рентгенологические признаки: глубокая учащенная гаустрация — 87,4 %, расширение просвета ободочной кишки — 69 %, провисание поперечно-ободочной кишки — 34,5 %, задержка контрастного вещества — 87,4 %, чередование гипертонуса с гипокинетическим компонентом — 91,1 %, утолщение складок — 87,4 %. Данный диагноз был подтвержден у 39 человек (92,9 %) — истинно отрицательный результат и у 3 (7,1 %) — установлен ошибочно в связи с гипертонусом кишки (ложно положительный результат).

При классическом методе ретроградного контрастирования толстой кишки у больных с дивертикулезом толстой кишки выявлены следующие характерные признаки: мешковидные выпячивания — 100 %, зазубренность контуров — 100 %, симптом частокола — 63 %, гипертонус кишечника — 79,8 %, сужение просвета кишки — 42 %, дефект наполнения — 18,9 %. При этом у 41 (89,1%) пациента установлен дивертикулез толстой кишки — истинно положительный результат, у 5 (10,1 %) диагноз не установлен — ложно отрицательный результат.

При КТ-исследовании у пациентов с функциональными кишечными диспепсиями выявлены следующие характерные признаки: глубокая учащенная гаустрация — 69 %, увеличение площади сечения просвета — 69 %, провисание поперечно-ободочной кишки — 34,5 %, утолщение стенок — 87,4 %, утолщение складок — 87,4 %, учащение гаустрации — 69 %.

При КТ-исследовании у больных с дивертикулезом толстой кишки были выявлены следующие признаки: мешковидные выпячивания — 100 %, зазубренность контуров — 100 %, симптом частокола — 63 %, гипертонус кишечника — 75,1 %, сужение просвета кишки — 42 %, утолщение стенок кишки — 79,8 %, дефект наполнения — 18,3 %, локализация дивертикулов по окружности кишки — 100 %, дефект наполнения дивертикулов по окружности кишки — 57 %. Дивертикулярный инфильтрат был установлен у трех (6,5 %) больных, проявлялось в виде локального дефекта наполнения участка толстой кишки. Суженный просвет кишки имел зигзагообразный характер, эластичность стенки кишки была снижена. Дивертикулез установлен у 44 человек (95,7 %), не установлен у 2 (4,3 %). Осложнений при проведении исследований не было.

Полученные данные позволяют нам сделать вывод об эффективности метода КТ для диагностики дивертикулеза толстой кишки и его осложнений и использовании его в ряде случаев для дифференциальной диагностики передивертикулярного инфильтрата и колоректального рака.