

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

**Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Верушкин Ю.И., Бурцев В.В.,
Философов С.Ю., Калинина Н.Ю.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

С созданием онкологической службы в Ивановской области и введением в строй нового онкологического диспансера на 500 коек не утрачивается роль общехирургического отделения в оказании экстренной, медицинской помощи онкологическим больным с опухолями толстого кишечника. (Верушкин Ю.И. и соавт., 1996). Такая необходимость обуславливается ростом удельного веса онкологических заболеваний толстого кишечника (в области 12 на 100 тыс. населения) и высокими цифрами летальности (от 25 до 35%).

В хирургической клинике лечебного факультета ИГМА в течение 7 лет оперировано 220 пациентов, поступивших с клинической симптоматикой острой кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной или прямой кишки в возрасте от 38 до 90 лет. Из них женщин было 139 (63,18%), мужчин 81 (36,82%).

Следует отметить, что толстокишечная непроходимость как тяжелое и позднее осложнение рака ободочной кишки (Ю.И. Верушкин и соавт., 1989, 1996), развивается более чем у 40 % больных, чаще при левосторонней локализации опухоли. Тяжесть состояния больных усугубляется развившейся клинической картиной острой, подострой или хронической обтурационной непроходимости, запущенностью опухолевого процесса на фоне разнообразных сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Диагностические трудности возникали в связи с нечеткой клинической симптоматикой, особенно при диагностике частичной кишечной непроходимости (у 17 пациентов) и низком уровне локализации опухоли (у 86).

Наиболее информативными методами дополнительного обследования считаем выполнение в обязательном порядке обзорной рентгенографии органов брюшной полости, используя ее в динамике, контроль пассажа бария по кишечнику, УЗИ, в отдельных случаях — ирригографию. Проведение ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии в условиях острой толстокишечной непроходимости нередко затруднено. Поэтому считаем, что эти методы диагностики наиболее информативны при подострой и хронической формах.

Консервативные мероприятия проводимые параллельно с диагностическими, особенно у больных с подострой и хронической формой кишечной непроходимости, явились этапом предоперационной подготовки и направлены на уменьшение проявле-

ний эндотоксикоза и лечения сопутствующих заболеваний.

В зависимости от стадии кишечной непроходимости, ее клинической формы, наличия перитонита, продолжительность предоперационной подготовки составляет от 3 часов до 1,5 суток. Отмечено, что проводимая подобная комплексная терапия позволяла стабилизировать состояние больных. Считаем, что основным методом лечения при установленном диагнозе, должно быть раннее оперативное вмешательство. Оно позволяло в первую очередь ликвидировать причину кишечной непроходимости путем радикального удаления опухоли. При диагностике острой формы кишечной непроходимости из 220 больных нами оперировано 67 пациентов (30,45%), подострой — 87 (39,55%), хронической — 66 (30%). В 43,3% наблюдений острая кишечная непроходимость осложнялась перитонитом, в 14,3% перфорацией опухоли. У 78,2% оперированных больных имелась 3—4-я стадия заболевания, что требовало проведения операций паллиативного или условно радикального характера.

Объем вмешательства зависел от стадии опухолевого процесса, формы кишечной непроходимости, наличия перитонита, сопутствующей патологии. При тяжелом состоянии больных и распространенности процесса, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, операции ограничивались наложением разгрузочных кишечных стом. В то же время при стабильном состоянии больных и возможности удаления опухоли выполнялась первичная резекция кишки с опухолью по типу операции Гартмана. При хронической обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной опухолью правой половины ободочной кишки проведение адекватной предоперационной подготовки давали возможность выполнить правостороннюю гемиколэктомию и наложить илеотрансверзоанастомоз. При наличии метастазов опухоли, прорастание ее в окружающие органы и ткани формировался обходной анастомоз. Радикальные оперативные вмешательства нам удалось выполнить у 113(51,36%) пациентов, из них умерли 28(24,7%), паллиативные — у 107(48,64%), умерли 16(14,95%). Общая послеоперационная летальность составила 20%.

Таким образом, до сих пор в общехирургических отделениях оказывается медицинская помощь (чаще экстренная) онкологическим больным с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Возможности всестороннего обследования больных и проведения раннего опе-

ративного вмешательства в данном лечебном учреждении позволяет снизить послеоперационную летальность до 20%. Несмотря на необходимость проведения операций по экстренным и срочным показаниям при опухолях толстой кишки предпочтительнее выполнение радикальных оперативных вмешательств с первичным удалением опухоли.

Выбор паллиативных операций (наложение разгрузочных кишечных стом и обходных анастомозов) должны быть индивидуальными в зависимости от формы кишечной непроходимости, распространенности опухоли, состояния больного, конкретной хирургической ситуации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Философов С.Ю., Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118—120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34,0% до 41,0%.

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови, и уменьшению оттока по кавернозным венам.

Показанием для консервативного лечения является начальная стадия хронического геморроя и острое течение заболевания. Терапия складывается из общего и местного лечения, основой общего лечения является применение флеботропных препаратов. По нашему мнению наиболее действенным в этой группе является детралекс, активным компонентом которого являются микронизированная фракция очищенных флавоноидов.

Детралекс обеспечивает избирательную и четкую реакцию на гемодинамические нарушения, связанные с геморроем: расширение вен геморроидального сплетения, хрупкость стенок капилляров и местное воспаление.

Нами на базе специализированного проктологического отделения ОКБ проведена оценка клинической эффективности детралекса при остром геморрое у 100 пациентов. Суточная дозировка препарата 6 таблеток (по 3 таблетки 2 раза в день) в течении первых 4 дней, далее в суточной дозе 4 таблетки (по 2 таблетки 2 раза в день) в течении следующих 3 дней. Длительность лечения 7 дней.

Обследование больных проводилось как в условиях стационара, так и в поликлинике до лечения и через 7 суток.

Оказалось, что по сравнению с группой, не принимающих детралекс, лечение которых проводилось традиционно, болевой синдром в основной группе больных уменьшился в 84,0% случаев, кровоточивость геморроидальных узлов — в 95,0%. Применение данного препарата позволило более чем в 2 раза уменьшить продолжительность обострений и в полтора раза снизить среднюю тяжесть обострений. Использование детралекса способствовало достоверному уменьшению приема анальгетиков.

Нами проведена оценка эффективности препарата в терапии хронического геморроя. При этом исследовано 100 больных в возрасте от 18 лет и старше с клиническим проявлением геморроя (1—3 степень), с острыми приступами заболевания в течении последних 2 месяцев. В результате наблюдения за больными (50 пациентов) и контрольной группой (50 человек) Было установлено что применение детралекса приводит к достоверной положительной динамике симптомов хронического геморроя.

Таким образом, результаты настоящего исследования убеждают нас, что применение детралекса при лечении больных геморроем сопровождается значительным улучшением как субъективных, так и объективных признаков острого приступа геморроя. Более того, при применении детралекса отмечается выраженное уменьшение продолжительности и интенсивности геморроидальных приступов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДО И ПОСЛЕ ЕГО РЕОРГАНИЗАЦИИ

Рупасова Т.И., Уткина М.Н., Гринденко И.Н., Дементьева Г.Н., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Валиулина Е.Ш., Швагер О.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Реорганизация терапевтической службы — укрепление первичного поликлинического звена, организация отделений дневного пребывания привела к изменению состава коечного фонда и сокраще-

нию коек круглосуточного пребывания, что не могло не отразиться на показателях работы стационарных отделений.