

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2005 по 2011 г. были госпитализированы 47 пациенток с диагнозом: инфильтрат полости малого таза, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Все были оперированы в экстренном порядке в районных больницах Новосибирской области, была выполнена петлевая колостомия. При обследовании в условиях отделения колопроктологии было установлено, что всех пациенток объединяет факт наличия ВМС в полости матки от 7 до 20 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациенткам в первую очередь было выполнено удаление инородного тела из полости матки. Затем проведен курс противовоспалительной терапии (антибиотики широкого спектра, местно — клизмы или свечи с препаратами 5-АСК), обучение уходу за колостомой. После выписки из стационара за пациентками проводилось диспансерное наблюдение и повторные курсы противовоспалительной терапии. В сроки от 6 до 9 месяцев был констатирован полный регресс инфильтрата малого таза и полное восстановление проходимости отключенного из пассажа отдела толстой кишки в сочетании с купированием воспаления слизистой, как необходимое условие для ликвидации колостомы. Все стомы ликвидированы в срок от 6 до 12 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Длительно находящаяся в полости матки ВМС провоцирует риск образования инфильтрата в полости малого таза, вовлекающего в воспалительный процесс кроме репродуктивных органов, стенку толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости и возможной деструкцией.

2. При возникновении осложнений операцией выбора становится колостомия, исключая из пассажа пораженный отдел толстой кишки.

3. Окончательный диагноз и источник воспалительного процесса в полости малого таза устанавливается в специализированном лечебном учреждении, куда направляются стомированные больные.

4. Обязательным условием купирования воспалительного процесса является удаление ВМС и проведение соответствующей противовоспалительной терапии.

5. При проведении адекватного лечения такие воспалительные инфильтраты полностью регрессируют в сроки от 6 до 9 месяцев, после чего становится возможным выполнение восстановительной операции.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)**

Цель: определить возможности ФКС с эндоскопической полипэктомией в профилактике и радикальном лечении рака толстой кишки на ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2000 по 2011 г. выполнены 13 122 фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия выполнялась у пациентов с клинической картиной дискинезии кишечника, возраст пациентов варьировал от 15 до 93 лет. Полипы толстой кишки различных локализаций были удалены у 3009 пациентов (22,93 %). Осложнений после манипуляции не было.

При патоморфологическом исследовании удаленного материала дисплазия средней и тяжелой степени определялась у 607 (20,17 %) пациентов. Малигнизация полипов и аденокарцинома (*carcinoma in situ*) определены у 89 (2,96 %) пациентов. В дальнейшем пациенты были поставлены на диспансерный учет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После удаления озлокачественных полипов проводился ежемесячный осмотр в течение года, затем через 3 месяца в течение второго года, затем через 6 месяцев пожизненно. После удаления доброкачественных полипов первый осмотр проводится через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев 2 года, затем 1 раз в год пожизненно.

При наличии доброкачественных полипов, повторные полипэктомии выполнялись у 1865 (61,98 %) пациентов.

При наличии полипов с различной степенью дисплазии повторные полипэктомии выполнялись у 288 (47,45 %) пациентов.

После удаления озлокачествленных полипов рецидивы аденокарциномы имели место у 7 пациентов. Всем были выполнены радикальные операции на толстой кишке (3 передние резекции прямой кишки, 2 резекции сигмовидной кишки, 1 резекция поперечной ободочной кишки и 1 правосторонняя гемиколэктомия).

ВЫВОДЫ

1. Фиброколоноскопия является определяющим диагностическим и профилактическим мероприятием у больных с кишечной дисфункцией.

2. Эндоскопическое удаление малигнизированных полипов может быть радикальным способом лечения рака толстой кишки на ранней стадии.

3. Динамическое наблюдение за пациентами после полипэктомии обеспечивает своевременную диагностику и лечение рецидива полипов и рака толстой кишки.

4. В случае введения фиброколоноскопии в перечень обязательных профилактических диагностических исследований у людей старше 45 лет, даже не предъявляющих жалоб на работу кишечника, будет достигнуто принципиальное повышение уровня ранней диагностики и обеспечение лечения опухолей толстой кишки на ранней стадии.

Р.В. Говорков, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Ганичева, И.А. Токмаков

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Наиболее частым осложнением колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. По данным большинства авторов частота ее колеблется от 30 до 76 %. Пациенты в возрасте старше 60 лет составляют 80 %. При этом 100 % больных данной категории имеют сопутствующую соматическую патологию. Большая часть пациентов (60 – 90 %) попадает в стационар в сроки более трех суток. Все вышеизложенное определяет высокую послеоперационную летальность, достигающую 50 %.

Цель исследования: определить условия возможности выполнения радикальных операций при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2005 по 2011 г. находились 103 пациента с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза. Оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки проведено у 81 (80,6 %) пациента вне зависимости от возраста, тяжести состояния, давности непроходимости и стадии онкопроцесса. Определяющим фактором в тактике являлась возможность резектабельности. Формирование колостомы и обходного анастомоза, как минимальный и достаточный объем вмешательства выполнено у 22 пациентов с нерезектабельным онкологическим процессом.

ВЫВОДЫ

Методом выбора при лечении больных с обтурационной кишечной непроходимостью является оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки, направленное на устранение кишечной непроходимости опухолевого генеза и удаление субстрата у возрастных пациентов с сопутствующей патологией. При этом необходимыми условиями являются наличие специализированного многопрофильного стационара, хирурга, владеющего техникой радикальной операции, современное техническое обеспечение, такое как швинующе-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, которые позволяют значительно сократить время и травматичность операции. Важной составляющей является наличие полноценного анестезиологического и реанимационного пособия.