

Систематически проводились мероприятия по выявлению и санации носителей патогенной микрофлоры, как среди медперсонала, так и среди пациентов в предоперационном периоде.

Если ранее для операций на прямой кишке нами использовались сшивающие аппараты АКА -2, то с 2004 г. мы применяем сшивающие аппараты «Ethicon», что позволило снизить частоту осложнений и в том числе удалось существенно сократить частоту несостоятельности анастомоза.

Таблица 1

Частота гнойно-септических осложнений после операций по поводу колоректального рака в различные периоды

Период	Рак прямой кишки		Рак сигмовидной кишки		Рак других отделов ободочной кишки	
	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)
2002 г.	13,8	12	10,1	8,6	6,4	21
2006 г.	8,6	49,4	8,6	35	2,2	42,2

Как видно из данных, представленных в таблице 1, применение комплекса мероприятий по профилактике гнойно-септических осложнений и, в частности, повышение надежности анастомоза, позволило значительно уменьшить частоту гнойно-септических осложнений, несмотря на существенный рост удельного веса комбинированных операций.

С.В. Яйцев, Е.А. Надвикова, К.В. Семикопов

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Челябинск)
ГУЗ Областной онкологический диспансер (г. Челябинск)

Местно-распространенный колоректальный рак (МРКРР) по данным литературы встречается в 10 – 30 % случаев. До настоящего времени обсуждается целесообразность выполнения комбинированных операций при данной патологии, что послужило поводом для проведения данного исследования. Нами оперировано 262 больных с МРКРР. Все больные разделены на 2 группы: в 1-й группе выполнялись радикальные комбинированные операции (188 больных), во 2-й – симптоматические (74 человека). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и факторам онкологического прогноза. Причем метастазы в регионарных лимфоузлах встретились в 1 группе лишь в 22 %, что лишний раз подчеркивает перспективность лечения МРКРР. Истинное врастание опухоли в смежные органы встретилось в 37,8 %.

Объем операции зависел от локализации опухоли и степени ее распространения на окружающие органы и ткани. В случае расположения имобильной опухоли в прямой кишке – самой частой операцией была экстирпация ее – 34 (18 %) операции. Последнюю выполняли при локализации опухоли в нижнеампулярном отделе и анальном канале. При более высоком расположении опухоли экстирпацию (8 случаев), равно как и операцию Гартмана (28 больных, 14,9 % от всех комбинированных операций) выполняли в связи с наличием выраженного параканкрозного воспаления с абсцедированием, формированием свищей с органами, вовлеченными в конгломерат и вскрытием их во время мобилизации кишки, а также наличием явлений кишечной непроходимости. После операции Гартмана, в последующем, толстокишечная непрерывность восстанавливалась. В остальных случаях прибегали к сфинктеросохраняющим операциям, удельный вес которых составил 62,2 %. Во 2 группе у 64 больных (86,5 %) были сформированы двухствольные колостомы, а у 7 (9,5 %) – обходные межкишечные анастомозы. Пробная лапаротомия произведена в 3 случаях (4 %).

Послеоперационные осложнения после клинически радикальных комбинированных операций отмечены в 9,6 % (18 больных). Структура осложнений выглядит следующим образом: несостоятельность межкишечных анастомозов – 6, несостоятельность культи прямой кишки – 1, некроз низведенной кишки – 1, воспалительные заболевания мочеполовой сферы – 2, нагноение послеоперационных срединной и промежностных ран – 3, абсцессы брюшной полости и малого таза – 3, травматическое повреждение органов во время операции – 2. Во 2-й группе у одного больного (1,4 %) возникла параколомическая флегмона.

Летальность в первой группе составила 7,9 %, умерло 15 человек. Причины этого: острая сердечно-сосудистая недостаточность — 3, острая почечная недостаточность — 2, перитонит — 4, ТЭЛА — 3, тромбоз мезентериальных сосудов — 2, пневмония — 1. Во второй группе умерло 2 больных (2,7 %), причиной послужила ОН. Летальность встречалась наиболее часто среди пациентов в возрасте старше 60 лет и не зависела от наличия других осложнений опухоли и количества органов, вовлеченных в опухолевый конгломерат.

Даже, несмотря на то, что непосредственные результаты комбинированных операций несколько уступают таковым, после выполнения стандартного объема операции и результатам симптоматических операций, все же эти различия не настолько существенны, что бы отказываться от комбинированных операций. А поскольку хирургическая циторедукция создает более благоприятные условия для дополнительной химиолучевой терапии, считаем выполнение подобных операций не только оправданным, но и целесообразным.

В.В. Янов

ВКЛАД ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫХ ХИРУРГОВ В РАЗРАБОТКУ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)

Количество оперативных вмешательств на толстой кишке с годами не уменьшается, как у нас в стране так и за рубежом. Определенную роль играет рост оклопатологии, травматизма и другие заболевания. Современные требования хирургии диктуют необходимость выполнения не только адекватного оперативного вмешательства, но и обеспечения максимально возможной медицинской и социальной реабилитации оперированных.

Со времени становления колопроктологической службы на Дальнем Востоке устремления хирургов были нацелены на выполнение этих задач. Конец шестидесятых — начало семидесятых годов прошлого века характеризуется разработкой оперативных вмешательств реабилитационного плана. Это — применение колопластики, совершенствование технологии ее выполнения. Данные научные разработки проведены во Владивостоке (проф. В.С. Шапкин, Э.С. Пирогова), Благовещенске (проф. О.П. Амелина), были изучены на большом материале частота, характер осложнений при операциях на толстой кишке, их профилактика в Хабаровске (проф. Л.Г. Александрович, В.К. Змеул, К.П. Топалов). Одновременно внедрялись современные технологии того периода, разработанные в центральных клиниках страны. Это применение магнитных устройств, использование приводящей мышцы бедра, использование приводящей мышцы бедра при пластике сфинктера, создание неоректум при утрате кишки (Благовещенск). В конце 20-го — начале 21-го, хирурги Дальнего Востока разрабатывали и обосновывали новые оперативные вмешательства, сшивающие аппараты собственных конструкций (Благовещенск, Владивосток). Широко внедрены современные сшивающие аппараты при низких анастомозах в хирургии толстой кишки (Хабаровск, Якутск), лапароскопические технологии (Владивосток, Благовещенск). Внедрение современных разработанных и обоснованных высокотехнологичных и реабилитогенных технологий, в некоторых клиниках, позволило уменьшить почти в 2 раза количество плановых оперативных вмешательств законченных колостомой.

Прошедшая научно-практическая конференция по колопроктологии в 2005 г. в г. Благовещенске, хирургов Дальнего Востока и Сибири, продемонстрировала правильность выбранного дальневосточниками направления в хирургии толстой кишки обеспечивающего быстрое возвращение оперированных в обычные условия жизни.