

рецидив 7 (6,4 %), из них 4 больным в последующем выполнены повторные операции; отдаленные метастазы выявлены у 24 (21,8 %) пациентов (из них 5 пациентам выполнены паллиативные резекции); синдром «низких передних резекций» выявлен у 3 (2,7 %) человек. Общее количество поздних послеоперационных осложнений составило 39 (35,4 %).

Всем больным с отдаленными метастазами выполнялась химиотерапия и симптоматическое лечение. Из 24 больных 21 больной умер (продолжительность жизни больных от 8 месяцев до 2 лет)

Результаты проведенного исследования говорят о достаточно удовлетворительных отдаленных результатах лечения больных с низким раком прямой кишки. Немаловажным моментом является достижение полной социальной реабилитации и качества жизни больных без стомы.

В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

Обнадёживающие результаты в лечении колоректального рака, осложненного метастатическим поражением печени, полученные некоторыми авторами за последние 20 лет изменили тактику ведения пациентов с данной патологией.

Многими исследователями подтверждено, что большая часть онкопроктологических больных имеют только печеночное метастатическое поражение, которое можно рассматривать как потенциально операбельное. Несмотря на совершенствование методики резекций печени, резектабельность метастазов у этой группы больных составляет 10–20 %. Вследствие этого особый интерес представляют разработки малоинвазивных методов физического воздействия на метастазы в печени, таких как методика радиочастотной абляции (РЧА). Методика РЧА может быть использована при множественных метастазах печени, билобарном поражении, расположении опухоли в области крупных сосудов печени, в последующем, в случае обнаружения новых метастазов в процессе диспансерного наблюдения, признаках неполной (не радикальной) абляции метастазов, может быть проведена повторная РЧА.

В клинике госпитальной хирургии ВГМУ с января 2006 г. внедрена РЧА метастазов печени при колоректальном раке. В период с января 2006 г. по март 2007 г. было проведено РЧА 21 пациенту с метастазами печени при колоректальном раке.

Возраст пациентов от 39 до 76 лет, из них 11 женщин, 10 мужчин. С I стадией метастатического поражения печени по Cennary – 6; II – 9; III – 2; IV – 4 пациентов. Из 20 у 6 пациентов имелся 1 метастатический очаг в печени. Из 15 пациентов с множественными mts в печени у 11 поражение было билобарным.

После удаления первичной опухоли, производилась РЧА метастазов в печени открытым способом. Всего было разрушено 63 очагов от 0,3 до 3,0 см. Осложнений и послеоперационной летальности, связанной с применением абляции не было. Все больные направлены на химиотерапию и контроль УЗИ и компьютерную томографию.

Таким образом, РЧА является эффективным и безопасным способом деструкции метастазов печени.

В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора, О.К. Шкуратова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛУСЕНТИТИЧЕСКОГО ДИОСМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)
Владивостокский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности использования синтетического диосмина в комплексном лечении больных геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2006 г. по настоящее время в отделении колопроктологии Приморской краевой клинической больницы, являющейся базой кафедры госпитальной хирургии ВГМУ, в комплексном лечении больных геморроем используется полусинтетический диосмин Флебодиа 600. Методика лечения заключалась в следующем. Все больные получали Флебидиа 600 за два дня до оперативного лечения с продолжением приема в течение 10 дней. Больные подлежащие консервативному лечению также получали аналогичную схему в дозировке, зависящей от остроты процесса. При тромбозе геморроидальных узлов доза диосмина составила 600 мг три раза в день в первые четыре дня. В последующие два дня – 2 таблетки в день, с дальнейшей поддерживающей дозой 600 мг в сутки. Результаты сравнивались с группой больных, не получавших данного консервативного, пред- и послеоперационного лечения.

Всего пролечено 90 больных, которые были разделены на три группы.

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, не подвергавшимся оперативному лечению.

– Больные с тромбозом геморроидальных узлов – 30 (без оперативного лечения)

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, получавших Флебодиа 600 в пред- и послеоперационном периоде.

Возраст пациентов – от 19 до 58 лет. Длительность заболевания от 3 до 30 лет.

Оценка результатов лечения проводилась с использованием разработанной анкеты, в которой пациенты оценивали свое состояние. Лечащим врачом проводился контроль за динамикой жалоб, состоянием пациентов, интенсивностью кровотечения, болевого синдрома, заживления ран во время перевязок, учитывая прием анальгетиков, комфортабельности оперирования (выраженности кровоточивости во время операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По нашим данным полученные результаты позволяют сделать вывод о достаточной эффективности применения синтетического диосмина. Флебодиа 600 при консервативной терапии и предоперационной подготовке, по сравнению с группой больных, не получающих полусинтетические диосмины. Флебодиа 600 может быть эффективно использован при лечении больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением, тромбозом геморроидальных узлов без оперативного лечения, что открывает перспективы оптимизации лечения данной категории пациентов:

- сокращает интенсивность и длительность болевого синдрома, клинических проявлений геморроя.
- сокращает время пребывания пациента в стационаре, что дает определенный экономический эффект.
- уменьшает кровоточивость тканей во время операции, что улучшает результаты оперативного лечения.

Е.В. Казарик, А.А. Кумарин

ПЕРИТОНИТ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кыринская ЦРБ (с. Кыра, Читинская обл.)

Пионефроз – необратимая конечная стадия специфического или неспецифического гнойно-деструктивного воспаления почки, при которой она представляет собой тонкостенный мешок, наполненный гноем.

Наиболее частой причиной возникновения пионефроза является почечнокаменная болезнь, сопровождающаяся нарушением проходимости верхних мочевых путей и, как следствие этого, расстройствами урологической гемодинамики в почке. Казуистичны наблюдения прорыва гноя в соседние органы – брюшную полость, кишечник, плевральную полость и бронхи, с последующим образованием свищей. В специальной литературе мы не встретим описания такого грозного осложнения мочекаменной болезни, с которым мы столкнулись в конкретном случае, поэтому проводимое ниже наблюдение представляет практический интерес для клиницистов.

Больная С., 55 лет, поступила в стационар 1.12.06. с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость.

Из анамнеза установлено, что больную беспокоили периодические боли в пояснице на протяжении нескольких лет. За медицинской помощью по месту жительства с жалобами на боли в пояснице слева, повышение температуры тела. От госпитализации в ЦРБ категорически отказалась. 01.12.2006 г. у больной возникли резкие боли в животе, сухость во рту, задержка газов. Больная с диагнозом «Острая кишечная не-