

него средостения в гнойный процесс приводило к тяжести состояния в среднем в 22,5 балла. Вовлечение в гнойный процесс, как переднего, так и заднего средостения протекают наиболее тяжело, и при этом тяжесть состояния в среднем оценивалась в 29,8 баллов, с максимальной оценкой у выжившего пациента в 27 баллов. Летальные исходы у пациентов с медиастинитами в подавляющем большинстве случаев наступали при тяжести состояния по шкале SAPS выше 26 баллов. В 2 случаях летального исхода с оценкой при поступлении в больницу 15 и 16 баллов, причиной смерти явилось профузное аррозивное кровотечение из магистральных сосудов.

В 4-х случаях нарастание тяжести состояния пациентов с увеличением балльной оценки по шкале SAPS позволило своевременно выявить прогрессирование гнойного процесса в средостении, потребовавшее проведения повторного вмешательства, направленного на санацию и дополнительное дренирование средостения.

Анализируя вероятность наступления летального исхода при своевременном и адекватно вы-

полненном вмешательстве, при гнойном медиастините, мы пришли к следующим заключениям. Оценка тяжести ниже 25 баллов позволяет предполагать наступление летального исхода не более чем в 8,3 %, при этом причиной смертельного исхода может быть профузное кровотечение, острый инфаркт миокарда и подобные остро возникшие, опасные для жизни состояния. При тяжести состояния более 26 баллов летальность составляет 75 %.

В ходе исследования отмечено более быстрое снижение балльной оценки по SAPS в группе пациентов, оперированных с использованием эндоскопической техники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате использования у пациентов с медиастинитами шкалы оценки тяжести состояния и прогноза SAPS удается прогнозировать течение процесса и исход заболевания, что позволяет судить о распространенности гнойного процесса в средостении.

В.Л. Полуэктов, В.Г. Лобанов, О.А. Чертищев, Е.Ф. Еремеева, И.Н. Зятков, И.Ю. Черепанов, С.И. Преображенский

ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

*Омская государственная медицинская академия (Омск)
Областная клиническая больница (Омск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение надежности оперативных вмешательств при пластике пищевода желудочной трубкой, уменьшение частоты гнойных осложнений.

ЗАДАЧИ

Разработать тактику и алгоритм действий для предупреждения осложнений после пластики пищевода в ранний и поздний послеоперационный периоды.

Анализируются результаты оперативного лечения 50 пациентов с доброкачественными стриктурами пищевода. Пластика пищевода во всех случаях выполнялась изоперистальтической желудочной трубкой, выкроенной из большой кривизны, проведенной в заднем средостении, с одним анастомозом на шее, в один этап. У 34 пациентов (контрольная группа) использовался абдоминоцервикальный доступ, выделение пищевода в заднем средостении проводилось трансхиатальным путем после диафрагмотомии по Савиных тупым и острым способом вручную, без визуального контроля. После проведения трансплантата на шею накладывался 2-рядный эзофагогастроанастомоз. Для энтерального пи-

тания интраоперационно проводили назоинтестинальный зонд.

В контрольной группе отмечен ряд недостатков:

- вскрытие двух плевральных полостей при выделении пищевода в 17 случаях;
- интраоперационная кровопотеря в среднем 0,8 л;
- рентгенологический мониторинг в послеоперационном периоде указывает на значительную травму средостения (расширение тени средостения);
- у 5 пациентов отмечена несостоятельность анастомоза на шее с развитием в последующем стриктуры. У 1 пациента развился задний гнойный медиастинит, который был купирован дренированием с использованием промывной системы.

В основной группе (16 человек) производили до- и интраоперационную антибиотикопрофилактику, мобилизацию пищевода в заднем средостении проводили при правосторонней видеоторакоскопии по разработанной методике. Накладывали 1-рядный эзофагогастроанастомоз на шее рассасывающейся нитью. Интраоперационно вводили назоинтестинальный зонд для питания, который извлекали на 8–9-е сутки, и зонд к области анастомоза для разгрузки швов на 3-е суток.

В основной группе получены более хорошие результаты по сравнению с контрольной. Применение видеоторакоскопической ассистенции при мобилизации пищевода в заднем средостении не увеличивало время операции, позволяло проводить вмешательство под контролем зрения, что повышало его надежность, уменьшало интраоперационную кровопотерю, травматичность операции. Ни в одном случае не была вскрыта вторая плевральная полость.

Наложение 1-рядного шва эзофагогастроанастомоза ни в одном случае не привело к развитию несостоятельности или стриктуры.

Назоинтестинальный зонд обеспечивал адекватное питание пациента в течение 8–9 суток, после его удаления разрешали питаться самостоятельно.

Таким образом, для улучшения ближайших и отдаленных результатов при пластике пищевода необходимо использовать до- и интраоперационную антибиотикопрофилактику, видеоторакоскопическую ассистенцию для мобилизации пищевода в заднем средостении, накладывать 1-рядный эзофагогастроанастомоз и проводить зондовое питание в течение 8–9 суток.

А.А. Попов, А.М. Сухоруков, Е.А. Попова, А.А. Поздняков, Д.В. Фокин, С.И. Ростовцев

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

Общеизвестно, что в патогенезе злокачественных новообразований важную роль играет дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной систем. В результате прогрессирования опухолевого процесса биохимические изменения в клетках приводят к метаболическим нарушениям в организме больного, а именно: угнетение синтеза белков, коагуляционные нарушения крови, изменение реактивности иммунной системы. Комплексные нарушения гомеостаза, связанные с онкологическим процессом, являются неблагоприятным фоном для проведения противоопухолевого лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического). Кроме того, принятые методы терапии онкологических больных сами по себе являются агрессивными. Наиболее уязвимыми оказываются быстро пролиферирующие клетки, в том числе клетки иммунной системы. То есть создаются предпосылки для развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 20-ти больных раком толстого кишечника в стадии $T_{3-4}N_{0-1}M_0$, перенесших лучевую терапию в предоперационном периоде и затем радикальные операции по поводу опухоли толстого кишечника. В послеоперационном периоде 15 больным (1-я группа) назначалось комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию, анальгезию, инфузию препаратов для коррекции реологии крови, водно-электролитного и белкового баланса. Дополнительно 5 больным (2-я группа) назначали иммунофан и, с началом энтерального питания — Реаферон-ЕС-Липинт (в течение 5 дней). Для определения эффективности предлагаемой методики изучались показатели клеточного, гу-

морального иммунитета, частота гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех больных в предоперационном периоде отмечалось увеличение ЛИИ в 6 раз выше нормы, уменьшение абсолютного значения лимфоцитов — на 28 % ниже нормы. В результате анализа показателей иммунограммы установлено, что общее количество Т-лимфоцитов было ниже нормы на 39 %, ИРИ был ниже нормы на 27 %, отмечалось снижение IgG на 24 % ниже нормы. В раннем послеоперационном периоде сохранялась тенденция к еще большему угнетению клеточного иммунитета и прогрессированию воспалительного ответа. После проведения иммуномодулирующей терапии у больных 2-й группы нормализовался ЛИИ, IgG, к нижней границе нормы приблизились показатели клеточного иммунитета.

ВЫВОДЫ

1. Больные раком толстого кишечника, перенесшие в плане подготовки к радикальной операции в раннем предоперационном периоде лучевую терапию, поступают на оперативное лечение с иммунодефицитным состоянием.
2. Обширное оперативное вмешательство еще более усугубляет клеточный и гуморальный иммунодефицит.
3. Использование в составе комплексной терапии Реаферон-ЕС-Липинта и иммунофана дает возможность в короткие сроки корректировать имеющиеся нарушения у онкологических больных, что позволяет сократить пребывание больного в ОРИТ и снизить количество гнойно-септических осложнений.