

В развитии патологического процесса в суставах важное значение имеют изменения микроциркуляции, что приводит к нарушениям трансудации и резорбции синовиальной жидкости, а следовательно, к расстройствам метаболизма суставного хряща.

Для коррекции нарушений микроциркуляции и лимфатического оттока в регионе коленного сустава у пациентов с посттравматическим остеоартрозом проводился курс физиотерапевтического лечения с применением низкочастотного ультразвука и контрастных температур.

Для контроля эффективности проведенного лечения пациентам проводилась реолимфовазография.

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом I стадии после лечения выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на уровне верхней трети голени на 12,5 % (0,03 Ом/сек.) и объема лимфатического оттока — на 14 % (0,04 Ом). В нижней трети бедра было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 12,9 % (0,03 Ом/сек.) и объема лимфатического оттока — на 12,1 % (0,03 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом II стадии на уровне верхней трети голени выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 16 % (0,04 Ом/сек.), объема лимфатического оттока — на 23,5 % (0,07 Ом). В нижней трети бедра увеличение скорости лимфатического оттока составило 16,5 % (0,04 Ом/сек.), объема лимфатического оттока — 18,4 % (0,05 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом III стадии на уровне верхней трети голени было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 24,3 % (0,07 Ом/сек.) и объема лимфатического оттока — на 32,9 % (0,11 Ом). В нижней трети бедра определено увеличение скорости лимфатического оттока на 25,1 % (0,07 Ом/сек.) и объема лимфатического оттока — на 28,3 % (0,9 Ом).

При проведении лечения пациентов с гонартрозом необходимо учитывать имеющиеся нарушения лимфатического оттока на всех стадиях заболевания. Проведение регионарной лимфостимуляции приводит к улучшению микроциркуляции в области коленного сустава и трофики тканей.

Е.А. Надвикова, В.Г. Маслов, К.В. Семикопов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Челябинский областной онкологический диспансер (г. Челябинск)

Ежегодно в мире выявляется около 800 тысяч новых случаев колоректального рака и 440 тысяч смертей от него. Метастатическое поражение печени является одним из наиболее частых вариантов отдаленного метастазирования при колоректальном раке. При этом до 50 % больных с впервые установленным диагнозом имеют метастазы в печень (Сагайдак И.В., 2006). При отсутствии лечения медиана выживаемости данной категории больных не превышает 1 года с момента установления диагноза (Luna-Perez P., Rodriguez-Coria D.F., Argoyo B., 1998). Причинами смерти у таких больных являются: перфорация опухолей с развитием перитонита, кровотечение из опухолей, острая кишечная непроходимость, септические осложнения. При выполнении паллиативных операций эти причины устраняются. Существенно изменяется и качество жизни таких больных. Ведущим методом лечения колоректального рака с метастазами в печень в настоящее время остается хирургический. Пятилетняя выживаемость после синхронных операций на печени колеблется от 14 % (Патютко Ю.И., 1995) до 28 % (Щелыгин Ю.А., 1989).

Нами проанализированы результаты лечения 242 больных раком прямой кишки с метастазами в печень за период с 1990 по 2004 г. Из них: у 110 — выполнялось формирование двустольных сигмостом, у 132 — паллиативные резекции.

Непосредственные результаты сравнивались нами с результатами радикальных и симптоматических операций. После радикальных операций осложнения составили 20,8 %, после паллиативных — 16,4 %, формирования сигмостом — 20,5 %. Послеоперационная летальность составила: 4,1; 3,2; 4,3 % соответственно.

Продолжительность жизни после паллиативных операций составила 19,6 мес. При одиночных метастазах в печень больные в среднем жили — 24,2 мес. При множественных — 15 мес.

С целью удаления локализованных метастазов в печень выполнено 58 операций: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 7, левосторонняя гемигепатэктомия — 10; анатомические и атипичные резекции печени — 39. Продолжительность жизни больных составила 43,7 мес. При множественных метастазах в печень 12 больным были выполнены деартерIALIZации печени. Средняя продолжительность жизни их составила 19,4 мес.

Таким образом, приведенные результаты подтверждают обоснованность выполнения паллиативных резекций прямой кишки и операций на печени, включая ее деартерIALIZацию, при наличии метастазов в печень, учитывая, что полученные результаты свидетельствуют об увеличении продолжительности жизни таких больных.