

болевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания легких).

У 36 (27,9 %) пациентов имелась опухоль сигмовидной кишки, в 36 (27,9 %) случаях опухоль прямой кишки, у 23 (22,3 %) больных — опухоль нисходящего отдела толстой кишки, у 22 (17 %) — опухоль восходящего отдела толстой кишки, в 11 (8,5 %) — опухоль поперечной кишки, слепая кишка — 1 (0,97%), первично-множественное поражение — 1 (0,97 %). По классификации TNM — 86,8 % (112 пациентов) с III и IV стадией.

Степень выраженности клинической и рентгенологической картины кишечной непроходимости, а также наличие симптомов перитонита определяли сроки и объем предоперационной подготовки и объем оперативного вмешательства.

Мы используем классификацию толстокишечной непроходимости ГНЦ колопроктологии: 1 стадия — компенсированная, 2 стадия — субкомпенсированная, 3 стадия — декомпенсированная.

В 97 (75,2 %) случаях больные были оперированы в первые часы после поступления, 16 (12,4 %) больных — до 2-х суток. До 3-х суток были оперированы 6 (4,6 %) больных, до 4-х суток и более — 10 (7,7 %) пациентов.

Объем операции определялся степенью выраженности онкопроцесса, наличием осложнений (перфорация, перитонит, прорастание в окружающие органы). Основным методом операции в экстренном порядке было удаление опухоли с выведением стомы или при нерезектабельности опухоли — выведение стомы или наложение обходного анастомоза. Обязательным являлось выполнение назоинтестинальной интубации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 35 (27 %) больных: у 10 непроходимость кишечника на ранних сроках послеоперационного периода, у 20 развился перитонит различного генеза, у 5 больных наблюдался некроз стомы. Летальный исход был в 11 (8,5 %) случаях.

У 68 (52,7 %) больных в дальнейшем была проведена реконструктивно-восстановительная операция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза неутешительны: довольно высок уровень послеоперационных осложнений и летальности. Представляется возможным рассмотреть вопрос о двухэтапном лечении непроходимости с применением на первом этапе малоинвазивных методик с учетом степени непроходимости и интраабдоминальной гипертензии.

**В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, А.А. Соловьев, И.А. Холтосунов, Л.А. Кривошапкина,
А.Ю. Никифоров**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Тромбоз мезентериальных сосудов — исключительно тяжелое заболевание. Явления нарастают очень быстро и в большинстве случаев заканчиваются летально. Диагноз большей частью до операции не устанавливается. В ряде случаев тромбоз может возникнуть у человека, не предъявлявшего никаких жалоб.

Цель: изучение результатов лечения больных с острым тромбозом мезентериальных сосудов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 по 2011 гг. в отделении колопроктологии Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска Республики Саха (Якутия) было всего пролечено 23 больных по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Преобладали мужчины — 15 (65,2 %), возрастом от 46 до 85 лет. Женщин — 8 (34,8 %), возраст от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям машиной скорой медицинской помощи доставлено 19 человек (82,6 %), двое пациентов переведены из других лечебных учреждений (8,7 %) и двое — самообращение (8,7%). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более, после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями перитонита. Все больные с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования. Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть со-

стояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний в среднем в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводилось в условиях реанимационного отделения.

Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от вида тромбированного сосуда и распространенности некроза на фоне крайне тяжелого состояния. У 14 больных отмечен тромбоз верхней брыжеечной артерии, у 5 — сочетанный тромбоз верхней и нижней брыжеечной артерии, у 2-х — тромбоз *a. ileocolica*, 2 — тромбоз нижней брыжеечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюнотомы — 4; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением еюнотрансверзоанастомоза — 9; гемиколэктомия слева — 2; гемиколэктомия справа — 2; диагностическая лапаротомия проведена в 6 случаях. Выполнение тромбэктомии было обязательным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Умерло 18 пациентов, летальность — 78,3 %. Уровень летальности напрямую зависит от уровня мезентериального тромбоза. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжеечных сосудов не обращают на себя особого внимания ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей смерти от основного заболевания. У выживших пациентов послеоперационные осложнения со стороны сердечно-легочной системы, осложнений со стороны раны и анастомоза не было.

ВЫВОДЫ

Высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлено тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии. Только при ранней диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления перитонита, шок и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах и часто служат причиной смерти больного.

Н.Н. Игнатъева, В.В. Игнатъев

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ГБУ Поликлиника № 1 (Якутск)

В настоящее время операции по поводу острого холецистита стали наиболее частыми в ургентной хирургии. Количество осложненных форм холелитиаза достигает 35 %. Большинство больных — люди пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Летальность — 2,5 %. Именно поэтому очень важно вовремя установить диагноз желчнокаменной болезни, особенно острого деструктивного холецистита и механической желтухи.

Цель исследования: определить комплекс диагностических мероприятий у больных желчнокаменной болезнью в условиях поликлиники, дальнейшую тактику.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2010—2011 г. в поликлинике № 1 выявлено 224 больных с желчнокаменной болезнью. Возраст — от 19 до 86 лет. Женщин — 87 %, мужчин — 13 %. Состояние больных оценивалось как удовлетворительное или средней тяжести. Всем пациентам, кроме объективного осмотра и физикального обследования проводились следующие диагностические мероприятия: общий анализ крови и мочи, свертываемость крови, группа крови и резус фактор, стафилококк из зева и носа, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ФЭГДС. Больным с желтухой проводилась дифференциальная диагностика желтухи. Дополнительно проводили анализ крови на билирубин, АсАТ, АлАТ, маркеры вирусных гепатитов, сахар. При выраженном болевом синдроме производили инъекции анальгетиков и спазмолитиков, направляли в дневной стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенных исследований 9 (4,1 %) больным установлен диагноз: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит; 210 (93,7 %) больным — желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит; 5 (2,2 %) больным — желчнокаменная болезнь, механическая желтуха.

В Республиканскую больницу № 2 — Центр экстренной медицинской помощи направлено 9 (4 %) больных, в Республиканскую больницу № 1 — Национальный центр медицины — 128 (57,5 %) больных. На амбулаторное лечение направлено 87 (38,5 %) больных. Прооперировано 115 (51 %) больных.