

342 (71,2 %) из них были старше 60 лет. Почти у половины пациентов опухоль локализовалась в сигмовидной кишке — 258 (53,6 %), у 32 (6,7 %) в слепой, у 12 (2,4 %) в восходящей, у 26 (5,4 %) в области печеночного изгиба ободочной кишки, у 40 (8,3 %) — в поперечно-ободочной, у 28 (5,8 %) в селезеночном углу, у 18 (3,7 %) — в нисходящей ободочной кишке, у 27 (5,6 %) в ректосигмоидном отделе толстой кишки, у 37 (7,5 %) — в прямой и у 4 (0,8 %) был выявлен первично-множественный рак толстой кишки.

Сроки поступления больных в стационар колебались в пределах от 1 суток до 1 месяца от появления признаков полной или частичной обтурационной кишечной непроходимости. Это связано, как с поздней самодиагностикой, так и с ошибками врачебной диагностики на догоспитальном этапе, связанные со скудной симптоматикой и полиморфизмом в клиническом течении заболевания. У 20 (4,1 %) больных установлена II стадия рака, у 273 (56,8 %) больных III стадия и у 188 (39,1 %) пациентов — IV стадия заболевания.

Предоперационная подготовка включала инфузионную терапию, при необходимости — ИВЛ, лечение ДВС-синдрома, коррекцию водно-электролитных нарушений, антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия в максимальных дозировках. Основной задачей предоперационной инфузионной терапии считали ликвидацию дефицита ОЦК, так как у больных с непроходимостью именно гиповолемия является главной причиной гемодинамических расстройств во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Большинство больных 365 (75,9 %) оперированы в первые 10 часов от поступления в клинику. Мы являемся сторонниками радикальных оперативных вмешательств с соблюдением всех правил абластики и антибластии. При наличии отдаленных метастазов, по возможности, выполняем паллиативные операции. При локализации опухоли в левой половине толстой кишки любую операцию заканчиваем формированием двух- или одностольной колостомы. Исключение составляют только пациенты с опухолью прямой кишки, осложненной обтурационной толстокишечной непроходимостью. Таким пациентам мы формируем разгрузочную сигмостому и при выписке направляем в онкодиспансер для проведения химиолучевой терапии с возможностью впоследствии провести радикальную операцию.

Радикальные операции проведены 277 (57,5 %) пациентам. Операция Гартмана выполнена 126 пациентам, левосторонняя гемиколэктомия — 82, правосторонняя гемиколэктомия — 34, резекция толстой кишки — 13, комбинированные операции — 11 больным. Паллиативные и симптоматические операции выполнены 204 пациентам. После выписки все пациенты направляются в онкологический диспансер для продолжения специфического лечения.

Общая летальность в анализируемой группе больных составила 14,5 % (70 пациентов). Основные причины летальных исходов: прогрессирование опухолевой интоксикации, сепсис с развитием полиорганной недостаточности, тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда.

Таким образом, большинству пациентов с раком толстой кишки, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью, возможно выполнение радикальных и паллиативных операций.

Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина, И.А. Рябков

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)**

Настоящее сообщение посвящено анализу клинического течения и патологических реакций развившихся у 68 больных с разлитым гнойным перитонитом.

Прогресс в интенсивном лечении тяжелых хирургических больных способствовал не только улучшению их исходов, но и появлению новых неспецифических состояний, характеризующихся как системная и органная недостаточность.

Диагноз полиорганной недостаточности ставили на основании достаточно широкого и информативного комплекса клинических и лабораторных показателей. Так, дыхательная недостаточность имела место у 48 больных, сердечно-сосудистая — у 49, печеночно-почечная — у 46, расстройство сознания отмечалось у 42 пациентов, расстройства коагуляции, гемореологические нарушения — у всех больных.

В клиническом течении можно выделить два варианта развития синдрома полиорганной недостаточности. Один быстрый, симптомы поражения нескольких органов проявляются в течение 12–48 часов (23 пациента) и поэтапный, или каскадный, при котором вслед за появлением признаков нарушения функции одного органа постепенно присоединяются симптомы недостаточности других (38 больных, в 7 случаях разобраться не удалось).

Отмеченные клинические различия полиорганной недостаточности при разлитом гнойном перитоните имели определенную патогенетическую основу, инфекция и токсемия были теми этиологически-

ми факторами, которые запускали патологический процесс полиорганной недостаточности, а тяжелая травма, кровопотеря вызывали неспецифическую реакцию систем и органов в ответ на повреждающие факторы. Под воздействием микробной инфекции и токсемии возникает повреждение во всех системах гомеостаза, но выраженность нарушений различна — от незначительных до недостаточности. Клиническая выраженность повреждений не бывает одинаковой для всех органов, возрастные изменения и сопутствующие заболевания способствовали быстрой декомпенсации.

Однако, следует отметить, что длительность критического периода зависела от объема поражения — чем больше органов вовлекалось в процесс, тем длительнее был процесс интенсивного лечения. Тяжесть синдрома не ускоряла летальный исход, так как применялось большее число лекарственных терапий, что удлиняло период декомпенсации.

К сожалению, даже самая современная и многокомпонентная терапия не дает желаемого эффекта при неустраненном воспалительном процессе в брюшной полости. Это подтверждается на аутопсии 47 умерших больных. Летальность находилась в прямой зависимости от числа вовлеченных систем.

Таким образом, синдром полиорганной недостаточности является крайне тяжелым осложнением разлитого гнойного перитонита, патогенетическую основу которого составляют нарушения, запускаемые микробной инвазией. Необходимо продолжить поиск более действенных методов лечения, а пока они будут найдены, основные усилия направить на профилактику этого грозного и часто фатального осложнения.

Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков, П.Т. Жиго, В.Р. Кембель

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)**

В разделе экстренной хирургии вопросы диагностики и хирургической тактики при закрытой травме живота ещё надолго останутся актуальными. Об этом говорят их частота (18 — 24 %) от всех травм мирного времени и летальность (31 — 64 %) после тяжёлых сочетанных травм. Своевременная и точная диагностика особенно трудна, когда пострадавшие поступают в состоянии шока, алкогольного опьянения, в бессознательном состоянии на фоне действия наркотических веществ и т.д. В этих случаях возникает масса диагностических и тактических вопросов. Как их решать?

За последние 3 года (2003 — 2005 гг.) в нашей клинике на базе ГКБ № 6 находилось 218 больных с закрытой травмой брюшной полости, забрюшинного пространства. Основное место занимали бытовые травмы: удар в живот и спину — 102 (46 %), сдавление — 72 (33 %), падение с высоты — 31 (14 %), в 13 (6 %) случаях выяснить механизм травмы не удалось.

Наиболее часто имело место повреждение кишечника — 47 (20 %) случаев, паренхиматозных органов — 39 (13 %); 83 (38 %) больных с сочетанной травмой, 38 (16 %) больных поступило в состоянии тяжёлого шока, борьба с которым представляет большие трудности. Среди жертв травматизма преобладали трудоспособные пациенты от 16 до 60 лет — 78 %. Мужчин было 164, а женщин 54 человека.

Поскольку при закрытой травме живота имеется реальная опасность повреждения органа: кровотечение или развитие перитонита, то возникает вопрос о ранней диагностике этих повреждений. Наряду с традиционными (лабораторными, рентгенологическими), важную роль играют специальные, в том числе инструментальные методы исследования (лапароскопия и лапароцентез). Лапароцентез и пункция брюшной полости нами применялась у 181 (80 %) больного с закрытой травмой живота. Диагностическая ценность их несомненная, но она снижается при наличии подкапсульных гематом и незначительных субкапсулярных повреждений паренхиматозных органов. Лапароскопия проводится реже, она сложнее и не всем доступна, из 29 у 27 пациентов определена целесообразность оперативного вмешательства.

Для проведения дифференциальной диагностики с забрюшинными гематомами, в последнее время мы используем метод УЗИ. Из 64 с сочетанными и множественными повреждениями, наличие забрюшинной гематомы подтверждено в 61 случае.

Забрюшинная гематома у 25 наших больных сочеталась со свободной жидкостью в брюшной полости. Экстравазат здесь имел двойной генез и чтобы не ошибиться, дифференциальная диагностика должна строиться на основании динамического наблюдения.

Таким образом, наши клинические данные показывают, что УЗИ в совокупности с лабораторными, инструментальными методами исследования позволяет в большинстве случаев решить вопросы диагностики, тактики и лечения, больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.