

тимпанальную мембрану. Обычно улучшение слуха после второй операции непродолжительное в связи с костным реанкилозом основания стремени;

- при тимпаносклеротической фиксации в аттике наковальни и молоточка уже при первой операции целесообразны резекция головки молоточка и удаление наковальни, так как восстановление их мобильности с введением силиконовых прокладок малоэффективно. Перед удалением наковальни следует отсечь длинную ножку от ее тела. Если стремя мобильное и не потеряло связи с длинной ножкой наковальни, то затем между последней и рукояткой молоточка (или тимпанальным трансплантатом) можно уложить пластинку аутохряща;

- при отсутствии воспаления у больных с массивным тимпаносклерозом целесообразно на II или III этапе после успешной мирингопластики и безуспешной мобилизации стремени частично удалить основание стремени на участке наименьшего поражения и произвести стапедопластику тонким жестким протезом, предварительно закрыв преддверие венозным трансплантатом;

- удаление тимпаносклеротических бляшек с промонториальной стенки показано только в тех случаях, когда они, будучи массивными, ограничивают движение молоточка или протеза или бляшка obturiрует круглое окно. Однако следует помнить, что при этом можно непреднамеренно вскрыть пери- или эндолимфатическое пространство. В первом случае никакого осложнения может и не быть, но во втором всегда возникает глухота;

- поскольку повторные операции способны вызвать нарушения в улитке, больной должен быть предупрежден об этой опасности; и если перспектива хирургического улучшения слуха сомнительна, то следует отдать предпочтение слухопротезированию.

Ю.Д. Доржиев, С.Б. Бутуханов, В.Д. Цыреторов, Д.Д. Рыбдылов

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНО-ОДНОМОМЕНТНЫХ И ДВУХЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Повсеместными исследованиями, проведенными в разных странах, отмечен неуклонный рост удельного веса рака ободочной кишки в структуре онкологических заболеваний [2, 4, 5]. По данным ОНЦ РАМН по сравнению с 1985 г. в 2005 г. количество больных с данной патологией увеличилось в 7 раз [1]. Параллельно возрастает частота его осложненных форм, которая составляет 60—80 % [3]. В структуре осложнений obtурационная кишечная непроходимость встречается в 85 % случаев, перфорации кишок — в 9 %, кровотечение — в 6 % [6]. Эти больные по линии экстренной медицинской помощи поступают обычно в общехирургические стационары, в связи с чем возникает необходимость определения вида операции между первично-одномоментной и двухэтапной.

Цель: провести сравнительный анализ и оценка эффективности одномоментных и двухэтапных операций при осложненных формах рака ободочной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 215 больных с осложненными формами рака ободочной кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ. Из них мужчин 83 человека, женщин — 132. При поступлении в стационар у 78 больных отмечалась выраженная клиническая картина токсико-анемического синдрома. Для диагностики заболевания больным проводились рентгенологические и эндоскопические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 105 случаях после первичной диагностики рака ободочной кишки больные были направлены в специализированные учреждения: республиканский онкологический диспансер и колопроктологический центр.

Остальные 110 больных оперированы, формы осложнений были следующими: obtурационная толстокишечная непроходимость диагностирована в 89 случаях, перфорация опухоли в 11, кровотечение в 6, перифокальные воспалительные инфильтраты в 4. В 31 случае опухоль проросла в близлежащие ткани и соседние органы.

Проведены следующие виды операций:

- паллиативные: разгрузочные цео-, колостомы, обходные анастомозы — 35;
- двухэтапные операции с удалением опухоли и стомированием — 49, в том числе: при правосторонней гемиколэктомии — 4, резекции поперечно-ободочной кишки — 2, левосторонней гемиколэктомии — 4;

— 6, субтотальной колэктомии — 4, операции Гартмана — 9, резекции нисходящего отдела — 2, резекции сигмовидной кишки — 14;

- первично-одномоментные операции с наложением кишечных анастомозов (ПОМО) — 26, в том числе: правосторонней гемиколэктомии — 7, резекции поперечно-ободочной кишки — 1, левосторонней гемиколэктомии — 3, субтотальной колэктомии — 2, резекции нисходящего отдела — 2, резекции сигмовидной кишки — 11.

После двухэтапных операций послеоперационные осложнения развились в 13 случаях, что составило 26,5 %, из них: несостоятельность швов — 3, межкишечные абсцессы — 2, нагноение послеоперационных ран и эвентрация — 3, провал стом — 3, параколомический абсцесс — 1, госпитальная пневмония — 1.

После ПОМО послеоперационные осложнения развились у 6 (23,1 %) больных, из них: несостоятельность швов — 3, нагноение послеоперационных ран и эвентрация — 3.

Всего умерло 12 больных, из них после двухмоментных операций 8 (16,3 %), после ПОМО — 4 (15,4 %). Среднее пребывание на койке после двухмоментных операций составил 18,5 койко-дня, после ПОМО — 15,0 койко-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота поступления больных с осложненными формами рака ободочной кишки не имеет тенденции к уменьшению. Данная патология создает ряд предпосылок для развития различного рода тяжелых послеоперационных осложнений. Анализ результатов лечения, относительно благоприятное качество жизни в послеоперационном периоде позволяет сделать вывод о необходимости переосмысления хирургической тактики в пользу расширения показаний к ПОМО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белеков Ж.О. Результаты одномоментных и двухэтапных операций при осложненных формах рака ободочной кишки / Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов, О.А. Салибаев / www.medinfo.ru/article/36/115380.
2. Воробьев Г.И. Диагностика и лечение рака толстой кишки / Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк / www.rgj.ru/articles_2305.htm.
3. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки / Г.В. Пахомова [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 6. — С. 55—59.
4. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 4—7.
5. Симонов Н.Н. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки / Н.Н. Симонов, И.В. Правосудов // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С. 14—18.
6. Шулуто А.М. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости / А.М. Шулуто, А.Ю. Моисеев, В.Ю. Зубцов // Российский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 22—26.

Ю.Д. Доржиев, А.С. Семенов, К.В. Николаева, Д.Д. Рыбдылов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Результаты лечения деструктивных форм панкреатита остаются неудовлетворительными, особенно при субтотальном и тотальном поражении тканей поджелудочной железы. В подобных ситуациях большое значение имеет определение хирургической тактики лечения.

Цель: оценить эффективность программируемых санаций сальниковой сумки и брюшной полости в лечении деструктивных форм панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2004 по 2008 гг. на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находились 1627 больных с острым панкреатитом, в 140 (8,6 %) случаях с развитием деструктивных процессов в поджелудочной железе.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 84 больных с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и воспалительными изменениями в парапанкреатической клетчатке. Средний возраст больных составил 38,1 года. Тяжесть заболевания, которая оценивалась по индексу тяжести по Balthazar, колебалась в пределах 8—9 баллов. Оперативное вмешательство производилось после стабилизации у больных гемодинамики и устранения явлений гиповолемии.