

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 имунофан 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 имунофана дает возможность в короткие сроки корригировать имеющиеся нарушения у онкологических больных, что позволяет сократить пребывание больного в ОРИТ и снизить количество гнойно-септических осложнений.