

нирует хронический гепатит С, доля которого в 2011г. составила 72,5%. Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В выросла в 1,8 раза, показатели 5,1 в 2011 г. против 2,7 в 2007 г. Хроническим вирусным гепатитом С в 1,9 раза, показатели 13,5 в 2011г. против 7,1 в 2007г. Более половины всех случаев острых и хронических вирусных гепатитов В и С приходится на лиц до 40 лет, как правило, с отягощенным парентеральным эпиданамнезом. Ведущими путями передачи вирусных гепатитов В и С является парентеральный и половой (75,8% и 18,8%). Разнообразие путей передачи гепатита В и С, поражение молодого поколения потребовало совершенствования эпид. надзора за гепатитами, усиления работы по иммунизации населения, что позволяло бы своевременно принимать решения для стабилизации санэпидобстановки.

УДК 616.351-006.6; 616.34-007.272

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

З.В. Тотиков, Л.Э. Доева

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России,
г. Владикавказ. Кафедра госпитальной хирургии с онкологией
(зав. кафедрой – проф. Тотиков В.З.)
E-mail: z-totikov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 152 больных раком прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью.

В клинике разработан и использовался следующий лечебно-диагностический алгоритм, всем поступающим больным без признаков перитонита, после общеклинических методов об-

следования, производится обзорная рентгенография брюшной полости, пальцевое исследование, УЗИ и ректороманоскопия (колоноскопия). Затем в течение 6 часов проводится декомпрессионная и корригирующая терапия. После чего на основании клинико-рентгенологических данных и данных УЗИ определяется стадия нарушения проходимости прямой кишки.

Для первой стадии характерно обильное отхождение кишечного содержимого, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение состояния больного. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется уменьшение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30%. На контрольном УЗИ брюшной полости определяется уменьшение диаметра толстого кишечника, увеличение толщины кишечной стенки, исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее, уменьшение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к усилению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала, как правило, более 10 мм.

Для второй стадии характерно отхождение кишечного содержимого, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение состояния пациента. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется уменьшение площади газа над уровнями жидкости менее чем на 30%. На контрольном УЗИ брюшной полости определяется сохранение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины кишечной стенки, сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее, сохранение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала, как правило, 6-10 мм.

При третьей стадии кишечное содержимое отходит в незначительном количестве, наблюдается вздутие живота и сохраняется болевой синдром, состояние больного ухудшается. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется нарастание площади газа над уровнями жидкости. На контрольном УЗИ брюшной полости определяется увеличение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины ки-

печной стенки, сохранение или появление выпота в брюшной полости, нарастание секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр ракового канала у большинства больных менее 5 мм.

Четвертая стадия, стадия развития перитонита, вследствие инфицирования выпота брюшной полости из-за снижения барьерной функции стенки кишки.

Результаты. При первой стадии (57 больных) декомпрессионная терапия на фоне коррекции метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний проводилась в течение 7-10 дней с последующим оперативным лечением в отсроченном порядке. При 2 и 3 стадиях (вторая стадия – 40 больных, третья – 32 пациентов) осуществлялась попытка реканализации ракового канала. Положительный результат был, достигнут у 16 больных, в связи с чем, дальнейшая тактика была аналогична первой стадии. При отрицательном результате при 2 стадии в течение 24 часов, при третьей – 12 часов, после предварительной коррекции водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений через мини доступ в правом подреберье или подвздошной области накладывалась петлевая транссерво- или илеостома. В течение 7-10 дней производилась подготовка к радикальному оперативному вмешательству. При необходимости предоперационная лучевая и химиотерапия. Во время операции интраоперационная внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия, с последующей системной химиотерапией. При 4 стадии (непроходимость, осложненная перитонитом, выявлена у 23 больных), оперативные вмешательства выполнялись в течение 2-3 часов. Всего в послеоперационном периоде умерло 3 (2,0%) больных с 4 стадией. Различные осложнения развились у 22 (15,1%) пациентов.

Выводы. Разработанная клинико-рентгенологическая классификация позволяет четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов и создать условия для выполнения комбинированных методов лечения.