

478. ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ

Матигуллин Р.М.(2), Хасанов А.Г.(1), Бадретдинов А.Ф.(1), Закиров И.А.(2)

г. Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета (1), Городская больница №8 г. Уфы(2)

Поскольку самым грозным и высоклетальным осложнением при травмах ДПК является забрюшинная флегмона перспективным является применение физических методов лечения при данном осложнении. Клинические исследования с целью определения эффективности профилактики и лечения забрюшинной флегмоны озонированным 5% раствором глюкозы при повреждениях ДПК проведены у 15 больных с травмами ДПК. Интраоперационно и в послеоперационном периоде проводилось лечение с применением 5% озонированного раствора глюкозы. В контрольную группу включены 20 больных которым проводилось общепринятое антибактериальное лечение и дренирование забрюшинной флегмоны. Приготовление раствора производилось ex tempore на аппарате «Медозон» с концентрацией 1мг/л объемом 400мл. В послеоперационном периоде проводилось введение озонированного 5% раствора глюкозы через катетер, установленный во время операции в круглую связку печени или же через отдельный микроирригатор в забрюшинном пространстве. Аспирация содержимого проводилась в режиме постоянной эвакуации через активные дренажи. Для микробиологической оценки эффективности методики озонотерапии забрюшинного пространства была изучена динамика микробного числа выпота забрюшинной клетчатки, взятого во время первой операции и в послеоперационном периоде. На фоне проводимого лечения озонированным 5% раствором глюкозы в послеоперационном периоде при бактериологическом контроле отмечалось снижение высеваемости патогенной флоры Enterobacteriaceae с 66,6% в 1 сутки до 26,6% - на 3 сутки, E coli. с 46,6% в 1сутки, до 13,3% - на 3 сутки, Proteus spp. с 29,0% в 1сутки, до 13,3% - на 3 сутки, анаэробы 43,3% в 1 сутки, до 6,6% - на 3 сутки. Учитывая высокий процент осложнений и летальности как в основной так и в контрольной группах, малое число наблюдений, была проведена оценка достоверности неблагоприятного исхода. Данный показатель относительного риска, находящийся в пределах доверительного интервала, говорит о достоверном снижении риска летальности в основной группе при проведении лечения озонированным 5% раствором глюкозы. Показатель снижения абсолютного риска неблагоприятного исхода в исследуемых группах соответствует данным летальности 60 % в контрольной группе и 33,3% в основной группе. Таким образом при наличии имбиции парадуоденальной клетчатки с целью профилактики развития забрюшинной флегмоны и несостоятельности шва ДПК показано применение 5% озонированного раствора глюкозы путем установления активной приточно-отточной системы дренажей. Совмещая положительные свойства озона и кислые буферные свойства 5% раствора глюкозы появляется возможность снизить активность протеолитических ферментов и предотвратить развитие аутогенного асептического процесса в забрюшинном пространстве.

479. Использование пенных аэрозолей в реконструктивно-восстановительной колоректальной хирургии.

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.

Белгород

ОГБУЗ БОКБ "Святителя Иоасафа", межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ "БелГУ".

Актуальность. Проблема несостоятельности толстокишечных анастомозов, возникшая с момента первой успешно проведенной резекции верхней части прямой кишки со сшиванием отрезков кишки циркулярным швом в 1897 году, и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Согласно литературным данным, частота несостоятельности швов анастомоза колеблется в широких пределах – от 3,2 до 25,1 % и выше. Необходимо отметить, что, несмотря на внедрение сшивающих техник, использование новых шовных материалов, совершенствование хирургической техники, существенного снижения числа несостоятельности швов анастомозов за последние 30 лет не отмечено. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, потому как в случае развития несостоятельности анастомоза не выполняется основная цель операции — ликвидация колостомы. А само по себе данное осложнение наносит значительный ущерб организму и может привести к летальному исходу. Многочисленные исследования причин несостоятельности швов при выполнении реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств на толстой кишке установили полиэтиологическую природу возникновения этого осложнения. Можно выделить 3 этапа лечения больных с колостомами: I — предоперационная подготовка, II — хирургическая техника, III — послеоперационное ведение больного. Погрешность на каком-либо этапе может привести к развитию несостоятельности анастомоза. Предоперационная подготовка должна начинаться сразу же после ликвидации основного заболевания, по поводу которого была наложена колостома, носить комплексный характер и включать специальную тренировку отключённого отдела толстой кишки. При длительном существовании колостомы развивается воспалительный процесс и атрофия мышц отключённого отдела кишки, которые после восстановления непрерывности кишки не в состоянии обеспечить надёжную перистальтику и продвижение кишечного содержимого. Это приводит к застою в начальной части включённого отдела кишки и опасно в плане несостоятельности швов анастомоза. С целью профилактики этих осложнений нами применяется способ тренировки отключённого отдела толстой кишки пенными аэрозолями (Сульйодовизоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин) в течение 1-2 месяцев. Данные препараты, помимо механического воздействия на стенку кишки, обладают противовоспалительными, антибактериальными, регенерирующими свойствами и, следовательно, более надёжному восстановлению моторной функции отключённого отдела. Во время операции должны выполняться следующие условия: хорошая подготовка толстой кишки, отсутствие натяжения между анастомозируемыми участками кишки, адекватное кровоснабжение толстой кишки, минимальная травматизация тканей и соблюдение принципов асептики. Проверка герметичности анастомоза нами проводится с помощью пенных аэрозолей, которые обладают рядом преимуществ перед другими способами: в случае попадания пены в брюшную полость видно место дефекта и сами аэрозоли обладают антимикробным действием. В послеоперационном периоде помимо антибиотикопрофилактики, стимуляции кишечника, использования препаратов, улучшающих реологические свойства крови и препятствующие тромбозу мелких сосудов, необходимо снизить нагрузку на анастомоз, для этой цели в первые дни после операции может использоваться газоотводная трубка. Цель исследования. Разработать алгоритм предоперационной подготовки культи прямой кишки с помощью пенных аэрозолей и обосновать их эффективность для проверки герметичности толстокишечных анастомозов. Материалы и методы. В Белгородском региональном колопроктологическом центре за период с 1996 по 2013 год выполнено 473 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 96 больных применялись аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, КΥGW с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин - 22%, мужчин — 78%. Особое внимание уделяли состоянию культи прямой кишки. При проведении ректороманоскопии и колоноскопии обращали внимание на состояние слизистой прямой кишки, наличие или отсутствие признаков воспаления, а также на эластичность стенки кишки, способность ее растягиваться при введении в просвет воздуха. «Тренировка» отключенной культи прямой кишки осуществлялась с применением пенных аэрозолей (Сульйодовизоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин), которые вводились в просвет культи ежедневно в течение 1-2-х месяцев. При контрольной ректоскопии (колоноскопии) оценивалось состояние слизистой и эластичность стенки кишки. В большинстве случаев такая подготовка имела положительные результаты: купировались воспалительные изменения слизистой кишки, стенка становилась более эластичной. Для проверки герметичности анастомоза мы также использовали пенные аэрозоли. Способ осуществляется следующим образом: после формирования анастомоза поперек толстой кишки проксимально к линии шва ставят мягкий зажим, толстую кишку через насадку или через надетый катетер ректально заполняют пеной из аэрозольного баллона (йодопирином, йодовидоном или повидонйодом), а далее в течение 2-3 мин наблюдают наличие просачиваемости окрашенной пены через анастомоз. В случае несостоятельности анастомоза мы четко видим место дефекта и при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование. Результаты исследования. Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики с формированием сигморектального анастомоза аппаратом возникла у 2-х больных (2,08%), что потребовало повторной операции и наложения

стомы. У одного больного несостоятельность анастомоза, приведшая к развитию перитонита и нарастающей полиорганной недостаточности, явилась причиной летального исхода. Заключение. Разработанные принципы подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям, а также способ проверки герметичности анастомоза пенными аэрозолями, хорошо зарекомендовали себя и с успехом применяются в отделении с 1996 г., однако они требуют дальнейшего совершенствования.

480.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Китаев А.В.(2), Петров П.В. (1), Зубрицкий В.Ф. (3)

Москва

ЦВКГ им А.А.Вишневого(1), ГКА им. Маймонида (2), ФГБОУ ВПО МГУПП(3), Москва

В основу наших разработок положен принцип интраоперационной антибластики, обуславливающий снижение уровня обсемененности внутрибрюшного пространства опухолевыми агентами и уменьшение абсолютного числа митозов раковых клеток. В исследование включено 859 пациентов, находившихся на лечении в колопроктологическом центре госпиталя с апреля 1996 по 2010годы. Мужчин было - 60,0%, женщин - 40,0%. Из них пациентов старше 60 лет было около 56%. Исследуемый контингент больных был распределен на 4 группы по видам оперативных вмешательств: I группа - 264 человека (30,7%) - радикальные операции с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); II группа - 76 человек (8,5%) - циторедуктивные оперативные вмешательства также с использованием ВГХТ; III группа - 346 человек (40,3%) - радикальные операции без гипертермической химиотерапии и IV группа - 173 человек (20,1 %) - циторедуктивные операции также без применения ВГХТ. Группы больных сопоставимы по распространенности опухолевого процесса, возрасту и полу. Из 859 больных у 610 выполнены радикальные операции, в том числе у 264 (I группа) с применением ВГХТ. 249 пациентам проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, в то числе 76 (II группа) с применением ВГХТ. Послеоперационная летальность составила 94(11,0%), из них в I группе радикальных операций с ВГХТ – 12(4,5%), во II группе циторедуктивных операций также с ВГХТ– 8(10,5%), в III группе радикальных операций без ВГХТ – 44(12,7%) и в IV группе циторедуктивных операций также без ВГХТ 26(15,6%). Анализ отдаленных результатов лечения показал, что рецидив колоректального рака в течение 3-х лет во всех группах диагностирован у 128 человек. В I группе (радикальные операции с ВГХТ) до 14 месяцев рецидив не был отмечен. В сроки от 14 до 36 месяцев рецидив развился у 46(17,4%) больных, в виде внебрюшинных метастазов рака. Следует отметить, что канцероматоз брюшины ни у одного из этих пациентов не был зафиксирован. Во II группе (циторедуктивные операции с ВГХТ) рецидивы начали наблюдаться после 6 месяцев. Всего они были у 294 пациента (54%), все эти больные оперированы повторно. Срок возникновения рецидивов колебался от 6 до 30 месяцев. При этом 16 больным были выполнены повторные циторедуктивные операции с использованием ВГХТ, а 5 больным такие операции были проведены трижды, а двум пациенткам - семикратно. При повторных оперативных вмешательствах мы отметили три важные особенности: Первая: новые очаги рака были единичные, небольших размеров; Вторая: оставленные при ранее выполненных операциях по разным причинам очаги канцероматоза размерами до 5 мм (при муцинозных аденокарциномах до 10 мм) полностью регрессировали и были замещены рубцовой тканью; Третья: в брюшной полости мы не наблюдали спаечного процесса. В III группе (радикальных операций без ВГХТ) прогрессирование заболевания наблюдалось у 84,9% пациентов, при этом у 145 (42%) из них обнаружен канцероматоз брюшины. В IV контрольной группе (циторедуктивные операции без ВГХТ) рецидив диагностирован у 158 (89,7% случаев. Рецидивы возникали в сроки от 3 до 24 месяцев. Анализ продолжительности жизни показал, что фактическая 5-летняя выживаемость при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием гипертермической химиотерапии в I группе составила 66,5%, что в 6,9 раза превышает показатели контрольной III группы (9,7%). А при проведении циторедуктивных операций 5-летняя продолжительность жизни во II группе больных (с ВГХТ) составила почти 22%, что в 2,4 раза выше чем в IV группе (без ВГХТ) - 9,1%. Кроме фактической