

Adams CA Jr. Sepsis biomarkers in polytrauma patients /C.A.Adams //Crit Care Clin. - 2011. - Vol.27(2). - P. 345-54.

Liu Y. Risk factors of mortality in severe chest trauma patients /Y.Liu, D.Y.Du, X.Hu //Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. - 2013. - Vol.35(1). - P. 74-9.

Polytrauma management - a single centre experience /M.Frink, C.Zeckey, P.Mommsen [et al.] //Injury. - 2009. - Vol.40 (Suppl 4). - S. 5-11.

Гурьев С.Е., Соловьев А.С., Танащенко П.В.

ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПОСТРАДАВШИЕ С ПОЛИТРАВМОЙ: ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Рост множественной и сочетанной травмы в структуре поврежденных населения наблюдается во всем мире, при этом смертность вследствие политравмы не только не уменьшается, а неудержимо растет. В диагностике гнойно-септических осложнений политравмы кроме клинических параметров, инструментальных методов на первый план выступают лабораторные методы диагностики, результаты которых могут использоваться для определения дальнейшей тактики лечения, оценки его проведения терапии и прогнозирования течения травматической болезни. Целью исследования было изучение прокальцитонина крови как маркера воспаления у пострадавших с политравмой с наличием или отсутствием ВИЧ-инфекции. Для выполнения цели исследования мы проанализировали диагностику и лечение 74 пострадавших с политравмой и одним из инфекционных осложнений, находящихся на стационарном лечении в одной из городских больниц. Определение количественного содержания ПКТ крови является ценным диагностическим маркером ранней диагностики инфекционных осложнений у пострадавших с политравмой. Однако, у пострадавших с политравмой и ВИЧ-инфекцией его диагностическая ценность резко падает. Приведенные нами данные только подтверждают невозможность использования данного маркера воспаления у пострадавших с ВИЧ-инфекцией и политравмой. По нашему мнению, это связано с другими иммунологическими механизмами воспаления у пострадавших с ВИЧ - инфекцией.

Ключевые слова: политравма, инфекционные осложнения, прокальцитонин.

Guriev S.O., Soloviov A.S., Tanasienko P.V.

AIDS-POSITIVE VICTIMS WITH A POLYTRAUMA: DIAGNOSTICS OF INFECTIOUS COMPLICATIONS

Summary. Increase in the number of multiple trauma injuries in the structure of the population not only does not decrease but rather increases rapidly. In the diagnosis of purulent-septic complications of multiple trauma in clinical settings, instrumental methods come to the fore laboratory diagnostic methods, with results that can be used to determine further treatment strategy, evaluation of treatment and predict the course of traumatic disease. The aim of the study was to investigate procalcitonin in blood as a marker of inflammation in patients with polytrauma with the presence or absence of HIV infection. In order to fulfill the purpose of research, we analyzed the diagnosis and treatment of 74 victims of polytrauma and other infectious complications are hospitalized in one of the city hospitals. PKT test is a promising marker because of its high sensitivity and specificity, but it is not suitable for use with victims of HIV infection. Our findings confirm the impossibility of the use of this marker of inflammation in patients with AIDS - infection and multiple injuries. In our opinion, this is connected with other immunological mechanisms of inflammation in patients with AIDS - infection.

Key words: polytrauma, infectious complications, procalcitonin.

Стаття надійшла до друку 18.12.2013 р.

Гур'єв Сергій Омелянович - д.м.н., проф., заступник директора з наукової роботи Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

Соловйов Олексій Станіславович - к.м.н., ст. н. співроб. Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

Танащенко Павло Васильович - к.м.н., провідний наук. співроб. Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

© Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Дворник И.А.

УДК: 616.345-006.6+616.348-089.8

Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Дворник И.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии (ул. Корчагинцев, 58, г. Харьков, Украина, 61022)

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. В статье проанализированы результаты лечения 46 пациентов раком ободочной кишки различной локализации, лечение которых осуществлялось с помощью лапароскопического метода. Установлено, что применение лапароскопических методик позволяет значительно улучшить результаты лечения данной категории больных за счет меньшей травматичности операции, ранних сроков восстановления физической активности пациентов, а также уменьшением количества гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопические операции, гнойные осложнения.

Введение

Рак толстой кишки является одной из самых распространенных патологий в структуре онкологических заболеваний, основным методом лечения которых остается хирургический.

Оперативные вмешательства на толстой кишке относятся к одним из наиболее сложных в абдоминальной онкологии и сопровождаются высокой летальностью (1 - 15,9%), а также высокой частотой послеоперационных осложнений (14 - 42,7%) [Женило, Попова, 2009; Кит и др., 2012]. Из числа последних гнойно-воспалительные осложнения наблюдаются в 12,9% случаев [Шалимов и др., 2004; Шуркалин и др., 2009].

Среди многочисленных факторов в виде состояния иммунорезистентности организма, распространенности онкологического процесса и др., способствующих развитию гнойно-воспалительных процессов, немаловажную роль играет техника выполнения операций. Оперативные вмешательства у онкологических больных отличаются своей обширностью и травматизмом. [Шалимов и др., 2004; Шетогубов, 2010]. В последнее время все чаще появляются сообщения о внедрении в онкохирургию лапароскопических технологий [Апрощенко и др., 2012]. Как всякий новый метод он требует изучения результатов радикализма и частоты осложнений, в том числе и гнойно-воспалительных. *Цель* исследования - оценка результатов лечения больных раком ободочной кишки с помощью лапароскопических технологий в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

За период с августа 2010 по апрель 2014 гг. прооперировано 46 пациентов, страдающих раком ободочной кишки различной локализации в возрасте от 51 до 85 лет. Женщин было 25 (54%), мужчин - 21 (46%). У 18 (39%) больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 3 (6,5%) больных - в восходящем, у 1 (2,1%) - в поперечно ободочной кишке, у 3-х (6,5%) в селезеночном углу толстой кишки, у 6 (13,3%) - в нисходящем отделе ободочной кишки, у 15 (32,6%) - в сигмовидной кишке. В качестве обследования всем больным выполняли общеклинический и биохимический анализ крови. Локализацию опухоли определяли с помощью ректороманоскопии, ирригографии и колоноскопии. Для определения распространенности и степени инвазии опухолевого процесса выполняли УЗИ органов брюшной полости и компьютерную томографию. Оперативные вмешательства выполняли под общей анестезией с применением видеолапароскопической системы "Эндомедиум".

Результаты. Обсуждение

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания соответствует патогистологической классификации TNM, разработанной комитетом Международного противоракового союза в 1997 г. Глубина инвазии является одним из факторов местного распространения опухолевого процесса, который оказывает существенное влияние на выживаемость. У 24 (52,2%) пациентов опухоль прорастала все слои стенки толстой кишки (T3), у 15 (32,6%) - мышечный слой (T2), у 7

(15,2%) больных опухоль была местно-распространенной (T4) и прорастала в соседние органы: в 1 наблюдении - в тонкую кишку и в 6 - в переднебоковую стенку живота. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы обнаружено у 18 (39,1%), что подтверждено результатами морфологического исследования удаленных препаратов. У 6 (13%) больных раком ободочной кишки выявлена сопутствующая желчнокаменная болезнь, у 1 (2,1%) имела место послеоперационная грыжа и спаечный процесс в брюшной полости.

Мобилизация кишки осуществлялась из портов, введенных в стандартных точках в зависимости от локализации опухоли. Первым этапом оперативного вмешательства выполняли обзорное исследование брюшной полости с визуализацией участка кишки пораженной опухолью. Затем с помощью монополярного электрода и диссектора производили выделение магистральных сосудов, питающих пораженный сегмент. Их обработку осуществляли с помощью клипапликатора и клипс длиной 8 мм. Далее выполняли рассечение листков брюшины и мобилизацию пораженного участка кишки в зависимости от локализации опухоли согласно онкологическим стандартам. В тех случаях, где опухоль прорастала в переднебоковую стенку живота, пораженные ткани выделяли с помощью электроножа и единым блоком удаляли с сегментом пораженной кишки. В случае прорастания опухоли в сегмент тонкой кишки, мобилизация последнего также выполнялась лапароскопически, а мобилизованный опухолевый комплекс удаляли единым блоком. У пациентов с сопутствующей желчнокаменной болезнью первым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию, а затем производили мобилизацию пораженного сегмента толстой кишки. В одном случае опухоль ободочной кишки была у пациентки с послеоперационной вентральной грыжей и спаечным процессом в брюшной полости. В этой ситуации вначале производили висцеролиз, затем мобилизацию части пораженной кишки, ее удаление, формировали анастомоз, а операцию завершали герниопластикой.

После этапа мобилизации кишки с опухолью и регионарными лимфоузлами небольшим разрезом выполняли лапаротомию, длина которой не превышала 5 - 6 см. С этой целью использовали раны от находящихся по близости троакаров. Это позволило снизить травматизм операции и достигнуть определенного косметического эффекта. Топографию предполагаемого операционного доступа на передней брюшной стенке определяли методом транслюминесценции в проекции формирования анастомоза. При правосторонней и левосторонней гемиколэктомии использовали параректальный разрез, а при резекции сигмовидной кишки - левосторонний косой разрез в левой подвздошной области. В рану выводили мобилизованный участок кишки с опухолью предварительно погрузив его в контейнер, а затем удаляли с помощью аппаратов УО. Формирование межкишечного соустья производили экст-

ракорпорально. Анастомоз накладывали двухрядным швом "конец в конец" или "конец в бок" в зависимости от состояния приводящего и отводящего сегмента кишки. Оперативное вмешательство завершали дренированием брюшной полости через место стояния одного из троакаров и ушиванием лапаротомной раны.

Длительность операции зависела от локализации опухоли, ее распространенности, сопутствующей патологии и варьировала от 1,5 до 3,5 часов. Из 46 пациентов у 5 (10,9%) был выполнен переход к открытому оперативному вмешательству. Причиной для этого у 1 пациента послужила частичная кишечная непроходимость, не диагностированная до операции. Во 1 наблюдении у тучной больной опухоль локализовалась в селезеночном угле ободочной кишки, была небольших размеров, что затрудняло ее визуализацию. Причиной третьей конверсии послужило кровотечение из сосудов кишки, возникшее при ее мобилизации. В остальных двух случаях опухоль была фиксирована к боковой стенке в проекции подвздошных сосудов и вызвала затруднения при ее мобилизации.

Из 46 пациентов у 6 (13,04%) возникли различного рода осложнения. Из общего количества осложнений гнойно-воспалительные наблюдались у 3 (6,52%) больных: у 2 пациентов возникла несостоятельность анастомоза, которая закрылась под влиянием консервативной терапии; в 1 случае развилось нагноение послеоперационной раны. У 2 больных наблюдалось истечение лимфы из зоны мобилизации. Одна больная умерла на 3 сутки после операции. Причиной смерти на аутопсии был острый инфаркт миокарда. Продолжительность пребывания в стационаре после операции у 40 (87%) больных, у которых не возникли осложнения, составила 4 - 6 дней.

Полученные нами результаты в лечении больных раком ободочной кишки позволяют отметить ряд преимуществ видеолапароскопического метода в сравнении с лапаротомией. В первую очередь его малотравматичность, а также неограниченные возможности расширения объема оперативного вмешательства в брюшной полости, не требующий дополнительного расширения ран. Следует подчеркнуть, что технология мобилизации сегмента кишки с опухолью в брюшной

полости осуществляется методом электрокоагуляции и не сопряжена с травматизацией самой опухоли инструментом или руками хирурга. Эти два основных момента оперативного вмешательства соответствуют требованиям абластики. К преимуществам следует также отнести возможность визуализации регионарных лимфоузлов небольших размеров, что позволяет выполнить лимфодиссекцию в более полном объеме, а также двойной визуальный контроль операционного поля и наконец, косметический эффект операции. Малотравматичность операции сопровождается уменьшением количества гнойно-воспалительных осложнений, незначительно выраженным болевым синдромом, который купируется ненаркотическими анагетиками. Снижению гнойно-воспалительных осложнений способствует раннее восстановление перистальтики кишечника, которая происходит, как правило к исходу 2-х суток послеоперационного периода. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяет активизировать больных в ранние сроки и, как следствие, сократить сроки пребывания больных, как в палате интенсивной терапии, так и в стационаре в целом.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Применение лапароскопических технологий в хирургии колоректального рака в послеоперационном периоде вдвое, по сравнению с данными литературы, уменьшает количество гнойно-воспалительных осложнений.

2. Выполнение лапароскопических оперативных вмешательств на толстой кишке позволяет снизить травматизм вмешательства, уменьшить сроки пребывания больного в стационаре и потребность в обезболивании.

3. Лапароскопический метод в хирургии рака ободочной кишки при адекватном дооперационном обследовании и правильном отборе пациентов является перспективным и обладает рядом преимуществ в сравнении с открытой лапаротомией.

В перспективе планируется изучить отдаленные результаты эндоскопического хирургического лечения больных данной категории.

Список литературы

- Апрощенко А.О. Основные этапы развития лапароскопической хирургии в онкологической колопроктологии / А.О.Апрощенко, И.Е.Хатьков, Ю.А.Барсуков //Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2012. - Т.23, №1. - С. 3-8.
- Женило В.М. Оптимизация профилактики ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных колоректальным раком / В.М.Женило, Н.Н.Попова //Кубанский научный медицинский вестник. - 2009. - №9(114). - С. 51-56.
- Лапароскопические хирургические вмешательства в хирургии рака толстой и прямой кишки /О.И.Кит, Ю.А.Геворкян, В.Е.Колесников [и др.] // Тюменский медицинский журнал. - 2012. - №4. - С. 49-50.
- Шетогулов А.И. Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений в лечении колоректального рака / А.И.Шетогулов //Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2010. - №4. - С. 27-28.
- Шуркалин Б.К. Послеоперационные осложнения в хирургии толстой кишки /Б.К.Шуркалин, А.В.Воленко, Б.Е.Титков //Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2009. - Т.4, №1. - С. 60-62.

Тамм Т.І., Захарчук О.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.О, Двоник І.О.

ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ

Резюме. В статті проаналізовано результати лікування 46 пацієнтів на рак ободової кишки різноманітної локалізації. Вста-

новлено, що застосування лапароскопічних методик дозволяє значно покращити результати лікування цієї категорії хворих за рахунок меншого травматизму операції, ранніх термінів відновлення фізичної активності пацієнтів, а також зменшенням кількості гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: рак ободової кишки, лапароскопічні операції, гнійні ускладнення.

Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomniaschy V.V., Kramarenko K.O., Dvornik I.O.

THE WAYS PROPHYLAXIS OF PURULENT COMPLICATION IN PATIENTS WITH COLON CANCER

Summary. *The results of the treatment of 46 patients with colon cancer of different localization are analyzed in the article. It is established the usage of laparoscopic methods allow to much better the results of the treatment of this category of the patients because of less trauma, earlier recovery periods of physical activity and reducing amount of inflammatory complications.*

Key words: *colon cancer, laparoscopic surgery, purulent complications.*

Стаття надійшла до друку 18.12.2013р.

Тамм Тамара Ивановна - д.м.н., проф., заведуюча кафедрою хірургії і проктології Харківської медичинської академії последипломного образования; +38 0572 60-11-66, +38 050 637-90-02; tamm_ti@ukr.net

Захарчук Александр Петрович - к.м.н., асист. кафедри хірургії і проктології Харківської медичинської академії последипломного образования; +38 057 760-11-66; +38 067 120-18-72; dr-zakhar@rambler.ru

Непомнящий Валентин Владимирович - к.м.н., асист. кафедри хірургії і проктології Харківської медичинської академії последипломного образования; +38 057 760-11-66; surg-proct@yandex.ru

Крамаренко Константин Александрович - к.м.н., доц. кафедри хірургії і проктології Харківської медичинської академії последипломного образования; +38 057 760-11-66; kakram@yandex.ru

Дворник Игорь Александрович - аспірант кафедри хірургії і проктології Харківської медичинської академії последипломного образования; +38 067 910-00-57; surg-proct@yandex.ru

© Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

УДК: 616.37-006.2:616.381-072.1

Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хірургії №2 (ул. Ольгиевская, 2, г. Одесса, Украина, 65000)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА

Резюме. У 52 и 59 больных, получавших лапаротомические и миниинвазивные вмешательства по поводу операций дренирования полости псевдокист поджелудочной железы, исследовали состояние здоровья в сроки от 4 месяцев до 5 лет с момента выполнения вмешательства. Установлено, что в отдаленном периоде применения миниинвазивных методов лечения псевдокист отмечаются снижение числа повторных оперативных вмешательств (до 42,4% с 63,5%), уменьшение числа госпитализаций больных с лечебно-диагностическими целями (до 59,3% с 88,5%), увеличение числа пациентов с полным закрытием полости кист (соответственно до 84,7% с 15,4%), снижение числа рецидивов кисты (до 3,4% с 23,1%).

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, миниинвазивные операции, дренирование полости псевдокист.

Введение

Хронический панкреатит остается одной из основных нозологий в структуре заболеваний поджелудочной железы, частота его возникновения варьируется от 80 до 110 человек на 100 000 населения в отдельных странах. Из этих больных у 25% возникают псевдокисты, во время операции частота выявления их у больных составляет 35 - 40% [Малюга и др., 2011].

В последнее время принципы хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы кардинально изменились в связи с внедрением миниинвазивных методов. Значительное место заняла оперативная эндоскопия, которая в последние годы становится операцией выбора при многих хирургических заболеваниях, и, в частности, при псевдокистах поджелудочной железы [Карпачев и др., 2009].

Актуальность лечения кист поджелудочной железы (ПЖ) определяется ростом заболеваемости панкреатитом, значительным количеством осложнений и высо-

кой летальностью. Больные с острым панкреатитом в структуре основных нозологических форм острой абдоминальной патологии занимают вторую позицию. Наиболее частым осложнением острого панкреатита, развивающимся у 11 - 64% пациентов, являются псевдокисты ПЖ. Хронический панкреатит осложняется кистозными образованиями ПЖ в 20 - 42%. Общее число хронического панкреатита среди взрослых составляет 27 - 50 случаев на 100 тысяч населения, а осложненное течение заболевания встречается в 10 - 50% случаев. Причем, течение осложненной формы заболевания сопряжено с развитием летальных исходов в 20 - 28% случаев и более [Пропп, Полуэктов, 2009; Ярешко и др., 2009].

Для проведения дренирующих оперативных вмешательств применяют эндоскопические технологии, которые технически могут быть применимы в 71 - 100% случаев. При этом подобные вмешательства отлича-