Выводы: таким образом, оптимальным методом профилактики ОПП у пациентов оперированных на органах брюшной полости является применение непролонгированных ингибиторов секреции ПЖ в сочетании с антиоксидантами.

О ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ РОЛИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Маскин С.С., Карсанов А.М., Лопастейский Д.С., Худиева Э.М., Шавлохов И.Н.
г. Волгоград, г. Владикавказ

Цель исследования. Комплексное изучение динамических критериев эндогенной интоксикация и синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) при обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТН) опухолевого генеза.

Материалы и методы. В ряде исследований последних лет было установлено, что с возрастанием степени ОТН, особенно на фоне рака толстой кишки (РТК) III-IV стадий реализуется нарастающий ССВР, вследствие истощения эндотоксинсвязывающих систем организма и антиэндотоксинового иммунитета, делокализации воспалительного процесса, нарастания синдрома кишечной недостаточности, дисфункции эндотелия с длинодистантными эффектами.

Нами изучены в динамике известные критерии ССВР у 90 больных РТК, осложненным ОТН разной степени компенсации: I – компенсированная - 51 больной (56,7%), II– декомпенсированная – 39 больных (43,3%). Во II стадии рака были оперированы 12 больных (13,3%), в III стадии - 67 (74,4%), и в IV стадии – 11 (12,2%) больных.

Компенсированный ССВР был выявлен у 24 больных (26,7%) клинический значимый ССВР у 66 (73,3%), в том числе с абдоминальным сепсисом (АС) – у 25 (27,8%) и тяжелым сепсисом – у 6 (6,7%) больных.

По поводу рака ободочной кишки (РОК) – оперированы 56 больных, при ОТН-I из 36 (64,3%) радикальных операций (РО) 35 были первично-восстановительные, При ОТН - II в 16 случаях были выполнены симптоматические операции (СО) - декомпрессивные колостомы: в 9 случаях - как этап, а в 7 – как окончательный метод при РОК IV стадии.

Больных раком прямой кишки (РПК), осложненным ОТН оперировано 34. При ОТН - I РО удалось выполнить 16 больным (47,0%). 18 больных (53,0%) выполнялись СО в объеме сигмостомии.

Результаты. С увеличением степени ОТН корреляционно возрастали: уровень ЛИИ в среднем с 1,6, до 3,4; активация всех звеньев гемостаза с 47,0% до 89% больных, с появлением микроагрегатов внутрисосудистого свертывания латентно на фоне прироста токсемии у 18% больных; уровень III-IV порядкового роста от нормы С-реактивного белка с 27,4% до 84,8%, был прямо пропорционален тенденции снижения ниже порогового более чем на 15% общей концентрация альбумина у 45% и 66,7% соответственно; частота средней и тяжелой степени ССВО с 36,5% до 74,2%. Тяжелый сепсис (15,4%) и MODS-синдром были только в ОТН-II, последний сопряжен с распространенным перитонитом.

В динамике после РО в первые 5 суток частота выраженности критериев ССВР снижается на 27,4%. В то время как после СО зависимость чаще была обратно пропорциональна, что проявилось в частоте неблагоприятных результатов.

Послеоперационная летальность составила 13,3%. После РО умерли 3 больных (6,1%), все от прогрессирующей интоксикации с органной дисфункцией на фоне гнойно-септических осложнений. После СО из 9 умерших больных (26,5%), у 6 (17,6%) - прогрессировал абдоминальный сепсис.

Выводы: Эндогенная интоксикация и ССВР являются определяющими в исходе послеоперационного периода и прогнозе у больных с декомпенсированной ОТН. Динамические критерии ССВР позволяют прогнозировать вероятность неблагоприятного прогноза на субклинической стадии.

В послеоперационном периоде, контроль за ходом лечения должен включать показатели эндотоксемии и гемостаза, острофазных белков.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПДР

Кульчиев А.А., Морозов А.А., Карсанов А.М., Тигиев С.В.

Кафедра хирургии ФПДО СОГМА

г. Владикавказ

Одним из грозных осложнений, влияющих на летальность при ПДР, считается несостоятельность панкреатикоеюностомоза. Предложено множество мер профилактики несостоятельности панкреатикоеюностомоза (ПЕА).