

рівняльна оцінка еферентних методів детоксикації по кінетиці «середніх» молекул і концентраційним порогам основних клінічних симптомів показала перевагу використання сорбційної детоксикації у поєднанні з УФО аутокрови, а наступним по ефективності є плазмаферез.

Ключові слова: ендогенний синдром сп'яніння, плазмаферез, замінююча гемотрасфузія, кінетиці «середніх» молекул, ультрафіолетова обробка аутокрові.

Summary

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFICACY OF DIFFERENT METHODS OF ACTIVE DETOXICATION IN NEWBORNS

Mezhirova I.M., Danilova V.V., Ovcharenko S.S., Shtyker S.Y.

In the article the results of comparative evaluation of the efficacy of different methods of active detoxication, which were applied for the complex treatment of endogenous

intoxication syndrome in one half of affected newborns, are adduced. The obtained data testify to the effect that any efferent method increases general resistance of an organism to the influence of high concentrations of average-weight molecular peptides. Comparative assessment of efferent methods of detoxication grounded on kinetics of average-weight molecular peptides showed an advantage of the use of sorption detoxication in comparison with ultraviolet irradiation of autoblood and plasmapheresis.

Keywords: endogenous intoxication syndrome, plasmapheresis, substituting hemotransfusion, kinetics of average-weight molecular peptides, ultraviolet irradiation of autoblood.

Впервые поступила в редакцию 26.07.2010 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616-006:612-089

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

Машуков А.А., Лурин А.Г., Воронов И.А., Биленко А.А., Рациборский Д.В.

Одесский областной онкологический диспансер, Одесса, Украина

Ключевые слова: рак дистальных отделов прямой кишки, хирургическая реабилитация, качество жизни

Вступление

Рак толстой кишки (РТК) в Украине, как и во многих странах мира имеет тенденцию к неуклонному росту заболеваемости и смертности, занимая четвертое место по этим показателям среди злокачественных новообразований.

Увеличение продолжительности жизни больных РТК, перенесших радикальное лечение, привело к необходимости оценивать эффективность лечения не только с точки зрения длительности жизни, но и придавать значение её качеству.

Неудовлетворенность современны-

ми результатами реабилитации больных РТК, стимулирует поиск новой программы комплексной реабилитации в комплексе с существующими специальными методами лечения (онкохирургическим, лучевым, химиотерапевтическим, биотерапией) улучшить КЖ (психологический, физический, социальный и трудовой статус) этих больных.

В связи с этим представляется актуальным выполнение функционально-щадящих и реконструктивных операций на толстой кишке.

Хирургическое лечение рака дис-

тальных отделов прямой кишки, а также послеоперационная реабилитация данной категории больных до сих пор является актуальной. Наибольшие трудности представляет формирование и сохранение целостности глубоких прямокишечных анастомозов, сформированных на высоте 6-8 см и менее от аноректальной линии. После выписки больного из стационара на первое место выходит реабилитация тазовых расстройств, в той или иной степени имеющихся у всех этих больных.

Применение сшивающих аппаратов в реконструктивной хирургии рака дистальных отделов прямой кишки значительно сокращает время операции, снижает роль «человеческого фактора», улучшает функциональные результаты, расширяет показания к функционально-щадящим операциям, позволяет оптимизировать сроки реабилитации больных РТК. При использовании одноразовых аппаратов значительно уменьшается значимость фактора изношенности и технической неисправности оборудования, инфекционных осложнений. К низким передним резекциям мы относили случаи, когда анастомоз располагался ниже 10 см от ануса. При этом достаточным считался клиренс 2 см при негативном морфологическом контроле линии резекции. При наложении анастомоза происходит одномоментное формирование двухрядного скобочного шва. Под термином «функционально-щадящие операции» подразумевалось:

- 1) индивидуализация плана лечения с учетом анатомо-физиологических особенностей человека, бережное обращение с его органами и тканями на операционном столе (*Noli nocere - не навреди*);
- 2) прецизионная обработка сосудов, нервных стволов, лимфатических сплетений;
- 3) сокращение периоперационной кровопотери;
- 4) отказ от выполнения травматических этапов операции, если таковое происходит не в ущерб онкологическому

радикализму;

- 5) общее сокращение длительности операции и времени нахождения под общим обезболиванием;
- 6) максимальное сохранение дефекационных, микционных, сексуальных функций — гарантов качества дальнейшей жизни;
- 7) применение новых технологий (биполярной коагуляции, аппарата Ультрасижен и пр.) позволяющих соблюсти 1-6 условия;

Например, компрессия скобок (тканей больного) может быть регулируема во время процедуры в зависимости от анатомических особенностей пациента, толщины кишечной стенки.

Герметизм анастомоза определяется путём контроля целостности колец резецируемой стенки кишки внутри рабочей части аппарата после извлечения, а также пневмопробой.

После выполнения основного этапа операции в некоторых случаях формировалась профилактическая колостома.

Цель работы

Показать преимущество формирования превентивных стом как одного из направлений функционально-щадящей хирургии и, одновременно, способа реабилитации больных РТК.

Объект и методы исследования

Всего с помощью прецезионной, степлерной методики произведены резекции толстой кишки у 20 пациентов по поводу рака прямой кишки. Максимальная глубина формирования колоректального анастомоза составила 4 см от ануса. У всех больных во время операции максимально соблюдены принципы 1-7. У 1 больной резекция кишечника сочеталась с субтотальной резекцией желудка по поводу первично-множественного рака, у 1 — с радиочастотной термоабляцией внутрипечёночных метастазов. 3 больным выполнена операция DSA – двойная степлерная резекция прямой кишки с использованием как циркулярного степлера СДН, так и ап-

парата Контур. Альтернативой передней резекции прямой кишки во всех случаях была либо обструктивная резекция прямой кишки по Гартману, либо экстирпация прямой кишки с формированием пожизненной колостомы.

Необходимо отметить, что наиболее часто выполняемой «сфинктеросберегающей» операцией до сих пор являлась брюшно-анальная резекция прямой кишки. Преимуществом данной программы лечения, в отличие от выполнения только брюшно-анальной резекции, считалось:

- 1 — отсутствие промежуточного этапа операции, что
 - а) значительно ускорило вмешательство и время нахождения пациента под общей анестезией;
 - б) значительно (в ряде случаев в разы) сокращало кровопотерю;
 - в) избавляло от необходимости оперировать двубригадным методом;
 - г) травматизация диафрагмы таза и мышц тазового дна сводилось к нулю.
- 2 — возможность в перспективе выполнять передние резекции лапароскопически, что также скажется на качестве жизни больного.
- 3 — значительное техническое упрощение самой операции при увеличении технологичности.
- 4 — отсутствие необходимости широкой мобилизации толстой кишки, перевязки нижней брыжеечной вены, низведения селезеночного и печеночного угла ободочной кишки, что также соответствует вышеприведенным (1-7) правилам.

Все больные были разделены на 2 группы. Больным первой группы операция выполнялась с формированием протективной трансерзостомы, 7 больных. Больным второй группы выполнялась операция без превентивной колостомии, 14 больных.

Послеоперационные осложнения наблюдались только во второй группе больных. У 2 больных наблюдалась несос-

тоятельность аппаратного анастомоза, что в обоих случаях потребовало ургентного формирования колостомы. 2 больных умерло: 1 — от несостоятельности швов прямокишечного анастомоза, пельвиоперитонита, 1 — от острого инфаркта миокарда, развившегося на 11-ые сутки послеоперационного периода. У 1 больного спустя 4 месяца после операции возник параректальный гнойный абсцесс, потребовавший дренирования. У 2 больных имел место анастомозит, подтвержденный данными эндоскопического исследования. В первой группе больных осложнений не было.

Контроль результатов

С целью объективной оценки эффекта, выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования. Оценка выраженности тазовых расстройств и качества жизни проводилась методом анкетирования по специализированным опросникам (EORTC QLQ CR38). У каждого больного выполнена оценка микционного, дефекационного, сексуального благополучия до и после операции. Отмечено улучшение общефизического состояния и качества жизни больных по шкале EORTC QLQ CR 38 с -5 до 59 на фоне проведенной комплексной реабилитационной программы. При статистической оценке полученных результатов в обеих группах различия были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Выводы

Учитывая имеющиеся показатели непосредственных результатов лечения, можно сделать вывод о том, что

1. Применение комплексной программы реабилитации больных и инновационных технологических подходов позволяет расширить показания к выполнению функционально-щадящих операций при РТК.
2. Методом выбора при выполнении реконструктивных операций на толстом кишечнике является формирование протективной колостомы. При этом удается избежать возникновения как

ранних гнійно-септичних, так і поздних функціональних ускладнень у больних РТК.

3. Достигнуто статистически значимое улучшение качества жизни данной категории больных по основным направлениям послеоперационной функциональной реабилитации.

Сказанное позволяет рекомендовать метод как один из способов хирургической реабилитации больных. Дальнейшие выводы могут быть сделаны по мере набора материала и обобщения данных.

Резюме

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ РАКОМ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

Машуков А.А., Лурін А.Г., Воронов І.А., Біленко А.А., Рациборський Д.В.

Застосування комплексної програми реабілітації хворих і інноваційних технологічних підходів дозволяє розширити показання до виконання функціонально-щадних операцій при раку товстої кишки з формуванням протективної колостоми. При цьому вдається уникнути виникнення як ранніх гнійно-септичних, так і пізніх функціональних ускладнень у хворих. При цьому досягається статистично значуще поліпшення якості життя пацієнтів по основних напрям-

УДК 615

ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ

Старіков А.В., Бурнаєва С.В., Гаврилюк О.І., Асса О.В., Петров А.К.
 ДУ „Інститут гематології та трансфузіології АМН України”,
 МКЛ № 1, м. Київ

Ключові слова: інфузійна детоксикаційна терапія, ендотоксикоз, гемокоагуляційні порушення, латрен.

Вступ

Серед факторів ендотоксикозу виділяють такі загальні компоненти як імунологічні та біохімічні порушення. Використання еферентної детоксикації (плазмафез, плазмосорбція, гемосорбція) виправдано при тяжкому перебігу токсикозу у фазі

мах післяопераційної функціональної реабілітації.

Ключові слова: рак дистальних відділів прямої кишки, хірургічна реабілітація, якість життя

Summary

EXPERIENCE OF SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE CANCER OF THE RECTUM DISTAL SEGMENTS

Mashukov A.A., Lurin A.G., Voronov I.A., Bilenko A.A., Ratsiborsky D.V.

Application of the complex program of rehabilitation of sick and innovative technological approaches allows to expand indications to performance of is functional-sparing operations at a cancer of a thick gut with formation of a protective colostomy. Thus it is possible to avoid occurrence both early is purulent-septic, and late functional complications at patients. Statistically significant improvement of quality of a life of patients in the basic directions of postoperative functional rehabilitation is thus reached.

Keywords: a cancer of distal segments of a rectum, surgical rehabilitation, quality of life

Вперше поступила в редакцію 22.08.2010 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования