

были наложены кишечные стомы. По локализации опухоли и стомы пациенты разделялись следующим образом: опухоль прямой кишки в сочетании с сигмостомой и трансверзостомой, опухоль левой половины ободочной кишки в сочетании с трансверзостомой или илеостомой, опухоль правой половины ободочной кишки в сочетании с цекостомой или илеостомой. Все колостомы и илеостомы были петлевыми, цекостомы — пристеночными. У всех пациентов опухоли были резектабельными и отсутствовали отдаленные метастазы.

Перед нами стояла задача определить сочетать ли радикальную операцию по удалению опухоли с одновременной ликвидацией колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При раке прямой кишки выполнялась радикальная операция с наложением первичного анастомоза, колостома была оставлена как превентивная и ликвидирована в сроки от 2-х до 4-х месяцев. При раке левой половины ободочной кишки радикальную операцию мы сочетали с ликвидацией трансверзостомы, которая, как правило, входила в объем резекции. При раке правой половины ободочной кишки одновременно выполнялась ликвидация цекостомы или илеостомы. После операции не было зарегистрировано ни одного случая несостоятельности анастомозов или летального исхода.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на современные достижения хирургии, нельзя отказываться в правомочности двух- и трехэтапным операциям при раке толстой кишки.
2. Принципом для определения возможности ликвидации колостомы является локализация опухоли. Если колостома входит в необходимый объем радикального оперативного вмешательства, она должна быть ликвидирована.
3. Все виды пристеночных колостом, сохраняя пассаж кишечного содержимого не профилируют несостоятельности анастомозов и должны быть ликвидированы одновременно с радикальной операцией.
4. После выполнения радикальных резекций прямой и сигмовидной кишок, выведенная ранее трансверзостома должна быть оставлена как превентивная.

А.В. Юданов, Б.В. Кан, Е.А. Яковлев

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Необходимость в экстренном консультировании больных, находящихся на лечении в центральных районных больницах (ЦРБ) возникает в ситуациях, когда условия и возможности конкретного ЛПУ не соответствуют тяжести состояния пациента и требуют привлечения дополнительных сил и средств для оптимального разрешения возникшей ситуации в интересах больного.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представлены результаты работы хирургов отделения экстренной и плановой консультативной помощи Новосибирской областной клинической больницы за период с 2007 по 2011 г. За указанный период экстренная помощь, включая консультации с участием врачей-хирургов, отделениями экстренной и плановой консультативной помощи оказана 1152 пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости, грудной клетки и тяжелой сочетанной травмой (политравма + ЧМТ), в том числе произведено оперативных вмешательств в условиях ЦРБ — 302, транспортировано на этап специализированной помощи в областную клиническую больницу — 408 пациентов.

С 2001 г. на территории области действует утвержденный приказом Минздрава Новосибирской области порядок оказания экстренной и плановой консультативной помощи, перевода и госпитализации эвакуированных больных и пострадавших, в том числе пациентам хирургического профиля. В реализации установленного порядка главную роль играет отделение экстренной и плановой консультативной помощи, в котором сформирована соответствующая материально-техническая база:

- организована работа диспетчерской службы в круглосуточном режиме;
- в распоряжении специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи находится санитарный автотранспорт: 8 автомобилей скорой медицинской помощи, включая 3 реанимобиля, оснащенных портативным оборудованием, соответствующим требованиям к автомобилям класса «С».

В штате отделения работают высококвалифицированные врачи-хирурги, которые осуществляют круглосуточный мониторинг пациентов, находящихся на курации.

Перечень нозологических форм и состояний, при которых больные в ЦРБ в обязательном порядке должны быть взяты на учет для динамического наблюдения и определения дальнейшей тактики ведения, включает в себя основные учетные формы в экстренной хирургии: острый аппендицит, холецистит, панкреатит, ущемленная грыжа, осложненные формы язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, непроходимость кишечника, тяжелая сочетанная травма. Основанием для экстренной консультации является отклонение от типичного течения заболевания или травмы, а также возникновение серьезных осложнений в ходе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результатом совершенствования организации экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на территории Новосибирской области с использованием сил и средств отделения экстренной и плановой консультативной помощи стало обеспечение большей доступности и своевременности оказания специализированной медицинской помощи пациентам, находящимся на лечении в центральных районных больницах, и как следствие, снижение показателя послеоперационной и общей летальности в целом по хирургической службе в районах области. Отсутствие случаев досрочной летальности среди экстренных пациентов хирургического профиля, переведенных из ЦРБ в областную клиническую больницу на этап специализированной помощи следует рассматривать как свидетельство эффективности внедренного порядка оказания помощи urgentным больным на территории области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Оптимизация работы специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи и дальнейшее совершенствование организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам хирургического профиля позволяют улучшить качественные показатели и повысить уровень оказания помощи больным с urgentной патологией.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Цель: определить принципы и объем медицинской помощи при осложненном колоректальном раке на этапах хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в течение 2006 – 2011 гг. на лечении с обтурационной толстокишечной непроходимостью находилось 412 человек.

Целью оперативного вмешательства являлась ликвидация кишечной непроходимости. В общехирургическом стационаре перед хирургом стояла задача устранения непроходимости минимально травматичным для больного способом (колостомы, обходной анастомоз). В специализированном стационаре, способом устранения непроходимости в большинстве случаев была радикальная операция, которая выполнялась в соответствии с общепринятыми онкологическими принципами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Перевод с первого этапа на лечение в специализированный центр осуществлялся в сроки 3 – 5 недель. Считаем важным выполнение ряда технических и тактических рекомендаций по преемственности в оказании хирургической помощи, принятых на территории области, а так же современное техническое оснащение, позволяющее значительно сократить продолжительность и травматичность операции и, как следствие, уменьшить время послеоперационной реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Остается актуальной проблема оказания своевременной и адекватной помощи больным с обтурационной толстокишечной непроходимостью.
2. Объем оперативного вмешательства может проводиться в один, два или три этапа в зависимости от локализации опухоли, тяжести состояния больного и уровня квалификации лечебного учреждения.
3. Первичное наложение анастомозов опасно несостоятельностью. Пристеночные стомы и Y-образные анастомозы не профилактируют несостоятельности, их применение должно быть ограничено.