

5) Средства парентерального питания, являющиеся субстратами для энергообеспечения[2].

Основная цель проводимой инфузионной терапии в периоперационном периоде - поддержание адекватного сердечного выброса для обеспечения перфузии тканей при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров.

На объем инфузионной терапии во время операции влияет много факторов. Гиповолемия часто сочетается с хронической артериальной гипертензией, вызывающей увеличение общего сосудистого сопротивления. На объем сосудистого русла также влияют различные лекарственные препараты, которые больной принимал длительное время до операции или которые использовались в качестве предоперационной подготовки.

По современным представлениям, эффективная инфузионная терапия включает следующие этапы:

- I этап – восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) и интерстициальной дегидратации;
- II этап – коррекция дисгидрий, дезинтоксикация, коррекция водно-электролитных нарушений;
- III этап – энергетически-пластическое обеспечение.

В настоящее время большинство анестезиологов придерживаются следующей тактики: при абдоминальных вмешательствах скорость инфузии составляет от 10 до 15 мл/кг/час кристаллоидных растворов, плюс растворы, необходимые для возмещения кровопотери и введения лекарственных средств. Для торакальных вмешательств скорость инфузии составляет от 5 до 7,5 мл/кг/час. Таким образом, средний объем инфузии во время хирургического вмешательства, протекающего без осложнений и с умеренной кровопотерей, варьирует в пределах 500-800 мл/ч, что обеспечивает возмещение всех потерь жидкости, спокойный выход из наркоза, стабильность гемодинамики в раннем послеоперационном периоде.

Основные аргументы в пользу выбора того или иного раствора должны основываться на правильной интерпретации различных показателей, характеризующих данную клиническую ситуацию, и сопоставимости с ней физико-химических свойств препарата. Во время длительных хирургических вмешательств инфузионная терапия в основном состоит из кристаллоидных и син-

тетических коллоидных препаратов. В некоторых случаях (большая кровопотеря), если требуется, переливают компоненты крови (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

Кристаллоидные растворы - это водные растворы низкомолекулярных ионов, иногда в сочетании с глюкозой. Коллоидные растворы содержат не только ионы, но и высокомолекулярные вещества - белки и полимеры глюкозы (полисахариды). Кристаллоидные растворы делятся на: гипотонические, имеющие более низкое осмотическое давление, чем плазма; изотонические - такое же как у плазмы; гипертонические - более высокое осмотическое давление, чем плазма крови. Действие вводимых растворов на осмолярность зависит от концентрации натрия в растворе относительно его концентрации в сыворотке[3].

Состав инфузионной терапии должен включать в себя как кристаллоиды, так и синтетические коллоиды (ГЭК). Использование только одной группы растворов может привести к водно-электролитному и кислотно-щелочному дисбалансу и нарушениям в системе гемостаза.

Таким образом, выбор адекватного объема инфузии у пациентов с тяжелой гиповолемией и шоком является одной из определяющих величин. Быстрое восстановление адекватного для данной емкости сосудистого русла ОЦК служит ключевым моментом профилактики и лечения полиорганной недостаточности. С другой стороны, введение значительных объемов жидкости в условиях повышенной сосудистой проницаемости или у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы потенциально опасно развитием ятрогенных осложнений.

Литература:

1. Брюсов П.Г., Данильченко В.В., Калеко С.П. Актуальные вопросы трансфузиологического обеспечения пострадавших в экстремальных условиях // Трансфузионная медицина. Спец. выпуск журн. Мед. технологии. - 1995. № 5. - С. 8-10.
2. Сарсембаев Б.К. Инфузионная терапия. Учебно-методическое пособие. Алматы, 2009. - С. 9-10.
3. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д. Инфузионная терапия периоперационного периода. Петрозаводск.-2001.

УДК 616.351-006-072.1-084

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Б. Турганова

КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №2», г. Павлодар

Тұжырым

ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ-ТОҚ ІШЕК ТҮЙМШЕКТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМДЕУІНІҢ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Ә.Б. Тұрғанова

Бұл мақалада фиброколоноскопия тоқ ішек түймешектерінің ең тиімді әдісі ретінде қарастырылады. Тоқ ішек обырын алдын алудың ең негізгі мақсаты тоқ – ішек түймешектерінің нақты және дер кезінде анықталуы. Осы фиброскопия әдісі жаңа өспелердің нақтамасында шешуші рольді атқарады.

Summary

PHIBROCOLONOSCOPY AS THE METHOD OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF COLONIC POLYP

А.В. Турганова

In this article given information about phibrocolonoscopy as the most informative method of diagnostic polyp diagnostic. On time and exact diagnostic of colonic polyps is one of the principal problems in p prophylaxis of large intestine cancer. The main role in diagnostic of this neoplasm belongs to the method of phibrocolonoscopy.

К полипам толстой кишки приковано внимание онкологов и колопроктологов всего мира [1]. Давно установлено, что у пациентов с полипами достоверно чаще встречается рак толстой кишки. Это позволяло долгое время рассматривать полипы как предраковые заболевания и обуславливало тактику, направленную на их эндоскопическое удаление (полипэктомия) с целью профилактики развития рака. Данная концепция получила название "аденома-карцинома". Даже небольшой полип всегда является опухолью (пусть и доброкачественной), поэтому клетки, формирующие полип, отличаются от клеток слизистой оболочки кишечной стенки. Данное отличие обозначается в онкологии термином дисплазия. Со временем дисплазия усиливается, и клетки с высокой степенью дисплазии перерастают в рак. Это и есть малигнизация полипа, т.е. его злокачественное перерождение [1-4].

Таким образом, полипы (особенно с выраженной дисплазией) рассматриваются как плацдарм для развития рака, и должны быть удалены. Другая концепция развития рака толстой кишки гласит, что рак изначально развивается из одной раковой клетки, которая образуется в неизменной слизистой оболочке, т.е. рак не растет непосредственно из полипа. Она получила название "de novo". Эта концепция не опровергает статистические данные о более частой встречаемости рака у больных с полипами. Она лишь подчеркивает важность профилактической колоноскопии для выявления ранних форм рака, удаление которых возможно с помощью щадящих хирургических методик или эндоскопических методик [3,4].

В норме клетки слизистой оболочки кишечника регулярно обновляются. Если этот процесс нарушается, образуются локальные выросты слизистой кишечника – полипы [3,5].

Как правило, склонность к нарушению процесса смены клеток слизистой оболочки передается по наследству. Помимо наследственных факторов, разрастанию полипов и злокачественному их перерождению способствует употребление большого количества животной и жирной пищи, а также запоры. Животные жиры и белки приводят к выделению в кишечнике канцерогенных веществ, нарушающих обновление клеток слизистой. Запоры, в свою очередь, способствуют длительному действию таких канцерогенов. Выделяют два вида полипов - на ножке (они обычно небольшого размера и напоминают гриб) и на широком основании (более плоские и крупные, т.н. ворсинчатые полипы).

Полипы могут иметь различные размеры, от монеты до кончика карандаша. Полипы, как правило, не беспокоят пациента. Чаще всего наличие полипа выявляется при профилактическом осмотре. В редких случаях из полипа может развиваться кровотечение из прямой кишки.

Однако полипы отнюдь не безобидны: при длительном существовании клетки полипа могут становиться злокачественными [3].

Основной метод диагностики полипов - колоноскопия. Лекарственное лечение полипов толстой кишки бесперспективно. Любой полип, обнаруженный при колоноскопии, должен быть удален и исследован под микроскопом.

Хирургическое лечение полипов толстой кишки (полипэктомия) осуществляется при помощи эндоскопического оборудования. После удаления полипов больших размеров (более 2 см) или множественных полипов (5 и больше) и ворсинчатых аденом любого размера необходима контрольная колоноскопия каждый год. Своевременное удаление маленьких, почти всегда бессимп-

томных полипов толстой кишки - основная мера профилактики рака толстой кишки.

Превентивное удаление полипов толстой кишки является эффективным средством профилактики колоректального рака, и предупреждает развитие рака у большинства пациентов [1-2].

Частота озлакачествлений одиночных и множественных полипов по мнению различных авторов, отмечается в 35% случаев, а диффузный полипоз относится к облигатному предраку, индекс малигнизации полипов приближается к 100% [3-4].

Рентгенологический метод, как метод диагностики полипов толстой кишки менее информативен. Установить достоверно перерождение полипа, а также выявить одиночные полипы, особенно при избыточной складчатости слизистой оболочки, очень трудно.

Фиброколоноскопия/осмотр толстого кишечника/ и полипэктомия дают возможность не только достоверно диагностировать наличие полипов, но и тщательно изучить их морфологическую структуру [1-2].

Цель работы - ранняя диагностика и профилактика рака толстой кишки при проведении фиброколоноскопии и полипэктомии.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 342 пациента в возрасте от 17 до 86 лет, которым в период с 2008 по 2010 годы нами была проведена фиброколоноскопия. Исследование проводилось фиброколоноскопом FC 38C «Pentax», производство Японии.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования выявлено следующее. У 55 (16%) больных выявлены полипы толстой кишки. При эндоскопическом осмотре вид полипов разнообразен. Цвет значительно варьирует - от бледно-розового до ярко - малинового, от малинового до багрового, в зависимости от кровоснабжения полипа, воспалительного процесса или элементов озлакачествления. Также обнаруживаются полипы с участками изъязвлений и фибринозного налета. По форме плоские, круглые, овальные, гроздевидные или ветвистые. По отношению к стенке - на широком основании, узком, имеющем сформированную шейку или на ножке различной длины.

Все многообразие вариантов локализации обнаруженных полипов попыталась разделить в определенные группы. Единичные полипы найдены у 36 больных. Групповые полипы обнаружены у 10, множественный полипоз у 5 больных. У 52 больных полипы имели размеры до 1,0 см, в 7 случаях они были размером от 1,0 до 2,0 см, и у 7 пациентов - от 2,0 до 3,0 см в диаметре.

Во всех случаях производилась прицельная биопсия и определялась гистологическая форма новообразования. У большинства больных обнаружены аденоматозные полипы. Малигнизация полипов выявлена у 3 больных.

На основании имеющихся гистологических заключений у 16 исследуемых было произведено 24 полипэктомий из различных отделов толстой кишки. Полипэктомия производилась autocom 50, model 20520520 KARL STORZ, Германия. Размеры удаленных полипов были от 0,5 до 4,0 см в диаметре. Все удаленные полипы были исследованы гистологически. По микроскопическому строению они распределились следующим образом:

железистый полип без пролиферации – 4,
аденоматозный полип - 15,
ворсинчатый полип - 2,
малигнизированный полип - 3.

Отсюда следует, что своевременная и точная диагностика полипов толстой кишки - одна из основных задач в профилактике рака толстой кишки. И решающая

роль в диагностике этих новообразований принадлежит методу фиброколоноскопии.

Выводы:

1. Фиброколоноскопия является наиболее информативным методом, позволившим выявить полипы у 55 исследуемых больных (16%).
2. Полипэктомия, применяемая при фиброколоноскопии, является рациональной и пока единственной мерой профилактики злокачественных заболеваний ЖКТ.
3. При проведении 24 полипэктомий у 16 исследуемых малигнизация выявлена в 3 случаях.
4. Учитывая большую частоту полипов у людей преклонного возраста с выраженными сопутствующими заболеваниями, следует признать возможным эндоскопическую полипэктомию окончательным вмешательством

даже при выявлении малигнизации полипа при отсутствии признаков инвазивного роста в ножке полипа.

Литература:

1. Чернеховская Н.Е «Современные технологии в эндоскопии» Москва, Российская медицинская академия последипломного обучения, 2004.
2. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И «Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта» Москва: Медицина -1984.
3. Федоров В.Д., Никитин А.М «Диффузный полипоз толстой кишки» Москва: Медицина-1985.
4. Федоров В.Д «Рак прямой кишки» - Москва: Медицина - 1987.
5. Болотовский Г.В «Болезни кишечника» Санкт-Петербург-2005.

УДК 616.34-007.43-616.381-089.163

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВНЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Н.М. Жумажанов

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

Тұжырым

РЕЦИДИВТІ ІШ ЖАРЫҒЫ БАР ҚАРТ НАУҚАСТАРДЫ ОПЕРАЦИЯҒА ДАЯРЛАУ ШАРАЛАРЫ

Н.М. Жумажанов

Клиникалық тәжірибеге рецидивті іш жарығының алдын алу үшін операция алдындағы даярлау шараларын кеңінен қолдану емдеу нәтижелерін бірталай жақсартуға мүмкіндік туғызды. Операциядан кейінгі кезеңде 67 қарт науқасты емдеу нәтижесін сараптау рецидивті іш жарығының 3 науқаста кездескенін көрсетті, ол 4,47% құрады. Операциядан кейінгі кезеңде летальды жағдай болған жоқ.

Summary

PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS OF ELDERLY AGE WITH POSTOPERATIVE RECURRENT VENTRAL HERNIAS

N.M. Zhumazhanov

Wide introduction into the clinical practice the methods of preoperative preparation for preventive maintenance of recurrence of hernias has allowed to improve results of treatment essentially. The analysis of results of treatment of 67 elderly patients in the postoperative period has revealed recurrence of hernia at 3 patients that has composed 4,47%. Lethal outcomes after operation was absent.

Проблема хирургического лечения послеоперационных рецидивных грыж у больных пожилого возраста остается актуальной.

Наличие сопутствующей патологии в виде гипертонической болезни, хронических заболеваний легких, сахарного диабета, ожирения III–IV степени является причиной появления рецидива послеоперационных грыж у лиц пожилого и старческого возраста. У данной категории больных наиболее часто встречаются большие и гигантские грыжи. Частота послеоперационных грыж у данной категории больных составляет 6–8% [1,2,3,4].

Широкое внедрение нами в последние годы в клиническую практику методов предоперационной подготовки для профилактики рецидива грыж у лиц пожилого возраста позволило существенно улучшить результаты лечения.

Материалы и методы: Проведен анализ предоперационной подготовки и лечения 67 пациентов пожилого возраста с послеоперационными рецидивными грыжами, поступивших в плановом порядке в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана в 2009 - 2011 г. Больные были в возрасте от 62 до 81 года, среди них 47 женщин и 20 мужчин.

В предоперационном периоде произведена подготовка желудочно-кишечного тракта, профилактика тромбоэмболических осложнений, превентивное лечение сопутствующих заболеваний, тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной системы к новым условиям повышения внутрибрюшного давления за счет уменьшения объема брюшной полости после операции.

При выявлении сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой и дыхательной системы, сахарного диабета, оперативное лечение выполняли после полной коррекции сопутствующих заболеваний и стабилизации состояния пациентов. Особое внимание уделяли подготовке системы дыхания перед операцией.

Нарушению жизненно важных функций организма после хирургической операции способствуют вынужденный постельный режим, ограничение движения, болевое ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки и диафрагмы, усугубляющееся повышением внутрибрюшинного давления вследствие послеоперационного пареза кишечника. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются послеоперационная пневмония и обострение хронического бронхита. Одномоментное вправление