

летальность, длительные сроки госпитализации пациентов, высокий уровень послеоперационных осложнений заставляет обращать пристальное внимание на флегмону Фурнье. Для успешного лечения данного заболевания необходим комплексный подход, этапность лечения больных. Далеко не всегда санация гнойно-некротического очага в ходе одной операции представляется возможным, очень часто приходится прибегать к этапным некрэктомиям. Так же учитывая обширность поражения больного невозможно выписать его без проведения в последующем оперативного восстановительного лечения.

**Литература:**

1. Егоркин М. А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит – разные формы одного патологического процесса? / М. А. Егоркин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2012. №4. Том 22. С.66-72.

2. Ефименко Н.А., Привольнев В.В. Гангрена Фурнье / Н.А. Ефименко, В.В. Привольнев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. – № 1. Том 10 – С. 25 - 33.

3. Rubegni P. Treatment of two cases of Fournier's gangrene and review of the literature / P. Rubegni, A. Lamberti, Y. Natalini, M. Fimiani // Journal of Dermatological Treatment, 2014; 25: 189–192

4. Zgraj O Neonatal scrotal wall necrotizing fasciitis (Fournier gangrene): a case report. / O. Zgraj, S. Paran, M. O'Sullivan, F. Quinn.// J Med Case Reports. 2011;12:576.

УДК 616.34-006.6

**К.И. Максимова, А.А. Засорин**

**УВЕЛИЧЕНИЕ СРОКОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ КАК  
МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННОЙ  
ФОРМОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

Кафедра хирургических болезней ЛПФ  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**K.I. Maksimova, A.A. Zasorin**

**AUGMENTATION OF TERMS OF PREOPERATIVE PREPARATION AS A  
METHOD OF OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF ELDERLY  
PATIENTS WITH THE COMPLICATED FORM OF A COLORECTAL  
CANCER**

Department of surgical illnesses of treatment-and-prophylactic faculty  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail: [Tempora92@gmail.com](mailto:Tempora92@gmail.com)**

**Аннотация.** По данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии на 2013 год в России абсолютное число впервые выявленного рака колоректальной области возросло с 59470 в 2011 году до 61142 в 2013 году, что составляет 24,3% и 24,4% соответственно от общего числа впервые зарегистрированных новообразований [4]. При этом 60–70 % больных к моменту обращения за медицинской помощью и постановки диагноза имеют осложнённое течение, в структуре которого первое место занимает обтурационная кишечная непроходимость (развивается в 26%-69% случаев) [3]. Различия в подходах предоперационной подготовки, объемов диагностических исследований, методов консервативного разрешения острой непроходимости кишечника, и особенно, выбора объема хирургического вмешательства являются факторами, сохраняющими послеоперационные осложнения и летальность на стабильно высоких цифрах. В представленной статье рассмотрено влияние увеличения сроков предоперационной подготовки на качество оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с острой толстокишечной непроходимостью на фоне колоректального рака.

**Annotation.** According to the Russian center of information technologies and epidemiological researches in the field of an oncology for 2013 the absolute number for the first time of the taped cancer of colorectal area increased in Russia with 59470 in 2011 to 61142 in 2013 that makes 24,3% and 24,4% respectively of total number for the first time of the registered neoplasms. At the same time 60–70% of patients by the time of the request for a medical care and statements of the diagnosis have the complicated current in which structure the first place is occupied by an acute intestinal obstruction (develops in 26%-69% of cases). Difference in approaches of preoperative preparation, volumes of diagnostic testings, methods of conservative permission of an acute obstruction of an intestine, and especially, the choice of volume of surgical intervention are the factors keeping postoperative complications and a lethality on steadily high digits. In the submitted article influence of augmentation of duration of preoperative preparation on quality of expeditious treatment of patients of advanced and senile age with an acute colic obstruction against a colorectal cancer is considered.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, кишечная непроходимость, предоперационная подготовка.

**Keywords:** colon, cancer, preoperative intensive care.

Введение

Проблема осложненного колоректального рака, в настоящее время, характеризуется стабильным ростом числа впервые выявленных на поздних стадиях пациентов, что наблюдается во всех развитых странах мира. К наиболее частым осложнениям относятся острая кишечная непроходимость,

кровотечение из опухоли, перитонит. Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты с КРР преимущественно представители старших возрастных групп (средний возраст пациентов 65+3 лет) и число больных пожилого и старческого возраста имеет тенденцию к неуклонному росту. От выбора объема и длительности предоперационной подготовки напрямую зависит последующий выбор объема оперативного лечения и качество оказанной хирургической помощи.

**Цель исследования** – оценить влияние сроков и качества предоперационной подготовки на исходы оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с острой толстокишечной непроходимостью на фоне колоректального рака.

#### **Материалы и методы**

Проведено ретроспективное исследование случай-контроль. Проанализировано 100 историй болезней больных с острой толстокишечной непроходимостью на фоне колоректального рака, прооперированных в 1 хирургическом отделении НУЗ Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД и ЦГКБ №1 с 2011 по 2015 год. Критерии включения – больные старше 65 лет с острой толстокишечной непроходимостью на стадии субкомпенсации, с подтвержденным раком ободочной и сигмовидной кишки в анамнезе. В результате обработки данных сформированы группа исследования и группа контроля. Критерии включения в группу контроля – стандартная предоперационная подготовка: купирование электролитных расстройств, гиповолемии, внутримышечное введение спазмолитиков, сифонные клизмы до 3 раз, продолжающаяся не более 24 часов. Критерии включения в группу исследования – дополнительно к описанной стандартной предоперационной подготовке применялись антибиотикопрофилактика, коррекция белковых расстройств (Аминовен), коррекция расстройств микроциркуляции, многократные очистительные клизмы до достижения декомпрессии вышележащих отделов толстой кишки, в том числе с использованием фиброколоноскопии. Длительность предоперационной подготовки более 24 часов при эффективности консервативных мероприятий. Статистическая обработка данных производилась с использованием t-критерия в программном обеспечении Gretl 2015d.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего было проанализировано 100 пациентов. В результате обработки данных были сформированы 2 группы. Время предоперационной подготовки в группе контроля в среднем составляло 13,24 часа 95%[11,2-15,2]. В группе исследования – 48,54 часа 95%[44,7-52,3]. Средний возраст больных составил 74 года, разница в группах не является существенной (74 года в группе исследования и 75 лет в группе контроля). Соотношение мужчин и женщин в группе исследования составило 38% и 62% соответственно, в группе контроля – 46% и 54% соответственно. Длительность сохраняющегося послеоперационного пареза кишечника в группе контроля составила в среднем

3 дня, в группе исследования 2 дня. Длительность госпитализации в среднем составила, в группе контроля – 15 дней 95% [15,0-16,5], в группе исследования – 13 дней 95% [12,9-14,3].

Летальность при выполнении хирургических вмешательств больным колоректальным раком на высоте острой толстокишечной непроходимости (ОТКН) составляет 20 - 40%, а частота гнойно-септических осложнений - 50% [2]. До настоящего времени полностью не решены вопросы о сроках, объеме и характере предоперационной подготовки, эффективности мероприятий по консервативному разрешению непроходимости и возможности подготовки больных к радикальной операции с последующим формированием толстокишечного анастомоза [1,5]. В нашем исследовании мы хотели оценить, влияет ли увеличение качества предоперационной подготовки на эффективность хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острой толстокишечной непроходимостью на фоне колоректального рака. Все пациенты в анамнезе имели подтвержденный рак ободочной или сигмовидной кишки. Исследование включало больных с острой толстокишечной непроходимостью на стадии субкомпенсации. В результате оценки данных было выявлено, что расширение предоперационной подготовки, а как следствие достижение компенсации по сопутствующей патологии, декомпрессии кишечника, позволяет выполнить радикальный объем оперативного вмешательства (право- или левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом) в сравнении с пациентами, которым оперативное пособие оказывалось по неотложным показаниям с минимальным объемом и сроками предоперационной подготовки (частота выполнения радикальной операции в группе исследования составила 96%, в группе контроля – 42%). Увеличение объема предоперационной подготовки также отразилось на сокращении времени сохраняющегося пареза кишечника, длительности госпитализации больного, частоте инфекции области хирургического вмешательства.

### **Выводы**

Увеличение сроков и качества предоперационной подготовки больных с острой толстокишечной непроходимостью на фоне колоректального рака на стадии субкомпенсации позволяет выполнить полноценное радикальное оперативное пособие, уменьшить сроки разрешения пареза кишечника, активизировать пациентов в ранние сроки, сократить время пребывания в стационаре.

### **Литература:**

1. Амелин В.М. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости / В.М. Амелин, А.А., Кутин, А.Н. Гарунов // Рос. медицинский журнал.- 1998.-№6.- С.34-37.
2. Даценко Б.М. Подготовка толстой кишки к операции при кишечной непроходимости / Б.М. Даценко, А.К. Пулатов, Е.Б. Дружинин // II Хирургия.- 1994.- №10.- С.41-44.

3. Демерчан Е.А. Оптимизация путей диагностики и лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью / Е.А. Демерчан // Автореф. дис. канд. мед.наук.- Харьков., 1992.- 23с.

4. Кныш В.И. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака / В.И. Кныш, В.Л. Черкес, Ананьев В.С. // Рос. онкологический журнал.- 2001.- №5.- С.25-27.

5. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Мин- здрава России. – 2015. – илл. – 250 с. ISBN 978-5-85502-205-6

УДК:6.61.617. 617-089.844(470.53-25)

**Т.В. Малышева, В.М. Субботин, М.И. Давидов, О.Е. Никонова**  
**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ**  
**КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии  
ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет имени  
академика Е.А. Вагнера  
Пермь, Российская федерация

**T.V. Malysheva, V.M. Subbotin, M.I. Davidov, O.E. Nikonova**  
**EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT GALLSTONE ILEUS**

Department of Surgery with the course of Urology  
Perm State Medical University called ac. E.A. Wagner  
Perm, Russian Federation

**Контактный e-mail: [tan.931@yandex.ru](mailto:tan.931@yandex.ru)**

**Аннотация.** В статье проанализированы истории болезни 13 больных (в возрасте от 62 до 74 лет (пожилые) было 8 пациенток, от 75 до 83 лет (старческий возраст)-5) с желчекаменной кишечной непроходимостью хирургического отделения ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля г. Перми.

**Annotation.** The article describes the medical history of 13 patients (aged 62 to 74 years (elderly) were 8 patients, 75 to 83 years (old age) -5) with gallstone ileus surgical department of hospital № 2 named F.H. Grail, Perm.

**Ключевые слова:** непроходимость, желчекаменная, билиарный, илеус.

**Keywords:** obstruction, gallstone, biliary, ileus.

**Введение**

В хирургических отделениях ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля г. Перми за 25 лет наблюдали 20 больных желчекаменной кишечной непроходимостью. В настоящей работе проанализированы истории болезни 13 больных с данной