

КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ СРЕДСТВАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Костюченко Л.Н.(1), Михайлянц Г.С.(2), Данилов М.А.(1), Костюченко М.В.(3), Круглов А.Д.(1), Носкова К.К.(1), Лычкова А.Э.(1)

*ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логонова,
Каф. хирургии РМАПО на базе ГКБ №4,
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва*

Анемия и преданемические состояния ухудшают прогноз колоректального рака (КРР) и могут способствовать неоангиогенезу, являющемуся важнейшим фактором выживания опухолевых клеток (Рукавицын О.А. с соавт., 2018). С другой стороны, анемия может развиваться не только как результат самого патологического процесса, но и вследствие химиотерапии (ХТ) или радиотерапии. Дефицит железа напрямую связан с алиментарной и нутриционной недостаточностью.

Цель – определить возможность коррекции ЖДС препаратами нутриционной поддержки.

Материал и методы. Обследован 51 пациент с оперированным КРР Т3N1M0 и Т4N0M1. Нутриционный статус оценивали с помощью алиментарно-волемического диагноза (АВД) в баллах по Л.Н.Костюченко, состав тела - биоимпедансным методом на аппарате МЕДАСС-01, обмен железа - по его основным маркерам (ферритин сыворотки, насыщение трансферрина железом, эритроцитарные показатели - насыщение эритроцита железом и др.), определяли также стандартные параметры, в том числе, Hb и Ht, количество и средний объём эритроцитов, содержание Hb в эритроците. Стадирование опухолей - по TNM. Применявшиеся схемы ХТ - в соответствии со стандартами RUSSCO 2017.

Результаты. ЖДС состояния при КРР имели несколько стадий. Прелатентный и латентный дефицит железа, а у нескольких пациентов и лёгкая степень анемии соответствовали, как правило, неметастатическому КРР Т1-2, Т3N0M0 и нарушениям нутритивного статуса (НС) чаще 1-2 степени тяжести со средним и низким нутриционным риском (НР). Этим пациентам удавалось корригировать НС и железодефицит

препаратами нутритивного действия. Пациенты с Т3N1M1 и Т4N0M1, как правило, имели НС 3 степени тяжести по АВД и высокий НР. Им средствами нутритивной поддержки не удавалось обеспечить потребности в железе, и в структуру нутритивной коррекции в качестве фармаконутриента дополнительно вводили препараты несорбированного или сорбированного на специальной матрице (ironMatrix) железа, которая гарантировала стабильность комплекса железа и контролируемое его высвобождение в организме (железо Ш изомальтозат). Препараты на матрице предпочтительны. При более высоком дефиците железа (анемии средней и тяжёлой степени) были показаны уже ЭПО или переливание эрмассы.

Выводы

1. Анемии при КРР могут развиваться не только как результат самого злокачественного образования, но и возникать ятрогенным путём как следствие ХТ и неадекватного нутриционного сопровождения. 2. Железодефицитные состояния (до развития клинически выраженной анемии) доступно корригировать с помощью комплексных программ нутритивной поддержки. При недостаточной эффективности дополнительная коррекция дефицита железа целесообразна препаратами железа с наличием специальной матрицы, позволяющей обеспечивать дозированное поступление железа и профилактировать осложнения, связанные с его передозировкой.

АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривихин В.Т. (1), Горский В.А. (2), Кривихин Д.В. (2), Армашов В.П. (2), Бакунов М.Ю. (2), Дешнинская Л.Д. (1)

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

После выполнения «малых» операций и купирования воспалительного процесса у больных с гнойными осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС) формируются раневые поверхности требующие пластического закрытия. В

этом случае выполнение ранних восстановительных операций является не только обязательным компонентом хирургического лечения, но и методом компенсации и метаболической коррекции сахарного диабета.

Целью работы явилось улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных сахарным диабетом II типа, осложненного гнойно-некротическим поражением стоп, использованием аблятивного СО₂-лазера и местным применением экзогенного монооксида азота (NO).

Материал и методы. 56 пациентам в возрасте от 43 до 82 лет были выполнены «малые» операции на стопе. Из них у 9 (15,6%) произведено вскрытие флегмон, у 10 (17,7%) – ампутации пальцев стопы с резекцией головок плюсневых костей, у 37 (66,7%) – трансметатарзальные ампутации стопы. Женщины составили 71,9% (40 человек), мужчины – 28,1% (16 человек). У 34 больных (61,5%) имелась нейропатическая, у 14 (25%) – нейроишемическая и у 8 (13,5%) – ишемическая форма СДС. Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольной группе (26 пациентов) проводилось традиционное лечение, включающее этапные некрэктомии и местное лечение с учетом фаз раневого процесса. В основной группе (30 пациентов), в послеоперационном периоде наряду с комплексной консервативной терапией проводились этапные хирургические обработки ран СО₂-лазером и аппаратом «Плазон» в режиме NO-терапии. Оптимальные сроки выполнения аутодермопластики определяли как состоянием раны, так и с помощью транскутанной оксиметрии (TrO₂) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Применялась аутодермопластика свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом толщиной от 0,3 до 0,6 мм.

Площадь закрываемой раневой поверхности составляла от 10 до 120 см². В ряде случаев предварительно выполнялась предтрансплантационная резекция грануляционной ткани.

Результаты и обсуждение. Наилучшие результаты приживления были отмечены при аутодермопластике перфорированным расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,4 мм. У больных с нейропатической формой СДС в основной группе площадь прижившегося кожного лоскута составила 89,1% от размера исходного трансплантата, в контрольной – 82,0%. При нейроишемической форме в основной группе эта цифра составила 52,3%, в контрольной – 41,3%. При ишемической форме происходило приживление лоскута на площади не более 5%, показатели в обеих группах практически не отличались. Стоит отметить, что у пациентов в основной группе удалось добиться значительного сокращения срока с момента выполнения первичной операции до выполнения аутодермопластики (12,7±5,3 дней, против 22,4±3,2 дней в контрольной группе).

Выводы

Выполнение ранней аутодермопластики с применением высокоэнергетического СО₂-лазера и аппарата «Плазон» в режиме NO-терапии улучшает непосредственные результаты хирургического лечения больных с гнойными осложнениями СДС после «малых» операций на стопе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОЦИКЛОВОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кулакова А.Л. (1), Протасов А.В. (1,2), Подольский М.Ю. (2), Джабиев А.А. (2)

*РУДН,
ФМБА КБ№85*

Варикозная болезнь нижних конечностей, которая наблюдается в России у 25-35% женщин и у 10-20% мужчин, ведет к развитию хронической венозной недостаточности. В настоящее время более 80% больных данной патологией оперируются в общехирургических стационарах. В последние годы внедрены новые минимально инвазивные эндовазальные термические методы лечения варикозной болезни нижних конечностей, такие как: радиочастотная абляция и эндовазальная лазерная абляция вен. Успех применения вышеуказанных методов лечения напрямую зависит от параметров венозной стенки. Ряд авторов отмечают необходимость увеличения стандартного количества циклов воздействия при радиочастотной абляции на целевую вену с целью снижения частоты рецидивов заболевания.

Материал и методы исследования. В исследование включены больные (n=102) варикозной болезнью нижних конечностей, которым выполнена радиочастотная абляция нижних конечностей. 46 пациентам (45%) проведена стандартная методика в объеме 2-2-1-1 (n=27), 2-1-1-1 (n=19) и 50 больным (55%) многоцикловая абляция в объеме 3-2-2-1 (n=33), 3-2-1-1 (n=17). Количество циклов лечения при многоцикловой абляции определялось интраоперационно с учетом параметров целевой вены. При диаметре вены, свыше 10 мм, на близлежащий к сафено-фemorальному соустью участок вены оказывалось три цикла лечения. Всем больным в послеоперационном периоде проведено ультразвуковое исследование в следующие сроки: на 1-е сутки, 5(7-е) сутки; через месяц, через полгода, через год и три года после операции. Полученные резуль-