

**ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДОВОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД
ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХЭТАПНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф.,
Макаренко Н.В., Максимов А.Ю., Демидова А.А.
*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
Ростов-на-Дону*

Изучить динамику трудовой реабилитации у больных раком пищевода в отдаленный период одномоментного и двухэтапного хирургического лечения.

Среди больных раком пищевода были выделены группы: основная и контрольная. Основная группа – пациенты, которым была предпринята одномоментная субтотальная резекция пищевода и пластика желудка (операция типа Льюиса) (n=128). Контрольная группа – пациенты, которым выполняли двухэтапную операцию: на первом этапе – резекция опухоли пищевода с формированием эзофаго- и гастростомы, на втором этапе – формирование искусственного пищевода из желудка (желудочный стебель) (n=119).

Среди пациентов основной группы через 3 месяца после операции 2 пациента восстановили свою работоспособность, причем эти больные принадлежали к категории лиц умственного труда. В данный период наблюдения среди больных контрольной группы восстановления трудоспособности не было ни у одного из пациентов. За период наблюдения от 3 до 6 месяцев среди больных основной группы трудоспособность восстановили 10,9%, в контрольной группе - в 3 раза меньшее количество пациентов – 3,4%. Через 6-12 месяцев после операции восстановление трудоспособности наблюдали у 35,9% пациентов основной группы и у 14,3% больных контрольной группы. Таким образом, у больных основной группы трудовая реабилитация происходила в большем объеме и в меньшие сроки, чем у пациентов контрольной группы.

У больных основной группы через 12 мес после операции восстановление трудоспособности имело место в 48,4%, у пациентов контрольной группы – в 17,6%. Среди лиц умственного труда восстановление трудоспособности в основной группе имело место в 83,7%, а у пациентов контрольной группы – в 36,8%. Восстановление трудоспособности лиц квалифицированного физического труда через год после операции было отмечено в 41,3%, а в контрольной группе – в 11,9%. Восстановление трудоспособности лиц неквалифицированного физического труда в основной группе встречалось в 18,0%, а в контрольной группе – в 5,1%.

У больных основной группы через 12 мес после лечения встречаемость II группы инвалидности была 90,8%, III группы инвалидности - 9%. У пациентов контрольной группы II группы инвалидности была 90,8%, III группы инвалидности - 9%. Сравнительный анализ представленных данных позволил заключить, что пациенты основной группы независимо от вида трудовой деятельности восстанавливали свою трудоспособность в большем проценте наблюдений. В ос-

новной и контрольной группах пациенты умственного труда восстанавливали свою трудоспособность с большей частотой.

**ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф.,
Громыко Р.Е., Максимов А.Ю.

Представлено наблюдение за больным С., перенесшим в течение 8 лет 4 оперативных вмешательства в РНИОИ по поводу рака слепой кишки, метастазов в правую долю печени, гепатоцеллюлярной аденомы левой доли печени и анапластической астроцитомы левой лобной доли головного мозга.

Активная хирургическая тактика в отношении злокачественных и доброкачественных опухолей различной локализации является приоритетной.

Больной С. 1930 г.р. (История болезни №8165/к) был оперирован в РНИОИ 4 раза.

3.04.1997 по поводу рака слепой кишки T₃N₀M₀ стадия II в ТАО выполнена правосторонняя гемиколэктомия (г.а. №456011-15 – умереннодифференцированная аденокарцинома).

5.08.1999 по поводу метастазов рака слепой кишки в правую долю печени выполнена правосторонняя гемигепатэктомия (г.а. №541802-4 – метастаз аденокарциномы). Индивидуальной особенностью больного явился малый объем левой доли печени, составивший 15% от всей паренхимы печени. Послеоперационный период осложнился кровотечением из брюшной полости и явлениями печеночной недостаточности, которые были купированы консервативными мероприятиями. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

10.12.2003 по поводу гепатоцеллюлярной аденомы больному была выполнена атипичная резекция левой доли печени (г.а. №720658-59).

30.03.05 в отделении опухолей ЦНС РНИОИ по поводу анапластической астроцитомы (г.а. № 792913-14) произведена костно-пластическая краниотомия, удаление опухоли левой лобной доли.

В настоящее время больной чувствует себя удовлетворительно. Признаков генерализации опухолевого процесса и явлений печеночной недостаточности нет. Неврологическая симптоматика регрессировала.

**РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

Касаткин В.Ф., Каймакчи О.Ю.,
Данильчук О.Я., Самаянц С.В., Максимов А.Ю.

Умение оперировать фармакокинетическими понятиями и использовать их в практической деятельности переводит мышление анестезиологов на качественно новый уровень, и повышает качество пособия и безопасность больных, поскольку многие особенности фармакодинамики напрямую связаны с фармакокинетическими процессами. При выполнении панкреатодуоденальной резекции больным контрольной