

В.И. Есин¹, Ю.Р. Мустафина²

НЕОТЛОЖНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРВИЧНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ НЕПРЕРЫВНОСТИ

¹ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

²ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Представлены результаты лечения 64 больных со стенозирующим раком ободочной кишки, осложненным непроходимостью, кишечным кровотечением, инвагинацией и осложнениями дивертикулярной болезни, у которых операция завершена первичным восстановлением непрерывности толстой кишки. Чаще – в 49 случаях из 64 – выполнены операции при левосторонней локализации (гемиколэктомия – 20, резекция сигмы – 22, тотальная и субтотальная колэктомия – 7). Применялась интраоперационная колоирригация с сорбентами, перфтораном и усовершенствованная техника однорядного анастомоза с его защитой антибактериальными свечами и «ТахоКомбом». Несостоятельность первичного анастомоза возникла в 1 случае, что составило 1,6 %. Обсуждаются показания к данной тактике и принципы организации высокотехнологичной помощи.

Ключевые слова: толстая кишка, осложнения, стеноз, непроходимость, кровотечение, объем резекции, первичный анастомоз.

V.I. Esin, Yu.R. Mustafina

THE ONE-STAGE RECONSTRUCTION AFTER URGENT RESECTION OF THE COLON

The results of 64 one-stage reconstruction at patients with bowel cancer obstruction and diverticulitis with hemorrhage are presented. In 49 cases resection (hemicolecotomy – 20, sigmoid resection – 22, total and subtotal colectomy – 7) and primary anastomosis followed after acute obstruction of the left colon cancer. During formation of colon anastomosis there was used the coloirrigation with sorbents and improved technique of saturation, protective coating with “Tachocomb”. The leakage of primary anastomosis developed in 1 (1,6 %) patient. The authors discussed the tactic and organization of high-technic medical interference.

Key words: bowel pathology, stenosis, obstruction, hemorrhage, resection, one-stage.

Введение. Послеоперационная летальность при осложненном течении колоректального рака, а также дивертикулярной болезни, вызывающих obturационную толстокишечную непроходимость, кишечное кровотечение, перфорацию, формирование абсцессов, остается высокой, достигая, по данным ряда авторов, 20 % и более [1, 2, 8]. В структуре obturационной толстокишечной непроходимости ведущую позицию занимает стенозирующий колоректальный рак. Проблема лечения этих больных стоит на пересечении интересов колопроктологии и онкологии, при этом до 85 % таких пациентов продолжают поступать в отделения экстренной абдоминальной хирургии [3, 8].

В последние годы с развитием онкологических и колопроктологических центров значительно изменились представления о возможностях лечения осложненного колоректального рака, были разработаны алгоритмы применения различных паллиативных, симптоматических, комбинированных, циторедуктивных операций [2, 3, 4]. Ряд частных аспектов хирургического лечения остается нерешенным (особенно это касается этапности при левосторонней локализации поражения толстой кишки) [1, 7, 8, 9]. Общепринятый подход к выполнению неотложной резекции левой половины ободочной кишки во многих случаях заканчивается формированием колостомы с возникновением послеоперационных осложнений, необходимостью повторной операции, в 50 % случаев приводит к стойкой инвалидности, что является сложной медико-социальной проблемой [1, 4, 9]. Выполнение восстановительных операций с формированием первичного толстокишечного анастомоза сопровождается значительным риском несостоятельности анастомоза. В связи с развитием современных медицинских технологий в последнее время рядом авторов научно обоснованы и сформированы два варианта подходов к проведению одноэтапной операции при obtурирующем колоректальном раке. Это:

1) реканализация опухоли малоинвазивными эндоскопическими приемами [2, 7] для подготовки к отсроченной операции с формированием одномоментного анастомоза;

2) разработка и применение интраоперационной колоирригации, сорбционного диализа толстой кишки с объективизацией оценки состояния кишечной стенки с применением различных модификаций закрытого однорядного шва [5, 6, 10, 11, 12].

Для улучшения результатов лечения этой категории пациентов лечебному учреждению требуется не только определенный опыт, но и ряд организационных мер, направленных на подключение специалистов (колопроктологов и онкологов) к участию в лечебном процессе, начиная с этапа экстренной хирургической помощи [1, 3, 4].

Цель: изложить собственный клинический опыт повышения эффективности хирургической реабилитации больных с экстренной патологией толстой кишки.

Материалы и методы. За последние 4 года в колопроктологическом отделении Александровской Мариинской областной клинической больницы при патологии толстой кишки по экстренным показаниям выполнено 64 операции с первичным восстановлением кишечной непрерывности. Из исследования исключены случаи с разлитым гнойным перитонитом, вызванным перфорацией опухоли (эти больные лечились в общехирургическом отделении). При онкопатологии средний возраст больных составил $69 \pm 4,5$ года, при воспалительных и доброкачественных заболеваниях – $41,4 \pm 1,2$ лет. Стенозирующий рак левой половины ободочной кишки был диагностирован у 54 (83 %) человек, дивертикулярная болезнь (осложненная инфильтратом, параколическим абсцессом) – у 6, заворот – у 3 и инвагинация сигмовидной кишки – у 1 пациента. Ко всем больным применялась краткая предоперационная подготовка в общепринятом объеме (декомпрессия желудка, инфузионная терапия, коррекция гемодинамики). Степень функциональной декомпенсации при стенозирующем раке ободочной кишки оценивали по С.С. Маскину с соавторами [7]. Уровень и объем резекции при раке проводили с учетом онкологических принципов.

Для выполнения резекции с одномоментным анастомозом была внедрена интраоперационная колоирригация и колосорбция с последующим внутрикишечным введением перфторана (патент РФ на изобретение № 237112) [6]. После лапаротомии и ревизии кишечника в случае принятия решения о необходимости выполнения колоирригации до манипуляций на левой половине кишки через аппендикос- или цекостому в просвет кишки вводили специальный герметично фиксированный накопитель, через который эвакуировали кишечное содержимое и осуществляли лаваж с использованием 8 л изотонического солевого раствора, эвакуацию промывной жидкости осуществляли по методике, описанной В.Н. Эктовым с соавторами [10]. После промывания просвета кишки до чистых вод выполняли колосорбцию введением 100 мл энтеросгеля. Уже после эвакуации содержимого манипуляции на толстой кишке (особенно – в области селезеночного угла) значительно упрощалось, а после проведения всех мероприятий существенно улучшалось кровообращение кишечной стенки: она приобретала розовый цвет, восстанавливалась перистальтика. Дополнительную коррекцию гипоксии кишечной стенки осуществляли путем внутрикишечного введения 50 мл микроэмульсии перфторана. После удаления наконечника рану слепой кишки или культю червеобразного отростка герметизировали кисетным и Z-образным швом. Время, затраченное на интраоперационную подготовку кишки для одномоментного восстановления, составляло $30,4 \pm 2,4$ мин. Толсто-толстокишечный однорядный ручной инвагинационный анастомоз формировали по разработанной нами «закрытой» методике узловыми атравматическими швами (Vicryl 3/0) (патент РФ на изобретение № 2328992) [5]. Основным интраоперационным критерием возможности анастомозирования считали наличие отчетливого пульсирующего артериального кровотечения по линии пересечения кишечной стенки и из отсекаемых жировых подвесков. Дополнительным пособием в комплексе профилактических мер в 30 случаях служили защита линии анастомоза антибактериальными свечами и «ТахоКомбом». Виды выполненных нами оперативных вмешательств представлены в таблице.

Таблица

Экстренные одномоментно-восстановительные операции

Виды операций	Число операций
Передняя резекция прямой кишки	3
Резекция сигмовидной кишки	22
Гемиколэктомия слева	20
Резекция поперечно-ободочной кишки	3
Гемиколэктомия справа	7
Субтотальная резекция толстой кишки	6
Колэктомия с илеоанальным анастомозом	3
Всего	64

Результаты. Послеоперационное лечение проводилось в отделении интенсивной терапии, где больным в течение 2–3 суток проводилась назоинтестинальная зондовая декомпрессия и коррекция

гемодинамических и метаболических нарушений, в том числе – интестинальной недостаточности с использованием сбалансированных электролитных растворов.

Больных начинали активизировать на третьи сутки, вопрос об удалении назоинтестинального зонда решался по мере восстановления перистальтики. Определяющими критериями оценки результатов одноэтапных вмешательств с восстановлением непрерывности кишечника были частота осложнений и функциональные результаты. Летальных исходов не было. Несостоятельность швов толстокишечного анастомоза возникла в 1 (1,6 %) случае после левосторонней гемиколэктомии. Следует отметить, что по характеру клинического течения послеоперационного периода, а также по определявшимся нами в динамике лабораторным показателям, характеризующим выраженность интоксикационного синдрома, эта группа пациентов мало отличалась от больных, перенесших подобный объем операции в плановом порядке. Функциональные результаты после операций отмечались как удовлетворительными у 61 больного. У 3 больных после одномоментной субтотальной колэктомии с колоанальным анастомозом в раннем послеоперационном периоде частота стула доходила до 6 раз в сутки, что потребовало проведения медикаментозной коррекции. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $14,2 \pm 2,9$ дней. Из 28 работавших пациентов 27 человек вернулись к работе в сроки от 2,5 до 4 месяцев.

Заключение. Первичное восстановление кишечной непрерывности при экстренной резекции ободочной кишки при поражении ее левой половины заслуживает внимания. Это одномоментное вмешательство способствует ранней социально-трудовой реабилитации. Однако подобная тактика требует дальнейшей разработки критериев оценки ее обоснования и внедрения усовершенствованной интраоперационной подготовки толстой кишки (колоирригация, сорбционный толстокишечный диализ). Эти операции могут быть осуществлены в многопрофильном лечебном учреждении, но при условии обязательного участия опытных специалистов, имеющих подготовку по колопроктологии.

Список литературы

1. Александров, В. Б. Проблемы в лечении осложненного колоректального рака / В. Б. Александров, Б. С. Сухов, К. Р. Александров, Л. Б. Корнев // Материалы II конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» (г. Москва, 17–18 мая 2007 г.). – М. : Геос, 2007. – С. 123–125.
2. Антипова, С. В. Основные принципы лечения осложненных форм колоректального рака / С. В. Антипова, Е. В. Калинин, А. Е. Калинин, Е. Ю. Гиригосов // Новообразования. – 2009. – № 3–4. – С. 33–35.
3. Багненко, С. Ф. Диагностика и лечение опухолевой толстокишечной непроходимости. Современные возможности и пути улучшения результатов / С. Ф. Багненко, А. М. Беляев, Н. В. Рухляда, Д. А. Суворов // Неотложная онкопроктология, организация помощи в многопрофильных лечебных центрах : мат-лы Всероссийской конференции хирургов и онкологов (г. Санкт-Петербург, 23–24 октября 2008 г.). – СПб. : ВМА им.Кирова 2008. – С. 45–47.
4. Давыдов, М. И. Проблема осложненного колоректального рака / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник Московского онкологического общества. – 2007. – № 7. – С. 20–23.
5. Есин, В. И. Пат. 2328992 Рос. Федерация МПК А 61 В 17/11. Способ хирургического формирования инвагинационного однорядного толстокишечного анастомоза / В. И. Есин; заявитель и патентообладатель Есин В. И. – № 2006147132/14 ; заявл. 29.12.2006; опубл. 20.07.2008.
6. Есин, В. И. Пат. 2371121 Рос. Федерация МПК А 61 В 17/11, А 61 М 31/00. Способ антеградной интраоперационной ирригации толстой кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости при онкологическом поражении левой половины толстой кишки / В. И. Есин ; заявитель и патентообладатель Есин В. И. – № 2008138373/14 ; заявл. 26.09.2008; опубл. 27.10.2009.
7. Маскин, С. С. Тактические принципы хирургии непроходимости толстой кишки / С. С. Маскин, А. М. Карсанов, Я. В. Надельнюк, З. М. Шамаев // Мат-лы 1 съезда хирургов ЮФО (г. Ростов-на-Дону, 27–28 сентября 2006 г.). – Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2006. – С. 115–116.
8. Пахомова, Г. В. Хирургическое лечение больных со стенозирующим раком левой половины ободочной кишки / Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко // Актуальные вопросы современной хирургии : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Астрахань, 14–16 сентября 2006 г.). – Астрахань: АГМА, 2006. – С. 148–149.

9. Шулутко, А. М. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости / А. М. Шулутко, А. Ю. Моисеев, В. Ю. Зубцов // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 2. – С. 22–26.

10. Эктов, В. Н. Интраоперационный кишечный лаваж с энтеросорбентом в лечении опухолей толстой кишки, осложненных обтурационной кишечной непроходимостью / В. Н. Эктов, Т. Е. Шамаева, А. М. Наливкин // Мат-лы IX Всероссийского съезда хирургов (г. Волгоград, 20–22 сентября 2000 г.). – Волгоград : ВолГМУ, 2000. – С. 234–235.

11. Dudley, H. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis / H. Dudley, A. G. Radcliffe, D. McGreen // Brit. J. Surg. – 1980. – Vol. 67. – P. 80–81.

12. Kodner, I. J. Innovations in colorectal surgery / I. J. Kodner // Tech. coloproctol. – 2009. – Vol. 13. – № 2. – P. 168–169.

Есин Владимир Иванович, кандидат медицинских наук, заведующий колопроктологическим отделением ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань, Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 2, тел. 8906-458-28-72, e-mail: lazer@astranet.ru.

Мустафина Юлия Робертовна, аспирант, старший лаборант кафедры факультетской хирургии с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 616.831-009.24-053.2-071

© Р.М. Идрисова, А.М. Алискандиев, 2011

Р.М. Идрисова¹, А.М. Алискандиев²

НЕЙРОВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СУДОРОГАМИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

¹ГУ «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», г. Махачкала

²ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Махачкала

У новорожденных и детей раннего возраста, перенесших перинатальную гипоксию, в дальнейшем могут появляться различные неврологические и нейропсихические отклонения, значительно затрудняющие социальную адаптацию. Для профилактики этих осложнений необходимо развивать систему ранней диагностики заболеваний ЦНС у детей. В настоящее время все более широкое распространение получают новые методы нейровизуализации и функциональных исследований, что способствует созданию индивидуального подхода к диагностике и лечению заболеваний ЦНС. Основным методом исследования функции мозга – УЗИ головного мозга и компьютерная томография. Сочетание этих методов неинвазивной диагностики расширяет спектр возможностей изучения структурных изменений при различных заболеваниях ЦНС.

Ключевые слова: дети, судороги, нейросонография, компьютерная томография.

R.M. Idrisova, A.M. Aliskandiev

NEUROVISUALIZATIVE PECULIARITIES OF BRAIN IN INFANTS WITH CONVULSIONS IN PERINATAL BRAIN LESIONS

In neonates and infants having had perinatal hypoxia, there may appear different neurological and neuropsychic deviations that trouble social adaptation. For prophylaxis of these complications it is necessary to develop the system of early diagnosis (CNS) of central nervous system diseases in children. The main methods of investigation of encephalon function is Clinical Ultrasound (CU) and Computer Tomography (CT). The combination of these methods of non-invasive diagnostics may broaden the spectrum of possibilities in study the structural changes in case of various diseases of CNS.

Key words: children, convulsions, neurosonography, computer tomography (CT).

Согласно данным научной литературы, частота судорожного синдрома у новорожденных составляет 15 на 1000 живорожденных, у недоношенных доходит до 15–25 % [7]. Среди эпилептических и судорожных синдромов детского возраста значительное внимание исследователями уделяется неонатальным судорогам (НС) [8]. Дети с НС имеют риск развития детского церебрального паралича (ДЦП),