

© И.А. МАТВЕЕВ, 2013

УДК 616.345-089.87:616-089.844.168-06

СОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБСТРУКТИВНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*И.А. Матвеев**

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», 625023, Тюмень, Российская Федерация

В структуре осложнений восстановительных операций после обструктивных резекций толстой кишки терапевтическая патология занимает значительное место. Одно из направлений профилактики осложнений – снижение травматичности вмешательства. Изучены терапевтические осложнения при восстановительных операциях у 161 пациента, выполненных парастомальным и срединным доступом, с регионарной анестезией в послеоперационном периоде. Умерла 1 (0,6 %) больная от острой сердечной недостаточности. У 71 (44,1 %) больного операция выполнена из парастомальной лапаротомии и у 90 (55,90 %) – из срединного доступа, у 35 (38,88 %) из них проводилась перидуральная анестезия.

Соматические осложнения возникли у 20 (12,42 %) человек. По классификации Dindo–Clavien осложнения относились к I степени у 6 пациентов, ко II – у 13 и к V – у 1 больной. У 17 (85 %) пациентов соматические осложнения были связаны с обострением хронического заболевания, у 3 (15 %) больных наблюдалась первичная патология без предшествующего анамнеза. У 4 (20 %) пациентов обострения соматической патологии после восстановительных операций были аналогичны осложнениям после обструктивной резекции.

Изучение частоты соматических осложнений в зависимости от оперативного доступа показало, что после парастомальной лапаротомии они наблюдались у 5 (7,04 %), а после срединной – у 15 (16,66 %) человек.

Изучена частота возникновения соматических заболеваний у 35 больных с восстановлением непрерывности кишки из срединной лапаротомии с длительной перидуральной анестезией и у 55 пациентов, оперированных срединным доступом, без регионарной анестезии. У пациентов, которым проводилась регионарная анестезия, количество соматических осложнений было меньше – 4 (11,42 %), у оперированных без регионарной анестезии – 11 (20 %).

Выполнение вмешательства при сопутствующих заболеваниях в стадии стойкой компенсации, применение парастомального доступа, продленной перидуральной анестезии позволяет снизить количество соматических осложнений при восстановительных операциях после обструктивной резекции толстой кишки.

Ключевые слова: колостома; восстановительные операции; соматические осложнения; доступы; регионарная анестезия.

MEDICAL COMPLICATIONS AFTER RESTORATIVE SURGERY IN PATIENTS WITH COLOSTOMY AFTER COLON RESECTION

I.A. Matveev

Tyumen Regional Hospital No 1, 625023, Tyumen, Russian Federation

Therapeutic pathology occupies a significant place in the structure of complications after recovery operations that follow the obstructive colon resections. Reduced trauma intervention is one of the areas of prevention of complications. Therapeutic complications during recovery operations that were performed using local and median access in 161 patients with the regional anesthesia in the postoperative period were studied.

1 (0.6 %) patient died due to acute heart failure. Operation made using local laparotomy in 71 (44.1 %) patients, and using median access in 90 (55.90 %), among them 35 (38.88 %) were carried out epidural anesthesia.

Therapeutic complications occurred in 20 (12.42 %) patients. According to the classification Dindo–Clavien the complications were treated as degree 1 in 6 patients, as degree 2 in 13, and as degree 5 in 1 patient. Medical complications were associated with exacerbation of chronic disease in 17 (85 %) patients, the primary pathology without prior history was observed in 3 (15 %) patients. In 4 (20 %) patients the acute somatic pathology after recovery operations were similar complications after obstructive resection.

Study of frequency of somatic complication depending on surgical access shows that after parastomal laparotomy they were in 5 (7.04 %) patients, and after median access in 15 (16.66 %).

The incidence of systemic diseases was studied in 35 patients with restoration of bowel continuity, that were operated using mid-line laparotomy with continuous epidural anesthesia, and in 55 patients operated using median access without regional anesthesia. The number of somatic complications in patients undergoing regional anesthesia – 4 (11.42 %) was less than in patients operated without regional anesthesia – 11 (20 %).

The implementation of interventions for comorbidities when resistant compensation, application of local access and prolonged epidural anesthesia reduces the amount of physical complications during recovery operations after obstructive colon resection.

Key words: colostomy; recovery operations; medical complications; surgical approach; regional anesthesia.

*Матвеев Иван Анатольевич, врач-колопроктолог.
625023, Тюмень, ул. Котовского, д. 55. E-mail: matveevia@mail.ru

Восстановительные операции у больных после обструктивных резекций толстой кишки сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальностью [1]. В структуре отклонений в течение послеоперационного периода, в том числе заканчивающихся летальным исходом, терапевтическая патология занимает значительное место и нередко преобладает над хирургическими осложнениями [2].

Одним из важных направлений профилактики соматических осложнений является снижение травматичности вмешательства и тяжести течения послеоперационного периода [3, 4]. При этом достигнуты впечатляющие результаты за счет использования малоинвазивных доступов, совершенствования реанимационного и анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств, что позволило расширить показания к хирургическому лечению у больных с сопутствующей патологией [3]. При восстановлении непрерывности толстого кишечника после обструктивных резекций расширяются показания к менее травматичным парастомальным и видеоассистированным восстановительным операциям, для снижения тяжести течения послеоперационного периода проводится длительная перидуральная анестезия [3, 4].

В связи с этим актуальной задачей является изучение особенностей терапевтических осложнений при восстановительных операциях, выполненных парастомальным и срединным доступом, а также с длительной регионарной анестезией в послеоперационном периоде.

Материал и методы

Восстановительные операции проведены 161 пациенту в период с 1999 по 2012 г. После операции умерла 1 (0,6 %) больная от острой сердечной недостаточности. Больных женского пола было 78, мужского – 83. Возрастной диапазон от 19 до 83 лет, средний возраст – $52,91 \pm 13,25$ года.

Причинами выполнения обструктивных резекций были осложнения дивертикулярной болезни

у 57 (35,4 %) больных, рака толстой кишки – у 40 (24,84 %), травма толстой кишки – у 33 (20,49 %) и острая хирургическая патология ободочной кишки – у 31 (19,25 %).

Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Объем резекций кишки был различным, при этом с короткой культей прямой кишки было 11 (6,8 %) пациентов.

Восстановительные операции у 71 (44,1 %) пациента выполнены из парастомальной лапаротомии и у 90 (55,90 %) человек – из срединного доступа, 35 (38,88 %) из них в периоперационном периоде проводилась перидуральная анестезия.

При выполнении восстановительной операции из парастомальной лапаротомии стома выделялась из передней брюшной стенки и рана продлевалась в направлении культи отключенной кишки до ее обнаружения. Разрез передней брюшной стенки выполнялся по типу одного из стандартных лапаротомных доступов – косопеременный, поперечный или параректальный.

Результаты и обсуждение

Соматические осложнения возникли у 20 (12,42 %) человек. Со стороны сердечно-сосудистой системы они наблюдались у 17 (85 %), центральной нервной системы – у 1 (5 %), дыхательной – у 2 (10 %) пациентов. Средний возраст больных – $65,68 \pm 7,10$ года. Шестнадцать (80 %) пациентов были старше 60 лет.

Согласно международной классификации Dindo–Clavien осложнения относились к I, II и V степени тяжести. У 6 пациентов наблюдались осложнения I степени, у 13 – II и у умершей больной – V степени.

У больных с осложнениями I степени тяжести сроки послеоперационной терапии не превышали среднестатистические, у пациентов со II и V степенью они были больше, чем среднее время лечения. Больные с сосудистой патологией дольше находились в реанимации, а пациенты с пневмонией, флебитом и эпилепсией – в отделении (табл. 1).

Таблица 1

Соматические осложнения, их тяжесть и продолжительность лечения в послеоперационном периоде

Характер осложнения	Степень тяжести	Число больных (n=20)		Продолжительность лечения, превышающая средние сроки	
		абс.	%	в отделении реанимации	в общей палате
Гипертонический криз	I	6	30	Нет	Нет
Нарушение ритма	II	1	5	Да	Нет
Острая сердечная недостаточность	V	1	5	Да	Нет
Психозы	II	8	40	Да	Да
Пневмония	II	2	10	Нет	Да
Флебит	II	1	5	Нет	Да
Эпилепсия	II	1	5	Нет	Да

Гипертонические кризы у 6 больных сопровождалась болями в области сердца, без признаков острой ишемии миокарда на ЭКГ, у 3 были признаки хронической сердечной недостаточности. У всех больных отмечен длительный анамнез артериальной гипертонии II–III степени в сочетании с ишемической болезнью сердца, до операции они постоянно принимали гипотензивные и кардиотропные препараты. Средний возраст пациентов – $64,00 \pm 9,47$ года, лишь одна больная была моложе 60 лет. На продолжительность послеоперационного лечения в стационаре и реанимации данное осложнение не повлияло: среднее число койко-дней после операции – $14,00 \pm 5,87$, в реанимации – $3,17 \pm 1,47$. Одной из причин криза были дефекты медикаментозного лечения гипертонической болезни после перевода пациентов из реанимации в общую палату: у 3 пациентов – нерегулярность медикаментозной терапии, у 3 – вместо препаратов, подобранных больным до операции, были назначены их аналоги, которые оказались неэффективными.

Рецидив нарушения ритма сложного генеза был у больного 63 лет, возникший на операционном столе и явившийся причиной лечения в реанимационном отделении в течение 5 суток. У этого пациента аналогичное осложнение наблюдалось после обструктивной резекции и также потребовало длительного пребывания в реанимационном отделении.

У 54-летней больной с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью после операции возникла сердечная недостаточность, при стабилизации состояния она была переведена в палату, где на следующие сутки возникла внезапная остановка сердца. Несмотря на своевременную реанимацию, больная умерла.

Психозы наблюдались у 8 человек, причиной их развития была тяжелая сосудистая патология ЦНС: у всех пациентов – артериальная гипертония III степени, осложненная хронической сердечной недостаточностью у 3 пациентов; у 1 больного в анамнезе – острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу; у 2 больных – сахарный диабет. У 2 пациентов после обструктивной резекции также наблюдался делирий, протекающий, со слов родственников, с аналогичной клиникой. Средний возраст больных – $68,63 \pm 5,42$ года, 7 лиц были старше 60 лет и один пациент – в возрасте 59 лет. Все оперированы из срединного доступа под эндотрахеальным наркозом, средняя продолжительность операции составила $231,88 \pm 52,50$ мин, кровопотеря – $400,00 \pm 240,54$ мл, время лечения в реанимации – $9,63 \pm 4,72$ сут, после операции – $14,83 \pm 3,83$ сут. Трое из них находились в реанимации 14, 15 и 16 сут соответственно, выписаны в неадекватном состоянии под наблюдение родственников.

У больной 55 лет, длительно страдающей эпилепсией, в послеоперационном периоде возник эпилептический припадок, лечение его осложненное продолжалось 19 сут. Причина развития эпистатуса – нарушение регулярности приема противосудорожных препаратов.

Госпитальная пневмония возникла у 2 больных. Возраст пациентов – 69 и 64 года. Респираторный анамнез у обоих больных отсутствовал. Операция у них длилась соответственно 240 и 210 мин, с кровопотерей 500 и 200 мл. Продолжительность лечения после операции – 20 и 22 сут. У обоих была сопутствующая соматическая патология: у 1 пациентки – на фоне ожирения I степени ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертонией II степени, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, больная оперирована из парастомального доступа; у второго пациента вмешательство выполнено из срединной лапаротомии, у него на фоне ожирения II степени была хроническая почечная недостаточность, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, артериальная гипертония II степени.

У больного 68 лет с первичной онкологической патологией после восстановительной операции на 7-е сутки (больной готовился к выписке) возник тромбоз глубоких вен нижней конечности. Длительность лечения осложнения составила 24 сут.

Изучение частоты соматических осложнений в зависимости от оперативного доступа показало, что после парастомальной лапаротомии осложнения были у 5 (7,04 %), а после срединной – у 15 (16,66 %) человек. Разница в частоте связана с отсутствием психозов, нарушений ритма и сердечной недостаточности у больных, оперированных из парастомальной лапаротомии (табл. 2).

С целью определения значимости доступа в возникновении терапевтических осложнений рассмотрены факторы риска в группах больных, оперированных из срединной и парастомальной лапаротомии, – возраст, сопутствующие соматические заболевания, продолжительность операции и операционная кровопотеря (табл. 3). Обе группы пациентов сопоставимы по возрасту: средний возраст оперированных из срединного доступа – $53,05 \pm 13,49$ года (медиана 54,00), лиц пожилого и старческого возраста – 33 (36,66 %), у оперированных из парастомального доступа средний возраст – $52,84 \pm 13,25$ года (медиана 53,50), пациентов пожилого возраста – 27 (38,02 %) ($p > 0,05$). Сопутствующая патология также была сопоставима в обеих группах, у оперированных срединным доступом она была у 76 (84,44 %) пациентов, парастомальным – у 63 (88,73 %) ($p > 0,05$). Травматичность операций определили количеством вмешательств длительностью более 200 мин и кровопотерей более 400 мл [5]. У оперированных срединным доступом продолжительность операции свыше 200 мин

Распределение больных по соматическим осложнениям после восстановительных операций, выполненных срединным и парастомальными доступами, *n* (%)

Осложнения	Срединный доступ (<i>n</i> = 90)	Парастомальный (<i>n</i> = 71)	В общей группе (<i>n</i> = 161)
Гипертонические кризы	3 (3,33)	3 (4,2)	6 (3,72)
Нарушение ритма	1 (1,1)	–	1 (0,6)
Острая сердечная недостаточность	1 (1,1)	–	1 (0,6)
Психозы	8 (8,8)	–	8 (4,9)
Пневмония	1 (1,1)	1 (1,4)	2 (1,2)
Флебит	1 (1,1)	–	1 (0,6)
Эпилепсия	–	1 (1,4)	1 (0,6)
Всего...	15 (16,66)	5 (7,04)	20 (12,42)

Таблица 3

Характеристика больных, оперированных срединным и парастомальным доступами

Показатель	Группа больных	
	Срединный доступ (<i>n</i> = 90)	Парастомальный доступ (<i>n</i> = 71)
Возраст, лет	53,05 ± 13,49	52,84 ± 13,25
Сопутствующая патология, %	84,44	88,73
Продолжительность операции более 200 мин, %	46,66	15,49
Кровопотеря более 400 мл, %	32,22	8,45
Количество соматических осложнений, %	16,66	7,04

была у 42 (46,66 %) пациентов и кровопотеря более 400 мл – у 29 (32,22 %), при парастомальной лапаротомии продолжительность вмешательства более 200 мин была у 11 (15,49 %) и кровопотеря более 400 мл у 6 пациентов (7,04 %), то есть уровень операционной агрессии у больных со срединным доступом был выше, чем при выполнении операции из парастомальной лапаротомии ($p < 0,05$).

Выраженность спаечного процесса в обеих группах больных была одинаковой, но при выполнении восстановительной операции из местного доступа исключался этап иссечения срединного послеоперационного рубца с разделением спаек в этой области для подхода к объектам оперирования – стоме и культе отключенной кишки.

Таким образом, оперативный доступ является фактором, влияющим на уровень соматических осложнений. При различии в группах только по уровню хирургической агрессии терапевтические осложнения у оперированных из срединной лапаротомии возникали в два раза и более и чаще, чем у пациентов, вмешательства которым выполнялись из парастомального доступа.

Длительная перидуральная анестезия в периоперационном периоде проводилась для профилактики хирургических осложнений, прежде всего парезов кишечника, выполнялась у больных с предполагаемым обширным спаечным процессом брюшной полости, а также при планировании колопластики и низкого колоректального анастомоза; при этом не

Таблица 4

Характеристика больных, оперированных срединным доступом с перидуральной анестезией и без нее

Показатель	Группа больных	
	с перидуральной анестезией (<i>n</i> = 35)	без перидуральной анестезии (<i>n</i> = 55)
Возраст, лет	55,29 ± 12,67	52,66 ± 13,75
Сопутствующая патология, %	88,57	81,81
Продолжительность операции более 200 мин, %	65,71	34,54
Кровопотеря более 400 мл, %	42,85	25,42
Количество соматических осложнений, %	11,42	20,0

учитывалась соматическая патология. Полученные результаты анализа показали значительную роль регионарной анестезии в профилактике терапевтических осложнений. Изучена частота возникновения соматических заболеваний у 35 больных с восстановлением непрерывности кишки из срединной лапаротомии с длительной перидуральной анестезией в послеоперационном периоде (основная группа). В контрольной группе было 55 пациентов, оперированных из срединной лапаротомии без проведения регионарной анестезии.

Средний возраст больных основной группы – 55,29 ± 12,67 года (Ме 55,00), число лиц пожилого возраста – 16 (45,71 %); в контрольной группе средний возраст – 52,66 ± 13,75 года (Ме 54), число лиц пожилого возраста – 22 (40 %) ($p > 0,05$). Соматическая патология в основной группе отмечена у 31 (88,57 %) пациента, в контрольной – у 45 (81,81 %) ($p > 0,05$). У больных, оперированных без перидуральной анестезии, вмешательств продолжительностью свыше 200 мин было 19 (34,54 %) и с кровопотерей более 400 мл – 14 (25,45 %); в группе с регионарной анестезией у 23 (65,71 %) пациентов операции были длительностью свыше 200 мин и у 15 (42,85 %) – с кровопотерей более 400 мл ($p < 0,05$) (табл. 4).

Пациенты, которым проводилась регионарная анестезия, были старше по возрасту, у них чаще наблюдалась соматическая патология и чаще выполнялись травматичные операции, но, несмотря на

Таблица 5

Количество соматических осложнений у больных после восстановительных операций, выполненных из срединного доступа с регионарной анестезией и без нее, *n* (%)

Осложнение	Группа больных	
	с перидуральной анестезией (<i>n</i> = 35)	без перидуральной анестезии (<i>n</i> = 55)
Гипертонические кризы	2 (5,71)	1 (1,8)
Нарушение ритма	–	1 (1,8)
Острая сердечная недостаточность	–	1 (1,8)
Психозы	2 (5,71)	6 (10,9)
Пневмония	–	1 (1,8)
Флебит	–	1 (1,8)
Всего...	4 (11,42)	11 (20,0)

это, количество соматических осложнений было меньше, чем у оперированных без регионарной анестезии, – 11,42 и 20 % соответственно.

Гипертонические кризы чаще наблюдались у больных с перидуральной анестезией, они были вызваны неадекватной медикаментозной терапией. Психозы были у 2 пациентов с длительной перидуральной анестезией, они были непродолжительными по времени – $3,50 \pm 2,12$ сут, у 6 пациентов без регионарной анестезии – $11,00 \pm 4,47$ сут (табл. 5).

Наблюдение за больными с регионарной анестезией выявило снижение уровня болевого синдрома и более раннее восстановление моторной функции кишечника и как следствие – применение значительно меньшей дозы наркотических препаратов, вводимых больным в послеоперационном периоде ($2,50 \pm 1,38$ мл у больных 1-й группы и $7,73 \pm 3,48$ мл – во 2-й группе ($p < 0,05$), время отхождения газов – $3,58 \pm 0,9$ и $3,80 \pm 1,32$ сут соответственно, $p > 0,05$), что ведет к уменьшению психических нарушений у больных пожилого возраста с сосудистой энцефалопатией.

Мнение о недостоверности положительного эффекта регионарной анестезии в профилактике послеоперационного психоза не подтверждается нашими данными; они совпадают с результатами, свидетельствующими о снижении риска развития соматической патологии в послеоперационном периоде при перидуральной анестезии [6, 7].

Таким образом, соматические осложнения после восстановительных операций наблюдались у 20 (13,47 %) человек, чаще у лиц пожилого возраста ($n=16$ или 80 %). Все больные до операции имели сопутствующую соматическую патологию в стадии компенсации, операционная агрессия обусловила обострение хронического заболевания у 17 (85 %) пациентов, у одной пациентки это привело к летальному исходу. Осложнение как первичная патология без предшествующего анамнеза данного

заболевания возникло у 3 (15 %) больных. У 4 (20 %) пациентов обострения после восстановительной операции были аналогичные осложнения после обструктивной резекции. Снижение уровня периоперационной агрессии применением парастомальных доступов, регионарной анестезии, назначение адекватной медикаментозной терапии уменьшает число соматических послеоперационных осложнений после восстановительных операций. За последние 2 года выполнено 41 вмешательство без развития послеоперационных психозов, пневмоний, нарушения сердечного ритма.

Выводы

1. Из 161 пациента с восстановлением непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции соматические осложнения возникли у 20 (13,47 %) больных с одним летальным исходом (0,6 %), 16 (84,21 %) из них – лица пожилого возраста. Генез осложнения у 17 (85 %) пациентов обусловлен декомпенсацией хронического заболевания, у 3 (15 %) – острой патологией без предшествующего анамнеза. Причинами осложнений являлись травматичность операции и послеоперационного периода, дефекты медикаментозной профилактики.

2. Тактика, позволяющая снизить уровень соматических осложнений после восстановительных операций, предусматривает выполнение вмешательств при сопутствующих заболеваниях в стадии стойкой компенсации с адекватной периоперационной медикаментозной профилактикой обострений, уменьшение агрессивности лечения применением парастомального доступа, продленной перидуральной анестезии в послеоперационном периоде.

3. У 4 (20 %) больных осложнения после восстановительных операций были аналогичны отклонениям течения послеоперационного периода после обструктивных резекций, что может служить прогностическим признаком их возникновения при планировании реконструктивных вмешательств.

Литература

1. Krivocapic Z., Barisic G. I. Problems during Hartmanns reconstruction. *Reconstructive surgery of the rectum, anus and perineum*. Springer-Verlag London; 2013: 477–86.
2. Khoury D.A., Beck D.E., Opelka F.G., Hicks T.C., Timmcke A.E., Gathright J.B. Jr. Colostomy closure: Ochsner Clinic experience. *Dis. Colon Rectum*. 1996; (39): 605–9.
3. Афендулов С.А., Введенский В.С., Мишин А.С. Алгоритм выполнения операций по закрытию колостом. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2010; 3, (3): 242–5.
4. Дмитриев М.О. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста (тактика, ближайшие и отдаленные результаты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток; 2007.
5. Колыгин А.В. Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2012.
6. Ибрагимов Н.Ю. Послеоперационный делирий и когнитивные нарушения у пожилых пациентов: факторы риска и профилактика: Дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург; 2009.

7. Цын В.А. Патогенетическое обоснование эффективности использования комбинированной спинально-эпидуральной анестезии в абдоминальной хирургии у больных с онкопатологией органов малого таза: Дис... канд. мед. наук. Омск; 2004.

References

1. Krivocapic Z., Barisic G. I. Problems during Hartmanns reconstruction. Reconstructive surgery of the rectum, anus and perineum. Springer-Verlag London; 2013: 477–86.
2. Khoury D.A., Beck D.E., Opelka F.G., Hicks T.C., Timmcke A.E., Gathright J.B. Jr. Colostomy closure: Ochsner Clinic experience. Dis. Colon Rectum. 1996; (39): 605–9.

3. Afendulov S.A., Vvedenskiy V.S., Mishin A.S. Algorithm of colostomy reconstructive operations. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2010; (3) 3: 242–5 (in Russian).
4. Dmitriev M.O. Surgical treatment of complicated colorectal cancer in elderly and senile patients (tactics, immediate and long-term results). Dr. med. sci. Diss. Vladivostok; 2007 (in Russian).
5. Kolygin A.V. Evaluation of effectiveness and determination of risk factors of combined operations. Dr. med. sci. Diss. Moscow; 2012 (in Russian).
6. Ibragimov N.Ju. Postoperative delirium and cognitive impairment of the elderly patients: risk factors and prevention. Dr. med. sci. Diss. S.-Petersburg; 2009 (in Russian).
7. Cyn V.A. Pathogenetic substantiation of efficiency combined spinal-epidural anesthesia for abdominal surgery in patients with cancer of the pelvic organs. Dr. med. sci. Diss. Omsk; 2004 (in Russian).

Поступила после переработки 02.08.2013

От редколлегии журнала «Анналы хирургии»

Проведя сравнительное исследование двух групп больных, перенесших восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки с использованием срединного и парастомального доступов, автор приходит к выводу, что применение парастомального доступа снижает частоту соматических осложнений в послеоперационном периоде с 16,7 до 7,0 %.

Однако из представленных в статье данных трудно понять, у всех ли больных технически было возможно выполнить восстановительную операцию из парастомального доступа.

Общеизвестно, что при короткой культе прямой кишки чаще всего требуется мобилизация левого изгиба ободочной кишки, а иногда правых отделов ободочной кишки, выделение прямой

кишки нередко с необходимостью отделения подпаянных глубоко в тазу петель тонкой кишки, что осуществить из парастомального разреза крайне сложно.

Нельзя исключить, что именно вышеперечисленные факторы заставили хирургов применить срединный доступ и именно они явились причиной увеличения травматичности и продолжительности оперативных вмешательств.

С нашей точки зрения, парастомальный доступ имеет очевидные преимущества при наличии длинной культы отключенной кишки и, следовательно, такого рода вмешательства менее травматичны и продолжительны, а также связаны с минимальным операционным и анестезиологическим риском.

Д. м. н., профессор Ю.А. Шельгин

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.379-008.64:616.137-005.4-036.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А.В. Гавриленко^{1,2}, А.Э. Котов¹, Д.А. Лоиков²*

¹ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, 119991, Москва, Российская Федерация;

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, 119992, Москва, Российская Федерация

Критическая ишемия у больных сахарным диабетом (СД) имеет более агрессивное течение по сравнению с таковой у пациентов без него. Чаще всего данная категория пациентов считается неоперабельной в связи с наличием многоуровневого дистального поражения. Лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей и СД является сложной проблемой. В исследовании рассматриваются результаты прямых, непрямых методов реваскуляризации и консервативной терапии. В статье проведена оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей и СД.

Ключевые слова: сахарный диабет; реваскуляризация; сохранность конечности.

* Гавриленко Александр Васильевич, доктор мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, руководитель отделения хирургии сосудов. 119874, Москва, Абрикосовский пер. д. 2.