

ксантинооксидазы) и 10% р-ра глюкозы в качестве питательной смеси для энтерочитов. Энтеральное питание осуществляется путём введения белковых питательных смесей через ирригатор обтуратора. Противопоказанием к обтурации кишечных свищей является неустраненный в ходе первой операции спаечный процесс брюшной полости. При невозможности обтурации высоких НКС оправдана двухэтапная операция: на первом этапе — выключение кишечной петли, несущей свищ, с формированием обходного межкишечного соустья; на втором — ликвидация «слизистого» кишечного свища путем резекции несущей его петли кишки.

Число летальных исходов из 56 случаев высоких НКС составило 9 (16,1%), а общая летальность при НКС — 10 (14,1%) из 71 (табл. 3).

ВЫВОДЫ

1. Внутрикшечная терапия и энтеральное питание через ирригатор усовершенствованного обтуратора ускоряет заживление кишечных свищей.

2. Двухэтапная тактика лечения больных с НКС позволяет улучшить результаты лечения больных этой категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байчаров Э.Х., Куджева Ф.А., Макушкин Р.З. Активная хирургическая тактика в лечении несформированных тонкокишечных свищей на фоне перитонита / Мат. Междунар. конгр. хирургов «Новые технол. и избран. вопр. клин. хир.» — Петрозаводск, 2002. — Т. 2. — С. 18—19.
2. Нихинсон Р.А., Филькин Г.Н. Лечение несформированных наружных кишечных свищей // Хирургия. — 1997. — № 8. — С. 53—56.
3. Прохоров Г.П. Устройство для лечения кишечных свищей / Патент РФ на полезную модель № 61537, приоритет полезной модели 01.09.2006 г.
4. Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф., Волков А.Н. Комбинированный метод обтурации высоких несформированных кишечных свищей // Казанский мед. ж. — 2002. — Т. 83. № 4. — С. 251—253.
5. Рудин Э.П., Богданов А.В., Кошелев А.П. и др. Тактика лечения наружных кишечных свищей желудочно-кишечного тракта // Хирургия. — 1991. — № 5. — С. 56—60.

Поступила 01.06.08.

TREATMENT OF UNFORMED INTESTINAL FISTULAS

G.P. Prokhorov, N.F. Fedorov

Summary

Analyzed were the results of treatment of 236 patients with external intestinal fistulas, of whom 95 were unformed intestinal fistulas. Developed in the clinic the two-stage surgical treatment of unformed intestinal fistulas with the use of a combined method of obturation resulted in improved treatment outcomes and reduction in mortality from 41.6% in patients treated with conventional methods to 14,1% — with the proposed method.

Key words: unformed intestinal fistulas, combined obstruction.

УДК 616.345—006.6—098.86

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВУАРНОЙ КОЛОСТОМЫ

Алексей Леонидович Чарышкин, Сергей Юрьевич Аберясев, Виталий Алексеевич Моховиков

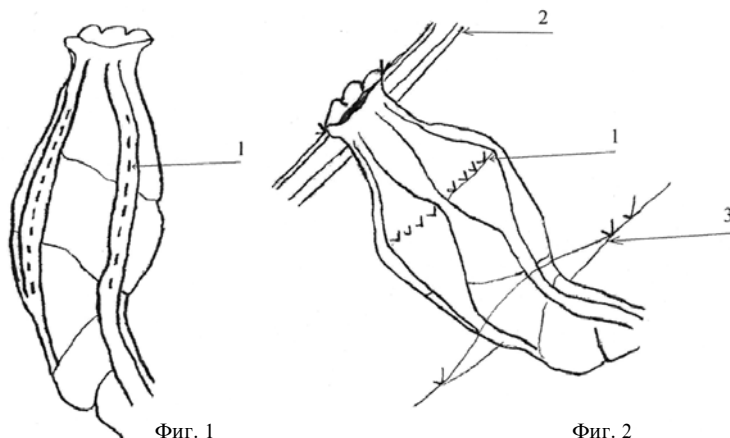
Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.И. Мидленко) Ульяновского государственного университета

Реферат

Показано, что формирование забрюшинной резервуарной колостомы способно восстановить как формирование позыва, так и регуляцию акта удаления каловых масс из организма. Широкое внедрение этого метода позволит улучшить качество жизни и результаты медицинской и социально-трудовой реабилитации больных с колостомой.

Ключевые слова: колоректальный рак, колостома, толстая кишка.

Ежегодно в мире выявляется 600 тысяч больных со злокачественным поражением дистальных отделов толстой кишки, которое в 50% случаев заканчивается летальным исходом [2]. В России каждый год регистрируется более 40 тысяч случаев рака прямой кишки [3]. В настоящее время основным методом лечения лиц с



Фиг. 1

Фиг. 2

Рис. 1. Способ формирования колостомы.

раком данной локализации является хирургический. Совершенствование методов формирования противоестественного заднего прохода остается актуальной проблемой в связи с низким качеством жизни «колостомированных» больных. Неконтролируемое функционирование калового свища — тяжелая психологическая травма для пациента, с которой многие из них не могут справиться на протяжении всей своей жизни [1]. Современные подходы к воссозданию фекального держания, направленные на поиск способов внешнего механического сдавления ободочной кишки, не решают проблемы реабилитации больных с колостомами. Проведенные нами исследования показывают, что проблема состоит не только в неконтролируемом выделении кишечного содержимого, но в большей степени в непроизвольном и внезапном для больного характере опорожнения стомы — отсутствии предупреждающего позыва. Для решения этой проблемы нами разработан в эксперименте и применяется в клинической практике способ формирования резервуарной колостомы, моделирующий возникновение у больного позыва на опорожнение стомы [4].

Под нашим наблюдением находились 162 пациента, госпитализированных в хирургические отделения по поводу осложненного колоректального рака за период с 1997 по 2009 г. В 55 (34%) случаях операции заканчивались формированием колостомы из различных отделов толстой кишки: 4 (7,3%) двустольных, 3 (5,4%) подвесных и 48 (87,3%) концевых. По раз-

работанной методике резервуарной колостомы были прооперированы 10 больных с локализацией опухоли в ректосигмоидном (7), верхнеампулярном (1), среднеампулярном (1) и нижнеампулярном (1) отделах прямой кишки.

Разработанный нами способ формирования колостомы осуществляется следующим образом (рис. 1). Сигмовидную кишку резецируют, на проксимальный отдел сигмовидной кишки накладывают кисетный шов и затягивают. Дистальную петлю ушивают. Проксимальную петлю мобилизуют от брыжейки на протяжении 20–30 мм, а от подвесок — 80–100 мм. Проводят серозомиотомию приводящей петли. Для этого рассекают в продольном направлении (фиг.1) мышечные ленты — тении (1) до подслизистой оболочки кишки на протяжении 20–30 мм с отступом от конца приводящей петли на 40–50 мм и затем их сшивают в поперечном направлении (фиг.2) серозно-мышечными узловыми швами формируя резервуар. В запланированной точке стомы образуют отверстие на передней брюшной стенке (2) в левой подвздошной области: иссекают кожу с подлежащей клетчаткой круговым разрезом, рассекают апоневроз, расслаивают мышцы и создают забрюшинный канал. Для этого брюшину рассекают, отслаивают двумя пальцами по окружности в направлении от полученного отверстия в передней брюшной стенке (2) на протяжении 40–50 мм. Приводящую кишку проводят через сформированное отверстие в брюшине так, чтобы серозо-

миотомированный участок оказался в забрюшинном канале, а конец выведенной кишки возвышался на 15–20 мм от передней брюшной стенки (2). Целостность париетальной брюшины (3) в области внутреннего отверстия забрюшинного канала восстанавливают узловыми швами, которыми фиксируют брюшину по окружности к ободочной кишке проксимальной петли ниже линии швов, формирующих резервуар, на 15–20 мм. Конец выведенной кишки закрепляют непосредственно по окружности к косым мышцам живота, апоневрозу и коже передней брюшной стенки (2). Кисетный шов снимают с проксимальной петли и открывают просвет стомы.

При обследовании в послеоперационном периоде больных в ранние (до 1 мес), ближайшие (4–6 мес) и отдаленные сроки (более 1 года) параколостомических осложнений не отмечено. Опорожнение стомы у основной части пациентов было многомоментным актом (в 2–3 приема) с частотой 2–3 раза в сутки и продолжительностью от 15 до 60 минут с обязательным позывом. Причем субъективные ощущения, предшествующие процессу опорожнения колостомы, наблюдались в среднем за 15–20 минут до дефекации и представляли собой чувство тяжести и распираания в проекции наружного конца стомы у 9 (90%) больных. У 7 (70%) больных установлена способность сдерживать дефекацию до 15–20 минут путем напряжения мышц передней брюшной стенки при возникновении предвестников опорожнения стомы. В быту калоприемником не пользовались 6 (60%) пациентов, мотивируя данный факт достаточным контролем над опорожнением стомы. Результаты комплексной лучевой диагностики подтвердили наличие искусственного резервуара для кала на всем протяжении забрюшинного сегмента стомированной кишки, подвергнутой серозомиотомии. Путем введения 150–200 мл контрастной взвеси в колостому мы изучали резервуар, отчетливо дифференцировавшийся на фоне рельефа оболочной кишки в виде эллипсоидного скопления бария в выходном отделе стомы размером 8–12х6–8 см. После удаления зонда, а также в положении больного лежа на животе истечения ба-

рия из стомы не отмечалось. С помощью принципа эхолокации сигналов, отраженных от поверхностей раздела тканевых сред с различными акустическими свойствами, заполняли стомированную кишку жидкостью и изучали ее ультразвуковым методом. При этом в непосредственной близости к передней брюшной стенке визуализировался кишечный резервуар объемом 155–180 мл.

Предпосылками к формированию позыва на опорожнение стали следующие свойства элементов резервуарной колостомы. При необходимости произвольное напряжение мышц передней брюшной стенки, окружающих искусственный сфинктер, создаёт нужные условия для удерживания кала в забрюшинном участке стомы. Серозомиотомия тений забрюшинно расположенного отрезка кишки позволяет увеличить накопительную функцию данного участка за счет появления ампулоподобного расширения просвета в виде кишечного резервуара. Забрюшинное расположение резервуара способствует растяжению париетальной брюшины на высоте максимального скопления каловых масс в забрюшинном пространстве. При этом опосредованное растяжение париетальной брюшины, иннервированной соматическими афферентными волокнами, способными точно локализовать точку приложения механического агента (участка, подверженного растяжению), воспринимается больным как субъективные ощущения тяжести, дискомфорта или растяжения, иногда кишечной колики в проекции стомы. Ежедневные регулярные ощущения, предшествующие опорожнению стомы, представляют для больного определенную закономерность (условный рефлекс) и воспринимаются им как позыв. Появление у больного в ближайшем послеоперационном периоде позыва на опорожнение стомы предохраняет его от нелепых ситуаций — непроизвольного отхождения кишечного содержимого и не требует повседневного ношения калоприемника.

Формирование забрюшинной резервуарной колостомы способствует восстановлению позыва к дефекации, регуляции процесса опорожнения кишечника и позволяет таким образом улучшить качество

жизни и результаты медицинской и социально-трудовой реабилитации «колостомированных» больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей/Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева. В.Л. Ривкина. — М.: ГНЦ проктологии, 1994.—432с.

2. Литвинов О.А. Резервуарно-пластические операции в лечении рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — С.Петербург, 2007.

3. Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Власов Д.А. и др. Выбор объема операции при раке толстой кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью//Совр. пробл. сердечно-сосудистой, легочной и абдоминальной хирургии: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 100-летию со дня рож-

УДК 616.314.18—002.4—08

дения академика РАМН Ф.Г. Углова / Под ред. проф. В.В. Гриценко. — СПб.: СПбГМУ, 2004. — С. 124—125.

4. Патент РФ № 2359623 от 14.01.2008. Способ формирования колостомы / А. Л. Чарышкин. Заявка №2008101519 приоритет от 14.01.2008//Изобретения, полезные модели. — 2009. — № 18.

Поступила 28.09.09.

FORMATION OF A RESERVOIR COLOSTOMY

A.L. Charyshkin, S.Yu. Aberyasev, V.A. Mokhovikov

Summary

Shown was the fact that the formation of a retroperitoneal reservoir colostomy can restore both - the urge to defecate impulse formation and the regulation of the process of removing stool masses from the body, thus improving the quality of life and the results of medical and social-work rehabilitation of patients with colostomy.

Key words: colorectal cancer, colostomy, colon.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПАРОДОНТИТА

Лола Бахрамовна Фролова

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

*(зав. — канд. мед. наук О.В. Нестеров) Казанской государственной медицинской академии
последипломного образования*

Реферат

Разработана схема комплексной иммунокорригирующей терапии, позволяющая существенно повысить эффективность лечения за счет санации пародонтальных карманов на фоне пролонгированной иммунокоррекции.

Ключевые слова: цитокины, интерлейкины, секреторный иммуноглобулин А, быстро прогрессирующий пародонтит, система “Вектор”.

В последние годы отмечается рост быстро прогрессирующих форм хронического пародонтита (БПП), приводящих к ранней потере зубов, резистентных к традиционной терапии и протекающих без заметных признаков выздоровления. Короткие периоды ремиссии при высокоактивном очаговом поражении тканей пародонта при БПП не позволяют полноценно регенерировать костной ткани [1, 6, 10]. БПП развивается в результате сложного каскада воспалительных и иммунопатологических процессов в ответ на агрессию микроорганизмов зубного налета у восприимчивого индивидуума [3, 5, 11]. Исследования ведущих специалистов

рассматривают этиологию и патогенез БПП с позиции нарушений на уровне местного и системного иммунного ответа [3, 10, 13]. Нейтрофилы и макрофаги являются наиболее значимыми источниками медиаторов воспаления при БПП, однако весьма существенную роль отводят цитокинам и хемокинам, которые продуцируются активированными Т- и В-лимфоцитами, инфильтрированными в воспаленные ткани пародонта. Важнейшие провоспалительные цитокины – ФНО-α, интерлейкины 1, 4, 6, 8, 10 – участвуют в регуляции ответа макроорганизма и индуцируют иммунную деструкцию тканей пародонта. Весьма существенную роль в формировании БПП отводят также иммунологической несостоятельности на уровне системы секреторных иммуноглобулинов, в частности секреторного IgA (sIgA). Изменение активности местных факторов иммунитета при хроническом пародонтите является одним из объективных критериев контроля эффективности терапии [2, 6].