

выполняется до размеров, достаточных для прохождения через мочеточник или через уретру. Мелкая фракция в виде песка вымывается самостоятельно током мочи или орошающей жидкости.

Эндоскопический контроль за всеми этапами операции, осуществляемый посредством эндовидеосистемы, позволяет максимально избежать возможных травматических повреждений мочевого пузыря или мочеточника. Выполняя контрольную ревизию мочевых путей, можно убедиться в отсутствии резидуальных камней после литоэкстракции.

Малоинвазивность данной методики заключается в отсутствии повреждения целостности человеческого организма. Все манипуляции производятся через естественные анатомические отверстия. Это достигается использованием новейшего эндоурологического оборудования, имеющего внешние размеры, сопоставимые с диаметром просвета мочевых путей. Применение видеондоскопического контроля за ходом всей операции с высоким разрешением и достаточным увеличением дает возможность избежать ранения стенки мочевого пузыря, мочеточников и чашечно-лоханочной системы почки. Минимальная травматизация органов мочевыделительной системы при проведении уретеропиелоскопии позволяет выполнить контрольное эндоскопическое исследование противоположного мочеточника и почки. Выявленные при этом конкременты подлежат обязательной литотрипсии. Таким образом, больной за одно оперативное вмешательство может избавиться от всех мочевых камней.

**В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, И.А. Холтосунов, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина,
А.Ю. Никифоров**

ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Воспаление околопрямокишечной клетчатки является весьма распространенным заболеванием. В практике неотложной колопроктологии оперативное лечение острого парапроктита занимает первое место, при этом общее количество больных острым парапроктитом анаэробной формы составляет, по данным разных авторов, от 1 – 3 %. Анаэробный парапроктит относится к числу относительно редких, но очень тяжелых заболеваний.

Цель исследования: изучение результатов диагностики, хирургического лечения и бактериальной структуры больных анаэробным парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2005 по 2010 г. в отделении колопроктологии было всего пролечено 11 больных по поводу анаэробного парапроктита. Преобладали мужчины — 9 (81,8 %), возраст от 24 до 60 лет, при этом средний возраст составляет 50,8 лет. Женщин — 2 (18,2 %), при этом средний возраст составляет 35 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, машиной скорой медицинской помощи доставлено — 6 человек (54,5 %), пятеро пациентов переведены из других лечебных учреждений (45,5 %). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями сепсиса.

У трех (27,2 %) больных с анаэробным парапроктитом патологический процесс локализовался в ишиоректальном пространстве, в четырех (36,2 %) случаях в ретроректальной клетчатке и у четверых больных (36,2 %) — в пельвиоректальном пространстве. Распространенность процесса из первичного очага в соседние клетчаточные пространства наблюдались у шестерых пациентов, преимущественно в паховую область, половые органы, забрюшинную клетчатку таза. В одном из случаев имел место некроз уретры с формированием свища.

Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, бактериологическое исследование отделяемого ран, при затруднениях постановки диагноза, для дифференциальной диагностики пациентам проводились: ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ малого таза. При выраженных явлениях сепсиса проводилась 2 – 4-часовая предоперационная подготовка в условиях реанимации.

Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям под общей анестезией. Оперативное вмешательство заключалось в выполнении широких разрезов с максимальным иссечением некротизированных тканей, орошение антисептиками из группы окислителей (перекись водорода и перманганат калия), адекватным дренированием.

Мы считаем, что наложение сигмостомы при анаэробном парапроктите не является обязательным в каждом случае. К этому вопросу подходим индивидуально, по показаниям (наличие флегмоны таза с некрозом мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки).

Одному больному потребовалось отведение калового потока (наложение 2-ствольной сигмостомы) из-за развившейся флегмоны таза.

В послеоперационном периоде обязательны в первые 2 суток смена и орошение повязок раствором перекиси водорода или перманганатом калия, каждые четыре часа. Повторные оперативные вмешательства проведены 7 пациентам (64 %) в качестве программированной санации патологического процесса под общим обезболиванием.

При исследовании гнойного отделяемого из ран выявлен: в 82 % случаев неклостридиальная анаэробная инфекция (*Peptostreptococcus parvulus*, *Bacteroides fragilis*) и только в 18 % случаев — клостридиальная флора.

Антибактериальная терапия во всех случаях назначалась в раннем послеоперационном периоде эмпирически, в дальнейшем — по результатам бак. посевов. Во всех случаях назначался метронидазол в сочетании с цефалоспорином III — IV поколения, при отсутствии положительной динамики назначался дополнительно амоксициллин или меропенем. Обязательно параллельно проводилась интенсивная дезинтоксикационная, инфузионная терапия. Противогангренозная сыворотка больным не назначалась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3-х пациентов: у одного уретральный свищ, цистостомия; у одного — перфоративная острая язва желудка, лапаротомия, ушивание; у одной — недержание кала. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый анаэробный парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией с дренированием, а также адекватное послеоперационное ведение и назначение программированных санаций с проведением интенсивной терапии.

**В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина,
И.А. Холтосунов, А.Ю. Никифоров**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Цель: провести анализ реконструктивно-восстановительных операций, проведенных в колопроктологическом отделении РБ № 2 — ЦЭМП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2009 по 2011 г. реконструктивно-восстановительные операции выполнены 105 стомированным больным. Мужчин оперировано 68, женщин — 37. Средний возраст составил 47,5 лет. Илеостомы — у 56 и колостомы — у 49 пациентов. В 32 случаях стома была наложена после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, из них 6 правых отделов и 26 левых отделов толстой кишки. В 45 случаях стома выведена по поводу воспалительных заболеваний, в том числе толстой кишки (перфорации дивертикула, язвенно-некротических колитов, перфорация толстой кишки и т.д.) — 23, тонкой кишки — 22 (спаечная болезнь, несостоятельность анастомозов и т.д.). У 22 больных стома была сформирована после травмы — толстой и прямой кишки 11 пациентам, в 11 случаях — после травмы тонкой кишки. В отдельную категорию взяты пациенты, стомированные после тяжелых форм деструктивного панкреонекроза в 4 случаях, и после тромбоза мелких ветвей брыжеечных сосудов — в 2 случаях.

Реконструктивно-восстановительные операции при одностольной илеостоме проводились в среднем от 3 до 6 мес., после первичной операции, по поводу одностольной колостомы от 6 мес. до 1 года. После травм восстановительная операция выполнялась через 2 месяца. Все пациенты перед оперативным вмешательством проходили полное клиническое обследование с обязательным уточнением высоты культи оставшейся толстой кишки и длины престомального участка ободочной кишки, а также измерение диастаза анастомозируемых концов кишок. Больным, поступившим на реконструктивно-восстановительные операции после первичной радикальной операции по поводу злокачественных образований, обязательно проводилась КТ брюшной полости и МРТ малого таза, а также исследование на онкомаркеры. В предоперационном периоде проводилась традиционная подготовка с назначением бесшлаковой диеты, коррекции водно-электролитных нарушений, гидрогимнастикой отключенного отдела кишечника.

90 пациентам с одностольными илео- или колостомами выполнялась срединная лапаротомия с тотальным энтеротомом. Выполнены различные виды колопластик в зависимости от уровня первичной резекции. Как правило, при толсто-толстокишечных анастомозах выполнялся анастомоз «конец в конец», при тонко-толстокишечных анастомозах предпочтение отдавалось анастомозу «бок в бок» или «конец