

УДК 616.345-006

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В.В. СПИРЕВ*

Прогрессирующий рост заболеваемости раком ободочной кишки и увеличение его осложненных форм, делает особо актуальной проблему хирургического лечения данной категории больных [4,6,8,14]. Послеоперационная летальность при осложненном течении рака ободочной кишки достигает 25-54,5% [1,7,9]. Кишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака ободочной кишки, а опухоли правой половины ободочной кишки с осложненным течением составляют 22–44,4% [2,12]. Операцией выбора является одномоментная правосторонняя гемиколэктомия [11,13] с наложением тонко-толстокишечного анастомоза. В осложненных условиях сочетания кишечной непроходимости и перитонита, когда возникает риск несостоятельности соустья предпочтения отдаются двухмоментным операциям типа Лахей и У-образных тонко-толстокишечных анастомозов, осложнения и летальность после которых высока [3,5,10]. Решение данной проблемы мы видим в формировании компрессионных тонко-толстокишечных анастомозов устройствами на основе никелида титана.

Цель работы – усовершенствование оперативного лечения больных с осложненными формами рака правой половины ободочной кишки (ППОК) путем применения технологии формирования тонко-толстокишечных анастомозов устройствами с эффектом «памяти» формы на основе никелида титана.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 97 больных с осложненными формами рака ППОК с 1997 по 2006 г. Из них женщин было 50(51,5%), мужчин – 47(48,5%). Средний возраст – 61,14±1,34 года (от 31 до 86 лет). Группу повышенного операционного риска составили 59(60,1%) больных с сопутствующей патологией. Диагностическая программа осложненного рака ППОК включала данные клинической картины заболевания, физикального, лабораторного, рентгенологического и УЗ-исследования, компьютерной томографии по показаниям. Локализация опухоли в слепой кишке была у 46 больных, в восходящей ободочной – у 32, правом изгибе ободочной кишки – у 15, в правой половине поперечной ободочной – у 4 пациентов. Гистологически выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Рак ППОК, осложненный кишечной непроходимостью, был у 80,41% (78 больных); кровотечение из опухоли – у 12,37%(12), перифокальный абсцесс – у 4,12%(4), перфорация опухоли – у 3,1%(3). Все больные с осложненным раком ППОК оперированы в экстренном и срочном порядке. Правосторонняя гемиколэктомия выполнялась по общепринятой методике с соблюдением правил онкологии.

В 1-ю группу вошли 62 больных, которым был выполнен ручной узловой инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз конец в бок. Во 2-ю – 14 пациентов с компрессионным инвагинационным тонко-толстокишечным анастомозом, выполненным устройством Зиганьшина – Гюнтера в виде «скрепки» из никелида титана. В 3-ю группу – 18 больных, у которых был сформирован компрессионный инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз «конец в конец» устройством для наложения компрессионного анастомоза (УКА¹), основным элементом которого была никелид-титановая пружина с эффектом памяти формы. В 4-ю группу – 3 больных, которым выполнен первично-отсроченный компрессионный инвагинационный поперечный тонко-толстокишечный анастомоз «бок в бок» устройством Зиганьшина – Гюнтера. Ручной узловой тонко-толстокишечный анастомоз делали по методике Я.Д. Витебского.

Для создания компрессионного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза конец в бок использовали устройства Зиганьшина – Гюнтера. Техника формирования соустья: культя ободочной кишки прошивалась скрепочным швом и погружалась в кишет. Культя подвздошной кишки прошивалась односторонним скрепочным швом и фиксировалась к середине анастомотической площадки ободочной кишки тремя узловыми швами в поперечном направлении. Электрокоагулятором вскрывали про-

светы тонкой и толстой кишок, в образовавшееся отверстие внедряли стерильное охлажденное до 0–4°C компрессионное устройство. При нагревании устройства теплом тела оно сокращалось, сдавливая стенки кишок. Специальными ножницами создавали первичную проходимость анастомоза. Раны ушивали однорядным швом. Моделирование илеоцекального замыкательного аппарата вели инвагинацией линии шва и скрепки в просвет ободочной кишки на 2,5 см серо-мышечными швами.

Формирование компрессионного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза «конец в конец» мы вели с помощью УКА с диаметром компрессионных колец Ø22,24,26,28,30 мм. Способ формирования анастомоза²: на культю тонкой и толстой кишок под зажимами Кохера накладывали кишетные швы. После снятия зажимов в просвет обработанных антисептиками культей тонкой и толстой кишок внедряли стерильное, предварительно охлажденное до 0–4°C УКА, с фиксированными компрессионными кольцами. Кишетные швы завязывали на втулке устройства и отсекали. Затем устройство снимали с фиксаторов.

При нагревании пружины теплом организма она сокращалась, сдавливая стенки кишок компрессионными кольцами. Для моделирования илеоцекального замыкательного аппарата накладывали серо-серозные швы, инвагинирующие тонкую кишку и анастомоз вместе с УКА в просвет толстой кишки на расстояние до 2,5 см. Формирование первично-отсроченного компрессионного инвагинационного поперечного тонко-толстокишечного анастомоза «бок в бок» устройством Зиганьшина – Гюнтера: к ушитой культе поперечно-ободочной кишки подшивали приводящую петлю тонкой кишки в поперечном направлении. Через микропорезы на тонкой и толстой кишке внедряли охлажденное компрессионное устройство «скрепка». Первичной проходимости не создавали. Раны внедрения ушивали. Зону анастомоза инвагинировали в просвет толстой кишки. Формировали концевую илеостому.

Результаты. Среднее время, затраченное на формирование компрессионных инвагинационных тонко-толстокишечных анастомозов было в 3-4 раза короче по сравнению с ручным узловым соустьем. Незначительное время нахождения открытых культей во время операции при формировании компрессионных анастомозов позволяет снизить инфицирование брюшной полости и уменьшить послеоперационные осложнения. Отторжение компрессионных устройств, наступает в сроки от 7 до 12 суток. Среднее время элиминации УКА – 10,85±0,82 суток. При формировании ручного узлового инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза «конец в бок» в раннем послеоперационном периоде несостоятельность соустья была у 5 (8,1%) больных, несостоятельность культы поперечно-ободочной кишки – у 2(3,2%) больных, летальность – 6,5%(4 больных).

В группе больных, которым был сформирован компрессионный инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз «конец в бок» устройством Зиганьшина – Гюнтера несостоятельность соустья развилась у 1(7,1%) больного. При формировании компрессионного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза «конец в конец» с помощью УКА осложнений и летальных исходов не было. Первично-отсроченный компрессионный инвагинационный поперечный тонко-толстокишечный анастомоз «бок в бок» устройством Зиганьшина – Гюнтера накладывали при перитоните. Анастомоз сформирован на 7-10 сутки после отторжения устройства и появления самостоятельного стула. Осложнений в раннем послеоперационном периоде нет.

Выводы. Компрессионные устройства сокращают время наложения анастомоза, а метод инвагинации создает дополнительную защиту линии соустья. Конструкции устройств создают каркас для формирующегося соустья и первичную проходимость для тонкокишечного содержимого. Предлагаемые методики формирования тонко-толстокишечных анастомозов компрессионным швом при осложненных формах рака ППОК позволяют снизить послеоперационные осложнения и летальность, что дает основание к более широкому использованию в экстренной хирургии.

* 640000, г. Курган, ул. Топина д.63, ОКБ, отделение колопроктологии

¹ Патент на изобретение №2126657, выдан 27.02.1999. Приоритет изобретения от 28.12.95. Заявка № 95122350

² Патент на изобретение № 2278622, выдан 27.06.06. Приоритет изобретения от 06.12.04. Заявка №2004135603 калявого перитонита и летальный исход. Дефект был выявлен в ручной порции анастомоза, составляющего 15% от сформированного соустья

Литература

1. Алиев С.А. // Хир.– 1998.– №8.– С.58–67.
2. Алиев С.А. // Хир.– 2001.– №8.– С.44–50.
3. Булынин В.И. и др. // Хир.– 1997.– №5.– С.14–17.
4. Воробьев Г.И., Тотилов В. // Хир.– 1993.– №5.– С.47–51.
5. Воробьев Г.И. // Врач, 1997.– № 10.– С.9–12.
6. Воробьев Г.И. и др. // Анн. хир.– 1998.– №3.– С.33–36.
7. Пахомова Г.В. и др. // Хир.– 2003.– № 6.– С. 55–59.
8. Пророков В.В. и др. // Хир.– 2001.– С. 6.– С. 38–42.
9. Тотилов В.З. и др. // Хир.– 2001.– №8.– С.51–54.
10. Федоров В.Д. и др. Клиническая оперативная колопроктология.– М.: ГНЦ колопроктологии, 1994.– 432 с.
11. Хавина Е.М. и др. // Вест. хир.– 2000.– №4.– С.37–39.
12. Яццкий Н.А. и др. Опухоли толстой кишки.– М.: МЕДпресс-информ, 2004.– 376 с.
13. Lee Y. et al. // J Am Coll Surg.– 2001.– Vol 192(6).– P.719.
14. Piront P. et al. // Rev Med Liege.– 2007.– №1.– P.15–20.

УДК 615.814.1 + 615.84:616.33/34-08

АЛЬГОМЕТРИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

О.И. МИЛУШКИНА, А.Б. ПЕСКОВ, И.А. ГАЛУШИНА*

Объективизация выраженности болевого синдрома является одной из наиболее сложных задач клинициста – как в практическом, так и в научно-исследовательском аспекте. Количественное измерение боли необходимо для адекватной оценки степени тяжести состояния, уточнения объема обезболивающей терапии, анализа эффективности проводимого лечения, определения степени нетрудоспособности и качества жизни пациента [1,2]. В настоящее время большинство методов для оценки болевого синдрома базируется на интерпретации утверждений самих пациентов. Наиболее распространены так называемые «аналоговые шкалы боли», предполагающие ассоциацию выраженности боли с цветом («цветовая шкала») или с длиной отрезка, указанного испытуемым между точками «боли нет» и «боль нестерпима» (визуально-аналоговая шкала – ВАШ) [3]. Очевидная субъективность таких подходов ограничили сферу их применения научными исследованиями; в практике же чаще всего критерием выраженности боли является не утверждение пациента, а врачебная оценка этого утверждения – в комплексе с рядом клинических признаков (мимические гримасы, стоны, повышение голоса, бледность, потливость, слезотечение, расширение зрачка, тахикардия, гипертония, дискоординация дыхания и др.). Для объективизации боли разработан ряд методов «физической» альгометрии, позволяющих установить минимальную болевую чувствительность и/или болевой порог путем применения механических или электрических раздражителей с изменяемой (и регистрируемой) силой воздействия [4]. Полученные в ходе ряда таких исследований данные коррелируют с субъективными оценками пациентов и могут применяться для динамической оценки боли, что значимо, в частности, для анализа эффективности лечебных вмешательств [5]. К минусам «физической» альгометрии следует отнести этические недостатки (врачу приходится причинить умышленную боль пациенту), условные различия в объективности со «шкалами боли»: результаты оценивает сам пациент. Привлечение пациента в качестве «эксперта» представляется наиболее уязвимым в альгометрии: эффекты «участия» и атравмации удается устранить только на уровне статистически репрезентативных групп, путем применения специальных «доказательных» приемов, но далеко не в каждом индивидуальном случае.

В ходе исследований, посвященных оценке эффективности компьютерной электроакупунктуры (КЭАП) в терапии болевой формы синдрома раздраженного кишечника (СРК), был установлен феномен близкой к линейной связи между выбираемой самим пациентом в процессе лечения амплитуды стимулирующих импульсов и выраженностью боли, оцениваемой по ВАШ [6,7]. Интерес к эффекту обусловлен «невным» участием пациента в альгометрии: само измерение оказалось «побочным» эффектом

лечебной методики, направленной против болевого синдрома. Ряд негативных моментов, присущих общепринятым альгометрическим методам, предполагалось устранить, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель – разработка методики оценки выраженности хронического абдоминального болевого синдрома путем КЭАП.

Материал и методика. В динамике трех ежемесячных пятидневных курсов КЭАП, включенных в комплексную терапию СРК, обследовано 120 пациентов, из которых 68 страдали хроническими абдоминальными болями.

В исследование включали добровольцев обоего пола с верифицированным в соответствии с Римскими критериями II [8] диагнозом СРК, в возрасте от 18 до 60 лет. Из исследования исключали лиц, перенесших хирургические вмешательства в брюшной полости, страдавших онкологическими заболеваниями, заболеваниями системы крови, нарушениями ритма сердца (мерцательной аритмией, синдромом слабости синусового узла, синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта, синоатриальными и атриовентрикулярными блокадами), болевыми синдромами экстраабдоминальной локализации, с любыми хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Пациенты с болевой или смешанной формой СРК (включавшей болевой синдром) составили основную группу (68 чел.), пациенты с «безболевыми» формами заболевания (преобладают диарея или запоры) – референтную (52 чел.) (табл. 1, 2).

Среди пациентов женщин было второе больше, чем мужчин; преобладающий возраст добровольцев составил 30-50 лет (68%).

Таблица 1

Стратификация лиц, включенных в исследование, по формам СРК

Группа	Основная	Референтная	Всего
Форма СРК			
СРК с болевым синдромом	35	–	35
СРК с диареей	–	31	31
СРК с запорами	–	21	21
Смешанная форма СРК	33	–	33
Всего	68	52	120

Таблица 2

Возрастно-половая характеристика пациентов

Пол	Мужчины	Женщины	Всего
Возраст			
18-29	5	19	24
30-39	8	32	40
40-49	13	28	41
50-60	3	12	15
Всего	29	91	120

Пациенты получали фармакотерапию, направленную на купирование болевого синдрома и/или нормализацию частоты стула. При преобладании болевого синдрома назначали М3-антихолинергические средства (гасцина тиабромин); антихолинергические препараты (циметропия бромид, клонидин бромид, октилония бромид, дицикламин); блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид – дицетел); блокаторы натриевых каналов – мебеверин (диоспалтин).

При диарейном синдроме – антагонист М-опиатных рецепторов – лоперамид (имодиум) в традиционных или лингвальных таблетках. При запорах применяли лактулозу, магниевое молочко, макроголь (форлак), мукофальк; при упорных запорах присоединяли прокинетики (цизаприд). Вне зависимости от основного синдрома назначали психофармакотерапию (транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики).

КЭАП (применяли прибор и программы КЭС-01-МИДА [9], ЗАО «МИДАУС») была введена в схему лечения всех пациентов. Процедуру проводили на протяжении 3 ежемесячных 5-дневных сеансов, продолжительность каждого из которых составляла 20-40 минут. Применяли биоупукурную схему биологически активных точек (БАТ) и режимов их стимуляции, апробированную в предыдущих исследованиях (табл. 3).

Использовали одноразовые посеребренные акупунктурные иглы, к которым перед сеансом подключали провода связи с кардиоэлектростимулятором. Положение пациента во время проведения сеанса – «сидя»; электрод-массу подключали к левой

* 432009 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, Ульяновский ГУ