

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
А.И. ШЕТОГУБОВ

Заболеваемость колоректальным раком в России высока и занимает 3 место в структуре онкологических заболеваний. Осложнения в хирургии колоректального рака достигают 65%. Исследование посвящено оценке прогностических факторов в отношении гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Анализу подверглись 74 фактора у 212 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу колоректального рака. После математического анализа с вычислением прогностической информативности по Шеннону выделены 11 факторов, влияющих на прогноз гнойно-воспалительных осложнений. В ходе исследования точность прогноза достигает 80%, что позволяет рекомендовать использование предлагаемого комплекса факторов в практической медицине.

Ключевые слова: колоректальный рак, гнойно-воспалительные осложнения, послеоперационный период, прогнозирование

FORECASTING OF PYOINFLAMMATORY COMPLICATIONS IN TREATMENT OF COLORECTAL CANCER
SHETOGUBOV A.I.

Cancer morbidity in Russia is high and occupies the 3d place in structure of oncological diseases. The basic method of treatment is surgical. Complications in colorectal cancer surgery are high and reach 65 %.

Research deals with estimation of forecasting factors concerning pyoinflammatory complications during the postoperative period. 74 factors were analyzed at 212 patients being hospitalized for colorectal cancer.

After the mathematical analysis with calculation of self-descriptiveness forecasting by Shannon 11 factors influencing the forecast of pyoinflammatory complications are defined.

During the research, accuracy of the pyoinflammatory complications forecast reaches 80 % that allows recommending the use of the factor complex in practical medicine.

Key words: colorectal cancer, pyoinflammatory complications, postoperative period, forecasting

© В.Л. Коробка, Р.Е. Громыко
УДК: 616.617 – 089.844

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО МОЧЕТОЧНИКОВО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА НА ДРЕНАЖЕ

В.Л. Коробка^{1,2}, Р.Е. Громыко²

¹Ростовский государственный медицинский университет

²Ростовская областная клиническая больница

Онкологические и другие заболевания ободочной кишки нередко сопровождаются вовлечением в патологический процесс средней и нижней трети мочеточника, что, по данным литературы, у 4-30% больных требует его резекции с последующей пластикой [1, 3, 4, 6]. У 1-5% больных необходимость пластики мочеточника возникает из-за ятрогенного повреждения при операциях на органах малого таза (гинекологических вмешательствах) или при опухолях мочеточниково-пузырного сегмента, которые встречаются не более чем у 2% онкоурологических больных [4, 5].

В настоящее время с целью восстановления анатомической и функциональной целостности мочеточника общепризнанной является кишечная пластика [2, 7]. Как и при прочих реконструктивных операциях на полых органах, методика кишечной пластики мочеточников не лишена таких осложнений, как несостоятельность и рубцевание анастомоза, которые развиваются у 10-20% оперированных больных [4, 7]. Причиной этих осложнений чаще всего являются воспалительные изменения стенки мочеточника из-за нарушения кровообращения, травматизации тканей и сквозных проколов при наложении швов, недостаточная герметичность и механическая прочность соустья. Не менее актуальной проблемой при формировании мочеточниково-кишечного анастомоза является рефлюкс мочи и восходящий пиелонефрит у 26-50% больных, перенесших реконструкцию мочеточниково-пузырного сегмента [8, 9].

Поиск новых способов формирования мочеточниково-кишечных соустьев, надежно профилирующих рефлюкс мочи, являющихся атравматичными, обладающих высокой степенью надежности

Коробка Вячеслав Леонидович, кандидат медицинских наук, директор Центра реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», ассистент кафедры хирургических болезней №4 ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», тел.: 89185584791; e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

Громыко Роман Евгеньевич, врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», тел.: 89185026313; e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

и герметичности, позволит уменьшить количество осложнений и летальность после реконструктивных операций, включающих резекцию и пластику нижней трети мочеточника.

Материал и методы. Нами разработан и применен в клинике способ компрессионного антирефлюксного мочеточниково-тонкокишечного анастомоза на дренаже (приоритетная справка № 2009101826 от 20.01.2009 г., решение о выдаче патента от 4.02.2010 г.), удовлетворяющий вышеперечисленным требованиям. Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения основного объема операции и резекции мочеточника заготавливаем сегмент тонкой кишки длиной 20 см на брыжеечной ножке с питающими сосудами. Изолированный сегмент кишки освобождаем от содержимого, промываем антисептической жидкостью и физиологическим раствором и располагаем в изоперистальтическом направлении по отношению к проксимальному отделу мочеточника. В проксимальную часть мобилизованного мочеточника на глубину 4-5 см вводим силиконовую трубку диаметром, соответствующим внутреннему диаметру мочеточника, и фиксируем его лигатурой. От края тонкокишечного трансплантата, обращенного к мочеточнику, отступаем 3 см и на серозно-мышечный слой кишки накладываем 4 шва-держалки, находящиеся на равном расстоянии друг от друга. Далее на слизистую тонкой кишки со стороны ее просвета на расстоянии 2 см от резецированного края по окружности накладываем кисетный шов, концы нити выводим через прокол стенки наружу (рис. 1а).

Фиксированный к мочеточнику дренаж проводим через кишечный трансплантат и располагаем мочеточник в просвете трансплантата, одновременно формируем инвагинат края кишки, обращенного к мочеточнику, ниже уровня наложенного кисетного шва (рис. 1б). Концы нити кисетного шва завязываем до плотного прижатия инвагинированных стенок кишки к стенкам мочеточника, тем самым формируем компрессионный шов (рис. 1в).

Далее формируем «серозный канал» протяженностью 2 см, который обеспечивает антирефлюксность мочеточниково-тонкокишечного анастомоза. Для этого нитями швов-держалок к адвентициальному слою мочеточника подшиваем серозный слой тонкой кишки. На этом заканчиваем формирование компрессионного антирефлюксного мочеточниково-тонкокишечного анастомоза. Между дистальным отрезком тонкокишечного трансплантата и мочевым пузырем формируем однорядный цисто-энтероанастомоз. Операцию заканчиваем формированием на передней брюшной стенке уретеростомы. Конец силиконового дренажа проводим через прокол передней стенки мочевого пузыря, цистотомическое отверстие герметизируем двумя рядами кисетных швов (рис. 1г).

Результаты и обсуждение. По разработанной нами методике прооперировано 11 больных. У 9 была выполнена операция по поводу различных опухолей ректо-сигмоидного отдела и дистальной части сигмовидной кишки. У 2 больных оперативное вмешательство произвели по поводу диверти-

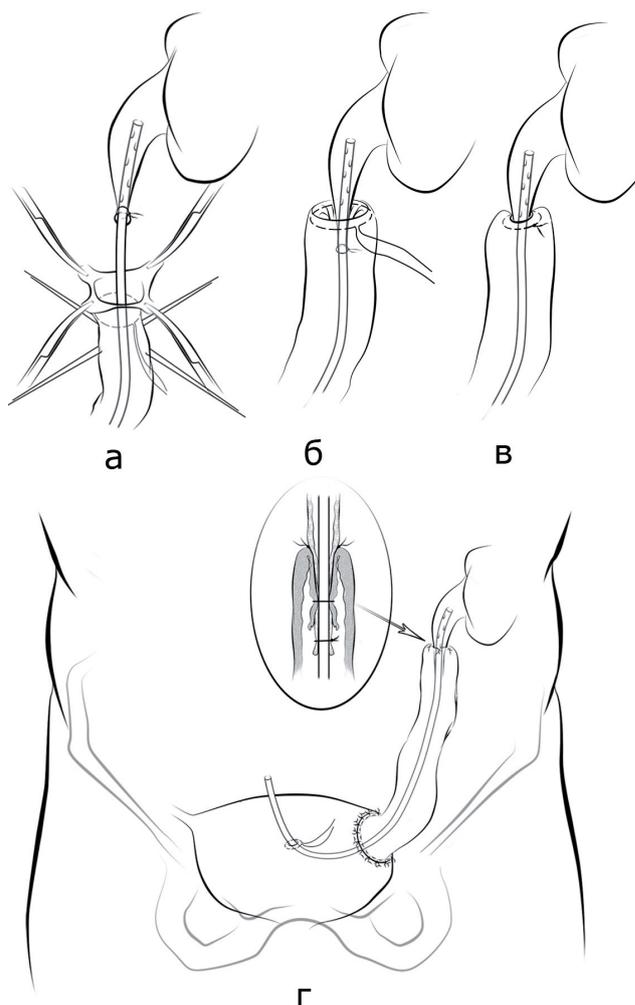


Рис. 1. Этапы формирования компрессионного антирефлюксного мочеточниково-тонкокишечного анастомоза на дренаже.

кулярной болезни толстой кишки, осложнившейся перфорацией дивертикула с формированием воспалительного инфильтрата. Во всех случаях в патологический процесс были вовлечены средняя и нижняя треть мочеточника. Возрастной состав оперированных больных варьировал от 46 до 72 лет: 6 – пожилого возраста (от 60 до 70 лет), 3 – до 60 лет и 2 – старше 70 лет. Мужчин было 8, женщин – 3. По поводу основного заболевания выполняли резецирующие вмешательства с одномоментной межкишечной реконструкцией и тонкокишечной пластикой мочеточника. В двух случаях дополнительно потребовалась пластика задней стенки мочевого пузыря.

Течение послеоперационного периода у всех оперированных больных было гладким. Грубых нарушений в общих клинических и биохимических показателях мы не отметили. Дебет мочи по дренажу реконструированного мочеточника был адекватен инфузионной нагрузке. В течение первых 5-6 суток после операции по страховым дренажам из брюшной полости отмечали поступление скудного (от 50 до 200 мл) отделяемого серозно-геморрагического характера. Признаков несостоятельности и других

осложнений со стороны сформированных соустьев не было. Дренаж мочеточника и дренажи брюшной полости удаляли на 12-20 сутки после нормализации состояния, физиологических отпавлений и выполнения контрольных инструментальных исследований.

Для объективной визуальной оценки состоятельности сформированных соустьев всем больным выполняли экскреторную урографию, ретроградную уретеронефрографию и СК-томографию. Все перечисленные исследования подтвердили состоятельность анастомозов (рис. 2).

В среднем через 1,5 месяца после операции больные повторно были обследованы с целью оценки состояния анастомоза и его арефлюксного механизма. На экскреторных урограммах отмечали свободное поступление контраста по трансплантату мочеточника в мочевой пузырь, при этом у всех больных расширение чашечно-лоханочной системы мы не выявили. При тугом заполнении рентгенконтрастным веществом мочевого пузыря во время ретроградной уретеронефрографии отмечали контрастирование кишечного трансплантата, однако на уровне соустья дальнейшее поступление контраста в мочеточник не отмечено (рис. 3). Клинические проявления пиелонефрита отсутствовали у всех больных.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что технические приемы разработанного способа позволяют формировать надежное компрессионное арефлюксное соустье между мочеточником и кишечным трансплантатом без учета анатомических особенностей, диаметров и толщины стенок сшиваемых органов. Атрауматичность способа и высокая герметичность компрессионного шва, отсутствие сквозных проколов стенки мочеточника и кишки, а также шовного материала в зоне соустья после удаления дренажной трубки обеспечивают минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны анастомоза, что играет важную роль в восстановлении уродинамики, профилактике гидронефроза и восходящего пиелонефрита.

Литература

1. Абдрашитов, Р.Р. Расширенные, комбинированные и сочетанные операции в лечении рака прямой кишки / Р.Р. Абдрашитов, Н.В. Шолин, А.В. Файнштейн, В.И. Гневашев, С.Н. Шерстобитов // Проблемы колопроктологии. Республиканский сборник научных трудов. Под редакцией: академика РАМН, Г.И. Воробьева, д.м.н. И.Л. Халифа, Вып. 17. – М.:ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. – 2000. – С. 249-251.
2. Богданов, В.Г. Пластика мочеточника / В.Г. Богданов, Д.А. Бородкина // Медицина в Кузбассе. – 2008. – №3. – С. 3-9.
3. Бургеле, Т. Риск мочеточничко-пузырных повреждений в хирургии живота и таза / Т. Бургеле, П. Симич. – Бухарест: Медицинское издательство, 1972. – 167 с.
4. Довлатян, А.А. Отдаленные результаты восстановительных операций при ятрогенных повреждениях мочевых путей / А.А. Довлатян, М.А. Рябов // Хирургия. – 2005. – №4. – С. 45-51.
5. Клиническая онкоурология / Под ред. Б. П. Матвеева. – М.:Вердана, 2003. – 718 с.
6. Марков, В.Б. Хирургическое лечение местнораспространенного колоректального рака с вовлечением мочевого пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Б. Марков. – М., 2008. – 28 с.
7. Хинман, Ф. Оперативная урология. Атлас / Ф.Хинман. – М.:Гэотар-Мед, 2003. – 1192 с.
8. Hohenfellner, R. Refluxing ureterointestinal anastomosis for continent cutaneous urinary diversion / R. Hohenfellner, P. Black, J. Leissner, E.P. Allhoff // J. Urol. – 2002. – Vol. 168. – P. 1013-1017.
9. Studer, U.E. Antireflux nipples or afferent tubular segments in 70 patients with ileal low pressure bladder substitutes: long-term results of a prospective randomized trial / U.E. Studer, H. Danuser, G.N. Thalmann [et al.] // J. Urol. – 1996. – Vol. 156. – P. 1913-1917.

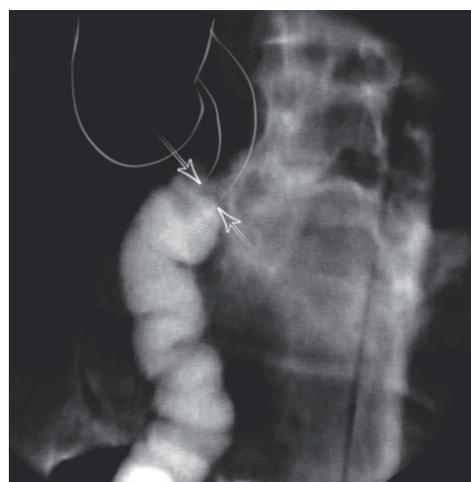
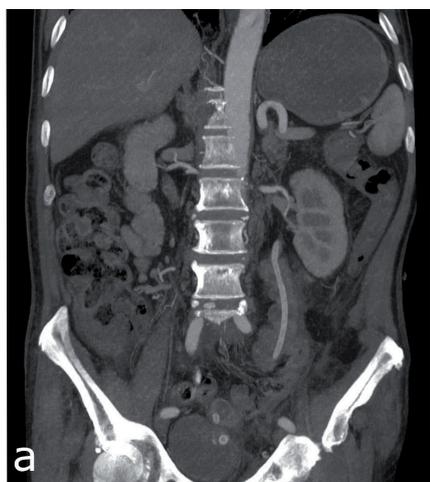


Рис. 2. Оценка состоятельности соустьев.
 а – компьютерная томография органов брюшной полости (зона реконструкции) – 16 сутки после операции;
 б – экскреторная урография – 12 сутки после операции.

Рис. 3. Ретроградная уретеронефрография (1 месяц после операции).

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО МОЧЕТОЧНИКОВО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА НА ДРЕНАЖЕ

В.А. КОРОБКА, Р.Е. ГРОМЫКО

Целью исследования явилось улучшение результатов операции тонкокишечной пластики мочеточника посредством применения разработанного способа формирования компрессионного антирефлюксного мочеточниково-тонкокишечного анастомоза на дренаже. По оригинальной методике оперировано 11 больных. Результаты клинических исследований подтвердили надежность компрессионного анастомоза, высокую герметичность компрессионного шва, минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны анастомоза, что надежно профилактирует рубцевание соустья и, как следствие, снижает риск развития гидронефроза и восходящего пиелонефрита в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: мочеточниковый анастомоз, пластика мочеточника

A NEW METHOD OF COMPRESSIVE ANTIREFLUX URETEROINTESTINAL ANASTOMOSIS WITH DRAINAGE FORMATION

KOROBKA V.L., GROMYKO R.E.

The aim of the study was to improve the results of the intestinal plasty of ureter by the method of the compressive antireflux ureterointestinal anastomosis with drainage. 11 patients were treated using the above proprietary design. The results obtained in the study have confirmed the reliability of hermetically sealed compressive anastomosis, minimal inflammation in the tissues and smooth healing of the anastomosis, which reduces the risk of hydronephrosis and ascending pyelonephritis in the postoperative period.

Key words: urethral anastomosis, ureter plasty

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.71-001.5-089.84:616.717.4

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИА.Э. Апагуни¹, С.В. Арзуманов¹, А.А. Воротников¹, М.И. Ульянченко²¹Ставропольская государственная медицинская академия²МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя»

Частота переломов диафиза плечевой кости остается сегодня стабильной, составляя 3-4% от всех переломов костей скелета и до 13,5% от всех переломов длинных трубчатых костей [2,3,5].

Переломы диафиза плечевой кости часто встречаются в трудоспособном возрасте и, как правило, являются следствием высокоэнергетической травмы. Консервативные методы лечения переломов диафиза плечевой кости не отвечают современным требованиям. Переломы плечевой кости при поли-травме по характеру чаще бывают оскольчатыми, сложными для фиксации, и многие предложенные

в прошлом конструкции не обеспечивали достаточной фиксации для раннего функционального ведения больного [4,7].

В последние годы отмечается стойкая тенденция к расширению показаний к оперативному лечению переломов данной локализации. Однако, несмотря на широкое внедрение в практическую травматологию и ортопедию новых высокотехнологичных методов остеосинтеза, результаты лечения переломов этой локализации, по данным разных авторов, оказываются неудовлетворительными у 3,3-45% больных, что во многом связано с ростом числа тяжелых повреждений как компонента поли-травмы, сопутствующих снижению прочностных свойств костной ткани [6,7].

Цель работы: изучить анатомо-функциональные исходы оперативного лечения больных с переломами диафиза плечевой кости с использованием пластин с угловой стабильностью винтов и блокируемых интрамедуллярных стержней.

Материал и методы. За период с 2005 по 2009 год в травматолого-ортопедическом отделении №1 ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» и травматологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя» нами пролечено 36 паци-

Апагуни Артур Эдуардович, доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ СтГМА, тел.: (8652)729281; e-mail: artuni@yandex.ru.

Арзуманов Саркис Владимирович, врач травматолог-ортопед МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя», соискатель кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ СтГМА, тел.: (8652)729281; 89188663880; e-mail: arz-sarkis1@yandex.ru.

Воротников Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ СтГМА, тел.: 89188070938, (8652)323309.

Ульянченко Максим Иванович, врач травматолог-ортопед МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя», тел.: (8652)729281; e-mail: Maxim.ulyanchenko130@yandex.ru.