

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА

З.А. Аханзарипов, А.О. Момынкулов, К.Т. Турсунов, К.Н. Надиров, Д.Ф. Карталова
Казахский национальный медицинский университет,
Алматы, Республика Казахстан

Среди поздних осложнений операций на брюшной полости у детей своей частотой выделяется спаечная кишечная непроходимость. Публикации об осложнениях после резекции кишки весьма скудны. Тем не менее, А.Н. Смирнов (1981 г.) отмечает развитие таких осложнений, как синдром «слепого мешка» и сужение анастомоза в 5,8% случаев.

Под нашим наблюдением находилось и проведено обследование 120 больных, перенесших резекцию кишечника в клиниках детской хирургии Казахского Национального медицинского университета и Семипалатинской Государственной медицинской академии за 1970 – 2008 годы. Катамнестические наблюдения проводились в сроки от 4 месяцев до 15 лет после операции. Из 120 больных у 23 были выявлены различные осложнения, потребовавшие хирургической коррекции.

Синдром «слепого мешка» выявлен в 10 случаях (8,4%). Сроки возникновения осложнений колеблются от 4 мес. до 15 лет. Анастомоз «бок в бок» был использован при соединении отрезков тонкой кишки у 6, толстой – у 2 детей. В 2 случаях тонкотолстокишечного соустья анастомоз накладывался по типу «конец в бок».

Из 120 детей у 10 развилась спаечная кишечная непроходимость, у 3-х – сужение анастомоза с явлениями илеуса. Ведущей причиной кишечной непроходимости являлся массивный адгезивный процесс, обусловивший деформацию петель кишки и образование конгломерата в зоне соустья. Сужение анастомоза возникло при применении многорядного шва для наложения анастомоза в условиях узости просвета кишки у детей.

У 10 больных с синдромом «слепого мешка» оперативному вмешательству подвергнуто 8 больных. У 5 больных операция заключалась в резекции анастомоза, несущего «слепой мешок» и наложении нового соустья по типу «конец в конец» (у 4 детей) и «конец в бок» (у 1 ребенка), у 3 больных – в иссечении «слепых мешков». Анализ операционного материала показывает, что в формировании «слепых мешков» из заглушенных концов кишки значение имеет не только и не столько фактор роста кишечной трубки, сколько, и главным образом, нарушение технологии выполнения анастомоза.

Таким образом, методом выбора при формировании тонкокишечного анастомоза должно быть соустье типа «конец в конец», тонкотолстокишечного «конец в бок».

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Г.М. Барнаш, С.В. Минаев, А.П. Ксенофонтова
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

К настоящему времени установлено, что любая травма, хирургическое вмешательство или анестезиологическое пособие сопровождается угнетением иммунитета. Определение степени иммунодефицита, а также факторов и механизмов, приводящих к развитию местных и системных осложнений, является чрезвычайно важным для правильного ведения больных в послеоперационном периоде.

Проведенное мультицентровое исследование детей с хирургической патологией показало, что характеристики, связанные с оперативным вмешательством и послеоперационным их ведением, более важны, чем те, которые связаны с физиологическим состоянием пациентов (Манграм А.Д. и соавт., 2003). То есть меры профилактики хирургической инфекции и послеоперационных осложнений в детской хирургической практике являются чрезвычайно актуальными и обеспечивают хороший результат лечения.

Целью работы было определение цитокинового статуса у детей с острой хирургической патологией в абдоминальной хирургии.

Исследование проводили у 16 больных в возрасте 10-14 лет с острым флегмонозным аппендицитом, находящихся на лечении в детском хирургическом отделении КДКБ г. Ставрополя. Забор крови производили перед операцией, через 3 и 7 суток после операции. Для определения фактора некроза опухолей (ФНО- α), интерлейкинов-2, 4 и 6 (IL-2, IL-4, IL-6) применяли наборы реагентов ООО «Протеиновый контур» (г.С-Петербург) для постановки твердофазного иммуноферментного метода. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев.

Проведенное нами исследование выявило различную активацию и экспрессию медиаторов воспаления в крови. Показатели цитокинового статуса по сравнению со здоровыми добровольцами выявили у больных детей наличие достоверного повышения уровня провоспалительного (IL-2 до $466,5 \pm 46,9$ пкг/мл ($p < 0,01$)) и противовоспалительного цитокинов (IL-4 до $27,3 \pm 4,1$ пкг/мл ($p < 0,05$)). Уровень ФНО- α был достоверно снижен ($p < 0,05$) до $10,0 \pm 7,5$ пкг/мл. Со стороны IL-6 значимой динамики между больными детьми при поступлении и здоровыми не отмечалось. Исследование динамики уровня медиаторов воспаления в послеоперационном периоде выявило максимальное повышение концентрации исследуемых провоспалительных цитокинов к 3-м суткам после оперативного вмешательства. К 7-м суткам послеоперационного периода происходило значимое повышение уровня противовоспалительного цитокина IL-4 с одновременным снижением уровня провоспалительных медиаторов.

Таким образом, определение уровней медиаторов воспаления в крови представляют собой значимые критерии в прогнозировании развития осложнений послеоперационного периода, а также позволяют контролировать течение воспалительного и спаечного процесса при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.