

гинекологический анамнез имели 80% родильниц. Гинекологические заболевания имели в прошлом 66,7% женщин. У 73,3 % больных диагностирована экстрагенитальная инфекция (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, ОРЗ). Воспалительные заболевания половой сферы (бактериальный вагиноз, трихомониаз), имели место в 20% наблюдаемых случаев. Осложнения при беременности и в родах отмечены у всех родильниц: гестоз (13,3%), многоводие (6,7%), антенатальная гибель плода (6,7%), дородовое излитие околоплодных вод (60,0%), раннее послеродовое кровотечение (6,7%). Кесарево сечение проводилось 6 роже-ницам из-за преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, отсутствия эффекта от родовозбуждения при дородовом излитии околоплодных вод и поперечного положения плода. Начало инфекционно-воспалительного заболевания было отмечено с 3 суток послеродового периода у 26,7% родильниц, на 6 – у 33,3%, на 7-10 – у 20,0% и на 12 сутки у 20,0%. Жалобы на боли в животе были у 66,7% больных; слабость и общее недомогание – у 53,3%; вздутие живота выявлено у 46,7%, ознобы – у 53,3%; тошнота и рвота наблюдалась у 40,0%; жидкий стул – у 20,0%. Головная боль отмечена у 6,7% больных, одышка – у 20,0%.

Степень тяжести и форма заболевания оценивались по данным клиники (повышение температуры тела, субинволюция матки, патологический характер лохий), УЗИ на аппарате LOGIQ 100 PRO. При анализе истории родов нами были выявлены ошибки тактики ведения и лечения родильниц с гнойно-септическими заболеваниями: неадекватная антибиотикопрофилактика, недооценка жалоб родильниц, данных параклинических исследований, что явилось причиной поздней диагностики заболевания, а так же нерациональное лечение локальных проявлений послеродовой инфекции, переходящей в генерализованный процесс.

Все пациентки получали традиционную терапию ПЭ. 32 (53,3%) женщинам, которые составили основную группу, на фоне общепринятой терапии проводилась магнитно-ИК-лазерная терапия и в/в введение 1,5% раствора реамберина. Уже после 1-й процедуры 90% женщин отмечали улучшение самочувствия. У 83% женщин после 1-й процедуры купировался болевой синдром, у остальных – со 2 процедуры. По окончании курса квантовой терапии проводилось УЗИ. Статистически достоверно снижалось до нормы число лейкоцитов, уменьшалась СОЭ. У родильниц после проведенной терапии отмечалось достоверное повышение γ -ИФН с $44,2 \pm 10,8$ до $108,4 \pm 1,3$ МЕ и α -ИФН с $134,0 \pm 8,2$ до $167,5 \pm 1,3$ МЕ в сравнении с группой больных, получавших традиционное противовоспалительное лечение. Отмечалась тенденция к росту уровня общих Т-клеток и нормализации В-клеток, усиление начальной фагоцитарной активности с $55,2 \pm 0,3$ до $75,0 \pm 2,4$ и фагоцитарного числа с $1,4 \pm 0,1$ до $3,3 \pm 0,1$.

Таблица

Показатели иммунного и интерферонового статуса

Показатели	До лечения	После лечения
Сыв. ИФН (МЕ)	$5,5 \pm 1,8$	$6,4 \pm 0,3$
α -ИФН (МЕ)	$134,0 \pm 8,2$	$167,5 \pm 1,3$
γ -ИФН (МЕ)	$44,2 \pm 10,2$	$108,4 \pm 1,3$
Т-общие (%)	$40,2 \pm 0,5$	$50,3 \pm 1,1$
В-клетки (%)	$25,4 \pm 0,6$	$28,4 \pm 1,5$
Т-хелперы (%)	$25,3 \pm 0,8$	$30,0 \pm 7,5$
Т-супрессоры (%)	$23,4 \pm 0,7$	$27,2 \pm 1,7$
ФА %	$55,2 \pm 0,3$	$75,0 \pm 2,4$
Ф.Ч.	$1,4 \pm 0,1$	$3,3 \pm 0,1$

У родильниц с ПЭ на 2-й день увеличивалось содержание ИЛ-8 ($p < 0,05$) и ФНО- α ($p < 0,001$), отличаясь от показателя родильниц без патологического процесса соответственно в 1,4 и в 1,5 раза. Применение квантовой терапии позволило избежать кюретажа полости матки и сократить пребывание в стационаре. В контроле у 60% женщин проводилось выскабливание стенок полости матки при необходимости в смене антибиотиков и удлинении срока лечения в стационаре.

Лечение ПЭ более полноценно при лазеротерапии и в/в введении антиоксиданта реамберина.

Литература

1. Антонова Л.В. и др. // Тез. докл.: Дисбактериозы и аутофагии. – М., 1996. – С. 3.
2. Берляев И.В. Состояние микрорекосистемы влагалища у беременных и ее роль при инфекционной патологии в акушерской практике: Дис. ... докт. мед. наук. – СПб. – 2001.

3. Воронова С.И. // Вест. асс. акушер-гинекол. – 2000. – №1. – С. 50–54.
4. Горин В.С. и др. // Акуш и гин. – 2001. – №6. – С. 10–14.
5. Еришов Ф.И. и др. Система интерферона в норме и при патологии. – М., 1996. – С. 135–146.
6. Метод. рекомендации по применению аппарата квантовой терапии РИКТА / Под ред. Ю.Б.Хайфеца. – М., 2002. – С. 132.
7. Назарова Е.К. и др. // Клиническая лаб. диагностика. – 2003. – №2. – С. 25–32.

УДК – 616.34+089.86

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШКИ С ОТСРОЧЕННЫМ МЕЖКИШЕЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ И У-ОБРАЗНОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ ЭНТЕРОСТОМОЙ

Б.К.ГИБЕРТ, А.М.МАШКИН, Е.Ю.ЗАЙЦЕВ, И.А.ЛЕЙМАНЧЕНКО*

При выполнении неотложной резекции кишки, причем как тонкой, так и толстой, чтобы избежать риска развития несостоятельности анастомоза, часто возникают показания для формирования концевой энтеростомы [1, 4]. После устранения угрозы для жизни больного (тяжелая травма, перитонит) появляется необходимость выполнения восстановительной операции, которая заключается в устранении кишечного свища и наложении межкишечного анастомоза, наличие которого всегда таит риск несостоятельности. В этой связи восстановительная операция откладывается на срок от 6 месяцев до 1 года [2, 5]. Наличие в арсенале хирурга метода отсроченного кишечного анастомоза с приводящей энтеростомой позволяет избежать формирования соустья при выполнении операции по поводу кишечного свища, поскольку оно уже существует [2, 4, 5]. Этот факт позволил пересмотреть сроки выполнения восстановительных операций.

Материалы и методы. 75 пациентам была выполнена операция, направленная на устранение приводящей концевой энтеростомы. 32 (43%) пациента имели колостому, у 43 (57%) был свищ тонкой кишки. У всех у них во время первичной операции был сформирован отсроченный межкишечный компрессионный анастомоз никелидотитановым устройством при экстренной резекции кишечника. В анализируемой группе пациентов с кишечными свищами преобладали лица мужского пола ($65,3 \pm 5,5\%$). Возраст пациентов с колостомой подвергнутых оперативному устранению свища чаще был в пределах от 61 до 70 лет ($40,6 \pm 8,7$) и от 51 до 60 лет ($34,4 \pm 8,4\%$), в отличие от пациентов с тонкокишечными стомами, здесь основная масса больных приходилась на возраст до 50 лет – $48,8 \pm 7,6\%$. Объясняется эта закономерность тем, что с возрастом увеличивается число лиц с онкологической патологией, в частности, больных осложненным раком ободочной кишки. В то время как тонкокишечные свищи с у-образными анастомозами чаще формировали по поводу не онкологических заболеваний. Операции закрытия кишечного свища при наличии межкишечного анастомоза осуществляли посредством резекции петли тонкой кишки несущей свищ. Резекцию петли несущей свищ выполняли из локального доступа за исключением одного больного, когда устранение свища тонкой кишки, сопровождалось срединной лапаротомией в связи с необходимостью ревизии брюшной полости для поиска и вскрытия абсцесса.

Иссечение энтеростомического канала и мобилизацию петли несущей свищ осуществляли традиционным способом. Следует отметить, что выделение кишки необходимо выполнять до тех пор, пока не будет визуализирована область межкишечного анастомоза. После чего в 4 см от соустья выполняли резекцию тонкой кишки при помощи аппарата УО-40 и перитонизировали линию механического скрепленного шва серозно-мышечным сетчатым швом. Локальную рану передней брюшной стенки ушивали послойно. При устранении толстокишечной концевой стомы после неотложной резекции ободочной кишки половине пациентов применили внебрюшинный способ. Выбор такого метода являлся предпочтительным и зависел от данных фистулографии и фистулоскопии. Если расстояние до толсто-толстокишечного анастомоза от поверхности кожи было ≤ 10 см, а длина стомального канала была достаточной для выполнения резекции петли

* 625024, Г.Тюмень, ул. Одесская, ТюмГМА, 54. тел: 8-3452-20-23-13

несущей свищ в пределах передней брюшной стенки, то отдавали предпочтение именно внебрюшинной ликвидации свища.

Для статистической проверки гипотез о наличии либо отсутствии различий в группах использовали критерий Манна – Уитни при сравнении числовых данных в двух независимых группах. Для проверки гипотез при сравнении качественных (категориальных) данных между двумя и тремя независимыми группами – критерий χ^2 Пирсона. Разницу между группами считали достоверной если $p \leq 0,05$, где p – % ошибок. Для изучения статистической взаимосвязи признаков использовали параметрический корреляционный анализ Спирмена. Использовали классификацию силы корреляции в зависимости от значения коэффициента корреляции r : $r \leq 0,25$ – слабая корреляция; $0,25 < r < 0,75$ – умеренная корреляция; $r \geq 0,75$ – сильная корреляция. Значения достоверности коэффициента корреляции трактовали так: $p < 0,05$ – полученный коэффициент корреляции является достоверным.

Результаты. Среди 32 пациентов, подвергнутых восстановительным операциями по поводу одноствольной колостомы с отсроченным межкишечным анастомозом, наложенным во время первичной операции, летальных исходов не было. Это связано с отсутствием необходимости во время операции наиболее опасного этапа операции, с точки зрения возможности развития несостоятельности швов – формирования толстокишечного соустья. Все осложнения обусловлены развитием гнойного воспаления подкожной жировой клетчатки в области доступа, их было 4 (12,5±3,5%) (табл. 1). Что касается 43 случаев закрытия концевых тонкокишечных свищей после неотложной резекции кишечника, то летальных исходов не было, но у 3 больных была несостоятельность швов ушитой культи тонкой кишки (7±2,6%), а у 8 (18,6±6,1%) развилось нагноение подкожной жировой клетчатки.

Несостоятельность швов культи ушитой кишки развилась у лиц преклонного возраста (все >70 лет). Оперированы они были по поводу мезентериального тромбоза с гангреной кишечника в условиях разлитого гнойного перитонита. У всех троих больных были выполнены обширные резекции тонкой кишки, а у одной еще и правосторонняя гемиколэктомия, таким образом, у всех у них были высокие приводящие тонкокишечные свищи, с дебитом до 700 мл в сутки, несмотря на наличие анастомоза. Длина приводящей петли от связи Трейца до кожи у них была 50 см и короче. После купирования перитонита, стабилизации состояния, то есть через 14-16 суток после первичной операции и через 7-10 суток после последней санации и ушивания раны передней брюшной стенки у всех возникли явления дерматита вокруг стомы. Развитие синдрома короткого кишечника, наличие высокого тонкокишечного свища, прогрессирующий дерматит были показаниями к раннему (до 14 суток) закрытию энтеростом.

Таблица 1.

Характер и частота послеоперационных осложнений после реконструктивных операций после неотложной У-образной энтеростомии с отсроченным межкишечным анастомозом

Характер осложнения	Число наблюдений	$P \pm m, \%$	Умерло
Закрытие колостомы (n=32)			
Нагноение подкожной жировой клетчатки	4	12,5±3,5	0
Закрытие тонкокишечной стомы (n=43)			
Нагноение подкожной жировой клетчатки	8	18,6±6,1	0
Несостоятельность швов ушитой культи тонкой кишки	3	7±2,6	0

Клиника несостоятельности швов ушитой культи протекала однотипно. На 7-8 сутки послеоперационного периода наблюдалась боль в области операции и лихорадка, нарастал лейкоцитоз. Выполнение ультразвукового исследования зоны операции позволяло выявить наличие жидкости в брюшной полости в проекции доступа. После снятия швов с операционной раны вскрывался абсцесс брюшной полости, появлялось кишечное отделяемое. В дальнейшем формировался тонкокишечный свищ, открывающийся в гнойную рану. Тактика по отношению к этим больным была оперативной. Операции по устранению свища, открывающегося в гнойную рану, выполняли в течение 2 дней после вскрытия абсцесса. Отдельным доступом вне гнойной раны, куда открывался свищ, вскрывали брюшную полость, выделяли петлю кишки, несущую свищ и пресекали ее, используя аппарат НЖКА, линии механического шва перитонизировали кисетным швом (операция выключения петли несущей свищ). В дальнейшем у

всех пациентов происходило быстрое купирование явлений дерматита, гнойная рана очищалась и эпителизовалась. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии со слизистыми тонкокишечными свищами. Срок выполнения оперативного вмешательства зависел от вида кишечного свища, его уровня, дебита отделяемого по свищу и общесоматического статуса больного.

Толстокишечные свищи с У-образным анастомозом формировали по неотложным показаниям, зачастую в условиях декомпенсации кишечной непроходимости, сопровождающуюся тяжелыми обменными нарушениями и опухолевой интоксикацией, поэтому мы не торопились выполнять операцию, направленную на устранение свища. На такой подход влияло еще и то обстоятельство, что все пациенты имели после первичной операции самостоятельный стул естественным путем и минимальное отделяемое по колостоме. Большинство пациентов оперировано в срок между 3 и 5 месяцами после первичной операции (табл. 2).

Трехмесячный срок является оптимальным для решения вопроса об оперативном вмешательстве у пациентов с колостомами при наличии межкишечного анастомоза, именно в течение этого срока происходит купирование воспалительных изменений в брюшной полости после первичной операции, что создает благоприятные условия для заживления кишечного шва. Выполнение более ранних вмешательств (менее 3 месяцев) было инициировано самими больными, поскольку колостома причиняла им физические страдания, так как была сформирована в правом или левом подреберье (2 больных), и также имела параколостомическая грыжа (1 пациент). У четырех больных устранение колостомы было произведено при наличии установленных отдаленных метастазов в печень и парааортальные лимфоузлы.

Таблица 2

Сроки реконструктивных вмешательств у пациентов с колостомами

Срок вмешательства после первичной операции	Число пациентов (n=32)
2-3 месяца	3
3-5 месяцев	21
5-6 месяцев	1
6-7 месяцев	7

Срок устранения тонкокишечных свищей зависел, прежде всего, от высоты свища, дебита отделяемого по нему и наличия мацерации кожи вокруг энтеростомы. 30 больных были оперированы через 14-20 суток после первичной операции и 13 в промежутке между 30 и 60 сутками. В отличие от пациентов с толстокишечными свищами при тонкокишечных мы чаще использовали практику закрытия свища, не выписывая больного из стационара, поскольку даже при наличии отделяемого не более 200 мл нередко возникал дерматит вокруг стомального отверстия. Сроки закрытия энтеростомы позднее 30 суток (11 больных) после первой операции были обусловлены возможностью надежной обтурации кишечного свища при помощи катетера Фолея, либо вообще отсутствием отделяемого (табл. 3).

Таблица 3

Сроки реконструктивных вмешательств у пациентов с тонкокишечными свищами

Срок вмешательства после первичной операции	Число пациентов (n=43)
14-20 суток	30
21-30 суток	2
31-60 суток	11

Двоим пациентам устранение энтеростом, было выполнено во время неотложных операций позднее 30 суток.

Для определения оптимального срока закрытия энтеростом, с учетом того, что в этой группе наблюдали большее число случаев несостоятельности ушитой культи кишки, выполнен анализ осложнений в зависимости от срока выполнения реконструкции.

Закрытие энтеростомы у 11 (25,6%) больных сопровождалось осложненным послеоперационным периодом (рис.). Все осложнения: у 3 пациентов несостоятельность ушитой культи тонкой кишки, а у 8 – нагноение подкожной жировой клетчатки, развились при сроках операции от 14 до 20 суток после последнего вмешательства. Во временной промежуток от 21 суток и до 60 осложнений после восстановительных операций по поводу У-образных энтеростом с межкишечным соустьем не было. Изучение результатов корреляционного анализа сроков реконструкций и возникновением осложнений после закрытия тонкокишечных

выявил отрицательную зависимость между этими параметрами, при достоверном ($p < 0,05$) коэффициенте корреляции Спирмэна равном 0,4. Другими словами, увеличение срока прошедшего после последней операции достоверно уменьшает вероятность возникновения осложнений при реконструктивных операциях после неотложной резекции тонкой кишки. Это свидетельствует о необходимости считать оптимальным сроком закрытия тонкокишечного свища 21 сутки и позднее. Выполнение операций в сроки от 14 до 21 суток должно быть обосновано следующим – это, как правило, касается высоких тонкокишечных свищей – прогрессирование парастомального дерматита вследствие неэффективности обтурации свища.

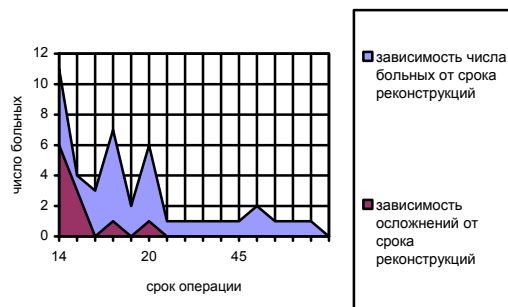


Рис. Осложнения в зависимости от срока восстановительной операции

При изучении результатов корреляционного анализа осложнений и сроков операции при закрытии толстокишечных свищей не выявил достоверной линейной зависимости между этими параметрами. Таким образом, здесь напрашивается вывод о том, что срок выполнения операции закрытия колостомы позднее двух месяцев не влияет на вероятность развития осложнений.

Выводы. Использование при неотложной резекции кишки У-образной энтеростомии с отсроченным компрессионным анастомозом позволяет унифицировать реконструктивный этап, выполнять его из локального доступа, выполняя резекцию петли несущей свищ, не формируя во время вмешательства анастомоз, устраняя тем самым риск его несостоятельности. Оптимальным сроком для устранения толстокишечного свища является период от 2 до 3 месяцев после последнего вмешательства. Закрытие тонкокишечного свища необходимо стремиться выполнить в срок не ранее 21 суток после последней операции, поскольку риск развития осложнений наиболее высок именно до 21 суток.

Литература

1. Кныш В.И. и др. // Хир.– 1990.– № 12.– С. 61–62.
2. Рудин Э.П. // Хир. 1983.– №3.– С. 70–74.
3. Тихонов И.А. и др. // Хир.–2002.– №12.– С. 64–47.
4. Geldere D. et al. // J Am Coll Surg.– 2002.– Vol. 194, №1.– P. 40–45.
5. Stumpf M. et al. // Surgery.– 2005.– Vol. 137, №2.– P. 229.

УДК 611.18:616-003.93:616.3-089.8

МОРФОГЕНЕЗ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ СФОРМИРОВАННЫХ РУЧНЫМ ЛИГАТУРНЫМ И КОМПРЕССИОННЫМ СПОСОБАМИ

О.А. МОЛОКОВА, А.Н. РОБАК*

Одной из основных проблем хирургии является надежность анастомоза, которая во многом зависит от качества формирующегося в зоне соустья соединительно-тканного рубца. Наиболее доступным и часто применяемым способом соединения органов после гастрэктомии является одно- или двухрядный лигатурный шов.

Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов, сформированных таким способом, составляет 2-10%, а летальность от этого осложнения достигает 45% [3, 4]. Часто встречаются такие послеоперационные осложнения, как рубцовые стриктуры анастомозов, анастомозиты, пептические язвы соустьев, требующие длительного консервативного лечения, а нередко –

повторной операции [11, 13]. В патогенезе развития послеоперационных осложнений пищеводных анастомозов лежит комплекс неблагоприятных факторов, главным среди которых является несовершенство техники формирования анастомоза [10, 12]. На сегодняшний день самым совершенным способом соединения тканей в хирургии пищеварительного тракта является компрессионный шов. Он характеризуется отсутствием инородных включений по линии шва соустья, идеальным гемостазом, низкой микробной проницаемостью и, как следствие, заживление его протекает по типу первичного натяжения [5, 11, 12].

Цель исследования – изучение особенностей заживления компрессионных и ручных пищеводно-желудочных анастомозов.

Материал и методы. В работе использовано устройство КЦА – аппарат для формирования компрессионных циркулярных анастомозов (патент РФ № 2208400 от 20.07.03 г.) (рис. 1).

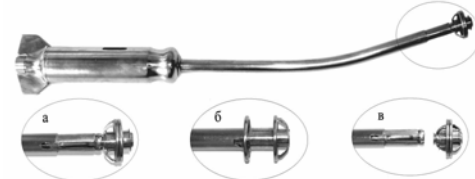


Рис. 1. Аппарат КЦА: а – рабочая головка присоединена к аппарату; б – рабочая головка приведена в рабочее состояние; в – рабочая головка отсоединена от аппарата.

Для проведения оценки качества формируемого аппаратом пищевода соустья, в сравнении с традиционным способом, было проведено экспериментальное исследование на 36 половозрелых беспородных собаках. Опыт проводился с соблюдением требований приказа Минздрава СССР № 176 от 12.08.1977, международных принципов Хельсинкской декларации о гуманном отношении к животным, «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных». Получено одобрение от этического комитета Тюменской ГМА от 12.09. 04 г.

В 1-й группе формировался внутриплевральный пищеводно-желудочный анастомоз лигатурным двухрядным швом, во второй группе – компрессионный пищеводно-желудочный анастомоз разработанным аппаратом. Животные выводились из эксперимента на 1, 3, 7, 14, 21, 30, 45, 60-е сутки после операции. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Сканирующая электронная микроскопия выполнена на сканирующем электронном микроскопе GSM-840 с компьютерной обработкой INCA-кадрирование. Ширина диастаза и язвенный дефект слизистой оболочки измерялись в мм при растровой электронной микроскопии. Состав клеточного воспалительного инфильтрата с подсчетом нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов, фибробластов, фиброцитов, плазматических клеток (в %) проводился в 10 полях зрения с каждого микропрепарата при увеличении микроскопа $\times 630$. Определение ширины рубца велось при растровой электронной микроскопии в мкм. Цифровые данные подвергали статистической обработке с применением метода вариационной статистики. Оценка достоверности результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента и Уилкоксона.

Результаты. Послеоперационный период после наложения анастомоза является восстановительным периодом, в который развиваются стандартные изменения, характеризующиеся стабильностью и временной протяженностью. Они проявляются чередованием патологических, регенераторных и компенсаторных процессов. Анализ материала выявил, что закономерности морфогенеза пищеводно-желудочного анастомоза соответствуют закономерностям морфогенеза кишечных анастомозов [1, 8, 10].

Диастаз слизистых оболочек и язвенный дефект при формировании ручного анастомоза был больше, чем при компрессионном способе (рис. 2). В обоих случаях язвенный дефект сформировался на 3-и сутки. При компрессионном анастомозе на 7-е сутки размеры язвы уменьшились, что свидетельствовало о репаративной регенерации эпителиальных пластов. Закрытие язвенного дефекта осуществлялось эпителиями обоих анастомозируемых органов. Более активно пролиферировал многослойный плоский неороговевающий эпителий пищевода, который быстрее замещал язвенный дефект и начинал дифференцироваться.

В компрессионном анастомозе полная эпителизация выявлена на 14-е сутки, в ручном – на 21-е сутки (рис. 3).

* Областная клиническая больница, 640000, г. Курган, ул. Томина, д. 63, телефон 8 (352) 42-18-20, 8 (352) 43-17-49