

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней № 2

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
Тел. +7-918-5004229. E-mail: groshilin@yandex.ru

Проведен анализ результатов хирургического лечения 30 пациентов, перенесших операции по восстановлению непрерывности кишечника после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Выработан алгоритм определения сроков и способа операций по восстановлению непрерывности толстой кишки. Установлено приоритетное значение в выборе лечебной тактики длины и функционального состояния постколостомической культи, изменений ее микрофлоры, а также функции ректального запирающего аппарата. Полученные результаты (93,3% благоприятных исходов при отсутствии осложнений) позволяют рекомендовать предложенную тактику (включая методы профилактики несостоятельности анастомоза и трансанальной декомпрессии кишечника) для широкого практического внедрения.

Ключевые слова: толстая кишка, обструктивная резекция, колостома, диверсионный колит.

V. S. GROSHILIN, M. I. SULTANMURADOV, A. D. HARAGEZOV, N. A. PETRENKO

THE POSSIBILITIES OF CORRECTING THE RESULTS OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AFTER OBSTRUCTIVE RESECTIONS OF A LARGE INTESTINE

Department № 2 surgical diseases the Rostov state medical university,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky str., 29. Tel. +7-918-5004229. E-mail: groshilin@yandex.ru

The analysis of surgical treatment results at 30 patients who had operations on restoring the intestines continuity after obstructive resections of distal segments of a large intestine has been carried out (operations of Gartman type). The algorithm of defining the timeframes and way of operations on restoring large intestine continuity has been developed. The priority value in the choice of length and functional condition of a postcolostomic stump medical tactics, changes of its microflora, as well as function of the rectal locking apparatus has been established. The obtained results (93,3% of favorable outcomes without complications) allow to recommend the offered tactics (including preventive methods of anastomosis incompetence and transanal decompression of the intestines) for wide practical applying.

Key words: a large intestine, an obstructive resection, colostoma, diversionary colitis.

Введение

Высокая распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки при осложненном раке и дивертикулёзе толстой кишки, ожогах, травмах, аномалиях развития не имеет тенденции к снижению [1, 5]. При этом наиболее частым вмешательством в настоящее время является операция Гартмана, которая часто проводится пациентам трудоспособного возраста [1, 3, 6, 7, 9]. Частота ее выполнения при осложненном течении патологии толстой кишки колеблется от 37% до 62% [7, 8, 9]. По оценке ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, число стомированных больных в России составляет от 100 до 120 тысяч, из них 38,2–50,8% – лица трудоспособного возраста [3, 8].

Известно, что восстановление непрерывности кишечника после операции типа Гартмана относится к травматичным и сложным операциям, что связано с массивным спаечным процессом и техническими трудностями выделения культи толстой кишки (особенно при короткой, менее 10 см, культе) из окружающих тканей [1, 4, 9]. Сохраняющаяся высокой частота послеоперационных осложнений требует коррекции методов их профилактики [2, 4, 6]. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6–20%, нагноение послеоперационной раны – 26–40%, а летальность в среднем состав-

ляет 5,2%. Большинство хирургов связывают развитие осложнений с особенностями кишечных швов и анастомозов [3, 9], однако широкое внедрение различных типов механических швов не изменило ситуацию [7].

Цель исследования – улучшить результаты реконструктивно-восстановительного хирургического лечения стомированных больных после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана), выявить основные причины послеоперационных осложнений и определить пути их комплексной профилактики.

Методика исследования

Проведен мультифакторный анализ результатов хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 30 пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении клиники РостГМУ в 2008–2013 гг., перенесших реконструктивные оперативные вмешательства, направленные на восстановление непрерывности кишечной трубки после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Возраст больных составлял от 25 до 72 лет (в среднем 48,9 года), соотношение мужчин и женщин – 1,31/1. Сроки, прошедшие после выполнения первичной операции, варьировали в пределах

от 1,5 до 4 месяцев (в среднем 2,6 месяца). В ходе обследования и послеоперационного мониторинга пациентов использованы традиционные лабораторные методики (с обязательной количественной оценкой электролитных показателей, определением уровня белковых фракций крови, анализом гематологических индексов – лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса адаптации (СПНР) в динамике), микробиологические (анализ микрофлоры приводящей и отключенной кишки), ультрасонографические, эндоскопические исследования. При длине культи менее 10 см выполнялись комплексная аноректальная манометрия и электромиография.

При восстановительных операциях применяли наложение механических анастомозов «конец в конец» (циркулярными аппаратами размерами от 29 до 33). Превентивная проксимальная колостома нами не накладывалась. Выбор технологии послеоперационного ведения осуществлялся индивидуально на основании разработанного алгоритма определения вероятности осложнений и послеоперационного прогноза.

Результаты исследования

Предоперационное эндоскопическое обследование культи толстой кишки с биопсией слизистой показало, что в 27 наблюдениях (90%) выявлены признаки диверсионного проктита и проктосигмоидита (подтвержденного морфологически). Выраженность диверсионного проктита широко варьировала в зависимости от длины культи, сроков, прошедших после обструктивной резекции, и наличия в анамнезе антибиотикотерапии. Полученные данные соответствуют результатам микробиологических исследований, выявивших в отключенной кишке значимые количественные и качественные изменения микробной флоры. Выявленные изменения в совокупности с объективной оценкой функционального состояния ободочной кишки и общесоматического статуса пациентов дали основание индивидуально варьировать предоперационную подготовку и методы послеоперационной профилактики гнойно-септических осложнений, у 22 пациентов применены методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутриспросветной санации антисептиками.

Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма и методик послеоперационной профилактики гнойно-септических осложнений позволило избежать развития ранней несостоятельности толстокишечных анастомозов в исследуемой группе больных. Однако в одном наблюдении (3,3%) отмечено формирование наружного свища зоны анастомоза вследствие его негерметичности. Трубочный свищ удалось «закрыть» консервативными мерами, достигнуто выздоровление пациента. Кроме того, однократно спустя 4 месяца выявлено рубцовое сужение анастомоза с ограничением просвета до 4–5 мм, потребовавшее выполнения повторной операции. У 28 пациентов (93,3%) при отсутствии послеоперационных осложнений в отдаленные сроки констатированы хорошие функциональные результаты при нормализации частоты и ритма дефекаций (при мониторинге не менее 6 месяцев).

Установлено, что тщательный отбор пациентов для восстановительной операции, полноценное обследование, точное определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомиче-

ческой культи, приводящего участка толстой кишки, планирование на дооперационном этапе хирургической тактики восстановления непрерывности толстой кишки позволяют улучшить непосредственные результаты восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана. Данные результаты достигнуты за счет варьирования сроков восстановительной операции, метода наложения анастомоза и способов профилактики его несостоятельности, в зависимости от выраженности диверсионного колита и степени дисбиотических изменений в постколостомической культе.

Обсуждение

При определении сроков и способа выполнения операций по восстановлению непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции ведущее значение имеют данные о функциональном состоянии культи толстой кишки, ее протяженности, характере изменений микрофлоры постколостомической культи и функции запирающего аппарата прямой кишки. Полученные результаты (93,3% благоприятных исходов при отсутствии жалоб и клинически выраженной дисфункции кишки) позволяют рекомендовать предложенный алгоритм в лечебную практику при восстановлении непрерывности толстой кишки после обструктивных резекций. Полученные сведения по распространенности и выраженности диверсионного проктита и проктосигмоидита указывают на необходимость комплексной предоперационной подготовки культи толстой кишки. Применение способов трансанальной декомпрессии и санации зоны анастомозов является эффективным методом профилактики их несостоятельности, однако показания и техника выполнения декомпрессии нуждаются в доработке и индивидуальном обосновании.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воленко А. В., Рудин Э. П., Андреев Ю. В.* Причины послеоперационных осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки после операции Гартмана // Стационаро-замещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – М., 2011. – № 3–4 (43–44). – С. 12–13.
2. *Воленко А. В., Рудин Э. П., Куприков С. В., Андреев Ю. В.* Осложнения после хирургических вмешательств на толстой кишке: характер, частота и их зависимость от методики кишечного шва // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – Иркутск, 2011. – № 4 (80), часть 2. – С. 25–28.
3. *Воробьев Г. И., Зикас В. С., Павалькис Д. К.* Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям // Хирургия – 2001. – № 3. – С. 93–95.
4. *Дарвин В. В., Ильканич А. Я.* Сроки выполнения восстановительных операций у стомированных больных: возможно ли их сокращение? // Научная конференция с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. – М., 2005. – С. 205–207.
5. *Кукош В. И., Кукош М. В., Разумовский Н. К., Грекова Н. С.* Реконструктивные операции на толстой кишке // Сб. тезисов «Актуальные вопросы современной хирургии». – М., 2000. – С. 178–179.
6. *Манихас Г. М., Каливо Э. А., Фридман М. Х., Оршанский Р. Н.* Хирургическая реабилитация колостомированных больных // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. Современные технологии в онкологии. – Ростов-на-Дону, 2005. – Т. 1. – С. 281–282.
7. *Марышев А. А., Архипин С. Н., Мурадян В. Ф., Николаева Е. М., Казначеев М. Ю.* Реконструктивно-восстановительные

операции на толстой кишке // Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием – Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 358–359.

8. Мельник В. М., Пойда А. И. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке // Анналы хирургии. – 2002. – № 5. – С. 11–16.

9. Тимербулатов В. М., Афанасьев С. Н., Гайнутдинов Ф. М., Мехдиев Д. И., Галимов О. В., Куляпин А. В., Галлямов А. Х. Хирургическая реабилитация больных со стомами // Колопроктология. – 2004. – № 1 (7). – С. 3–6.

Поступила 20.02.2013

С. Е. ГУМЕНЮК, Р. А. БАТЧАЕВА, М. В. ПЕРКОВ, А. Г. ГРИГОРЬЕВ

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru

Обследованы 132 больных желчекаменной болезнью в возрасте от 29 до 77 лет. У 63 (47,7%) больных с желчекаменной болезнью выявлены клинические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани. У 24,8% больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани обнаружены разнообразные аномалии формы или положения желчного пузыря, что может способствовать появлению билиарного сладжа и конкрементов в желчном пузыре и являться одним из вариантов развития желчекаменной болезни. В ходе исследования определены наиболее специфичные признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных с желчекаменной болезнью, а также установлен высокий риск развития сопутствующей хирургической патологии, что объясняется системностью поражения соединительной ткани.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, желчекаменная болезнь.

S. E. GUMENYUK, R. A. BATCHAEVA, M. V. PERKS, A. G. GRIGORYEV

FEATURES OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE AGAINST THE BACKGROUND OF THE ACCOMPANYING UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Department of surgery of pediatric and stomatological faculties state budgetary educational institution of higher professional education «The Kuban state medical university»,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 89284113596. E-mail: rbatchaeva@mail.ru

The study included 132 patients with gallstone disease at the age of 29 to 77 years. In 63 (47,7%) patients with cholelithiasis clinical signs of undifferentiated connective tissue dysplasia. In 24,8% of patients with undifferentiated connective tissue dysplasia detected various anomalies of the shape or position of the gall bladder, which could spark bilirubin sludge and stones in the gall bladder and one of the options for the development of cholelithiasis. The study identified the most specific features of undifferentiated connective tissue dysplasia in patients with cholelithiasis and has higher risk of concomitant surgical pathology, due to systemic connective tissue.

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, cholelithiasis.

Введение

В последние десятилетия желчекаменная болезнь (ЖКБ) приобрела характер эпидемии и занимает одну из лидирующих позиций среди заболеваний населения в экономически развитых странах, а холецистэктомия является вторым по частоте (после аппендэктомии) хирургическим вмешательством. В России данное заболевание выявляется у 13–20% населения, причем женщины страдают в 5 раз чаще, чем мужчины. Билиарная патология является чрезвычайно распространенной и среди детей – до 5% [1, 2, 7].

В настоящее время высказываются мнения о том, что желчекаменная болезнь встречается в сочетании с другими внутренними и внешними аномалиями тканей, органов и систем. В частности, у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [5, 6, 8].

ДСТ – это полиорганная и полисистемная патология с прогрессирующим течением, в основе которой лежит аномалия тканевой структуры, которая проявляется уменьшением содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани [3, 4].

ДСТ подразделяют на дифференцированные и недифференцированные формы. Дифференцированная ДСТ достаточно изучена и характеризуется определенным типом наследования, отчетливо очерченной клинической картиной, а в ряде случаев установленным и хорошо изученным генным или биохимическим дефектом. Наиболее распространенные заболевания из этой группы – синдром Марфана, 10 типов синдрома Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, синдром гипермобильности суставов и синдром вялой кожи. Недифференцированная ДСТ (НДСТ) – это не единая