

яния вегетативной нервной системы отражает высокий уровень напряжения гомеостатических механизмов, направленных в дородовом периоде на обеспечение равновесия в системе «мать-плод», а в послеродовом – на ликвидацию физиологических последствий родового акта и восстановления гомеостаза в организме родильницы на качественно новом функциональном уровне. Наиболее выраженная суточная флуктуация индекса централизации у родильниц свидетельствует о том, что в ранний послеродовой период в этой группе интенсивность перестроечных и адаптационных процессов достигает высокого уровня.

Таким образом, учет циркадианной динамики функционального состояния вегетативной нервной системы беременных и родильниц является важным аспектом мониторинга и создает предпосылки для научно обоснованной коррекции режима сна и бодрствования беременных и родильниц в раннем перинатальном периоде. Измерение температуры в биологически активных точках в перинатальном периоде позволяет получить дополнительную информацию о перестроечных процессах в вегетативном обеспечении беременных и родильниц.

Список литературы

1. Шлык Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов: Монография – Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2009.- 255 с.
2. Дедов Д., Иванов А., Эльгардт И. Предикторы рецидива фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией // Врач.- 2011. - №5. - С. 83-85.
3. Клещенко С.А., Флейшман А.Н. Прогнозирование осложнений беременности на основе изучения вариабельности ритма сердца матери // Бюллетень Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук.- 2006.- №3.- С. 52-59.
4. Захаров И.С. Прогнозирование и коррекция адаптационных нарушений в группе риска позднего гестоза на основе кардиоинтервалографии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Барнаул, 2003.- 21 с.
5. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
6. Хаспекова Н.Б. Регуляция вариабельности ритма сердца у здоровых и больных с психогенной и органической патологией мозга: Дис. ... д-ра мед.наук.- М.: ИВНД, 1996.-236 с.

УДК 611.3

А.С. Безбородов, Д.В. Назарова, В.В. Плотников
Тюменская государственная медицинская академия

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У НОСИТЕЛЕЙ КОЛОСТОМ

Аннотация. Реконструктивно-восстановительные операции должны быть выполнены при радикальном лечении заболеваний ободочной кишки с максимальным сохранением функциональных отделов. Основной

этап операции - выполнение субтотальной резекции толстой кишки с поворотом на 180° и формирование асцендоректального циркулярного компрессионного анастомоза устройством из никелида титана. Данное устройство предназначено для формирования соустья на любом уровне ободочной кишки.

Ключевые слова: субтотальная резекция ободочной кишки, поворот толстой кишки на 180°, асцендоректальный циркулярный компрессионный анастомоз, никелид титан.

A.S. Bezborodov, D.V. Nazarova, V.V. Plotnikov
Tumen State Medical Academy, "Clinical Studies" Department

THE CHOICE OF COLON DISEASES TREATMENT OF COLOSTOMY CARRIERS

Annotation. Reconstructive and restorative operations have to be carried out with radical treatment of colon diseases, with maximum preservation of the functional departments. The main stage of the operation is doing subtotal resection of the colon with the rotation of 180° and the formation of ascendo rectal anastomosis device of NiTi. This device is intended for the formation of the anastomosis at any level of the colon.

Key words: subtotal resection of the colon, the colon turn 180°, ascendo rectal circular compression anastomosis, nickel titanium.

Хирургическое лечение ряда заболеваний ободочной кишки нередко завершается выведением стомы. Колостома инвалидизирует больного, создает массу неудобств как в личной жизни, так и в профессиональном отношении. В последние десятилетия в России идет неуклонный рост количества стомированных больных. По данным ВОЗ, число стомированных больных на 100000 населения составляет около 170 человек. Поэтому операции по восстановлению непрерывности толстой кишки имеют очень важное значение в настоящее время. Необходимо помнить, что простое выполнение восстановления проходимости на ободочной кишке может не дать желаемого результата. Это возникает тогда, когда происходит удаление наиболее «активных» в функциональном отношении илеоцекального и ампулярного отделов толстой кишки. Утрата данных отделов приводит к возникновению патологических синдромов, таких как диарея, рефлюкс илеит, воспаление терминального отдела подвздошной кишки. Выполнение реконструктивных операций в ряде случаев встречает на своем пути значительные трудности, такие как короткая культя прямой кишки, выраженный спаечный процесс в малом тазу, вовлечение в воспалительный процесс других органов, различные заболевания ободочной кишки: дивертикулярная болезнь, осложненная дивертикулитом, а также протяженность патологического процесса. Поэтому даже при радикальном лечении заболеваний толстой кишки реконструктивно-восстановительные операции должны быть выполнены с максимальным сохранением

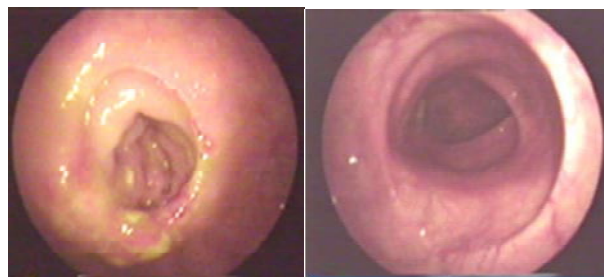
ем функциональных отделов. При реконструктивных операциях, направленных на улучшение качества жизни больного, крайне важным является применение того или иного вида шва при восстановлении проходимости ободочной кишки.

С 1995 года на базе колопроктологического отделения Курганской областной больницы было разработано устройство для наложения компрессионных анастомозов. Данное устройство предназначено для формирования анастомозов на любом уровне ободочной кишки. В настоящее время мы отдаем предпочтение в использовании устройств из TiNi для формирования компрессионных анастомозов при выполнении реконструктивно-восстановительных операций.

В колопроктологическом отделении Курганской областной клинической больницы за период с 1987 по 2009г. проведено 22 реконструктивно-восстановительных операции с выполнением субтотальной резекции толстой кишки с применением компрессионного шва аппаратами АКА-2 и УКА. Возраст больных составлял от 18 до 70 лет. Мужчин было 9, женщин 13. Сопутствующими заболеваниями толстой кишки являлись мультифокальный рак, дивертикулез ободочной кишки, болезнь Крона, болезнь Гиршпрунга, стриктуры ранее наложенных анастомозов. Всем больным, на первом этапе была выполнена операция по формированию подвесной «разгрузочной» стомы или операция типа Гартмана для ликвидации причины возникновения того или иного осложнения. Чаще всего этим осложнением была обтурационная непроходимость, реже - перфорация дивертикула. Подготовка больных к операции заключалась в санации культи прямой кишки, подготовке проксимальных отделов ободочной кишки, лечении сопутствующих заболеваний. Вторым этапом была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с формированием асцендоректального анастомоза. Операции выполняли по общепринятой методике. После лапаротомии производили резекцию пораженного отдела толстой кишки. Во время операции хирург, сопоставляя результаты предоперационного обследования толстой кишки и интраоперационные данные, определяет уровень, на котором возможно наложить толстокишечное соустье. Далее мобилизовали дистальную культю и затем приступали к формированию колоректального анастомоза. При невозможности наложить анастомоз между анастомозируемыми участками ободочной кишки выполняли мобилизацию на всем протяжении проксимального отдела, при этом важным критерием было состояние архитектоники сосудов и длина брыжейки ободочной кишки. После мобилизации выполняли поворот восходящей ободочной кишки на 180° с формированием асцендоректального циркулярного компрессионного анастомоза устройством из никелида титана. Учитывая вышеперечисленные особенности, соустья формировались на разных уровнях восходящего отдела ободочной кишки.

Интраоперационные осложнения встретились у 5 больных. В большинстве случаев это был выраженный спаечный процесс, значительно осложнявший процесс выполнения операции. У 2 больных при рас-

сечении спаек и выделении петель произошло десекционирование тонкой и толстой кишки. В 1 случае при выделении культи прямой кишки был вскрыт абсцесс. Ранний послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнений не было. Среднее время эвакуации УКА было $10,86 \pm 0,66$ суток. Отдаленные результаты операций были изучены у 10 больных в сроки от 6 мес. до 2-х лет. Больные обследовались в условиях стационара. Критериями оценки результатов операции были клинические, рентгенологические (ирригоскопия, ЯМР, КТ), эндоскопические (ФКС) данные.



а б
Рис. 1. Зона асцендоректального анастомоза:
а - 20 суток после операции; б - анастомоз ч/з 10 месяцев

Всем больным выполнена RRS, 5 больным дополнительно проведена ФКС. Всем больным проведена ирригоскопия по двойной методике контрастирования. 5 больным выполнено КТ или ЯМР. При изучении рентгенологической и эндоскопической картины анастомозов линию соединения визуально определить не удалось, деформаций и стриктур не было. Рецидивов заболеваний, по поводу которых выполнена субтотальная резекция, не наблюдалось.

Таким образом, одномоментное восстановление непрерывности кишечника при наличии сопутствующих заболеваний ободочной кишки, которые вынуждают хирургов выполнять субтотальные резекции толстой кишки с созданием компрессионных анастомозов устройствами и аппаратами из никелида титана, является операцией выбора.

Список литературы

1. Александров В.Б., Сухов Б.С., Корнев Л.В. Реконструктивные операции на толстой кишке. - Киев.
2. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Понсе Прадо А.О. и др. Операция Микулича в случаях осложненного рака ободочной кишки // Украинский журнал хирургии. – 2009. - № 4.
3. Бойков С.А. Современный подход к выполнению повторных реконструктивных вмешательств при раке левой половины ободочной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-н/Д., 2005. - 24 с.
4. Малихов А.Г. Выбор вида хирургического вмешательства и обоснование его объема при раке ободочной кишки // Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина.-М.
5. Малихов А.Г. Основные этапы развития хирургических методов лечения рака ободочной кишки и общие принципы выполнения оперативных вмешательств. - М., 2010.
6. Гончаров И.В. Профилактика гнойно-септических осложнений при реконструктивно-восстановительных операциях по поводу рака ободочной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-н/Д., 2004. - 19 с.

7. Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки // *Здоровье Украины*. – 2009. – № 21/1. – С. 44-45.
8. Плотников В.В. Разработка и применение компрессионного циркулярного шва при операциях на ободочной и прямой кишке: Экспериментально-клиническое исследование: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2001. – 40 с.
9. Сафронов Д.В. Двухэтапная хирургическая реабилитация больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2004. – 22 с.
10. Современный подход к выполнению реконструктивного этапа оперативного лечения рака дистальных отделов ободочной и прямой кишки // *Изв. высш. учеб. зав. Сев.-Кавк. регион. Естеств. науки. Прил.* – 2005. – № 2. – С. 72-77.
11. Шеянов С.Д. Дифференцированная тактика при повреждениях ободочной кишки с использованием прецизионной хирургической техники: клинико-эксперим. исслед.: Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1996. – 300 с.

УДК 611.3

Д.В. Назарова, А.С. Безбородов, А.А. Власов, В.В. Плотников
Тюменская государственная медицинская академия

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАСТОМОЗОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ВЫПОЛНЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ У ЖИВОТНЫХ

Аннотация. Эксперимент на животных с формированием различных видов толстокишечных анастомозов показал преимущества морфологических и функциональных качеств компрессионного и прецизионного швов. Анастомозы, сформированные подобным образом, не отстают в относительном росте от увеличения просвета кишечной трубки.

Ключевые слова: толстокишечные анастомозы, морфологические качества, компрессионный шов, прецизионный шов.

D.V. Nazarova, A.S. Bezborodov, A.A. Vlasov, V.V. Plotnikov
Tumen State Medical Academy, "Clinical Studies" Department

EXPERIMENTAL ESTIMATE OF LARGE INTESTINE ANASTOMOSIS, CARRIED OUT BY VARIOUS TYPES ON ANIMALS

Annotation. Experiment on animals with the formation of various types showed the advantages of morphological and functional qualities of compression and precise seams. Anastomoses formed such ways do not lag behind

in relative growth from increased intestinal lumen tube.

Key words: colonic anastomosis, morphological properties, compression seam, precision seam.

Манипуляции на толстой кишке относятся к числу самых ответственных хирургических вмешательств (Шмидтен, 1910), которые обусловлены существованием таких особенностей, как наличие патогенной микрофлоры в содержимом полого органа, отсутствие брыжейки в фиксированных участках ободочной кишки, более тонкий слой мышечной оболочки, отсутствие серозной оболочки прямой кишки. Указанные особенности определяют повышенную требовательность к надежности формирования межкишечных анастомозов с учетом анатомических особенностей различных отделов толстой кишки и адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков. Несостоятельность кишечного шва после операции остается все ещё высокой – 20–68,1% (Каншин Н.Н., 2004; Пророков В.В. и соавт., 2007; Kanellos I. et al., 2004; Chuwa E.W. et al., 2006; Jeng-Kai J. et al., 2006). При развитии перитонита летальность достигает, по мнению разных авторов, до 26% (Федоров В.Д., 1994; Петров В.П. и соавт., 2000; Александров В.Б. и соавт., 2007; Кечеруков А.И. и соавт., 2007; Konishi T. et al., 2006; Wong N.Y. et al., 2006). Новым направлением в решении этой проблемы является разработка и применение устройств, в основе которых лежит использование имплантатов с эффектом «памяти» формы для формирования компрессионных анастомозов.

Нами предпринята попытка изучения различных видов толстокишечных анастомозов в онтогенезе у животных. В качестве экспериментальных животных взяты беспородные разнополые собаки в возрасте 5 месяцев.

Цель: найти оптимальные варианты принудительного соединения стенок полых органов.

Задачи: 1. Выполнить на собаках на базе клиники животных РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова.

2. Экспериментальное исследование провести согласно Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей.

3. Использовать беспородных разнополых собак в возрасте от 5 до 18 месяцев.

4. Выбрать наиболее оптимальные модели соустьев.

5. Провести морфологическое исследование соустьев в процессе их роста.

6. Рентгенологическое исследование.

На сегодняшний день выполнено 24 опыта. В качестве моделей выбраны следующие анастомозы: конце-концевой толстокишечный, конце-концевой тонко-толстокишечный инвагинационный, выполненные компрессионным, прецизионным, традиционным ручным швом. Временные рамки опыта составят 210 суток. Длительность эксперимента определяется сроком достижения животными возраста 18 месяцев, что соответствует наступлению половозрелости и по оценке ветеринаров является эквивалентом возраста человека 21 год. Проведена оценка мор-