



УДК 616.345-089

В.С. Грошин¹, Ю.Л. Набока², М.И. Султанмурадов¹, А.Д. Харагезов¹**МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ
ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА
ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ***Ростовский государственный медицинский университет,**1Кафедра хирургических болезней №2**2Кафедра микробиологии и вирусологии №1**Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский, 29. E-mail: groshilin@yandex.ru*

Цель: улучшить результаты восстановительного оперативного лечения пациентов после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки.

Материалы и методы: выполнен комплексный анализ результатов хирургического лечения 30 пациентов, которым проведены реконструктивные операции по восстановлению непрерывности кишечной трубки после обструктивных резекций (операций типа Гартмана).

Результаты: создан алгоритм выбора методов профилактики несостоятельности колоректальных анастомозов при реконструктивных вмешательствах. Установлено, что выраженность диверсионного колита и функциональных изменений в постколостомической культе взаимосвязаны с ее длиной, выраженностью изменений микрофлоры, а также дисфункции ректального запирающего аппарата. Применение выбранной тактики позволило снизить число послеоперационных осложнений.

Выводы: итоговые результаты (93,3% благоприятных исходов) позволяют рекомендовать предложенный лечебно-диагностический алгоритм (включая методы профилактики несостоятельности анастомоза и трансанальной декомпрессии кишечника) для широкого практического внедрения.

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

V.S. Groshilin¹, YU.L. Naboka², M.I. Sultanmuradov¹, A.D. Haragezov¹**METHODS FOR THE PREVENTION OF INSOLVENCY OF
COLORECTAL ANASTOMOSIS AT RESTORING CONTINUITY
OBSTRUCTIVE BOWEL AFTER RESECTION***Rostov State Medical University**¹Surgical Diseases Department № 2**²Microbiology and Virology Department №1**29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: groshilin@yandex.ru*

Purpose: To improve the results of restorative surgical treatment of patients after obstructive resection of the distal colon.

Materials and methods: 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 Hartmann type).

Results: 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.

Summary: 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

Современные тенденции в развитии колоректальной хирургии, внедрение методов профилактики гнойно-септических осложнений, электрохирургических технологий мобилизации кишки, совершенствование сшивающих аппаратов и инструментария позволяют в значительной мере снизить длительность и травматичность чрезбрюшинных вмешательств на дистальных отделах толстой кишки, а также повысить надежность колоректальных анастомозов. Тем не менее, удельный вес осложнений, связанных с недостаточностью толстокишечных анастомозов остается значительным.

С другой стороны, за последние 10 лет не имела тенденции к снижению и значительная распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки при осложненном раке и дивертикулярной болезни толстой кишки, травматических повреждениях, аномалиях развития [1, 2]. При этом, наиболее широко используемым вмешательством является операция Гартмана, которая чаще всего проводится пациентам активных и трудоспособных возрастных групп [1, 3-6]. Частота использования данного способа при осложненном течении колоректальной патологии колеблется от 37% до 62% [5-7]. По статистике Государственного научного центра колопроктологии Минздрава РФ, число стомированных больных в России составляло от 100 до 120 тысяч, из них 38,2–50,8% - пациенты социально-активных возрастных категорий [3, 7].

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 культи) из окружающих тканей [1, 6, 8]. В рассматриваемом контексте, сохраняющаяся стабильно высокой частота ранних послеоперационных осложнений требует разработки обоснованных методов их профилактики [1, 9]. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6-25%, нагноение послеоперационной раны - 26-40%, летальность, связанная с развитием осложнений, в среднем составляет 5,2%. Основная масса хирургов связывают развитие осложнений с особенностями кишечных швов и анастомозов [3, 6]. Подчеркнем, однако, что широкое внедрение различных типов инструментальных механических швов и модифицированных техник наложения анастомозов не изменило ситуацию [10, 11]. При этом полноценной разносторонней сравнительной оценки способов интра- и послеоперационной профилактики несостоятельности анастомозов не проводилось, а комплексных рекомендаций по определению алгоритма мер профилактики гнойно-септических осложнений при восстановлении непрерывности кишечника после обструктивных резекций его дистальных отделов (операций типа Гартмана) до сих пор не сформировано.

Цель исследования - улучшить результаты восстановительного оперативного лечения стомированных пациентов, перенесших обструктивные резекции дистальных отделов толстой кишки (операции типа Гартмана), а также выявить ведущие причины послеоперационных осложнений и определить пути их комплексной профилактики.

В соответствии с поставленной целью были сформу-

лированы следующие задачи исследования:

По результатам ретроспективного анализа выявить основные факторы риска развития послеоперационных осложнений и несостоятельности колоректальных анастомозов при восстановлении непрерывности кишки после обструктивной резекции.

Оценить распространенность и выраженность диверсионного колита в отключенной культе и значение его для реконструкции, определив возможности купирования воспалительных проявлений.

Охарактеризовать выраженность количественных и качественных изменений микробной флоры в постколостомической культе, обосновав необходимость мероприятий до- и послеоперационной коррекции дисбиотических изменений.

Сравнить эффективность известных способов профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, на основе полученных данных предложить методы их коррекции.

Материалы и методы

Выполнен комплексный мультифакторный анализ непосредственных и отдаленных результатов реконструктивного хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 30 пациентов. Больные исследуемой группы прошли обследование и лечение в отделениях хирургического профиля клиники РостГМУ в 2008-2013 гг., всем пациентам были выполнены реконструктивные операции, направленные на восстановление непрерывности кишечной трубки после предшествующих обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Возраст больных составлял от 25 до 72 лет (в среднем - 48,9 лет), соотношение мужчин и женщин - 1,31/1. Сроки, прошедшие после выполнения первичной операции (обструктивной резекции), варьировали в пределах от 1,5 до 4 месяцев (в среднем - 2,6 месяца). При первичном обследовании и осуществлении 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. Эндоскопическое исследование включало осмотр как постколостомической культи, так и приводящей кишки (через колостому) вне зависимости от нозологии, ставшей первопричиной обструктивной резекции. При длине культи менее 10 см выполнялась комплексная аноректальная манометрия и электромиография. Помимо общепринятых методик, проведены предоперационные полифокальные биопсии слизистой оболочки постколостомической культи, а также микробиологические анализы - посевы для определения количественного и качественного состава микрофлоры (включая анаэробы) из стомированного отрезка и купола заглушенной культи.

При восстановительных операциях использовалось наложение механических анастомозов «конец в бок»



(циркулярными сшивающими аппаратами размерами от 29 до 33). Превентивная проксимальная колостома в описываемых исследованиях не накладывалась. Выбор схемы послеоперационного ведения осуществляли строго индивидуально на основании разработанного алгоритма определения вероятности осложнений и послеоперационного прогноза.

Результаты и обсуждение

Предоперационное эндоскопическое обследование постколостомической культи толстой кишки с прицельной мультифокальной биопсией слизистой оболочки показало, что в 27 наблюдениях (90%) констатированы морфологически подтвержденные признаки наличия диверсионного проктита и проктосигмоидита. Степень выраженности диверсионного проктита широко варьировала в зависимости от длины культи, сроков, прошедших с момента выполнения обструктивной резекции, а также от наличия в анамнезе антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики. Приведенные данные полностью соответствуют полученным результатам микробиологических исследований, обнаруживших в отключенной культе кишки значимые количественные и качественные изменения состава микробной флоры. Отклонения в составе микрофлоры отключенной культи у обследованных пациентов носили сходный характер, трактуются нами как типовые и представляются закономерными. Более того, выраженность дисбиотических изменений в отключенной кишке была прямопропорциональна срокам, прошедшим после выполнения обструктивной резекции. Выявленные изменения, в совокупности с объективной клинической и инструментальной оценкой функционального состояния ободочной кишки и общесоматического статуса пациентов, дали основания индивидуально варьировать предоперационную подготовку и методы интра- и послеоперационной профилактики недостаточности анастомоза, а также гнойно-септических осложнений в целом. При этом у 23 пациентов анализируемой группы, у которых имелись умеренно и резко выраженные эндоскопические и морфологические признаки диверсионного колита, были применены методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутрипросветной санации зоны анастомоза. Внутрипросветная трансанальная декомпрессия кишки и санация межкишечного соустья антисептиками осуществлялись по оригинальной методике с использованием разработанного технического устройства, обеспечивающего дозированную таргетную подачу кишечного антисептика и адекватный его отток (заявка на изобретение, получена приоритетная справка). Выбор антибактериального препарата для внутрипросветной санации осуществляли с учетом результатов микробиологического исследования.

Полученные данные о функциональном состоянии и структурных изменениях постколостомической культи были положены в основу алгоритма выбора лечебной тактики при операциях по восстановлению непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции его дистальных отделов (операций типа Гартмана). Ведущими критериями, определяющими оптимальные сроки проведения восстановительных операций и выбор спо-

соба профилактики несостоятельности колоректального анастомоза, стали длина отключенной культи, наличие и выраженность диверсионного колита, характер дисбиотических изменений в постколостомической культе.

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. Трубчатый 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). Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода составила от 7 до 9 дней (в среднем - 7,43 суток).

Установлено, что тщательный отбор пациентов для восстановительной операции; полноценное обследование, точное определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомической 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 воспалительных изменений в стенке нефункционирующей кишки и возможности программируемой коррекции нарушений состава микрофлоры в постколостомической культе.

Заключение

При определении оптимальных 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, характера 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 внутрипросветной санации зоны анастомозов (в том числе, с исполь-



зованием разработанного и внедренного нами способа) 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. // Стационарнозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – М., 2011. – № 3–4 (43 – 44). – С. 12 – 13.
2. Кукош В.И., Кукош М.В., Разумовский Н.К. и др. Реконструктивные операции на толстой кишке. // Сб. Тезисов «Актуальные вопросы современной хирургии». – М., 2000. – С. 178–179.
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. Манихас Г.М., Каливо Э.А. Фридман М.Х. и др. Хирургическая реабилитация колостомированных больных // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. Современные технологии в онкологии. – Ростов-на-Дону, 2005. – т.1. – С. 281-282.
5. Марышев А.А., Архипин С.Н., Мурадян В.Ф. и др., 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.
6. Тиммербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М. и др. Хирургическая реабилитация больных со стомами // Колопроктология-2004.-№ 1(7).-С. 3-6.
7. Мельник В.М., Пойда А.И. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке // Анналы хирургии. –2002.- № 5.-С. 11-16.
8. 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.
9. Воленко А.В., Рудин Э.П., Куприков С.В. и др. 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.
10. Б.Н. Жуков, В.Р. Исаев, А.А. Чернов Применение сшивающих аппаратов в оперативном лечении больных раком толстой кишки // В сб.: Материалы конференции, посвященной памяти проф. В.И. Кныша. Москва, 26-27 мая 2011. – С. 37.
11. Зиганьшин Р.В. Новая технология создания компрессионного анастомоза в желудочно-кишечной хирургии сверхэластичными имплантатами с памятью формы. Томск, 2000. – 176 с.

ПОСТУПИЛА 02.10.2013

УДК 612.017.1+616-003.266:576.172.6+618.396

З.В. Зенкина, М.Г. Некрасова, В.А. Линде, Н.А. Друккер

РОЛЬ ИЗМЕНЁННОЙ ПРОДУКЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ РЕГУЛЯТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

*Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии
Россия, 344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова 43. E-mail: biochem@rniiap.ru*

Цель: выяснение влияния изменённой продукции биоактивных компонентов на нарушения инвазии трофобласта и, как следствие, развитие преждевременных родов.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 69 беременных, среди которых 48 женщин с угрозой прерывания беременности в I триместре и преждевременными родами и 21 – с физиологической гестацией. Определение содержания гликоделина А, фоллистатина, ИЛ-1 β и ФНО- α в сыворотке крови в I триместре и при преждевременных родах в 34-37 недель осуществляли иммуноферментным методом.

Результаты: выявлен выраженный дисбаланс внутриклеточных биорегуляторов, определяющих нидацию плодного яйца и формирование хориона.

Заключение: высокий уровень ФНО- α обуславливает нарушение концентрации ионов кальция в клетках миометрия, приводящей к инициации преждевременных родов.

Ключевые слова: преждевременные роды, гликоделин А, фоллистатин, ФНО- α .