

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Сардорбек Мамасобир угли Яхъев

Гуломиддин Минходжиевич Ходжиматов

Хабибилло Хамдамович Хамдамов

Азизбек Марибжанович Мамадиев

Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи

yahyoevsardorbek@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Проведено клиническое исследование усовершенствованных методик наложения толстокишечных анастомозов. Проведен анализ результатов лечения 187 больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки. Применение усовершенствованных методик наложения толстокишечных анастомозов существенно улучшило результаты лечения острой непроходимости сигмовидной кишки.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, сигмовидная кишка, хирургическое лечение, толстокишечные анастомозы

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE SIGMOID INTESTINAL OBSTRUCTION

ABSTRACT

This clinical study was carried out on techniques of improved colonic anastomoses. The analysis was conducted results of treatment of 187 patients with acute obstruction of the sigmoid colon. Using the improved techniques of colonic anastomosis have significantly enhanced the results of treatment of acute sigmoid colon obstruction.

Keywords: Acute intestinal obstruction, sigmoid colon, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения острой непроходимости сигмовидной кишки постоянно находится в поле зрения специалистов. Заболевания с острой непроходимостью сигмовидной кишки встречаются у 3,5-4,0% от общего числа хирургических больных. Летальность при этой патологии достигает 18-20% и не имеет тенденции к снижению. (3,5,8). Особые трудности представляет выбор объема и метода оперативного лечения при данной патологии. Большинство исследователей выступают за выполнение паллиативных вмешательств, таких как сигмопексия, мезосигмопликация по Гаген - Торну, операция Гартмана. Однако после паллиативных операций часто наблюдаются рецидивы заболевания (75-91%), а после операционная летальность достигает 30-34%. Отказ от выполнения радикальных операций продиктован в основном старческим и пожилым возрастом пациентов, высокой частотой сопутствующих заболеваний и неподготовленностью кишечника (1,8).

Несмотря на высокий уровень развития оперативной техники, постоянное совершенствование кишечного шва, шовного материала и изучения морфогенеза кишечных соустьев, частота несостоятельности остается высокой (2,4,7).

Провести анализ улучшения результатов хирургического лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки с применением предложенного нами метода наложения манжетной анастомоза по типу конец в конец.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 187 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу острой непроходимости сигмовидной кишки, из них 109 (55,5%) мужчины и 78 (44,5%) женщины. Все больные были оперированы на кафедре хирургических болезней, факультета усовершенствования врачей Андиганского государственного медицинского института.

Для диагностики острой непроходимости сигмовидной кишки больным проводили клинично-лабораторные и инструментальные исследования (рентгенологическое, ультразвуковое исследования и Фиброколоноскопию), а также пробу Цеге - Мантейфеля.

Больные были разделены на две группы. В 1-ю группу (контрольную) вошли 138 больных, перенесших деторзию с сигмопексией – 34 (26,6%),

деторзию с мезосигмопликацией по Гагаен-Торну и сигмопексией -24 (18,8%), резекцию с наложением противоестественного заднего прохода -24 (18,8%).

Во 2-ю группу включены 41 (22,4%) больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки, которым произведена резекция сигмовидной кишки предложенным нами методом наложения манжетная анастомоза по типу конец в конец.

Во время операции большое значение придавали декомпрессии желудочно-кишечного тракта, которую проводили назогастроуденоюнальным зондом, интубацией толстой кишки трубкой. Возможность проведения резекции сигмовидной кишки с наложением анастомоза по предложенной нами методике определяли во время операции. Подавляющее число больных с острой кишечной непроходимостью поступало в лечебное учреждение в среднетяжелом или тяжелом состоянии, сопряжено с высоким риском. Тяжесть течения непроходимости требовала необходимость проведения полноценной предоперационной подготовки короткий промежуток времени. У всех больных, оперированных в экстренном порядке, проводили предоперационную подготовку с коррекцией нарушения обменных процессов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ результатов лечения больных показал, что в контрольной группе из 128 больных, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении АФ РНЦЭМП, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5 (3,9%), эвентрацию органов брюшной полости – у 1 (0,9%), послеоперационная пневмония – у 2 (1,6%), сердечно-легочная недостаточность – у 1 (0,9%), сепсис – у 1 (0,9%). Умер 1 (0,9%) больной вследствие сердечно-легочной недостаточности.

В основной группе, у которых осуществлена резекция с наложением толстокишечная анастомоза по нашей методике, послеоперационных осложнений не наблюдалось. Все они после соответствующего лечения были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты в сроки наблюдения составили от 1 года до 6 лет прослежены у 90 (54,5%) больных, 41 (45,6%) осмотрен амбулаторно, 49 (54,4%) опрошены путём анкетирования.

При осмотре больных в отдаленном периоде после операции обращали внимание на общее состояние, наличие жалоб, анамнестические данные, соблюдение диеты и физическую активность, проводили исследование живота,

а также выясняли регулярность акта дефекации, состояние анастомоза и кишечника, других органов брюшной полости. Больным проводилось исследование крови, УЗИ брюшной полости, ирригография кишечника.

В отдаленном периоде в контрольной группе отличные результаты получены у 15 (19,9%) больных, в основной – у 35 (87,5%) ($p < 0,05$), хорошие – соответственно у 29 (58,8%) и 7 (14,5%), ($p < 0,01$), удовлетворительные результаты были у 17 (29,5%) больных контрольной группы ($p < 0,05$).

Рецидивы наблюдались у 31 (24,2%) больного, перенесшего паллиативные операции по поводу заворота сигмовидной кишки: в том числе в сроки до 6 месяцев – у 10 (32,3%), 7-12 месяцев – у 6 (19,4%), от 13 до 24 месяцев – у 4 (12,9%), спустя 25 и более – у 11 (35,5%).

Из 31 больного один раз по поводу рецидива заворота сигмовидной кишки лечилось 27 (87,1%) больных, дважды оперировались 4 (12,9%).

В основной группе, где выполнялось резекция кишечника с наложенные толстокишечного анастомоза по нашей методике, отличные результаты получены у 32, хорошие – у 5 больных.

Согласно результатам проведенных морфологических исследований в эксперименте на собаках с моделированием предложенного нами метода наложения манжетного анастомоза по типу конец в конец, было установлено, что непрерывный шов с использованием викрила имеет преимущества перед узловыми швами и применением капрона и особенно щёлка. При непрерывном шве поверхность стыка быстрее очищается от детрита и фибрина, с сформированной грануляционной ткани быстрее идут процессы эпителизации с формированием крипт.

Известно, что паллиативные операции имеют один из основных недостатков, высокий процент рецидивов заболевания.

ВЫВОДЫ

Резекция пораженного кишечника с наложением первичного анастомоза по предложенной нами методике наложения манжетного анастомоза по типу конец в конец не приводит к таким осложнениям как несостоятельность швов анастомоза и сужение места анастомоза. В отдаленном периоде благодаря радикальности оперативного вмешательства не возникают рецидивы, не требуется проведения сложного второго этапа операции – восстановления естественного пассажа кишечного содержимого.

REFERENCES

1. Важенин А.В., Маханьков Д.О., Сидельников С.Ю. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью. Хирургия им. Н.И.Пирогова 2007; 4:49-53.
2. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Орзиматов С.К., Бабаханов О.А. Роль энтерального зондового питания в лечении больных острой кишечной непроходимостью. Хирургия Узбекистана 2004;2:32-37.
3. Красильников Д.М., Миннуллин М.М., Фаррахов А.З. и др. Биоэлектрическая активность желудочно-кишечного тракта при острой кишечной непроходимости. Вест хир 2004;163(1):25-27.
4. Наврузов С.Н., Абдужабборов С.Б., Сапаев Д.А. Особенности диагностики и лечения острой послеоперационной кишечной непроходимости при заболеваниях толстой кишки. Меж жури Узбекистана 2003;3:31-33.
5. Наврузов С.Н., Мехмонов Ш.Р., Долимов К.С. Расширенные и комбинированные операции при толстокишечной непроходимости. Бюлассоц врачей Узбекистана 2003;3:20-23.
6. Прохоров Г.П., Сидоров А.В., Шайхелисламова А.О. Двухрядный прецизионный кишечный шов в условиях перитонита и характеристика регенерации межкишечных анастомозов. Анналы хир 2008; 5:59-62.
7. Саламов К.Н., Жученко А.П., Москалев А.И. Выбор метода восстановления естественного пассажа по толстой кишке после операции Гартмана при «короткой» культе прямой кишки. Рос журнал гастроэнтерология и гепатолокопроктология 2001;1:56-61.