

удовлетворительный (периодическое применение слабительных). У 30 (93,75%) пациентов проведенная операция не повлияла на трудоспособность, 2 (6,25%) сменили прежнее место работы. Все 32 (100%) опрошенных рекомендовали бы хирургическое лечение другим больным со схожей исходной симптоматикой.

ВЫВОДЫ. При тщательном отборе пациентов и индивидуальном подходе к объему операции результаты хирургического лечения декомпенсированных форм МТЗ на отдаленных сроках демонстрируют достаточно высокую эффективность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Каторкин С.Е., Журавлёв А.В.,
Тулупов М.С., Разин А.Н.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В экстренной хирургии операцией выбора является операция Гартмана, частота её выполнения – 37-63%. Среди послеоперационных осложнений – парастомальные грыжи (ПГ) встречаются в 25-40% случаев. Актуальным остаётся вопрос выбора оптимальной тактики восстановления непрерывности кишечника с ликвидацией грыжи, объёме предоперационного обследования и предоперационной подготовки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и ПГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 47 пациентов с колостомой после операции Гартмана в сочетании с ПГ, выявлен низкий процент несостоятельности анастомоза, сокращение времени оперативного вмешательства при аппаратном формировании кишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определены факторы, способствующие развитию ПГ: возраст, ожирение, парастомальные воспалительные осложнения, факторы, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, выведение кишки за пределы прямой мышцы живота, создание широкого канала в мышечно-апоневротическом слое, фиксация брюшины к коже, формирование отверстия в бандаже на уровне стомы в послеоперационном периоде. Частота осложнений и рецидивов при пластике грыжевых ворот синтетическим протезом значительно ниже, чем после пластики местными тканями. С целью снижения количества послеоперационных осложнений целесообразно учитывать наличие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней, степень их компенсации. Требуется включение в предоперационное обследование фиброколоноскопии, ирригографии. Рациональным является привлечение клинического психолога.

ВЫВОДЫ. 1. Причинами развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана являются: несоблюдение техники хирургического пособия, факторы повышения внутрибрюшного давления, воспалительные парастомальные осложнения, погрешности послеоперационного ведения пациента. 2. Анализ результатов хирургического лечения пациентов показал преимущество использования современных сшивающих аппаратов по сравнению с ручным швом. 3. Для оптимизации хирургического лечения пациентов необходимо выполнять одномоментное восстановление целостности кишечника при помощи современ-

ного сшивающего аппарата с наложением превентивной двустольной стомы проксимальнее анастомоза и ликвидацию дефекта апоневроза синтетическим эндопротезом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С.,
Сторожиков Д.А., Наумов А.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота несостоятельности толстокишечного анастомоза может достигать 25% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций, потому что в случае развития несостоятельности анастомоза, не выполняется основная цель операции — ликвидация колостомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Доказать эффективность пенных аэрозолей для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительной колопроктологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В Белгородском региональном колопроктологическом центре в период с 1987 по 2015 гг. выполнено 611 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 186 больных применялись аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, КУГВ, ПLS с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин – 22%, мужчин – 78%. Для подготовки культи прямой кишки, визуализации ее во время операции, проверки герметичности анастомоза и в послеоперационном периоде мы использовали пенные аэрозоли (Сульфодовизоль, Диоксизоль, Гипозоль, Гипозоль-АН), которые обладают антибактериальным, противовоспалительным действием и стимулируют репаративные процессы. А форма лекарственного препарата в виде пены обладает рядом преимуществ, в частности при проверке герметичности анастомоза в случае несостоятельности мы четко видим место дефекта, а при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 2-х больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанная нами программа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительных операциях хорошо зарекомендовала себя и с успехом применяется в отделении с 1987 г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непрохо-

димости, летальность при этом заболевании достигает 50-75%, а количество гнойно-септических осложнений 80%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Попытка выявления признаков некроза кишки на дооперационном этапе на основе анализа клинической картины и анамнеза заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Произведен ретроспективный анализ данных анамнеза, объективного обследования и физиологических параметров 217 больных с кишечной непроходимостью странгуляционного характера, в том числе 131 больного со странгуляционной непроходимостью толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интраоперационно некроз ишемизированного участка кишечника выявлен у 48 (22,1%) пациентов. В результате проведенного анализа установлено, что достоверное влияние на вероятность осложнения оказывают время от начала заболевания и острое начало клинической картины заболевания. Что касается физиологических и биохимических показателей, то к разным генеральным совокупностям две выборки (пациенты с некрозом участка кишки и с жизнеспособной кишкой) можно отнести лишь по таким параметрам как систолическое давление, ЧДД, лейкоцитоз, гематокритное число и лейкоцитарный индекс интоксикации. Далее были определены пограничные значения каждого из этих признаков, при которых вероятность ненаступления гангрены (жизнеспособная кишка) минимальна. Ими оказались: для систолического артериального давления <90 мм рт. ст.; гематокрита ≥ 55 ; лейкоцитоза $\geq 14,0 \times 10^9$; ЛИИ >6,0; ЧДД >22 в 1'. Вероятность (р) ненаступления гангрены при сочетании хотя бы двух вышеуказанных признаков <0,05 кроме сочетания [лейкоцитоз $\geq 14,0 \times 10^9$ + ЛИИ >6,0] – (0,08) и [лейкоцитоз $\geq 14,0 \times 10^9$ + Нт ≥ 55] – (0,057), при сочетании трех и более признаков – (<0,01).

ВЫВОДЫ. Вероятность развития гангренозных изменений сигмовидной кишки при ее завороте повышается при остром начале клинической картины заболевания и возрастает при увеличении времени от начала заболевания. Чаще всего на развитие некротических изменений в сигмовидной кишке указывают тошнота и рвота в начале заболевания снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст., частота дыханий больше 22 в минуту, лейкоцитоз выше $14,0 \times 10^9$, гематокритное число выше 55 и лейкоцитарный индекс интоксикации выше 6,0 расчетных единиц.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С.,
Ибрагимов А.Ю., Пазылова Д.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент,
Узбекистан

ЦЕЛЬЮ настоящей работы было изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 115 больных ВЗК, тотальное поражение, тяжелое течение, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2015 гг. Всем больным проведены тотальная колэктомия

с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол).

– Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые три мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium siccum и Bificolisiccum по 5 доз, соответственно, 3 и 2 раза в день, Bificolisiccum применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «бакстимс». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, и появлению грануляций и т.д. Эффективность классифицировали по трем степеням:

1 – хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры;

2 – удовлетворительный результат – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.;

3 – неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В основной группе из 62 хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5±6,0%) больных, удовлетворительные – у 22 (35,4±6,0). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6±6,7%), удовлетворительные – 29 (54,7±6,8%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизи (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами и роли дисбактериоза в иммунопатологических процессах. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЯЗК, а также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» В ОСТАНОВКЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Озерова О.С., Полторыхина Е.А.,
Веселов В.В., Мтвралашвили Д.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. От общего числа желудочно-кишечных кровотечений на долю кровотечений из толстой