

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Исаяев В.Р., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.

Клиника и кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30-40% трудоспособного населения. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза колостазов. Количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения составляет 27-46%.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования, ирригографии и ультразвукового исследования толстой кишки. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки, ректоанальная манометрия и проктография. С 2010 по 2017 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 66 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 36 (54,5%) пациентам. Женщин – 34 (94,4%), мужчин – 2 (5,6%). Средний возраст – 40,8 лет. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 20. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, сигмо-ректальный – 4, илео-сигмоидный – 20.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 36 прооперированных больных отдаленные результаты лечения прослежены у 34 (94,4%) пациентов. Хорошие результаты лечения отмечены у 22 (64,7%) прооперированных больных. Наличие самостоятельного стула и отсутствие болевого синдрома позволило оценить исход операции как благоприятный. У 8 (23,3%) человек, результаты лечения оценены, как удовлетворительные. Все пациенты отметили уменьшение болевого синдрома, хотя добиться полной нормализации акта дефекации у этих пациентов не удалось. У 4 (12,0%) пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2 (остановлено консервативными методами); рубцовая стриктура анастомоза – 5 (выполнены повторные вмешательства).

ВЫВОД. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронического запора.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Бойжигитов Н.И.

Самаркандский Государственный медицинский институт
2 клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый гнойный парапроктит – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний

прямой кишки. По литературным данным, новорожденные и грудные дети с данным контингентом составили около 60%. Актуальность проблемы обусловлена рецидивами заболевания и необходимостью повторного, иногда длительного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных детей с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Во 2-й клинике Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет пролечен 231 больной от 20-дневного возраста до 1 года с острым парапроктитом. Преобладали мальчики – 136 (59%). Глубоко локализованные гнойники встречались крайне редко, процесс в большинстве случаев протекал по типу подкожного или подслизистого абсцесса – 217 (94%), значительно реже встречалась седалищно-прямокишечная форма – 14 (6%). Других форм острого парапроктита у детей раннего возраста не наблюдалось.

В лечении острого парапроктита принципиально показано хирургическое вмешательство, которое выполняли под местной анестезией. Суть операции состоит, во-первых, во вскрытии и дренировании гнойной полости, во-вторых, в ликвидации внутреннего отверстия, через которое полость гнойника сообщается с прямой кишкой. После эвакуации гноя его полость тщательно промывали антисептическими растворами (фурациллин, декасан), затем накладывали еще гипертоническую повязку, обильно смоченную 10% раствором хлорида натрия. В послеоперационном этапе лечения стремились к нормализации микрофлоры кишечника, для чего проводили заместительную терапию биопрепаратами (бифидумбактерин, лактобактерин), с целью улучшения функционального состояния тонкой кишки использовали панкреатические препараты (панкреатин, панзинорм, креон). Курс применения этих препаратов составляет 5-7 дней. Анализируя результаты, выяснилось, что после проведенного лечения рецидивы в виде параректального свища отмечались у 17 (7%) больных, которые после формирования свищевого хода были устранены путем оперативного вмешательства.

Таким образом, ранняя, правильно выполненная операция и коррекция дисбиотических расстройств кишечника способствует быстрейшему обратному развитию процесса, ограничивает его распространение на клетчаточное пространство таза.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт
Клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Несмотря на многие достижения последних двух десятилетий в диагностике и лечении аноректальных мальформаций, эта патология остается одной из нерешенных проблем в детской хирургии. Частота встречаемых сопутствующих патологий бывает очень высокой (30-60%), во многом это является причиной осложнений и летальности. Ранняя диагностика аномалий и предотвращение их осложнений остается дискуссионным вопросом детской колопроктологии. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности ультразвуковой сонографии (УЗС) в диагностике аноректальных мальформаций.

За период с 2007 по 2016 гг. во 2-й клинике Самаркандского Государственного Медицинского