РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

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

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬЮ исследования являлась оптимизация хирургической тактики у больных с заворотом сигмовидной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были изучены результаты хирургического лечения 66 больных с заворотом сигмовидной кишки, оперированных в экстренном порядке. Пациенты разделены на две группы. Контрольную группу составили 30 (45,4%) пациентов, оперированных традиционными способами. В основную группу вошли 36 пациентов, в лечении которых использовался разработанный в клинике алгоритм и способ резекции сигмовидной кишки при завороте.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Объем хирургического пособия в контрольной группе заключался в лапаротомии, деторсии с мезосигмопластикой – у 16 больных, у 5 пациентов в резекции сигмовидной кишки с двуствольной колостомой, и в 9 случаях – в операции Гартмана. В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 23 (76,7%) больных, погибло 7 (23,3%) пациентов. У 24 (66,7%) больных основной группы с жизнеспособной сигмовидной кишкой произведена ее резекция по разработанному методу – через минидоступ. Из-за спаечного процесса в области малого таза 4 (11,1%) больным не удалось произвести полноценную мобилизацию сигмовидной кишки, в связи, с чем выполнена срединная лапаротомия, и резекция кишки осуществлена через этот доступ. Из-за короткой дистальной культи, обструктивная резекция сигмовидной кишки через минидоступ, после ее разворота и декомпрессии, выполнена у 2 (5,6%) пациентов с нежизнеспособной кишкой. Еще у 4 больных с нежизнеспособной кишкой удалось осуществить резекцию кишки не переходя на срединную лапаротомию. Дистальная культя у них была достаточно мобильна для выведения на переднюю брюшную стенку и формирования частичного внебрюшного анастомоза. После выполнения минидоступа у 2 пациентов выявлены признаки перитонита, в связи с чем осуществлен переход на срединную лапаротомию. Этим больным выполнена операция Гартмана, санация, дренирование брюшной полости. Колостома при этом формировалась в ранее выполненной минилапаротомной ране. В послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 7 (19,4%) больных, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ. Таким образом, наиболее обоснованным оперативным вмешательством при завороте сигмовидной кишки является резекция сигмовидной кишки через мини доступ с наложением «частичного внебрюшного анастомоза». Показаниями к типичной лапаротомии являются наличие перитонита и технические сложности мобилизации через мини доступ.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭВАКУАЦИИ И ДЕРЖАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Козлов В.А., Белоусова С.В.

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение функционального состояния мышц тазового дна у пациенток с синдромом обструктивной дефекации (СОД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование, проведенное в 2015-2016 гг., включены 224 женщины с жалобами на обструктивную дефекацию, не имевших в анамнезе операций на тазовом дне. Средний возраст – 49,4±15,0 лет. Все пациентки соответствовали Римским критериям III функционального запора. Жалобы на недостаточность анального сфинктера (НАС) были у 52 (23,2%). При дефекографии признаки ректоцеле выявлены у 108/224 (48,2%), сочетание ректоцеле и внутренней ректальной инвагинации – у 116/224 (51,8%). Тип функциональных расстройств дефекации (ФРД) устанавливался по манометрии высокого разрешения (HRAM) путем сравнения показателей давления в покое и при натуживании и подтверждался эвакуаторной пробой или увеличением остаточного объема более 20% при дефекографии. Функцию держания оценивали по данным сфинктерометрии и исследования проводимости по половому нерву.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота встречаемости ФРД среди пациенток с СОД составляет 64,7%. Признаки ФРД выявлены у 75/108 (69,4%) у пациенток с ректоцеле и у 70/116 (60,3%) с ректоцеле и инвагинацией. Отсутствовали различия в частоте ФРД у больных с сочетанием ректоцеле с внутренней инвагинацией по сравнению с пациентками, страдавшими только ректоцеле (χ^2=2.028, p=0.154). Диссинергия I типа была выявлена у 93 (64,2%) – среднее давление покоя 65,4±22,6, при натуживании 77,4±26,5 мм рт. ст. Неадекватная пропульсия (II тип) – у 6 (4,1%) – среднее давление покоя 56,5±22,2, при натуживании 56,1,4±23,2 мм рт. ст., интраректальное давление менее 45 мм рт. ст. Диссинергия III типа – у 46 (31,7%) пациенток – давление покоя 62,7±21,3, при натуживании – 59,6±22,8 мм рт. ст. Снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров доказано у 52/224 (23,2%) (среднее давление в покое 33,4±3,6, при волевом сокращении 104,8±29,5 мм рт. ст.), увеличение проводимости по половому нерву более 2,2 мс зарегистрировано у 30/42 (71,4%). Не обнаружено корреляционной связи между ФРД и НАС (к-т Спирмена=-0,01, p=0,88), ФРД и нейропатией n.pudendus (к-т Спирмена=-0,12, p=0,339).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У пациенток с СОД в 64,7% случаев регистрировались ФРД, ослабление функции держания отмечалось 23,2% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТОЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А.[1], Кузьминов А.М.[1], Вышегородцев Д.В.[1], Сухих Г.Т.[2]

[1] *ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих», Москва Россия*
[2] *ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова», Москва, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на то, что в настоящее время накоплен значительный опыт формирования тонкокишечных резервуаров при хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки (САТК), частота ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений сохраняется на достаточно высоком уровне. По-прежнему, существуют различные точки зрения на ряд вопросов хирургической техники.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка результатов применения хирургического метода лечения САТК с рекон-