ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

Кишечные свищи приводят к быстрому истощению, декомпенсации, приносят пациентам не только тяжелые физические, но и моральные страдания, резко ухудшают качество жизни. Образование кишечных свищей связано с прогрессированием гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого была проведена операция, или когда свищ развился в результате возникшей несостоятельности швов анастомоза. Неудовлетворительными остаются результаты лечения больных при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита и сепсиса – 82-100%. Тяжесть осложнений, высокая летальность, отсутствие единого подхода к лечению несформрованных кишечных свищей определяют актуальность данной проблемы.

Значительные потери кишечного содержимого, а вместе с ними электролитов и ферментов быстро приводят к резкому нарушению метаболических процессов (при высоких несформированных кишечных свищах потери кишечного содержимого составляют 4-6 л в сутки, а ежедневная потеря массы тела до 1-2 кг). В этой связи, первоочередной задачей при лечении данных свищей является прекращение потерь содержимого. С целью ускорения самостоятельного заживления свищей внутрикишечная терапия включает применение антиферментов поджелудочной железы, 13% раствор глюкозы, белковые питательные смеси. Мы дополнительно вводили через ирригатор обтуратора 50 мл суспензии препарата Тизоль. При высоких несформированных кишечных свищах проводилось выключение кишечной петли, несущей свищ, с формированием обходного анастомоза; на втором этапе операции ликвидировали кишечный свищ путем резекции несущей его петли кишки. Летальность при несформированных кишечных свищах составила 15,3%.

ВЫВОДЫ. Внутрикишечная терапия, энтеральное питание через ирригатор обтуратора ускоряет заживление кишечных свищей. Активная хирургическая тактика при высоких несформированных кишечных свищах позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДИВЕРСИОННОГО КОЛИТА

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Багишев Р.А.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Стабильно высокой остается частота осложнений раннего послеоперационного периода при восстановительном лечении: нагноение лапаротомной раны – 26-31%; постколостомической раны – 3,8-11,9%; несостоятельность швов толстокишечного анастомоза – 5-27%; а также летальность, связанная с развитием осложнений – 6,7%. Многие авторы считают, что ведущими факторами развития данных проблем являются диверсионный колит и выраженные дисбиотические изменения микрофлоры, как отключенного, так и стомированного участка, нуждающихся в санации, коррекции микробиоценоза и моторно-эвакуаторной активности кишечника. В настоящее время активно используется возможность применения металлокомплексных соединений (препарат Тизоль) в фармакотерапии диверсионного колита. Цель – раннее восстановление непрерывности толстой кишки после операции типа Гартмана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 23 больных с диверсионным колитом, развившимся после операции типа Гартмана. Причинами для проведения оперативного вмешательства были: рак прямой и сигмовидной кишки – 16 (69,3%), дивертикулярная болезнь толстой кишки – 2 (8,6%), травма кишечника – 4 (17,2%), заворот сигмовидной кишки – 1 (4,3%). С целью лечения и профилактики диверсионного колита на фоне базисной фармакотерапии, проводилась внутрипросветная санация отключенных отделов толстой кишки препаратом Тизоль (10 г препарата смешивали с 500 мл воды комнатной температуры, и полученную суспензию с помощью микроклизм, объемом 50 мл вводили в просвет кишечных стом, 2 раза в день). Перед указанной процедурой назначалась очистительная клизма, объемом 150 мл, один раз в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение препарата Тизоль на фоне базисной фармакотерапии позволило избежать ранних гнойно-септических осложнений после восстановительных операций. Однако у 1 оперированного больного отмечено нагноение лапаротомной раны. Таким образом, основной мерой профилактики колита отключенной кишки, ее нефункционирующих отделов, является внутрипросветная санация препаратом Тизоль, коррекция нарушений состава микрофлоры в постколостомической культе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение рекомендованного алгоритма лечения диверсионного колита позволило снизить процент осложнений реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Ибатуллин А.А.,[1] Тимербулатов М.В.,[1] Гайнутдинов Ф.М.,[1] Куляпин А.В.,[2] Аитова Л.Р.[1], Суфияров Р.Р.[2]

[1] *Башкирский государственный медицинский университет*

[2] *Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии ГКБ № 21 оперировано 18 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Во всех случаях первым этапом выполнялась лапароскопическая колэктомия с выведением одноствольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния в плановом порядке вторым этапом выполнялась лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и резервуаро-анальным анастомозом с превентивной илеостомой по Торнболлу (14 больных). Третий этап хирургического лечения включал внутрибрюшное закрытие стомы (9 больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность пер-