

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАЛОЖЕНИЕ И ЛИКВИДАЦИИ КОЛОСТОМ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.М. МАМАДИЕВ, Г.М. ХОДЖИМАТОВ

Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ТАЖРИБАДА СИГМАСИМОН ИЧАК ТУТИЛИШИДА КОЛОСТОМА УРНАТИШ ВА УНИ БАРТАРАФ ЭТИШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

А.М. МАМАДИЕВ, Г.М. ХОДЖИМАТОВ

Андижон Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон шаҳри

IMPROVEMENT RESULTS OVERLAPPING AND LIQUIDATION COLOSTOMY AT THE OBSTRUCTION OF THE SIGMOID COLON IN THE EXPERIMENT

A.M. MAMADIEV, G.M. HODJIMATOV

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

Сигмасимон ичак тутулишида колостома ўрнатиш ва уни бартараф этишининг ушбу мақола муаллифлари томонидан таклиф қилинаётган усули самарадорлиги тажрибада ўрганилган. Колостома шакллантиришининг ва уни бартараф этишининг такомиллашган услубини қўллаш натижасида сигмасимон ичакнинг ўткир тутулишини хирургик даволаш натижалари сезиларли яхшиланганлиги кўрсатилган.

Калит сўзлар: ўткир ичак тутулиши, сигмасимон ичак, хирургик даво, колостомалар.

Experimental investigate of upgrade methods of suture of overlapping and liquidation colostomy. Experimental investigate was fulfilled on the 32 mongrels. Application of improved methods of suture of large overlapping and liquidation colostomy has improved results of treatment acute obstruction of sigmoid colon.

Keywords: Acute intestinal obstruction, sigmoid colon, surgeon treatment, colostomy.

Проблема лечения острой непроходимости сигмовидной кишки постоянно находится в поле зрения специалистов. Острая непроходимость сигмовидной кишки встречается 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 послеоперационная летальность достигает 30-34%. Отказ от выполнения радикальных операций продиктован в основном старческим и пожилым возрастом пациентов, наличием сопутствующих заболеваний и неподготовленностью кишечника, высоким процентом осложнений и высокой летальностью после радикальных операций [11-13].

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

Цель. Разработать новые методы наложения и ликвидации колостом у собак в эксперименте.

Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено за 32 беспородных собаках обоего пола массой 15-20 кг. профилактика несостоятельности швов и повышение надежности толстокишечного анастомоза, облегчение реконструктивно-восстановительных операций. После выполнения лапаротомии производили мобилизацию подлежащего удалению участка толстой кишки. Далее производили резекцию измененного участка кишечника. После этого приводящий отрезок кишки выводили через отдельный разрез в левой области на переднюю брюшную стенку, по периметру подшивали его к брюшине отдельными узловыми швами и формировали одноствольную колостому. Далее, отступая на 4-5 см от края париетальной брюшины передней брюшной стенки, на боковой стенке приводящего отрезка кишки в поперечном направлении рассекли серозно-мышечный слой до слизистой. После чего производим отсепаровку слизистой от серозно-мышечного слоя на расстоянии 0,5-1,0 см, сохраняя ее целостность. На заднюю стенку накладывают однорядные узловые швы, так формируется задняя стенка анастомоза. Слизистую манжетку ушиваем пришиваем по кругу к слизистой отводящего отдела узловыми кетгутовыми швами. Да-

лее формируются боковые и передняя стенки анастомоза однорядными узловыми швами. При этом слизистая приводящего отдела кишечника не пересекается. Операцию завершают санацией, дренированием и ушиванием наглухо брюшной полости.

Результаты и обсуждения. В эксперименте на 2-е сутки после операции, у оперируемых собак появлялась двигательная активность. На 2-3-и сутки нормализовалась функция кишечника, нормально функционировала колостома отмечалось его опорожнение. На 5-е сутки собак переводили на обычный рацион питания. У всех оперированных собак заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением. Послеоперационный период протекал без осложнений (всем собакам проводилась антибиотикотерапия), гибели животных после операции 2 за счет кровотечения укусом сам себя в место колостомы.

Наблюдение за оперированными собаками продолжалось в течение трех месяцев после операции. Из эксперимента животных выводили на 7-е, 14-е, 20-е сутки, через 1,2 и 3 месяца.

При вскрытии патологических изменений со стороны органов брюшной полости оперированных собак не наблюдалось. При ревизии кишечника находили участок анастомоза, который макроскопически мало отличался от других участков толстого кишечника. На 7-е, 14-е, 20-е сутки при вскрытии макропрепарата созданная нами колостома оставалась сухой, жизнеспособной, имела бледно-розовый цвет, сужения просвета кишечника не отмечалось.

При наложении анастомоза с помощью узловых швов языки эпителия формируются в расширенных участках крипт, прилежащих к грануляционной ткани в месте стыка соседних участков кишки.

Наползание эпителиальных языков на поверхность грануляции в области стыков, особенно при использовании шёлка не сопровождается выраженным погружным ростом эпителиальных языков с формированием крипт.

Одновременно идёт восстановление мышечного слоя слизистой оболочки. Векторной направленности слоев гладких мышц в нем не определяется они на этом этапе, особенно при использовании шёлка наложении узловых швов, располагаются хаотически.

Спустя 15-30 дней проводили реконструктивно-восстановительную операцию, которая заключается в следующем: производили обработку области колостомы и выполнения лапаротомии производили иссечение колостомы со всеми слоями брюшной стенки полулунными разрезами. Далее производят резекцию участка кишечника до анастомоза в косом направлении. После чего производили рассечение слизистой на приводя-

щем отделе кишечника над анастомозом. Таким образом формируется отверстие анастомоза. Далее отводящий отдел кишечника наглухо ушиваем. Операцию завершали санацией, дренированием и ушиванием наглухо брюшной полости

В грануляционной ткани сохраняются довольно большое число микрососудов, но число клеточных элементов уменьшается, что особенно отчётливо проявляется при использовании викрила и не прерывного шва.

По мере наползания на грануляционную поверхность эпителиальных тяжей, просветы близлежащих крипт несколько уменьшаются, но сохраняется их извитость и значительная инфильтрация межкрипальной соединительной ткани полиморфными элементами.

Заключение. Согласно результатам морфологических исследований, непрерывный шов с использованием викрила имеет преимущества перед узловыми швами и применением капрона и особенно шёлка. При непрерывном шве поверхность стыка быстрее очищается от детрита и фибрина, с сформированной грануляционной ткани быстрее идут процессы эпителизации с формированием крипт. Паллиативные операции имеют недостатки, к которым относятся высокий процент рецидивов заболевания. Резекция пораженного кишечника с наложением первичного анастомоза по предложенной нами методике 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.

Литература:

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. Кобиллов Э. Э., Шамсиев А. М., Юсупов Ш. А. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при острой спаечной кишечной непроходимости у детей //Детская хирургия. – 2006. – №. 4. – С. 17-19.

8. Саламов К.Н., Жученко А.П., Москалев А.И. Выбор метода восстановления естественного пассажа по толстой кишке после операции Хартмана при «короткой» культе прямой кишки. Рос журн-гастроэнтеролгепатолоколопроктол 2001; 1:56-61.

9. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А., Лузин В.В. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости. Вести хир 2005; 164(1):85-89.

10.Шамсиев М. А. и др. Экспериментальное изучение влияния озона на течение перитонита и спайкообразование //Детская хирургия. – 2000. – №. 6. – С. 22-25.

11.Сайт: Medwind.ru

12.Сайт: med-books.M

13.Сайт: Webmedinfo.ru

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАЛОЖЕНИЕ И ЛИКВИДАЦИИ КОЛОСТОМ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.М. МАМАДИЕВ, Г.М. ХОДЖИМАТОВ

Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Проведено экспериментальное исследование усовершенствованных методик наложения и ликвидации колостом. Экспериментальное исследование выполнено на 32 беспородных собаках. Применение усовершенствованных методик наложения и ликвидации колостом существенно улучшило результаты лечения острой непроходимости сигмовидной кишки.

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