

Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Хамдамов Х.Х.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема лечения заворота сигмовидной кишки постоянно находится в поле зрения специалистов хирургического профиля. Частота заболевания с острой непроходимостью сигмовидной кишки составляет около 3,5%-4,0% от общего числа хирургических больных. А летальность при данной патологии остается достаточно высокой 18%-20% и не имеющую тенденции к снижению. [3;4;5;8].

Достигнутый значительный прогресс в хирургии толстого кишечника не решил проблемы несостоятельности швов анастомоза. На сегодняшний день широкое распространение получил однорядный кишечный шов без травматизации слизистой. Так как, в последние годы многими исследованиями была доказана важная роль слизистой кишки в регенерации тканей зоны анастомозов желудочно-кишечного тракта. [2;3;6;7].

Особое внимание привлекает к себе вопрос выбора объема и метода оперативного лечения при данной патологии. Большинство исследователей выступают за выполнение паллиативных вмешательств, таких как, сигмопексия, мезосигмопликация по Гаген-Торну, операция Гартмана. Следует отметить, что проведение паллиативных операций приводит к высоким процентам рецидива заболевания (75-91%), а послеоперационная летальность остается высокой, достигая до 30-34%. Отказ от выполнения радикальных операций объясняется тем, что контингент больных преимущественно старческого и пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями и неподготовленностью больного и кишечника. [1;8].

Несмотря на высокий уровень развития оперативной техники, постоянное совершенствование кишечного шва, шовного материала и изучение морфогенеза кишечных соустьев, частота несостоятельности остается высокой. [4]. Именно эти обстоятельства послужили поводом для проведения настоящего исследования.

Цель нашего исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки.

Материалы и методы исследования: Нами проведен анализ результатов лечения 165 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу острой непроходимости сигмовидной кишки. Из них, мужчины составили 71 (55,5%), а

женщины 57 (44,5%).

Все больные были оперированы на кафедре хирургических болезней, факультета усовершенствования врачей Андижанского Государственного медицинского института.

Для диагностики острой непроходимости сигмовидной кишки больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие в себя рентгенологическое, ультразвуковое исследования и фиброколоноскопию. Так же больным была проведена проба Цеге-Мантейфеля.

Все больные были разделены нами на две группы. В первую группу, контрольную, вошли 128 больных, которые перенесли реторзию с сигмопексией – 34 (26,6%), реторзию с мезосигмопликацией по Гаген-Торну- 46 (35,9 %), реторзию в сочетании мезосигмопликацией по Гаген-Торну и сигмопексией – 24 (18,8%), резекцию с наложением протиестественного заднего прохода – 24 (18,8%) (таблица 1).

Вторую группу мы включили 37 (22,4%) больных, с острой непроходимостью сигмовидной кишки, которым была произведена резекция сигмовидной кишки с наложением предложенных нами манжеточных анастомозов по типу конец - конец.

Во время операции у всех больных большое значение придавали де-компрессии желудочно-кишечного тракта, которую проводили назогастро-дуоденоюнальным зондом, интубации толстой кишки трубкой. Возможность проведения резекции сигмовидной кишки с наложением анастомоза по предложенной нами методике, определяли во время операции.

Подавляющее число больных с острой кишечной непроходимостью по-ступает в лечебное учреждение в средне тяжелом или тяжелом состоянии (по нашим наблюдениям 93%). Оперативное лечение в таком состоянии сопряжено с большой степенью риска. Тяжесть течения непроходимости диктует необходимость проведения полноценного предоперационной подготовки в короткий промежуток времени. У всех больных оперированных в экстренном порядке проводили предоперационную подготовку с коррекцией нарушения обменных процессов.

Результаты и их обсуждение: При проведе-

Таблица 1. Распределение больных по характеру оперативного вмешательства (контрольная группа - n 128)

№	Характер оперативного вмешательства	Количество		Статистика различия по t-критерию Стьюдента (P)
		Abs	%	
1	Реторзия+ сигмопексия	34	26,6	P<0,05
2	Реторзия+мезосигмопликация по Гаген-Торну	46	35,9	P<0,01
3	Реторзия+ мезосигмопликация по Гаген- Торну+ сигмопексия	24	18,8	P<0,05
4	Реторзия+ наложение противо-естественного заднего прохода	24	18,8	P<0,05
ВСЕГО		128	100,0	

нии сравнительного анализа результатов лечения двух групп больных выявили, что в контрольной группе, из 128 больных находившихся на лечении в 1-ом хирургическом отделении АФРНЦЭМП, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 4 (3,1%), эвентрация органов брюшной полости – 1 (0,9%), послеоперационная пневмония- 2 (1,6%), сердечно- легочная недостаточность- 1 (0,9%). Летальность 1 (0,9%), у больного, у которого развилась сердечно- легочной недостаточностью.

У 37 больных, которым провели резекцию с наложением толстокишечного анастомоза по нашим методам, мы послеоперационных осложнений не наблюдали (табл. 2). Все больные получили соответствующее лечение и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Из 165 больных находившихся под нашим наблюдением, отдаленные результаты лечения были изучены у 90 (54,5%) больных. Сроки наблюдения составили от 1 года до 6 лет. Причем из 90 (54,5%) больных подвергшихся осмотру, амбулаторное обследование прошли 41 (45,6%) больных, а 49 (54,4%) путем анкетирования.

Для оценки отдаленных результатов лечения мы использовали следующую шкалу оценки (табл. 3).

При осмотре больных обращали внимание на общее состояние больных, наличие тех или иных

жалоб, анамнестические данные, придерживание диеты и ограничения физической нагрузки, пальпаторное обследование живота, регулярность акта дефекации. Так же обращали внимание на состояние анастомоза и состояние кишечника, других органов брюшной полости. Больным проводилась исследование крови, УЗИ брюшной полости, ирригография кишечника.

В отдаленном периоде, в контрольной группе, из 128 (81,0%) больных находившихся под нашим наблюдением, в отдаленном послеоперационном периоде, у 10 больных были отличные результаты лечения. У 28 больных результаты хорошие. И у 15 больных были удовлетворительные результаты лечения (табл. 4).

Анализ возникновения рецидивов заболевания, показал, что возникновение рецидивов возникло у 31 (24,2%) больных от общего числа, которые перенесли паллиативные операции по поводу заворота сигмовидной кишки. Из них, в сроки до 6 месяцев поступило – 10 (32,3%) больных, 7- 12 месяцев – 6 (19,4%), в период от 13 до 24 месяцев – 4 (12,9%), 25 и более – 11 (35,5%).

Из 31 больных, наибольший контингент составляют больные, которые 1 раз лечились по поводу рецидива заворота сигмовидной кишки – 27 (87,1), дважды оперировалось 4 (12,9%) больных.

В основной группе, из 37 больных, которым

Таблица 2. Сравнительный анализ результатов лечения больных контрольной и основной групп

Показатель		Контрольная группа		Основная группа	
		N	%	N	%
Количество оперированных больных		128	100,0	37	100,0
Послеоперационные осложнения	Нагноение послеоперационной раны	5	3,9	0	0,0
Послеоперационные осложнения	Эвентрация внутренних органов	1	0,8	0	0,0
	Послеоперационная пневмония	1	0,8	0	0,0
	Сердечно-легочная недостаточность	1	0,8	0	0,0
	Сепсис	1	0,8	0	0,0
Всего осложнений		9	7,0	0	0,0
Послеоперационная летальность		1	0,9	0	0,0
Всего больных		165 (100%)			

Таблица 3. Шкала оценки отдаленных результатов

Результаты Признаки	Отлич- ные	Хорошие	Удовлетворительные	Не удовлетво- рительные
Жалобы	Нет	Нет	незначительные боли в животе, метеоризм.	общую слабость, боли в животе, метеоризм.
Диета	Нет	Нет	Исключение жирных и вторых блюд	Исключение жирных и вторых блюд
Физическая на- грузка	Нет	Нет	Выполняют более легкую работу	Выполняют более лег- кую работу
Акт дефикации	1-2 раза в день	1-2 раза в 2 дня.	1 раз в 2-3 дня	1 раз в 2-3 дня и бо- лее.

Таблица 4. Сравнительный анализ отдаленных результатов больных контрольной и основной групп

Результаты лечения	Контрольная группа		Основная группа		Р
	n	%	n	%	
Отличные	10	18,9	32	86,5	P<0,05
Хорошие	28	52,8	5	13,5	P<0,01
Удовлетворительные	15	28,3	0	0,0	P<0,05
Не удовлетворительные	0	0,0	0	0,0	
Всего	53	100,0	37	100,0	

была произведена резекция кишечника с наложением толстокишечного анастомоза по нашим методикам, у – 32 больных были отличные результаты лечения, у – 5 больных – хорошие.

Выводы: Подводя итоги проведенного исследования надо отметить, что проведение паллиативных операций имеет свои недостатки такие как, высокий процент рецидива заболевания. Проведение же двух этапных операций (после резекции сигмовидной кишки и наложения anus pretuturalis) сопряжено; во- первых, с техническими трудностями; во- вторых, отмечается высокий процент несостоятельности швов анастомоза и в

третьих, причиняет больному психическую травму [4]. Проведение резекции пораженного кишечника с наложением первичного анастомоза по предложенным нами методам не приводит к таким осложнениям, как несостоятельность швов анастомоза и сужение места анастомоза. А так же, отметим, что в отдаленном периоде не отмечается возникновение рецидива заболевания, в связи с радикальностью оперативного вмешательства, не требует проведения сложного, второго этапа операции – восстановления естественного пассажа кишечного содержимого.

Использованная 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, с.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, с.32-37.
3. Красильников Д.М., Миннуллин М.М., Фаррахов А.З. и др. Биоэлектрическая активность желудочно-кишечного тракта при острой кишечной непроходимости. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2004. Том 163. №1, с. 25-27.
4. Наврузов С.Н., Абдужаббаров С.Б., Сапаев Д.А. Особенности диагностики и лечения острой послеоперационной кишечной непроходимости при заболеваниях толстой кишки. Медицинский журнал Узбекистана 2003. №3. с. 31-33.
5. Наврузов С.Н., Мехмонов Ш.Р., Долимов К.С. Расширенные и комбинированные операции при толстокишечной непроходимости. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана 2003. №3.с. 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 хирургии 2008. №5. с. 59- 62.
7. 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. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2001. №1. с. 56-61.
8. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А., Лузин В.В. лечение опухолевой толстокишечной непроходимости. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2005. Том 164. №1, с. 85-89.