

2. Гуманова Н. Г., Артюшкова Е. Б., Мешельская В. А., Кочкаров В. И., Покровская Т. Г., Даниленко Л. М., Корнеев М. М., Покровский М. В., Пашин Е. Н. Влияние антиоксидантов Q510 и резвератрола на регуляторную функцию эндотелия у крыс с моделированной артериальной гипертензией // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2007. – Т. 143. № 6. – С. 619–622.

3. Князева С. Г., Лазарев А. И., Рыбников В. Н., Конопля А. А., Грачева Г. В., Ломакина О. П., Гаврилюк В. П., Келехсаева Л. Е. Клинико-иммунологическая эффективность иммунофана глутаксима и мексидола у больных хроническим сальпингоофоритом в условиях применения лапароскопических методов лечения // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2007. – № 3. – С. 74–81.

4. Корокин М. В., Носов А. М., Покровский М. В., Артюшкова Е. Б., Покровская Т. Г., Метельская В. А., Кочкаров В. И., Корокина Л. В., Файтельсон А. В., Гудырев О. С., Пашин Е. Н., Дудка В. Т., Туманова Н. Г. Сравнительное исследование эндотелио- и кардиопротективных свойств фураностаноловых гликозидов из культуры клеток растения *discorea deltaidea* и 17 β -эстрадиола // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 9. – С. 137–140.

5. Лазарева Г. А., Бровкина И. Л., Прокопенко Л. Г. Эссенциале и рибоксин как индукторы иммуномодулирующей активности стромы эритроцитов в норме и при токсических формах анемии // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2004. – Т. 67. № 5. – С. 23–27.

6. Савельев В. С., Яблоков Е. Г., Петухов В. А. Липидный дистресс-синдром в хирургии // Бюл. exper. биол. – 1999. – Т. 127. № 6. – С. 604–611.

7. Савельев В. С., Петухов В. А., Ан Е. С. Дисфункция эндотелия при липидном дистресс-синдроме и дисметаболических последствиях перитонита // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. № 14. – С. 1–11.

8. Покровский М. В., Артюшкова Е. Б., Покровская Т. Г. Способы экспериментального моделирования эндотелиальной дисфункции // Аллергология и иммунология. – 2008. – Т. 9. № 3. – С. 327.

9. Покровский М. В., Покровская Т. Г., Кочкаров В. И., Артюшкова Е. Б. Эндотелиопротекторные эффекты L-аргинина при моделировании дефицита окиси азота // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2008. – № 71 (2). – С. 29–31.

10. Покровский М. В., Кочкаров В. И., Покровская Т. Г., Белоус А. С., Артюшкова Е. Б., Пашин Е. Н., Данилен-

ко Л. М., Корокин М. В., Корокина Л. В., Малыхин В. А., Залозных Я. И., Брусник М. С. Сравнительное исследование потенциальных эндотелиопротекторов и ампазы на модели дефицита оксида азота // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – № 3. – С. 514–517.

11. Покровская Т. Г., Кочкаров В. И., Покровский М. В., Артюшкова Е. Б., Пашин Е. Н., Корокин М. В., Корокина Л. В., Залозных Я. И., Клявс Ю. П., Брусник М. В., Корнеев М. М., Черноморцева Е. С., Чулюкова Т. А., Зеленкова Т. И., Ахметзянова И. Н., Смешко Н. В., Малыхин В. А. Принципы фармакологической коррекции эндотелиальной дисфункции // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 1–2. – С. 146–150.

12. Цепелева С. А., Покровский М. В., Покровская Т. Г., Корокин М. В., Денисюк Т. А., Котельникова Л. В., Лопатин Д. В., Титарева Л. В., Черноморцева Е. С., Дудина Э. Н., Коновалова Е. А., Лосенок П. И., Локтионова И. Л., Терехова Е. Г., Бабко С. А. Кардио- и эндотелиопротективные эффекты ингибитора аргиназы L-норвалина при моделировании L-NAME-индуцированного дефицита оксида азота // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4. – С. 185–188.

13. Broekhuizen Lysette N., Mooija Hans L., Kasteleina John J. P. Endothelial glycocalyx as potential diagnostic and therapeutic target in cardiovascular disease // Current opinion in lipidology. – 2009. – № 20. – P. 57–62.

14. Becker Bernhard F., Daniel Chappell, Dirk Bruegger. Therapeutic strategies targeting the endothelial glycocalyx: acute deficits, but great potential // Cardiovasc res. – 2010. – № 87 (2). – P. 300–310.

15. Diamant M., Tushuizen M., Abid-Hussein Mohammed. Simvastatin induces endothelial cell anoikis and release of caspase 3-containing microparticles // Int. soc. hypertens. – 2006. – Vol. 43. – P. 345–367.

16. Pokrovskiy M. V., Korokin M. V., Tsepeleva S. A. Arginase inhibitor in the pharmacological correction of endothelial dysfunction // International journal of hypertension. – 2011. – Vol. 2011. Art. № 515047.

17. Kamada Y., Nagaretani H., Tamura S. et al., Vascular endothelial dysfunction resulting from L-arginine deficiency in a patient with lysinuric protein intolerance // J. clin. invest. – 2001. – № 108. – P. 717–724.

Поступила 01.10.2015

М. Т. ДИДИГОВ, Е. С. БАБЕНКО, С. В. АВАКИМЯН, О. Ю. КЛЮЧНИКОВ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
тел.: +79184970607, +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Проанализированы результаты лечения 55 больных после повторных восстановительных операций на толстой кишке. 87,3% больных были пожилого и старческого возраста. Более половины всех реконструктивных пособий выполнялось после операций по поводу осложненного рака ободочной кишки и осложненной дивертикулярной болезни. Предпочтение отдавали толстокишечному анастомозу «конец в бок». Несостоятельность кишечного шва имела место у 4 больных (7,3%), летальность составила 1,8%.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, дивертикулярная болезнь, реконструктивные восстановительные операции, толстокишечные анастомозы.

M. T. DIDIGOV, E. S. BABENKO, S. V. AVAKIMYAN, O. Y. KLUCHNIKOV

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS AND PERFORMANCE REDUCTION OPERATIONS AFTER OBSTRUCTIVE COLON RESECTION

*Department of hospital surgery,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4;
tel.: +79184970607, +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru*

Results of treatment of 55 patients after repeated reconstructive surgeries on the colon. 87.3% of the patients were elderly. More than half of all the benefits of reconstruction was performed after surgery for colon cancer complicated and complicated diverticular disease. «End to side» preference was given to colonic anastomosis. The failure of intestinal suture occurred in 4 patients (7.3%), mortality was 1.8%.

Key words: colon cancer, diverticular disease, reconstructive surgery recovery, colonic anastomoses.

Введение

Формирование толстокишечных анастомозов остается актуальной проблемой современной колопроктологии вследствие достаточно высокого процента послеоперационных осложнений, главным из которых является несостоятельность кишечного шва. Среднестатистическая частота данного осложнения после плановых оперативных вмешательств составляет 10% [1, 5, 6]. Следует отметить, что в каждом втором таком случае больные погибают от развившегося перитонита. В трактовке причин несостоятельности принципиальных разногласий нет: особенности анатомического строения толстокишечной стенки, менее интенсивное кровоснабжение, более сложные условия выполнения оперативного пособия, наличие и опасность высоковирулентной инфекции [2, 3, 6].

Число выполняемых в хирургических отделениях обструктивных резекций толстой кишки по поводу осложненного рака, дивертикулита, перфораций инородными телами не имеет тенденции к снижению [6]. Практически во всех подобных случаях встает вопрос о выполнении через определенный срок повторных реконструктивных операций, направленных на ликвидацию толстокишечного свища и восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта. Все сказанное выше делает рассматриваемый вопрос актуальным.

Целью настоящего исследования явился анализ способов и результатов реконструктивных восстановительных операций на толстой кишке после выполнения обструктивных резекций.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 55 больных, оперированных в условиях хирургического отделения № 2 МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в течение последних пяти лет (2011–2015 гг.) в два этапа: обструктивная резекция сегмента левой половины толстой кишки и последующее снятие толстокишечного свища с восстановлением непрерывности кишечного тракта. Мужчин было 21, женщин – 34. 48 больных (87,3%) были пожилого и старческого возраста. По характеру основной патологии пациенты распределились следующим образом (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, более половины больных оперированы по поводу осложненных злокачественных новообразований толстой кишки: острой опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости, перфорации опухоли с развитием перитонита, кровотечения. На втором месте идут осложнения дивертикулярной болезни в виде перфорации, дивертикулита, кровотечения. У 3 больных имел место заворот сигмовидной кишки на фоне II типа строения ободочной кишки. Двое больных оперированы в связи с перфорацией инородным телом.

Восстановительные реконструктивные операции выполнялись в сроки от 2 до 6 месяцев. Максимальными они были при наличии злокачественных новообразований (от 4 до 6 месяцев), что обусловлено необходимостью оценки наличия

Распределение больных по характеру основной патологии

Основная патология	Число больных, %
Злокачественные новообразования левой половины толстой кишки	28 (50,9%)
Дивертикулярная болезнь	22 (40,0%)
Заворот сигмовидной кишки	3 (5,4%)
Перфорации инородными телами	2 (3,7%)
Всего	55 (100%)

отдаленного метастазирования и продолженного опухолевого роста до решения вопроса о закрытии толстокишечного свища.

Всем больным перед повторными оперативными вмешательствами проводилось комплексное клиническое обследование, включающее выполнение УЗИ, компьютерной томографии, колоноскопии. При наличии дивертикулярной болезни выполняли ирригографию с целью определения протяженности поражения ободочной кишки. Подготовку кишечника к оперативному вмешательству осуществляли препаратами «фортранс» или «флит».

Результаты исследования и их обсуждение

Операционным доступом для выполнения повторных вмешательств была срединная лапаротомия. При формировании низких толстокишечных анастомозов руководствовались следующими принципами:

- широкая мобилизация толстой кишки, включая селезеночный и, при необходимости, печеночный изгиб;

- отсутствие механического натяжения в зоне анастомозирования;

- отсутствие ишемии в зоне анастомозирования;

- использование инертного монофиламентного шовного материала и атравматических игл. Как правило, использовали полипропилен 5/0 отечественного производства.

Нами оперированы только те больные, у которых длина отключенной «культи» толстой кишки составляла не менее 12–13 см, т. е. внутрибрюшинная часть прямой кишки и вышележащие отделы. Длину культи устанавливали в ходе дооперационного обследования (эндоскопического и рентгенологического). Больные, нуждающиеся в наложении более низких колоректальных анастомозов, направлялись в специализированные колопроктологические отделения.

Из способов наложения межкишечных соустьев применялись варианты «конец в конец» и «конец в бок», использовали двухрядный узловый шов. Первым рядом формировали серозно-мышеч-

но-подслизистый шов, не захватывая слизистую оболочку, второй ряд – погружной серо-серозный. Толстокишечный анастомоз «конец в конец» выполнен у 15 больных, «конец в бок» – у 40. При технической возможности формирования предпочтению отдавали последнему.

Всем больным до операции устанавливался катетер в эпидуральное пространство. Операции проводились с использованием перидурального блока, который пролонгировался на 3–4 суток послеоперационного периода. Для анестезии использовали нарופן 2 мг/мл, который вводили с помощью перфузора со скоростью 2–4 мл в час. Перидуральный блок считаем важной мерой борьбы с послеоперационной болью, парезом желудочно-кишечного тракта, профилактики несостоятельности толстокишечного шва. Осложнений после данного вида анестезии мы не наблюдали.

Несостоятельность кишечного шва имела место у 4 больных, что составило 7,3%. Все случаи несостоятельности наблюдались при использовании способа анастомозирования «конец в конец». В трех случаях развитие данного осложнения потребовало выполнения релапаротомии, разобщения анастомоза, рекостомии. У одного больного удалось избежать релапаротомии вследствие отсутствия распространенного перитонита и формирования наружного неполного трубчатого толстокишечного свища, который впоследствии удалось закрыть без хирургического вмешательства с помощью комплекса консервативных мероприятий.

Развитие случаев несостоятельности швов при анастомозировании методом «конец в конец» объясняем худшим кровоснабжением зоны анастомоза в данном случае, техническими трудностями формирования анастомоза при наличии разности диаметров анастомозируемых концов кишки, обработки брыжеечного края кишки.

Другие осложнения, имевшие место в раннем послеоперационном периоде, представлены в таблице 2.

Абсцессы брюшной полости имели место у двух больных. Локализация гнояников была та-

Ранние послеоперационные осложнения

Осложнения	Абс. число, %
Абсцессы брюшной полости	2 (3,6%)
Послеоперационная пневмония	2 (3,6%)
ТЭЛА	1 (1,8%)
Нагноение операционной раны	1 (1,8%)
Посткатетеризационный флебит подключичной вены	1 (1,8%)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	2 (3,6%)

зоявая. В обоих случаях выполнено дренирование абсцесса под контролем УЗ-навигации.

Послеоперационная пневмония выявлена у двух пациентов. Проведена комбинированная антибактериальная терапия. Рентгенологически в течение 10 суток инфильтративные изменения в легких нивелировались.

В двух случаях развития ранней спаечной кишечной непроходимости потребовалась релапаротомия, произведены висцеролиз, устранение кишечной непроходимости.

После выполнения реконструктивных операций умер 1 больной (1,8%). Имели место осложненное течение послеоперационного периода, развитие несостоятельности анастомоза, повлекшее необходимость выполнения релапаротомии, реколостомии. Тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующего сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности. Летальный исход имел место на 4-е сутки послеоперационного периода на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности.

Таким образом, оптимальным сроком для выполнения восстановительных операций является интервал от 4 до 6 месяцев при онкопатологии и 2–3 месяца при доброкачественных заболеваниях толстой кишки.

Принципиальными при наложении толстокишечного анастомоза являются широкая мобилизация кишки, отсутствие механического натяжения, отсутствие декомпенсированной ишемии в зоне шва.

На основании проведенного анализа считаем, что более надежным способом восстановления непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции является анастомоз «конец в бок».

Длительная перидуральная анестезия является эффективным способом борьбы с послеоперационной болью, парезом желудочно-кишечного тракта, профилактики несостоятельности толстокишечного шва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г. В., Башеев В. Х., Бондаренко Н. В. Многоэтапное хирургическое лечение осложненного рака толстой кишки // Материалы XXI съезда хирургов Украины. – Запорожье, 2005. – С. 317–318.
2. Белоконев В. Н., Измайлов Е. П. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта. – Самара, 2005. – 239 с.
3. Власов А. П., Сараев В. В., Рубцов О. Ю. и др. Комплексное лечение толстокишечной непроходимости // Труды международного хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 116.
4. Горский В. А., Шуркалин Б. К., Фаллер А. П. и др. Проблема надежности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости // Трудный пациент. – М., 2005. – № 4. – С. 23–27.
5. Прохоров П. П., Федоров Н. Ф. Прецизионный кишечный шов в условиях перитонита // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91. № 2. – С. 210–212.
6. Шальков Ю. Л. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике. – Москва, 2013. – 208 с.

Поступила 22.02.2016

Д. А. ДОМЕНЮК¹, Э. Г. ВЕДЕШИНА², С. В. ДМИТРИЕНКО²

КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ С ПАРАМЕТРАМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДУГ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ НАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЧЕРЕПОВ

¹Кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии
БОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. 8-918-870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru;