

дения почек путем расчета скорости клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина и определение функционального почечного резерва при проведении водно-солевой нагрузки. На примере нефрологически здоровых работников железной дороги показано, что у небольшого процента участников исследования при отсутствии изменений со стороны почек в клинических и лабораторных обследованиях обнаруживается отсутствие или снижение функционального почечного резерва – как первого признака уменьшения паренхимы почек при отсутствии патологии.

Ключевые слова: клубочковая фильтрация, нефрологически здоровый, клиренс креатинина, почечный резерв.

*Впервые поступила в редакцию 31.01.2013 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

Summary

GLOMERULAR FILTRATION AND FUNCTIONAL RENAL RESERVE IN NEPHROLOGICALLY HEALTHY WORKERS OF THE KOVEL'S RAILWAY

Kravchuk A.V., Zhizhnevskaya O.O., Romanov L.V., Gozhenko E.A.

In the article presented the necessity of pre-clinical diagnosis of kidneys damages by the calculation of the glomerular filtration velocity by creatinine clearance and determination of renal functional reserve at water-salt load was proved. It has been shown by the example of nephrologically healthy railway workers that a small amount of the persons under examination has a decrease of functional kidney reserve on the background of unchangeable clinical and laboratory renal tests. The data obtained may be estimated as the first sign of renal parenchyma decrease under conditions of pathology absence.

Keywords: glomerular filtration, nephrologically healthy, creatinine clearance, renal reserve.

УДК 617-089

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Маметкулыев Балжан

Харьковский национальный медицинский университет

В статье приведены данные литературы о причинах развития, способах профилактики гнойно-септических осложнений обструктивных резекций толстой кишки.

Ключевые слова: обструктивные резекции толстой кишки, гнойно-септические осложнения, профилактика.

При оперативном лечении рака толстой кишки радикальное удаление опухоли является наиболее важной задачей. У пациентов с осложненным непроходимостью, течением при раке ободочной и прямой кишки нередко по жизненным показаниям осуществляется резекция кишки с формированием колостомы. Такие операции способствуют улучшению

непосредственных результатов хирургического [4, 17, 33, 42].

Однако больные, излеченные от основного заболевания, страдают из-за функционирующей колостомы, поэтому восстановительные операции имеют важное значение для улучшения качества жизни этих пациентов [6, 10, 15, 19, 38]. Если основное оперативное вмешатель-

ство выполняется по жизненным показаниям, то восстановление естественного пассажа по кишечному тракту не является жизненно необходимым, довольно часто сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями и поэтому производится хирургами менее охотно [8, 14, 15].

Среди осложнений, по данным ряда авторов [1, 12, 43], нагноение послеоперационной раны встречается в 26-60 % случаев, несостоятельность швов анастомоза — в 6-25 %, а летальность достигает 5,4 %.

Кишечная непроходимость развивается в 2-4 раза чаще при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки [6, 9, 14, 22, 26, 40], выявили это осложнение у 24,6 % больных раком правой половины и у 41 % при раке левой половины толстой кишки. Длительное повышение внутрикишечного давления приводит к появлению в толще слизистой оболочки очагов некроза, нарушению проницаемости кишечной стенки.

При оперативном лечении колоректального рака разгрузка кишечного тракта является одним из основных условий для его благополучного исхода. А у наиболее тяжелобольных удаление опухоли, сопряженное с выведением колостомы, является зачастую единственным лечебным пособием [39, 42].

При выраженных явлениях кишечной непроходимости, при перфорации опухоли с явлениями разлитого перитонита, инфильтрации окружающих тканей, декомпенсации сопутствующих заболеваний и крайне тяжелом общем состоянии больного необходимо выполнять многоэтапные хирургические вмешательства [3, 5, 8, 9, 16, 18, 21, 23, 30], которые заключаются в следующем: первый этап — удаление опухоли, формирование и выведение колостомы; второй этап — ликвидация колостомы, восстановление непрерывности кишечной трубки.

В настоящее время большинство

хирургов используют обструктивные резекции — операции типа Гартмана, для обозначения целой группы хирургических вмешательств на толстой кишке, при которых после удаления патологического очага отводящий конец ушивается наглухо, а приводящий выводится в виде противоестественного заднего прохода на переднюю брюшную стенку [31, 38, 40]. Мы сохранили эту терминологию, как наиболее часто встречающуюся в научных журналах, сборниках и монографиях. Операция Гартмана не потеряла свое значение и в наши дни, применяется довольно часто при лечении осложненного рака, дивертикулёза, заворота сигмовидной кишки с нарушением кровообращения, перфорации, травмах прямой и ободочной кишки, а также при осложнениях во время операции.

Даже в специализированных стационарах стомой заканчивается каждая третья операция на толстой кишке [11]. По данным других авторов кишечная стома, при осложненной патологии толстой кишки, формируется в 50 %-80 % случаев [16, 18, 27]. При этом из всего количества 15 %-60 % составляют концевые колостомы [18, 29, 36]. Обструктивные резекции обладают существенным недостатком — наличие калового свища на передней брюшной стенке.

Детальная разработка методов и тактики оперативного лечения, совершенствования хирургической техники, анестезиологического пособия и послеоперационного ухода позволили увеличить возрастной ценз больных и расширить показания к операции. По мнению Ю. Балтайтиса и В. Жельмана (2000) опасность реконструктивно-восстановительной операции по сравнению с санирующей (первичным вмешательством) преувеличена, поэтому восстановление непрерывности кишечного тракта должно быть неременным условием завершения оперативного лечения основного заболевания толстой кишки [3]. Одним из определяющих факторов в показаниях к реконструктивно-восстановительных опе-

рациям являются сроки их выполнения. В медицинской литературе приводятся противоположные данные о влиянии сроков закрытия колостомы на частоту послеоперационных осложнений, несмотря на то, что практически все авторы учитывают характер основного заболевания, состояние больного и оставшихся отделов толстой кишки. Большинство исследователей считают оптимальным восстановление кишечной трубки после операции типа Гартмана не ранее 6 месяцев с момента первой операции, в случае онкопатологии этот срок продлевается до одного года [28, 34, 37, 41]. Такие сроки авторы объясняют необходимостью ликвидации последствий основного заболевания, его осложнений и коррекции сопутствующих заболеваний. Требуется время и для так называемого «созревания» колостомы. В случае онкопроцесса более поздний срок проведения реконструктивно-восстановительной операции до 9-12 месяцев, авторы объясняют необходимостью вторичного осмотра (Second look). Целесообразность этих сроков подтверждена в работах ряда авторов, установивших, что в отключенной кишке воспалительные изменения сохраняются до 6 месяцев, а через 12 месяцев преобладает атрофия [2, 6, 33, 43]. Э.П. Рудин (1991 г.) анализируя результаты восстановительных операций, выявил что, наиболее часто послеоперационные осложнения наблюдаются либо в слишком ранние (до 2-х месяцев) либо в поздние (свыше 2-х лет) сроки после формирования колостомы [24]. По мнению сторонников раннего закрытия колостом, при неопухоловой патологии, возможно восстановления кишечной проходимости через 2- 4 месяца без существенного увеличения частоты послеоперационных осложнений [3, 12, 22, 33, 35]. Нестеров Н.В. (1998) не считает сроки выполнения реконструктивно-восстановительной операции определяющим фактором к показанию для ее выполнения и не отмечает прямой зависимости характера спаечного процесса от сроков меж-

ду операциями [15]. Изменения анатомической целостности и функциональной нагрузки кишечной трубки после операции типа Гартмана с последующими морфологическими изменениями определяют особенности предоперационной подготовки отключенного и функционирующего отделов толстого кишечника. Методы подготовки приводящих отделов толстой кишки к реконструктивно-восстановительной операции отличаются от общепризнанных и широко используемых в хирургии толстого кишечника. Все они преследуют главную цель — резко уменьшить массу инфицированного кишечного содержимого.

Наряду с традиционными методами подготовки кишечника диетой, слабительными средствами и очистительными клизмами применяется относительно недавно вошедшие в клиническую практику общее промывание желудочно-кишечного тракта. В настоящее время ортоградное промывание кишечника проводится при помощи электролитного лаважа, получившего распространение в различных вариантах, а также лаважа водными растворами полимеров. Применение общего промывания желудочно-кишечного тракта снизило количество воспалительных осложнений после реконструктивно-восстановительных операций с 52,4 % до 10 % [30, 39, 41]. Следует отметить мнение большинства авторов, в том, что применение антибактериальных средств, как в предоперационном периоде, так и во время оперативного вмешательства достоверно снижает количество послеоперационных гнойных осложнений [7, 10, 15, 19, 29].

Подготовка отключенного отдела толстой кишки обусловлена снижением его моторной активности и силы замыкательного аппарата прямой кишки. Атония отключенного сегмента пропорциональна его длине и сроку отключения [8, 14, 15]. Нередко в отключенной кишке возникают воспалительные изменения [34, 41,]. Чаще для подготовки функционирующего отдела используется гидротрени-

ровка его очистительными клизмами с применением различных антисептиков.

Наиболее сложной и актуальной проблемой раннего послеоперационного периода являются гнойно-септические осложнения, частота которых достигает от 11,1 — до 60,0 % [19, 23, 30, 35]. Рост удельного веса гнойных осложнений определяется многими причинами: изменением структуры и характера заболеваний толстой кишки, увеличением числа больных пожилого и старческого возраста, недостаточностью иммунной защиты, изменением свойств и характера микроорганизмов [1, 24, 43]. Лечение послеоперационных осложнений — исключительно трудная задача. Экономические потери при этом огромны, а летальность достигает 30-70 % [16, 8, 23, 30, 36]. Больные опухолями желудочно-кишечного тракта, а особенно раком прямой и ободочной кишок, составляют одну из наиболее вероятных групп риска развития послеоперационных инфекционных осложнений. Это обусловлено рядом факторов, среди которых, наряду с общим снижением иммунологической защиты организма, имеются анатомофизиологические нарушения, связанные с ростом опухоли, обширностью и травматичностью операций, предполагающих вскрытие кишечной трубки, причем нередко содержимое попадает в брюшную полость. Это приводит к массивному инфицированию окружающих тканей. При операциях на прямой кишке мочевые инфекции наблюдались достоверно чаще, чем при операциях на ободочной кишке (33,3 % против 8,3 %). Частота послеоперационных инфекционных осложнений при этих локализациях составляет 35-40 % [31, 42]. Среди послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу рака прямой и ободочной кишок, в основном преобладали раневая (29,5 %) и мочевая (16,7 %) инфекции, причем почти в два раза чаще инфекции развивались при операциях на прямом кишке, чем на ободочной [2, 18].

Причины раневой инфекции могут

быть как экзогенными, так и эндогенными. В первом случае наиболее частой причиной является интраоперационная контаминация раны. Теоретически возможна более поздняя контаминация послеоперационных ран в условиях недостаточной стерильности, особенно, если рана открыта или используется дренаж [8]. Существует также возможность эндогенной инфекции. Ее источником может являться микрофлора кожи и слизистых пациента, либо обсеменение зоны операции может происходить из отдаленного очага инфекции [21, 24, 30].

В последнее время среди возбудителей инфекционных осложнений возросло количество полирезистентных микроорганизмов, а также участилось появление необычных для септических осложнений возбудителей (например, *Candida albicans*), что отражает растущее количество соматически тяжелых и иммунокомпromетированных больных, а также частое использование антибиотиков широкого спектра действия [8, 11, 12, 31]. Исследования обсемененности операционного поля и регионарных лимфатических узлов у больных раком желудочно-кишечного тракта показали, что микрофлора, обнаруженная в лимфатических узлах во время операции, может быть возбудителем эндогенной инфекции в послеоперационном периоде [35]. При этом была показана зависимость возникновения и тяжести инфекционных осложнений у онкологических больных от массивности исходного бактериального обсеменения операционного поля во время операции [32, 37].

Большинство авторов сходятся во мнении, что наиболее важными источниками послеоперационной инфекции у больных колоректальным раком являются микрофлора толстой кишки и кожи в области разреза [8, 16, 22]. В нормальной кишечной микрофлоре преобладают анаэробные микроорганизмы, соотношение анаэробов и аэробов составляет 1000:1.

Говоря о микробном спектре, надо

отметить, что в посевах материалов взятых в послеоперационном периоде, преобладает смешанная микрофлора, состоящая из грамотрицательных и грамположительных аэробов [24, 26, 40].

При оперативных вмешательствах в колоректальной области большое значение имеет анаэробная и смешанная аэробно-анаэробная полимикробная флора (около 35 %) [23]. Более 85 % ее приходится на энтеробактерии, представленные как монокультурой, так и комбинациями со стафилококками, стрептококками, реже — с энтерококками. За последние годы процентное соотношение внутри этой группы менялось, но во всех случаях доминировали бактерии рода *Enterococcus*, *Escherichia* и другие представители семейства *Enterobacteriaceae* [10, 13, 16].

Постоянное слежение (микробиологический мониторинг) позволяет не только проводить коррекцию антибактериальной химиотерапии в случае уже развившегося осложнения, но и осуществлять выработку стратегии и тактики антибиотикотерапии, а также разрабатывать рациональные схемы послеоперационных инфекционных осложнений [17, 26].

Разработка новых схем лечения и профилактики послеоперационных осложнений не потеряли своей актуальности [3, 5, 20, 31]. Необходимость периоперационной антибиотикопрофилактики при колоректальных вмешательствах признается всеми, но ее продолжительность и вид антибиотиков и их сочетаний все еще обсуждаются. Отказ от антибактериальной профилактики при плановой резекции рака толстой и прямой кишок может быть расценен как порочная практика. Все операции, при которых вскрывается просвет кишки, сопровождаются значительным риском инфицирования [16, 22]. Рекомендуемый антибиотик или комбинации препаратов многосторонне оцениваются с точки зрения широты спектра антимикробного действия, фармакокинетических и фармакодинамичес-

ких свойств: скорости формирования устойчивости возбудителя, эффективности, переносимости, в том числе степени повреждающего действия на нормальную микрофлору больного. Таким образом, выбор антибактериального препарата для профилактики определяется следующими требованиями [8, 19, 32]:

- препарат должен быть активным в отношении вероятных возбудителей инфекционных осложнений (антимикробный спектр и предполагаемая чувствительность);
- антибиотик не должен вызывать быстрое развитие резистентности патогенных микроорганизмов;
- препарат должен хорошо проникать в ткани — зоны риска инфицирования;
- период полувыведения антибиотика после однократного введения должен быть достаточным для поддержания бактерицидной концентрации в крови и тканях в течение всего периода операции;
- антибиотик должен обладать минимальной токсичностью;
- препарат не должен влиять на фармакокинетические параметры средств для анестезии, особенно миорелаксантов;
- препарат должен быть оптимальным с позиции стоимость/эффективность.

Наиболее спорным является вопрос длительности антимикробной профилактики. Одни авторы считают, что профилактика должна быть максимально короткой и длиться от 8 до 12 ч (максимум 48 ч) после операции, чтобы снизить риск побочных явлений и возможность развития резистентности [21, 26]. Для того чтобы создать оптимальную концентрацию антибиотика в оперируемой зоне, антибиотики должны быть введены в начале операции или за 30 — 150 мин до ее начала (в зависимости от тканевой проницаемости антибиотика). Необходимость введения повторной дозы зависит

от периода полувыведения антибиотика.

Длительность введения антибиотиков определяется тем периодом, в течение которого хирургическая рана может быть контаминирована [20]. В настоящее время не вызывает сомнений, что позднее начало (после операции) введения антибиотиков менее эффективно, чем введение первой дозы за 30-60 минут до кожного разреза.

На начальных этапах становления реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки были выделены два направления подготовки больных к операции — это подготовка кожи передней брюшной стенки вокруг колостомы и механическая очистка толстой кишки от фекальных масс. Поступление кишечного химуса и каловых масс на кожу живота в непосредственной близости от операционного доступа, с последующим их раздражающим действием и развитием хронического воспаления кожи, заставляло обращать особое внимание ее подготовке. Предлагались различные биологические средства для защиты кожи вокруг колостомы. После акта дефекации на кожу вокруг стомы наносился парафин и вазелиновое масло [3, 4, 7, 14, 33, 43]. С этой же целью применялся карбосульфидин, металлический порошок бронзы, яичный желток, сухое молоко, сырое мясо, паста из висмута, сухой порошок гипса, паста Лассара [33].

Во избежание попадания химуса на кожу применяли специальную раму, покрытую каучуковой пеной, имеющую окно в центре. На этой раме больной должен был находиться в положении лежа на животе (Sommer R.C., Jillson O.F., 1967). Для защиты кожи применялись различные синтетические жидкости: СБВ — 14, клей БФ-6, клей Истман 910, пластины из высокопористого полимера [15, 17, 25, 42]. Действие этих средств основывалось либо на механической защите кожи, либо на абсорбции соков и ферментов пищеварительного тракта. Активно использовались физические средства защиты — теплые ванны, ежедневный туалет кожи

вокруг стомы, различные тепловые и световые процедуры. В последние годы появились разовые клеящиеся калоприемники, обеспечивающие надежное отведение кишечного содержимого из колостомы и препятствующие попаданию кала на кожу передней брюшной стенки [4, 14, 17, 43].

Подготовка толстой кишки включает механическое очищение ее от каловых масс и санацию с использованием антибиотиков и энтеросорбентов. Перед операцией больные получают легкоусваиваемую, безшлаковую диету [6, 9]. Надо отметить, что при подготовке постстомального сегмента клизма до настоящего дня остается единственно возможным методом очищения. В несколько видоизмененном виде под названием гидроклонолентерапия или гидроклономассаж она применяется для восстановления функции отключенной кишки при подготовке к операции [7, 19]. С целью оптимизации механической очистки кишки применяется раствор сернокислой магнезии как слабительное средство. Неудовлетворительные результаты подготовки кишки таким методом ввиду отсутствия запирающего аппарата стомы и невозможность вследствие этого удерживать воду заставляют искать новые способы подготовки. Применяется ортоградный лаваж желудочно-кишечного тракта и, по показаниям, интраоперационный лаваж толстой кишки с использованием полиэтиленгликолей, антибактериальных препаратов [17, 38]. Предложено использование вакуумного аспирационно-промывного устройства для проведения управляемого внутрикишечного лаважа (Алиев С.А., 2003). Так, наравне с клизмами применяется механическое очищение толстой кишки растворами осмотических слабительных. Последние годы широкое распространение при подготовке толстой кишки получил препарат «Фортранс» [16].

При подготовке толстой кишки перед операцией используют жидкие энтеросорбенты, которые способны адсорби-

ровать на себя микробные клетки [9, 29]. Особое внимание уделяется подготовке отключенного постстомального сегмента толстой кишки. Длительное выключение кишки из пассажа каловых масс приводит к атрофии мышечного слоя, дистрофическим изменениям со стороны слизистой и выраженным дисбиотическим изменениям. Для восстановления нормального состояния постстомального сегмента толстой кишки перед операцией проводится гидроколономассаж отключенного сегмента а с целью санации используются инсталляции в прямую кишку отвара ромашки и слабого раствора калия перманганата [18, 26, 38, 39, 40].

Успех восстановительной операции во многом зависит от выбора оптимальных сроков ее выполнения. К тому времени должны быть ликвидированы причины, в связи с которыми колостома сформирована (воспалительный процесс в брюшной полости или малом тазу, последствия кишечной непроходимости и др.). Атрофические и склеротические процессы, возникающие в поздние сроки в отключенной кишке могут создавать сложности при формировании анастомоза.

Для улучшения непосредственных результатов восстановительных операций используют комплекс предоперационной подготовки, который включает подбор оптимальной диеты, ирригацию функционирующих отделов кишечника асептическими растворами, гидростатику отключенного сегмента кишки, комплекс лечебной физкультуры для улучшения тонуса мышц тазового дна и анального сфинктера. Кроме того, особое внимание уделяли ликвидации воспалительных явлений в зоне колостомы. Указанные мероприятия позволили снизить частоту послеоперационных осложнений более чем в 2 раза, по сравнению с группами больных, которым проводилась традиционная подготовка. Несмотря на достигнутые успехи в области профилактики гнойно-воспалительных осложнений,

их частота до настоящего времени остается высокой [2, 17, 27, 39]. На протяжении всей истории хирургии инфекция является одним из основных препятствий ее прогресса.

Условно все методы профилактики гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде можно разделить на медикаментозные и не медикаментозные. Ряд авторов отмечает высокую эффективность последних для профилактики послеоперационных осложнений гнойно-воспалительного характера [13].

Большинство авторов отдают предпочтение внутрибрюшному закрытию стом [3, 4, 19]. Это обусловлено необходимостью адекватного висцеролиза и ревизии брюшной полости у онкологических больных. У больных, оперированных ранее не по поводу колоректального рака, выполнение висцеролиза нецелесообразно. Это связано с возможным риском поступления химуса в свободную брюшную полость при несостоятельности анастомоза. Пристеночные колостомы, а также декомпрессионные одноствольные стомы рекомендуют закрывать внебрюшинно из-за отсутствия возможности развития фатальных осложнений — перитонита [20]. При петлевых сигмо — и трансверзостомах применяется внебрюшинное закрытие колостомы с использованием поперечного ушивания кишки по Альберту [19, 26, 32, 37]. Предложены варианты модифицированной двухэтапной операции Микулича.

На первом этапе после резекции участка толстой кишки с опухолью по типу Микулича на стомируемые концы кишок накладываются серо-серозные швы и формируется задняя губа анастомоза. Колостома проводится забрюшинно. В дальнейшем возможно внебрюшинное закрытие такой стомы. Однако до 90-97 % операций при петлевых стомах выполняется внутрибрюшным способом [7, 27]. В 50-60 % применяется внутрибрюшная резекция участка толстой кишки, несущей колостому, с формированием

коло-колоанастомоза по типу конец в конец [19]. При одноствольных колостомах после обструктивных резекций толстой кишки по Гартману или по типу Гартмана возможен только внутрибрюшной способ. Большое значение имеет диастаз между культей постстомального сегмента и стомой. При значительном диастазе и невозможности наложить колоколоанастомоз без натяжения предлагаются различные способы илеоколопластики [1, 10, 11, 13, 37]. Большое значение при наложении кишечного анастомоза уделяют способу его формирования и шовному материалу. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке применяются все виды анастомозов. По данным ряда авторов, до 60-70 % анастомозов формируется по типу бок-в-бок [3, 6, 12, 40]. Обоснованием этому является распространенное мнение о лучшем кровоснабжении тканей в зоне такого анастомоза. При формировании колоректальных и коло-анальных анастомозов в 30-40 % прибегают к анастомозам по типу конец в бок [16, 18]. Анастомозы накладываются в два ряда с преимущественным применением атравматичных нитей с послойным анатомичным соединением однородных слоев стенки кишки. Имеются сообщения, говорящие о возможности применения однорядного непрерывного обвивного серозно-мышечного шва без захвата слизистой [17]. Применяется и однорядный серозно-мышечно-подслизистый узловый атравматичный шов с укрытием зоны анастомоза пластиной «тахокомб» [7, 19]. Предлагаются пластины аллопланта для защиты, укрепления и повышения биологической герметичности кишечного шва. Для формирования кишечного соустья используется компрессионный шов с помощью устройств с памятью формы на основе никелида титана [11]. При выполнении низких аппаратных колоректальных анастомозов (находящихся под тазовой брюшиной) применяется однорядный механический шов [12, 43].

Таким образом, развитие хирургической техники реконструктивно-восстановительных операций исторически начиналось с формирования анастомозов ручными швами, а при невозможности их выполнения — различных вариантов низведения ободочной кишки. В последующем использование сшивающих аппаратов расширило возможности восстановительных операций, но не решило в полной мере проблему восстановления кишечной непрерывности и гнойно-септических осложнений. До настоящего времени, остаются спорными и не определенными сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций, нуждаются в совершенствовании комплексные мероприятия по предоперационной подготовке больных. Не достаточно разработаны оптимальные варианты формирования кишечных анастомозов, технические приемы выполнения различных оперативных вмешательств. Вместе с тем, высокий процент послеоперационных септических осложнений и летальности указывает на необходимость решения вышеперечисленных вопросов.

Литература

1. Абдуллажанов Б.Р. Сравнительная оценка традиционных и инвагинационных анастомозов в хирургии кишечника : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.27 / Абдуллажанов Бахром Рустамжанович. – М., 2009. – 28 с.
2. Алиев С.А. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операции на ободочной кишке / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. — Т. 167, №6. — С. 77-82.
3. Бойко В.В. 10-летний опыт проведения комбинированных операций при местнораспространенном раке прямой кишки / В.В. Бойко, И.В. Криворотько // Междунар. мед. журн. – 2009. – Т. 15, № 1
4. Бойко В.В. Морфологические предпосылки развития несостоятельности

- ти при операциях на прямой кишке / В. В. Бойко, И. В. Криворотько, В. Г. Грома [и др.] // Вісн. морфології. — 2008. — № 14 (1). — С. 180 — 184.
5. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит, В.В. Бойко, И.А. Криворучко, С.И. Тесленко, А.В. Сивожезов. Харьков — 2008 г. — 210 с.
 6. Воробьев Г.И. Выбор оптимального вида превентивной кишечной стомы / Г.И. Воробьев, С.И. Севостьянов, С.В. Чернышов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007. — Т. 17, №2. — С. 69-75.
 7. Голубева М.Ю. Проблемы реабилитации стомированных больных / М.Ю. Голубев В.Б. Александров // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. Ростов н/Д, 2001. — С. 20.
 8. Дробни Ш. Хирургия кишечника: пер. с венг. / Ш. Дробни. Будапешт, 1983.- 592с.63; Ермолов, А.С. Выбор метода лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин Д.Д. // Хирургия. 2004. — № 2. — С: 4-7.
 9. Имянитов Е.И. Клинико-молекулярные аспекты колоректального рака: этиопатогенез, профилактика, индивидуализация лечения // Е.И. Имянитов // Практическая онкология. 2005. — №2. — С. 72-77.
 10. Колоректальный рак, ассоциированный с язвенным колитом: возможности прогнозирования и профилактики / Н.В. Никитина, Е.А. Белоусова, А.М., Савов, Е.В. Великанов // Клиническая фармакология и терапия. 2008. — Т. 17, № 1. -С. 21-25.
 11. Куликовский В.Ф. Профилактика гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии / В.Ф. Куликовский, А.С. Рубанченко, Н.И. Белоусов // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. — Ростов н/Д, 2001.-С. 40-41.
 12. Мельник В.М. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке / В.М. Мельник, А.И. Пойда // Хирургия. 2003. — №8. — С. 69-74.
 13. Оноприев В.И. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с кишечными свищами / В.И. Оноприев, С.Г. Павленко, С.А. Яргунин // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. — Ростов н/Д, 2001.-С. 51-52.
 14. Петров В.П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшной резекции прямой кишки / В.П. Петров / Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2001. №6. — С. 59-64.
 15. Помазкин В.И. Хирургическая реабилитация пациентов с двуствольными кишечными стомами / В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2008. — Т. 18, №4. — С. 69-73.
 16. Саркисян К.А. Лечебная тактика при дивертикулезе толстой кишки / К.А. Саркисян, А.М. Агавелян, А.К. Энфенджян // Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии: сб. тез. М., 2008.- С. 42-43.
 17. Стойко Ю.М. Методы колостомии / Ю.М. Стойко, Л.Д. Роман, С.В. Коновалов. СПб.: ВМедА, 2003. — 43 с.
 18. Тактика хирурга при формировании толстокишечных анастомозов / С.С. Шестопалов и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009. — Т. 168, №5. — С. 28-31.
 19. Тихонов И.А. Способы формирования межкишечных анастомозов в колоректальной хирургии / И.А. Тихонов, Д.В. Басуров // Хирургия. 2002. — №12. -С. 64-67.
 20. Халилов Х.С. Результаты диагностики и лечения осложненных форм дивертикулеза толстой кишки / Х.С. Ха-

- лилов, Н.А. Хаджимухамедов // Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии: сб. тез. М., 2008.-С. 42-43.
21. Хирургическое лечение больных с колостомой / В.М. Тимербулатов и др. // Хирургия. 2004. — №10. — С. 34-38.
 22. Черкес В.Л. Восстановление непрерывности кишечной трубки у больных с колостомой / В.Л. Черкес, В.И. Кныш // Хирургия. 1997. — № 9. — С. 19-22.
 23. Шапошников В.И. Погружной анастомоз при реконструктивно-пластических операциях на толстой кишке / В.И. Шапошников // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. — Ростов н/Д, 2001. — С. 83.
 24. Щерба С.Н. Частота комбинированных операций в онкопроктологии / С.Н. Щерба, В.В. Половинкин // Онкохирургия. — 2008. — № 1. — С. 52-53.
 25. Этков В.Н. Реконструктивно-восстановительные операции при колостомах и кишечных свищах / В.Н. Этков, А.И. Наливкин, Т.Е. Шамаева // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. — Ростов н/Д, 2001.-С. 87-88.
 26. Яновой В.В. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке у лиц пожилого возраста / В.В. Яновой, Ю.В. Доровских, О.И. Низельников // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 5-й Всерос. конф. — Ростов н/Д, 2001. С. 93.
 27. Buchanan G.N. Diverticulitis / G.N. Buchanan, N.J. Kenefick, C.R. Cohen / Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2002. — Vol. 16, №4. — P. 635-647.
 28. Came P.W.G. Parastomal hernia /P.W.G. Came, G.M. Robertson, F.A. Frizelle // Brit. J. Surg. 2003. — Vol. 90, № 7. — P. 784-793.
 29. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention / M. Delvaux // Aliment.Pharmacol.Ther. 2003. -Vol. 18.- P: 71-74.
 30. Dickson G. H. Some clinical and technical aspects of circular stapled anastomoses of rectum and oesophagus / G.H. Dickson // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. -1989. Vol. 71, № 1. — P. 59-63.
 31. Fearnhead N.S. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease / N.S. Fearnhead, N.J. Nortensen // Best.Pract.Res.Clin.Gastroenterol. 2002. -Vol. 16, №4. p. 577-593.
 32. Floch M.H. Management of diverticular disease is changing / M.H. Floch, J. A. White // World J. Gastroenerol. 2006. — Vol. 12, № 20. — P. 3225-3228.
 33. Karling P. Function and dysfunction of the colon and anorectum in adults: Working team report of the Swedish Motility Group / P. Karling et al. // Scand. J. Gastroenterol. 2009: — Vol. 4. — P: 1-15.
 34. Kaur N. Improving outcome in patient of high output small bowel fistula / N. Kaur, V. Minocha, M. Mundu // Trop. Gastroenterol. 2004. — Vol. 25, №2. — P. 9295.
 35. Koperna T. Cost-effectiveness of defunctioning stomas in low anterior resections for rectal cancer: a call for benchmarking / T. Koperna // Arch. Surg. — 2003.-Vol. 138, №12.-P. 1334-1338.
 36. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis / J.A. Simpson et al. // Eur. J. Gastroenterol Hepatol. 2003. — Vol. 15, №9. — P. 1005-1010.
 37. Pereira C.A. Les obstructions colorectales par cancer. Evolution de la chirurgie / G.A. Pereira // Chirurgie, 1992. Vol. 118; № 5. — P. 334 — 338.
 38. Pollock A.V. Peroperative lavage of the obstructed left colon to allow safe

- primary anastomosis / A.V. Pollock, M.J. Playforth, M. Evans // Dis.Colon. Rectum.- 1987. -Vol.30, №3. P. 171-173.
39. Stewart J. Management of obstructing lesions of the left colon by resection, on-table lavage, and primary anastomosis / J. Stewart, R.H. Diament, T.G. Brennan // Surgery. 1993. — Vol. 114, № 3. — P. 502 — 505.
40. Tzu-Chi Hsu. One-stage resection and anastomosis for acute obstruction of the Left Colon / Hsu Tzu-Chi // J. Diseases of the Colon and Rectum. 1998. — Vol.41, №1. — P. 28-32.
41. Uccheddu A. M. La chirurgia della complicanza occlusi vanel carcinoma del colon sinistra / A. Uccheddu, A. Cois, M. Cagetti // G.Chir. — 1994. — Vol. 15, № 10.- P. 443-449.
42. Valesky A. Perforationen im Colon-Rectum bereich bei transanalen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen / A. Valesky, D. Hamperl // Chirurgie. — 1997. — Vol.35, № 2. — P. 125-127.
43. Vislouzil K. Akutni stav y a kolorektalni chirurgii / K. Vislouzil, R. Unger, E. Resula // Cas. Lek. Ces. 1989. — Vol.128, № 42. — P. 1325 — 1327.

Резюме

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНИХ РЕЗЕКЦІЯХ ТОВСТОЇ КИШКИ

Маметкулиев Балжан

У статті наведені дані літератури про причини розвитку, способи профілактики гнійно-септичних ускладнень обструктивних резекцій товстої кишки.

Ключові слова: обструктивні резекції товстої кишки, гнійно-септичні ускладнення, профілактика.

Summary

PREVENTION OF SEPTIC COMPLICATIONS RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR OBSTRUCTIVE COLON RESECTION

Mametkulyev Balzhan

In this article was presented the published data on the causes of development, methods of prevention of septic complications of obstructive colon resection.

Keywords: obstructive colon resection, septic complications, prevention.

Впервые поступила в редакцию 07.12.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 611.24

ОСОБЛИВОСТІ ГІПОКСИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ПРИ НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

Ковалевська Л.А.¹, Горбенко Т.М.²

¹*Одеський Національний медичний університет, МОЗ України*

²*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса*

У статті представлені результати дослідження гіпоксичних проявів у хворих з ХОЗЛ в залежності від фази захворювання, стадії та супутньої патології. Відзначено тривалий компенсаторний механізм за рахунок зростання, насамперед ЧСС та ЧД. Було описано більш значуще зниження SaO_2 у хворих з поєднаною кардиальною патологією. Була встановлена кореляція між СРБ і стадією ХОЗЛ та її відсутність між СРБ і SaO_2 .

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, гіпоксія, сатурація кисню.