

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЗАВОРОТОВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Ф.А. Хаджибаев¹, Ф.Б. Алиджанов², Ф.К. Гуломов¹,
Жураев Жасур Нурали угли¹

Республиканский научный центр экстренной медицинской
помощи¹ и Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников при МЗРУз²,
г. Ташкент, Узбекистан

e-mail: jasurdoctor601@gmail.com

Актуальность: Одним из тяжелых состояний, входящих в понятие «острый живот», является заворот сигмовидной кишки, летальность при котором колеблется от 20 до 60-75 % без заметной тенденции к снижению, а количество гнойно-септических осложнений — до 80%.

Цель работы: улучшить результата лечения рецидивных заворотов сигмовидной кишки и минимизация послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: С 2006 по 2011 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП находилась на лечении 66 больных заворотом сигмовидной кишки. Мужчин было 41 (62%) и женщин 25 (38%). Возраст больных составлял 15 - 89 лет, из них от 15 до 19 лет 7 (11%) больных. От 20-44 – 33 (50%), от 45-59 - 16 (24%), старше 60 лет – 10 (15%). Характерным является поздняя обращаемость больных. 55 (83%) больных поступили в стационар более 24 часа от начало заболевания, двое больных поступили с 15 дневной давностью. 35 (53%) больных в анамнезе перенесли паллиативные операции: однократно оперировано – 21 (32%) больных, двукратно – 10 (15%), 3 и более перенесенные операции у – 7 (11%) больных. 25 (38%) больных перенесли сигмомезопликацию по Гаген-Торну, в 5 случаях выполнены операции по иссечению спаек с деторсией сигмовидной кишки без сигмомезопликации. В первые год после перенесенной операции рецидив заворота сигмовидной кишки выявлены у 15 (28%) больных. У 36 (55%) больных выявлено сопутствующие заболевание, из них у 21 (32%) больных заболевание сердечнососудистой системы, у 11 (17%) дыхательной системы. В 2 (3%) случаях больные страдали эпилепсией. Одна больная поступила в раннем послеродовом периоде (на второй день после родов) с заворотом сигмовидной

кишки. 8 больных страдали хроническом колитом и у 6 пациентов до начала болезни отмечалась диарея, которая могла быть причиной повторного заворота. После обследования и кратковременной предоперационной подготовки больных деторсия сигмовидной кишки и операция Гаген-Торна выполнена у 48 (73%) больных, простая деторсия и иссечение спаек брюшной полости у 2 (3%) больных. Резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» выполнена у 16 (24%) больных. У всех больных произведены ретроградная интубация толстого кишечника через анальное отверстие, которая позволила выхождение каловой масс и газа из толстого кишечника. Функция интубационной трубки сохранялась в первый 3 дня. У одного больного в возрасте 85 лет при котором анамнезе перенес трехкратное паллиативную операцию деторсия сигмовидной кишки с мезосигмопликацией выполнена операция одномоментная резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза толстой кишки «конец в конец». Послеоперационный период осложнился двухсторонней пневмонией и нарушением ритма сердца с явлениями стенокардией. В послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны отмечались у 5 (7,5%) больных. Несостоятельность швов анастомоза наблюдалась у 1 (1,5 %) больных, у которой при релапаротомии выполнена резекция анастомоза с наложением одноствольной колостомы. У одного больного наблюдалась частичная несостоятельность анастомоза в виде образование свища через трубки. Которая самостоятельно закрылось через 2 недели. Летальных исходов не было.

Выводы: Разработанный арсенал лечебных методов, в том числе способ резекции сигмовидной кишки, позволяют улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения заворота сигмовидной кишки.

Литература

1. Змушко М. Н. Острая кишечная непроходимость. Классификация, диагностика, тактика лечения / Змушко М.Н. [Электронный ресурс], 2006. Режим доступа: <http://mishazmushko.at.tut.by/>.
2. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. и др. Хирургические болезни: Учебник / Под ред. М. И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.: ил.
3. Курыгин А.А., Стойко Ю. М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2001. 480 с. (Серия «Спутник врача»).
4. Петровский Б. В. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1980. 584 с.: ил.

5. Седов В.М., Смирнов Д.А., Пудяков С.М. Острая кишечная непроходимость. Практическое пособие для студентов IV курса лечебного факультета и факультета спортивной медицины. СПб., 2002. 25 с.
6. Бисенков Л.Н., Трофимов В. М. Руководство для врачей-интернов. СПб.: Изд-во «Лань», 2005. 896 с.: ил. (Мир медицины).
7. Гаин Ю. М., Алексеев С. А., Богдан В. Г. Оценка выраженности синдрома абдоминальной компрессии и прогноз при острой хирургической патологии органов брюшной полости, осложненной абдоминальным сепсисом // Белорусский мед. журн. 2004. №4. С. 13–24.
8. Шестопалов С.С., Кушниренко О. Ю. Синдром абдоминальной компрессии (обзор литературы) // [Электронный ресурс], 2007. Режим доступа: /<http://www.ugmado.ru/>.
9. Тинсли Р. Харрисон. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: В 7 т. / Под ред. Э.Фаучи, Ю. Браунвальда, К.Иссельбахера и др.; Пер. с англ. Т. 5. М.: Практика—Мак-ГроуХилл (совместное издание), 2005. 491 с.
10. Кукош М.В., Измайлов С.Г., Гречко В.Н., Гомозов Г.И. Осложненные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы (По материалам науч.-практ. конф. хирургов РФ, Санкт-Петербург, 3–4 июня 2004) // Мир фармации медицины. 2008. №14. С. 34–38.
11. Мак Летчи Г. Р. Оксфордский справочник по клинической хирургии / Пер. с англ. М.: Медицина, 1999. 1136 с.: ил.