

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПОСТКОЛЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Раупов Фарход Сайидович

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Коррекция хирургической патологии толстой кишки в большинстве случаев являются вынужденными операциями. Они очень часто выполняются при врожденных и приобретенных патологиях. До настоящего времени не существует единой точки зрения по отношению выбора хирургической тактики у этой категории больных. Показания к операции, сроки их выполнения, объем оперативных вмешательств, доступы и оценка эффективности повторных оперативных пособий - остаются предметом дискуссии как отечественных, так и зарубежных специалистов. Что часто является непосредственно причиной послеоперационных осложнений, в том числе постколэктомического синдрома.

Ключевые слова: осложнения, постколэктомический синдром, резекция, толстая кишка.

BOLALARDA YO'G'ON ICHAK REZEKSIYASIDA POSTKOLEKTOMIK SINDROM PROFILAKTIKASI

Raupov Farkhod Saidovich

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Yo'g'on ichak patologiyalarida xirurgik korreksiya zaruriy operatsiya hisoblanadi. Ushbu operatsiyalar ko'pgina tug'ma va orttirilgan kasalliklarni davolashda qo'llaniladi. Hozirgi vaqtgacha ushbu manipulyatsiyalarni bajarishdagi xirurgik taktika aniq belgilab olinmagan. Operatsiyalarni bajarishga ko'rsatma, bajarish vaqti, operatsiya haji, operativ kirish yo'llari va takroroi operativ davo usullarining samaradorligini baholash - nafaqat bizning, balki ko'pgina chet ellik mutaxasislarning ham e'tiroziga sabab bo'lapti. Natijada operatsiyadan keyingi asoratlar, jumladan postkolektomik sindrom kelib chiqishiga sabab bo'lyapti.

Kalit so'zlar: asoratlar, yo'g'on ichak, postkolektomik sindrom, rezeksiya.

PREVENTIVE MEASURES OF POSTCOLECTOMY SYNDROME DURING COLON RESECTION IN CHILDREN

Raupov Farkhod Saidovich

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Correction of surgical pathology of the colon in most cases are forced operations. They are very often performed for congenital and acquired pathologies. To date, there is no single point of view regarding the choice of surgical tactics in this category of patients. Indications for surgery, the timing of their implementation, the volume of surgical interventions, access and evaluation of the effectiveness of repeated surgical benefits-remain the subject of discussion by both domestic and foreign specialists. Which is often the direct cause of postoperative complications, including postcolectomy syndrome.

Key words: complications, postcolectomy syndrome, resection, colon.

Актуальность

Несмотря на достигнутые успехи детской хирургии в области колопроктологии, неудовлетворительные результаты хирургической коррекции пороков развития (ПР) толстой кишки и аноректальной области наблюдаются от 30 до 60% клинических случаев [1,2,14].

Выполнение паллиативных операций по экстренным показаниям так же имеет свои недостатки: нерациональное выведение колостом, длительное отключение различных отделов толстой кишки, приводят не только к затруднениям в выполнении реконструктивного вмешательства, но и существенно осложняют послеоперационную реабилитацию этих же детей [5,6,9].

При первичной радикальной коррекции ПР толстой кишки у детей, часто допускаются технические ошибки, связанные с необоснованными показаниями к широкой резекции толстой кишки: недооценка аномальных ветвления аркадных мезентеральных сосудов; значительное пересечения магистральных мезентеральных сосудов; слишком натяжения или перерастяжения брыжеечных сосудов; вне сфинктерное или через вновь созданный узкий ход диафрагмы таза низведения дистальной части толстой кишки. Они часто в раннем послеоперационном периоде приводят к нарушению кровообращения стенки, низведенной кишки, которое приводит к некрозу, расхождению швов анастомоза и последующим её ретракцию [4,8,13].

Связи с этими, практически у половины детей с ПР толстой кишки в связи с развившимися послеоперационными осложнениями, применяется более сложные операции по поводу коррекции различных деформации промежности и недостаточности анального сфинктера. Существующие множество предложенных авторами методов, корректирующих операции по восстановлению анатомической структуры атрезированного или утраченного органа, в основном опирались усовершенствовать больше на технику операцию при низведении толстой кишки и нежели к созданию физиологии [7,10]. При этом, не всегда стремились к сохранению кровоснабжения, лимфооттока, иннервации и создания физиологического пространства, условия для свободной перистальтики и восстановления функции вновь созданного органа [6,8,14].

При изучение результатов этих манипуляций в отдаленном периоде после

операции, чаще стали возникать у больных проблемы реабилитации с недержанием кала (НК) и возникло необходимость проведения интраоперационных мер профилактики для предотвращения возможных осложнений с учетом адаптационно - компенсаторных возможностей толстой кишки у детей [6,10].

Одним из направлений улучшения функциональных результатов и качества жизни больных, оперированных на толстой кишке, обусловлено использованием современных технологий, а именно, лапароскопической техники, современных сшивающих аппаратов, новых анатомо-функциональных конструкций после обширных резекций и удаления функционально-активных отделов толстой кишки [3,5,11,14]. Однако, детальное изучение функциональных результатов однотипных радикальных и реконструктивно-восстановительных операций нередко указывает на неадекватности одинаковых полученных результатов, что косвенно показывает наличие возможных не учтенных анатомо-физиологических особенностей толстой кишки и организма в целом [4,8,12].

Поэтому на наш взгляд, основными вопросами, требующими своего решения при определении эффективности первичного хирургического вмешательства в этих ситуациях являются: комплексная оценка анатомо-функционального состояния толстой кишки, в том числе – состояние мезентеральных сосудов, иннервации, физиологических изгибов, состояние сфинктеров, функциональных сегментов ободочной кишки и ануса, продвижения химуса, микробиоценоза кишечника и т.д.

В этом контексте интраоперационно, первично оправданное действие хирурга, является фундаментальной основой профилактики ожидаемых осложнений и обеспечение успешности реабилитационного лечения послеоперационного периода НК. При этом остаются многие нерешенные проблемы причин функционального и органического генеза НК, вокруг которого не утихают различные научные взгляды и дискуссии, что является актуальными в хирургии детского возраста [4,11,14].

Цель исследования: Разработка профилактических разработок при постколэктомическом синдроме после резекции толстой кишки у детей.

Материал и методы

В основу настоящей работы положены данные обследования и лечение 67 больных с различными врожденными и приобретенными патологиями толстой кишки. При изучении больных по половому признаку обнаружили, что, мальчиков было 36 (53,7%), девочек 31 (46,3%). Из 67 обследованных больных у 32 (47,8%) обнаружено аноректальные мальформации, требовавшие частичной резекции толстой кишки (высокие и свищевые формы аноректальных мальформаций). Болезнь Гиршпрунга диагностировали у 21 (31,3%) (из них у одного больного обнаружено болезнь Зулцера-Вильсона и субсегментарный агангиоз ободочной кишки у 2-х больных). Острая кишечная непроходимость по поводу слепо-ободочной инвагинации у 4 (5,9%), долихосигма у 5 (7,5%). Кроме этого обнаружено болезнь Пайера у 2 (3%) больных, тотальный полипоз 1 (1,5%), посттравматическая резекция толстой кишки 1 (1,5%), и частичная резекция ободочной кишки на фоне спаечной болезни 1 (1,5%) больных. Всем больным после предварительной предоперационной подготовки, проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке с частичным удалением толстой кишки и с последующим восстановлением непрерывности последнего в зависимости от проявления клинических форм и стадий заболевания.

Всем больным произведено клиническо-лабораторные и рентгенологические исследования. Для установления формы и характера патологии, а также для изучения фиксаций и патологических смещений толстой кишки проводили обзорную рентгенографию и полипозиционную ирригографию в различных положениях пациента в момент заполнения и после опорожнения кишечника. Аномалии аноректальной области диагностировали после визуального осмотра и по данным инвертограмм по методике определения уровня атрезии прямой кишки и ануса по Вангестину.

Результат и обсуждения

Тактика оперативного вмешательства при аноректальных мальформациях основывалась в зависимости от уровня атрезии, от наличия или отсутствия свищей в соседние органы. При высокой форме атрезии прямой кишки и ануса (*atresia ani et rekti*), со свищом или без, у 24 (35,8%) случаев наложена сигмостома, им в более старшем возрасте произведено

ликвидация стомы, и частичная резекция толстого кишечника с последующим трансанальным низведением по Ромуальду-Ребейна, у 8 (11,9%) больным произведено одномоментная брюшно-промежностная проктопластика. У 18 (26,9%) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Бале, при этом у 2-х больных произведено субтотальная, а у одного больного сегментарная колэктомия. Трансанальное низведения и удаления аганглианарной части толстого кишечника по Делаторе-Мандрагона произведено у 3-х (4,5%) больных. У 5-х (7,5%) больных с долихосигмой и болезнью Пайера у 2 (3%) больных произведено частичная резекция с наложением анастомоза «конец в конец». Кроме того, оперативной вмешательстве с частичной резекции ободочной кишки подвергались больные с диагнозами: острая кишечная непроходимость по поводу слепо-ободочной инвагинации у 4-х (5,9%) больных, частичная резекция ободочной кишки на фоне спаечной болезни у 1-го (1%) больного, тотальный полипоз толстой кишки у 1-го (1,5%) больного, посттравматическая резекция толстой кишки в 1-ом (1,5%) случае.

Решающими факторами диагностики и тактики оперативного лечения были данные полипозиционной ирригографии и клинко-функциональное состояние ободочной кишки. Оперативному лечению подлежали только те больные дети, у которых имелись выраженные признаки удлинения толстой кишки, перегибы, нарушения проходимости и фиксации. Все оперативные вмешательства были направлены на устранение удлинённого типа толстой кишки или аганглианарной зоны, путем удаления значительной ее части, что позволяло создать оптимальные условия для функционирования оставшейся после резекции части толстой кишки и в большинстве случаев, что приводило к нормализации стула.

В раннем послеоперационном периоде, в зависимости от проведенной операции и клинического состояния, в течение 3-5 суток больным назначали парентеральное питание. Нутритивная поддержка осуществлялась с учетом потребностей организма в пищевых ингредиентах и в жидкостях. Потребность организма больных в жидкостях вычитывали с учетом физиологических потребностей, жидкости текущих патологических потерь и восполнения объема. С профилактической целью возможных послеоперационных

осложнений со стороны послеоперационной раны и для предупреждения сепсиса всем прооперированным больным назначали цефалоспорины IV-поколения, в/в метрогил и макролиды в возрастных дозировках с учетом этиологии возможных возбудителей хирургической инфекции. Для стабилизации микробиоценоза в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) назначали пробиотики и эубиотики с учетом клинико-лабораторных показателей. Назначали препарат “Лактофилтрум” для детоксикации и выведения шлаков из ЖКТ.

При анализе осложнений, возникшей в послеоперационном периоде выяснилось следующие: в большинстве случаев у больных наблюдалось учащенный, жидкий, неоформленный стул, иногда темно-зеленого цвета, что свидетельствовало о нарушении симбиоза микрофлоры кишечника. А также у больных в послеоперационном периоде наблюдалось временами беспокойства, капризность, снижение аппетита, иногда отказ от еды, что повлияло на качество жизни больных. Отмечались отставание в физическом развитии, в некоторых случаях истощение организма, иногда доходившее до кахексии, что потребовало дополнительного назначения препаратов парентерального питания на фоне комплексного лечения. Из местных осложнений наиболее часто отмечали мацерацию кожи аноректальной области. У некоторых больных развивался прогрессирующий стеноз ануса, которым на фоне стимуляционной терапии приходилось делать девульсию последнего. У больных перенёсших брюшно-промежностную проктопластику, частым осложнением было слабость мышц анального сфинктера, на фоне которого обнаруживали клинические признаки частичного недержания кала.

Выводы

Таким образом, анализ полученных результатов указывает, что оперативные вмешательства производимое на толстой кишке традиционными способами имеют ряд недостатков. В свою очередь эти недостатки приводят к осложнениям, таких как: к некрозу, расхождению швов анастомоза и последующим её ретракцию, стенозу, нарушению функции мышц анального сфинктера с признаками частичного недержания кала, учащение транзита каловых масс, постколэктомическому синдрому и т.д.

Усовершенствование методик оперативных вмешательств с учетом анатомо-

физиологических особенностей толстой кишки позволяет снизить количество осложнений, в том числе таких как: расхождению швов анастомоза и последующим её ретракцию, послеоперационного стеноза, нарушению функции мышц анального сфинктера с признаками частичного недержания кала, учащению транзита каловых масс, постколэктомического синдрома, тем самым приводит к улучшению качества жизни больных детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахпаров Н.Н. /Избранные вопросы детской колопроктологии //Алматы, 2018.-224с.; ил.
2. Болезнь Гиршпрунга у детей: /руководство для врачей/под ред. А.Ю. Разумовского, А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова, В.В. Холостовой. -М.: ГЕОТАР-Медиа, 2019. -368 с.: ил.
3. Гераськин, А.В. Детская колопроктология: руководство для врачей /А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов. - Москва: Контэнт, 2012.
4. Киргизов, И.В. Оценка качества жизни детей с нарушением акта дефекации / И.В. Киргизов, А.В. Линник и др. // Детская хирургия. - 2011. - № 2. - С. 21-23.
5. Лёнюшкин, А.И. Педиатрическая колопроктология: руководство для врачей / А.И. Лёнюшкин, И.А. Лёнюшкин. - СПб.: СПб. ГПМА, 2008.-122.
6. Сварич В.Г., Киргизов И.В. /Оценка качества жизни детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга. //Доказательная гастроэнтерология. 2015. Т. 4. № 3-4. С. 3-8.
7. Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Хамроев У.А., Оллоназаров Ж.О. Реабилитация детей с аноректальными мальформациями. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. //Материалы съезда детских хирургов России 2015г.стр 153.
8. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А. /Болалар колоректал хирургияси. Т. Изд. “Укитувчи” нашриёт- Матбаа ижодий уйи. 2015. С-383.
9. Хамраев А.Ж., Эргашев Б.С. Трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки при лечении болезни Гиршпрунга у детей до трёх лет // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Т.:2018. №3.С.100-104.

10. Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С. Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения. /Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С. // Toshkent. O'zbekiston Vrachlar Assotsiatsiyasi 125-130 б. 3(100) 2020 yil.
11. Andrea Bischoff, Jason Frischer, et al. / Damaged anal canal as a cause of fecal incontinence after surgical repair for Hirschsprung disease— a preventable and under – reported complication // J. Pediatr. Surg. Int- 2017. Vol. 52. P. 549–553.
12. Barrena S., Andres A.M., Burgos L., Luis A.L., Hernandez F., Martinez L., Lopez-Santamaria M., Lassaletta L., Tovar J.A. Long-term results of the treatment of total colonic aganglionosis with two different techniques. //Eur. J. Pediatr. Surg. 2008; 18: 6: 375-379.
13. Pena A., Bischoff A. Surgical Treatment of Colorectal problems in Children. Springer, Switzerland 2015.
14. Raupov F.S., Rezection of the colon intestinal and possible complications after the surgeon in children//New Day in Medicine 1(29)2020 321-323 <https://cutt.ly/zvNS5MX>

Поступила 09.07.2021