

РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Резекция толстого кишечника - хирургическое вмешательство, которое подразумевает удаление части данного органа. К этой операции необходимо отнестись крайне серьезно и ответственно, так как любые осложнения, которые могут возникнуть во время операции или после неё, способны нанести здоровью ребенка огромный ущерб. Прежде всего, это связано с функциями толстого кишечника, ведь он не только участвует в переваривании пищи, формированию каловых масс и её выведению, но также участвует в минеральном обмене, всасывании жидкой части химуса, заселяющие микроорганизмы не только участвуют в синтезе некоторых витаминов, но они же способны привести к дополнительным проблемам в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: аноректальная область, болезнь Гиршпрунга, колопроктология, пищеварительный тракт, резекция, толстый кишечник

RESECTION OF THE COLON INTESTINAL AND POSSIBLE COMPLICATIONS AFTER THE SURGEON IN CHILDREN

Raupov F.S.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Colon intestinal resection is a surgical procedure that implies the removing part of organ. This operation must be taken extremely seriously and responsibly, since any complications that may arise during or after the operation can cause enormous damage to the child's health. This is due to the functions of the large intestine, because it not only participates in the digestion of food, the formation of feces and its excretion, but also participates in mineral metabolism, the absorption of the liquid part of the chyme, the microorganisms inhabiting not only participate in the synthesis of some vitamins, but they can lead to other problems in the postoperative period.

Key words: anorectal region, Hirschsprung's disease, coloproctology, digestive tract, resection, colon intestine

БОЛАЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН РИВОЖЛАНИШИ МУМКИН БЎЛГАН АСОРАТЛАР

Раупов Ф.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Йўғон ичак резекцияси - хирургик муолажа ҳисобланиб, аъзонинг маълум қисмини олиб ташланишини назарда тутди. Ушбу муолажа ўта хушёрликни талаб этади, чунки операция вақти ёки ундан сўнг юзага келиши мумкин бўлган асоратлар бемор соғлиғига жиддий зарар етказиши мумкин. Йўғон ичак нафақат овқат ҳазм қилиш, ахлат шаклланиши ва чиқаришда иштирок этади, балким унинг минераллар алманишувидаги иштироки, химус суюқ қисмини сўриш фаолияти маълум. Ундан ташқари, ичкадаги микроорганизмлар баъзи витаминлар синтезида иштирокидан ташқари, улар операциядан кейинги даврда жиддий муаммолар ҳам келтириб чиқариши мумкин.

Калит сўзлар: аноректал соҳа, Гиршпрунг касаллиги, колопроктология, ҳазм найи, резекция, йўғон ичак.

Актуальность

Резекции толстого кишечника являются вынужденными операциями у детей и выполняются при врожденных патологиях — атрезиях, болезни Гиршпрунга, некоторых формах аноректальной мальформации, а также при язвенно-некротическом энтероколите новорожденных, семейном диффузном полипозе (синдром Пейц-Егерца), тромбозе сосудов брыжейки, спаечной кишечной непроходимости, долихосигме, болезни Пайера, травмах, опухолях и др. [4,5,7,11]. Несмотря определенные успехи детской хирургии в области колопроктологии, за последние годы число резекций толстого кишеч-

ника не имеет тенденцию к снижению (1,3,4,10,12). В связи с тем, большое практическое значение приобретает изучение последствий подобных операций и проведение профилактики возможных нарушений, развивающихся в после операции у детей [1,3,7,8,9]. Резекция (отсечение) - хирургическое вмешательство по удалению определенной части пищеварительного органа. Это достаточно сложная операция и классифицировать ее можно по нескольким факторам: по виду и по отделам кишечника, по анастомозу, согласно пораженному отделу кишечника и т.д. Толстый кишечник состоит из следующих частей: слепая кишка, ободочная и прямая. Поэтому обычно резекцию толстого кишечника подразделя-

ют: слепого отдела, ободочной кишки или прямокишечного участка [3,8,11].

По характеру наложенного анастомоза различают:

"Конец в конец". Характеризуется соединением двух концов кишки, после удаления пораженного участка. Могут соединяться соседние отделы. Такой тип соединения тканей - физиологичный, но риск осложнений в виде рубцов высокий.

"Бок в бок". Такой тип операции позволяет крепко скрепить боковые ткани кишечника и избежать развития осложнений в виде непроходимости пищеварительного органа.

"Бок в конец". Анастомоз делается между отводящей и приводящей частями. Резекция любого пищеварительного органа проходит в 2 этапа: удаление пораженного участка и формирование анастомоза.

На данный момент распространен метод лапароскопии. Благодаря новой технике сводятся к минимуму травматическое воздействие, а это важно для быстрого дальнейшего выздоровления [1,11,12]. При открытом доступе хирург делает срединный разрез, осматривает толстую кишку, находит патологический очаг, удаляет его после перевязки сосудов брыжейки. Обычно операция на толстом кишечнике завершается накладыванием один из способов соединения концов или выводится колостома [1,4,7,8,10].

Удаление слепой кишки называется колэктомией, сигмовидной части - сигмэктомия, восходящей ободочной и половины поперечной или нисходящей ободочной с половиной поперечной - гемиколэктомия. Удаление ободочной кишки принято называть тотальной колэктомией. Операции на прямой кишке отличаются от других отделов тем, что прямая кишка имеет не только особенности строения и расположения, но и с характером выполняемой функции. При резекциях верхних двух третях органа имеется возможность сохранить анальный сфинктер. Даже при безупречной оперативной технике и соблюдении всех профилактических мер избежать осложнений при операциях на кишечнике проблематично. Потому что, содержимое этого органа несет массу микроорганизмов, которые могут стать источником инфицирования [2,3,11].

Осложнения, которые наиболее часто встречаются при резекции:

Присоединение инфекции (чаще всего нагноение швов, перитонит). Высокая температура, усиление болей. Покраснение, припухлости - первые признаки развития данного состояния.

Развитие грыжи. Даже правильно наложенные швы и отличное сращение тканей не гарантирует такой же прочности брюшной стенки, которая была до операции, поэтому место разреза часто трансформируется в грыжевые ворота.

Спайки и рубцы. Могут не только стать причиной возникновения болей, тянущих ощущений, но также нарушить проходимость кишечника и вызвать другие неприятные последствия; при этом состоянии может быть повышена температура.

Кровотечения. Также нередкое явление после резекции кишечника, которое может вызвать даже летальный исход при несвоевременном оказании помощи.

Именно поэтому после операции минимум неделя, а чаще всего 10 дней, который пациент проводит

в условиях стационара. Это даёт возможность врачам держать состояние больного под постоянным контролем и в случае необходимости корректировать лечение.

В настоящее время большой интерес исследователей и значительную дискуссию в научной литературе вызывает вопрос об оптимальной адаптации оставленных отделов толстой кишки после резекции [1,3,5,6,11]. При резекции толстой кишки или ее полном отключении (илеостома) способность пациента поддерживать водный и электролитный гомеостаз существенно снижается. Нарушается всасывание воды, натрия, калия, магния, кальция. Отсутствие толстой кишки или ее выключение при наложении стомы существенно ускоряет скорость пассажа по кишечнику, дополнительно снижая адсорбцию. Нарушается поступление витамина К в связи с отсутствием его достаточного биосинтеза бактериями (2,7,11). Отсутствие функционирующей толстой кишки характеризуется: значительным повышением секреции солей и воды; объем выделений зависит от длины оставшегося участка тонкой кишки, а электролитный состав отделяемого из стомы постоянен; всасывание макронутриентов снижено, но коэффициент утилизации относительно постоянен для каждого пациента; характерны потери бивалентных катионов; нарушено всасывание витамина В12, образование витамина К. Изменения переваривания и всасывания тесно взаимосвязаны с изменением моторики кишечника. Как известно, в раннем послеоперационном периоде, наблюдается длительный парез кишечника. В дальнейшем отмечается ускорение времени пассажа пищевых веществ по кишечнику [1,2,4,8,11]. Пострезекционное ускорение пассажа не означает активизации нормальной моторной активности, а лишь отражает укорочение длины кишки и активизацию перистальтики в ответ на увеличение секреции. Как экспериментальные, так и клинические данные демонстрируют повышение бактериальной транслокации из полости кишечника в собственную пластинку слизистой оболочки, а затем и во внутренние органы в послеоперационном периоде, даже при отсутствии существенных изменений всасывания нутриентов. Поэтому дети, перенесшие резекцию кишечника даже по поводу невоспалительных заболеваний, угрожаемые по генерализации инфекции, в том числе сепсису [2,6,9,11].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ резекции кишечника в зависимости от уровня и объема его удаления с целью улучшения результатов лечения, разработать комплекс лечебных мероприятий, включающих консервативную терапию и хирургические методы лечения.

Материал и методы

В основу настоящей работы положены данные обследования и лечения 31 больных (17 мальчики, 14 девочек) с хирургической патологией, получившие хирургическое лечение в клинической базе кафедры детской хирургии, в период 2018-19 гг. За последние 2 года в отделение хирургии лечение получили 387 больных. Из них у 31 (8,1%) больным проведено радикальное или паллиативное хирургическое вмешательство. У 18 (58,1%) больным диагностировано *atresia ani et rekti*, болезнь Гиршпрунга обнаружено у 7 (22,6%) больных, у 6 (19,3%) больным диагностировали до-

лихосигму. Этим больным различные периоды жизни проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке.

Результат и обсуждение

Нами проведено клиническо-лабораторные и рентгенологические исследования у 31 больного в возрасте от момента рождения до 5-летнего возраста. Для исследования патологии толстой кишки производили обзорную рентгенографию и ирригографию в момент заполнения и после опорожнения, в различных положениях пациента для изучения фиксации и патологических смещений толстой кишки. При определении аномалий аноректальной области использовали методику определения уровня атрезии прямой кишки и ануса по Вангестину. Тактика оперативного лечения основывалась от уровня атрезии, наличие или отсутствие свищей в органы малого таза и промежности. При низкой форме атрезии ani произведено анопластика с низведением и фиксацией слизистой прямой кишки в кожу анальной области у 7 (%) новорожденным. Высокая форма атрезии ani et rekti (со свищем и без) обнаружено у 11 (%) больных, у 3-х (9,8%) больных наложена сигмостома, им более старшем возрасте произведено ликвидация стомы и частичная резекция толстого кишечника с последующем трансанальным низведением по Ромуальду-Ребейна, у 6 (19,4%) больным произвели одномоментную брюшно-промежностную проктопластику. Из-за наличие тяжелых сопутствующих патологий в 2-х (6,4%) случаях отмечено летальный исход. У 4-х (12,9%) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Бале, у 3-х (9,8%) больных для лечения данной патологии использовано транс анальное низведения и удаления аганглионарной части толстого кишечника по Делаторе-Мандрагона без лапаротомии. У 3-х (9,8%) больных с долихосигмой произведено частичная резекция, с наложением анастомоза "конец в конец". Решающими факторами здесь должны были данные ирригографии и клинико-функциональное состояние сигмовидной кишки.

Всем больным в послеоперационном периоде произведено комплексное лечение, в отдаленном периоде наблюдения общее состояние больных оценено как "относительно удовлетворительное".

Вывод

Таким образом, операции подлежат только те больные дети, у которых имеются выраженные признаки удлинения толстой кишки, перегибы, нарушения проходимости и фиксации толстой кишки. При оперативном лечении мы придерживались органосох-

раняющих позиций. Операции были направлены на устранение удлиненного типа толстой кишки или аганглионарной зоны, путем удаления значительной ее части, что позволяет создать оптимальные условия для функционирования оставшейся после резекции части толстой кишки и в большинстве случаев, приводит к нормализации стула.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Леонтьев А.В. Наш опыт лечения болезни Гиршпрунга у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. / Материалы съезда детских хирургов России 2015 г. стр. 33.
2. Карпина, Л. М. Становление кишечного микробиоценоза у детей первого года жизни и пути его коррекции / Л. М. Карпина, С. В. Бельмер // Вопросы детской диетологии. - 2010; 5: 45-49.
3. Котельникова Л.П., Шатрова Н.А., Белякова Я.В. Отдаленные результаты резекций левой половины ободочной и прямой кишок // Современные проблемы науки и образования. - 2012; 2: 147-152.
4. Отамурадов Ф.А., Эргашев Н.Ш. Хирургическая тактика при редких форм аноректальных аномалий у девочек. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. /Материалы съезда детских хирургов России 2015; 111.
5. Султонов Ш.Р., Сайфуллоев И.Д., Додожонов Ю.Т., Содиков Н.Д., Султонов Х.М. Диагностика и принципы лечения хронических запоров у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. /Материалы съезда детских хирургов России 2015; 146.
6. Трушин П.В., Скляр К.Е., Костылева Е.С., Шелковников Д.С., Толмачев И.А. Анализ методик хирургического лечения некротизирующего энтероколита. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. /Материалы съезда детских хирургов России 2015; 150.
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 2015; 153.
8. 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.
9. Cheung S.T., Tam Y.H., Chong H.M., Chan K.W., Mou W.C., Sihoe D.Y., Lee K.H. An 18-year experience in total colonic aganglionosis: from staged operations to primary laparoscopic endorectal pull-through. J Pediatr Surg 2009; 44: 12: 2352-2354.
10. Das K., Kini U., Babu M.K., Mohanty S., D'Cruz A.J. The distal level of normally innervated bowel in long segment colonic Hirschsprung's disease. Pediatr Surg Int 2010; 26: 6: 593-599.10. Endo M. et al. Motor activity of refashioned colorectanus in patients with total colonic aganglionosis. J Pediatr Surg 1996; 31: 283-290.
11. Fouquet V., De Lagausie P., Faure C. et al. Do prognostic factors exist for total colonic aganglionosis with ileal involvement? J Pediatr Surg 2002; 37: 71-75.
12. Fraser J.D., Garey C.L., Laituri C.A., Sharp R.J., Ostlie D.J., St Peter S.D. Outcomes of laparoscopic and open total colectomy in the pediatric population. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2010; 20: 7: 659-660.

Поступила 09.02. 2020