

пациентов. У всех пациентов, за исключением больных с толсто-тонкокишечной непроходимостью, выполнена предоперационная диагностическая колоноскопия, подтвердившая диагноз и уровень поражения кишки.

При колоноскопии оценивали уровень опухолевого поражения кишечника, протяженность и степень обтурации просвета кишки. В случае невозможности заведения декомпрессионного зонда выше опухоли или установки стента, больные готовились к срочному оперативному вмешательству. Всем больным при колоноскопии выполнялась биопсия из опухоли.

В случае, если на фоне проводимых сифонных клизм у пациента отмечалось улучшение состояния в виде опорожнения отключенного сегмента толстой кишки, больному продолжалась консервативная терапия.

При колоноскопии уточняли соответствие разрешающей по клиническим данным обтурационной непроходимости данным о характере поражения толстой кишки. При необходимости производилось эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза с целью декомпрессии кишки и как предоперационная подготовка. Лечение и подготовка к операции у тяжелых пациентов проводилась в условиях реанимации с участием хирурга, эндоскописта и анестезиолога.

Пациентам, которым не была показана экстренная операция, выполнялись лапароскопические вмешательства. В этой группе оказалось 87 больных.

После открытых операций наблюдались следующие осложнения: эвентрация у 5 пациентов, нагноение послеоперационной раны – 8, пневмония – 5, несостоятельность анастомоза – 4, ТЭЛА – 3, послеоперационный парез кишечника – 4, абсцесс брюшной полости – 7, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 2, несостоятельность и некроз колостомы – 1, перфорация острой язвы тонкой кишки с перитонитом в одном случае.

Результаты. В группе пациентов, перенесших лапароскопические операции, наблюдались следующие осложнения: несостоятельность анастомоза у 2 пациентов, абсцесс брюшной полости – у 4.

Выводы. Накопление опыта лапароскопических вмешательств на кишечнике, слаженная скоординированная работа хирургов, эндоскопистов, анестезиологов и реаниматологов, использование небольших разрезов для извлечения препарата (параумбиликальный, надлонный) позволили снизить средний койко-день, ускорить выздоровление больных, снизить затраты на обезболивание и на лекарственные средства в целом.

Внедрение в организацию работы многопрофильного стационара высокотехнологичной лапароскопической хирургии, высокотехнологичной эндоскопии, методики Fast-track позволило добиться значительного улучшения в лечении больных с данной патологией, снизить затраты стационара и повысить экономическую эффективность. Применение лапароскопических технологий в общехирургическом стационаре должно занять свое достойное место в хирургическом лечении колоректального рака, осложненного обтурационной непроходимостью.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ ФОРМ АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

МОКРУШИНА О.Г., ШУМИХИН В.С., ХАЛАФОВ Р.В., КОСТОМАРОВА Е.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

miokrushina@yandex.ru

Протяженные формы аганглиоза толстой кишки являются редкой формой врожденной аномалии кишечника. Лечение таких пациентов должно проводиться с учетом возможного развития осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Цель исследования: провести анализ лечения пациентов с протяженным аганглиозом толстой кишки.

Материалы и методы: с 2013 по 2017 годы в отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей находилось 78 детей с различными вариантами аганглиоза. Из исследования исключены 52 пациента с ректальной и ректо-сигмоидальной формой, а также 5 пациентов с тотальной нероинтестинальной дисплазией кишечника. Проведен анализ лечения 21 пациента с протяженным поражением толстой кишки.

Результаты исследования: Сформированы 2 группы, в зависимости от протяженности поражения. 1-я группа – с тотальным поражением толстой кишки – 11 пациентов, 2-я группа – 10 пациентов с субтотальным поражением. Группы сопоставимы по гендерному составу, весу при рождении, гестационному сроку. Во всех случаях диагноз поставлен на основании морфологического исследования биопсийного материала толстой кишки. Возраст радикальной коррекции порока в обеих группах не имел статистических различий. 1-я группа – 97 ± 13 дней, 2-я – 87 ± 18 дней.

Оперативное вмешательство заключалось в удалении пораженного сегмента кишки и низведении на промежность функционирующей стомы. В 1-й группе операция выполнена лапароскопическим способом у 8 пациентов из 10, во второй группе – 5 пациентам из 11. Результаты лечения оценены в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. В качестве критериев для оценки выбраны следующие параметры: в раннем послеоперационном периоде – явления энтероколита, несостоятельность швов. В отдаленном – рецидивирование инфекции, возникновение стеноза анастомоза, функциональные нарушения низведенной кишки, необходимость соблюдения диеты. Проведенный анализ не выявил значительных различий в течении раннего послеоперационного периода, энтероколит в раннем послеоперационном периоде в обеих группах возник у 30% пациентов, несостоятельность кишечного анастомоза – по одному случаю в каждой группе. Однако анализ отдаленных результатов показал, что функциональные нарушения сохранялись гораздо дольше в группе пациентов с субтотальным поражением толстой кишки, что составила 50%, в то время как в группе с тотальным поражением – 10%. Хи-квадрат с поправкой Йейтса 7.219 опреде-

ляет статистически значимое различие, а коэффициент корреляции Спирмена 0.132 — свидетельствует о прямой корреляционной зависимости данного признака. В то же самое время наше исследование не выявило статистически значимого различия в частоте рецидивирования воспалительного процесса. В первой группе данное осложнение встретилось у 27%, во второй — у 52% пациентов. Также наши исследования не выявили зависимости возникновения стенозов анастомоза в зависимости от формы порока. Так, в первой группе стеноз анастомоза выявлен у 18%, во второй — у 30% пациентов. Важным компонентом качества жизни является возможность получать возрастной рацион нутритивной поддержки. В нашей серии исследований пациенты первой группы после тотальной колэктомии длительное время вынуждены получать специальную диету.

Закключение. Лечение пациентов с протяженной формой аганглиоза должно проводиться совместно детскими хирургами и гастроэнтерологами, что обеспечит хорошее долгосрочное качество жизни пациентов.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОЗОМ

РАВИЧ Л.Д., ХМЫЛОВ Л.М., ЧЕРНЫШ С.Н.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

L.D.Ravich@gmail.com

Актуальность проблемы. Острый парапроктит — одно из инфекционных осложнений, сопровождающих химиотерапию лейкозов. По данным разных авторов, частота инфекционных осложнений достигает до 75%. Инфекционные осложнения при лейкозах являются одной из основных причин смерти больных. Наиболее часто течение лейкоза осложняется пневмонией, поражением пищеварительного тракта, гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Отличительной особенностью течения данных осложнений при лейкозах является склонность к диссеминации инфекции. Основным патогенетическим механизмом, способствующим развитию инфекционных осложнений, являются гранулоцитопения, обусловленная опухолевым процессом и действием цитостатических препаратов. Доля острого парапроктита среди инфекционных осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 3,5% до 10,8%. При этом бактериемия регистрируется у 22% больных. Летальность из-за развития сепсиса достигает 30%.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуто 1102 истории болезни пациентов острым лейкозом, находившихся на лечении в ГКБ имени С.П. Боткина в 2007–2017 гг. У 853 пациентов имелся острый миелобластный лейкоз, у 249 — острый лимфобластный лейкоз. У 59 (6,9%) имелся острый миелобластный лейкоз, а у 15 (6,0%) больных — острый лимфобластный лейкоз. Таким образом, в исследование включено 74 (6,7%) больных, среди которых было 57 мужчин и 17 женщин со средним возрастом 43 года (в диапазоне от 18 до 80 лет).

Следует отметить, что у 70 (94,6%) пациентов возникло как инфекционное осложнение на фоне химиотерапии,

а у 4 (5,4%) больных острое воспаление в параректальной клетчатке предшествовало манифестации острого лейкоза. Хронические заболевания анального канала (анальные трещины, неполные внутренние свищи) послужили причиной инфицирования параректальной клетчатки у 56 (75,6%) больных.

Парапроктит был представлен следующими клиническими группами: абсцессом у 12 (16%) больных, воспалительным инфильтратом у 50 (68%), единичными или множественными изъязвлениями стенок анального канала и перианальной кожи — у 12 (16%). Следует отметить, что у 65 (87,8%) больных развитие острого парапроктита происходило на фоне нейтропении. Нормальные показатели гемограммы имелись лишь у 9 (12,2%) больных с параректальными абсцессами. Для больных с параректальными инфильтратами и язвенным поражением анального канала характерно состояние нейтропении различной степени выраженности. У 25 (33,8%) больных на фоне лейкопении развивалась бактериемия. Монокультура бактерий определялась в 17 наблюдениях, в 8 случаях — в виде ассоциаций. Пациентам с поверхностными дефектами стенок заднепроедного канала или слизистой оболочки, эпителизирующимися в межкурсовых перерывах, проводилось местное консервативное лечение. Кроме того, консервативная антибактериальная терапия применялась при воспалительном процессе, протекавшем на фоне гранулоцитопении. Показанием к операции служило наличие параректального абсцесса с наличием флюктуирующей гнойной полости. У 40 пациентов (80%) с параректальными инфильтратами удалось добиться их резорбции на фоне консервативного лечения.

Результаты. У 40 из 50 больных с параректальными инфильтратами (80%) на фоне лечения отмечена резорбция инфильтрата. У 8 (10,8%) больных в процессе лечения развился рецидив парапроктита. У всех этих больных рецидив развился на фоне нейтропении, а причиной рецидива парапроктита во всех случаях явились хронические заболевания анального канала. Всего умерло 7 больных (9,5%).

Из них:

4 больных (5,4%) умерло от септического шока.

1 больной (1,35) умер псевдомембранозного колита.

1 пациент умер от кровоизлияния в мозг и 1 от желудочно-кишечного кровотечения.

Выводы:

1. Острый парапроктит при остром лейкозе встречается с частотой 6,7%, при остром лимфобластном лейкозе (6%) при миелобластном лейкозе (6,9%).

2. Характер воспалительной реакции в параректальной клетчатке у больных с острым лейкозом обусловлен гранулоцитопенией.

3. Тактика лечения больных с острым лейкозом должна учитывать клиническую форму воспаления. Язвы перианальной области и анального канала подлежат местному лечению и наблюдению. Инфильтрат служит показанием к консервативному лечению антибиотиками. При наличии жидкостных скоплений и абсцедировании инфильтрата показано хирургическое лечение.