

Наврузов Б.С.,
Абдужаббаров С.Б.,
Рахмонов С.Т.,
Шаймарданов Э.К.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Научный Центр колопроктологии Республики Узбекистан

Хирургическое лечение воспалительных заболеваний кишечника таких, как болезни Крона (БК) и неспецифического язвенного колита (НЯК) остается актуальным, несмотря на прогресс консервативной терапии, связанный, главным образом, с разработкой препаратов (моноклональные антитела), нейтрализующих провоспалительные цитокины и угнетающих адгезию нейтрофилов (Owczarek et al., 2009; Reenaers et al., 2009).

Оперативное вмешательство при ВЗК необходимо при отсутствии ответа на консервативную терапию или же при развитии осложнений (Rosenthal et al., 2009). На сегодняшний день нет единого мнения о наиболее эффективных методах формирования кишечного шва при межкишечных анастомозах (М.П. Захараш и соавт., 2006). Так, даже при благоприятном исходе операции отторжение, инкапсуляция или длительное рассасывание нитей способствует избыточному рубцеванию, сужению и деформации анастомоза (Соломко А.В., 1999; De Fina S. et al., 2000). Все это присуще, но значительно в меньшей степени, механическому шву при использовании американских сшивающих аппаратов с «нежными» скобками, родоначальником которых был российский сшивающий аппарат ПКС-25 (Каншин П.С. и соавт., 2004).

Целью настоящего исследования является оценка эффективности наложения низких и ультранизких илео-ректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов после резекции толстой кишки у больных воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки (ВЯЗТК).

Материалы и методы. В Республиканском научном центре колопроктологии МЗ РУз подвергнуты оперативному лечению 31 больной с ВЯЗК, из них 7 больных БК и 24 больных НЯК. Этим пациентам выполнены резекции толстой кишки с наложением низкого (9 см и выше) и ультранизкого анастомоза (от 5 до 9 см) с помощью циркулярно-сшивающего аппарата нового поколения фирмы «Ethicon-Endo-Surgery». Ультранизкий илео-ректальный анастомоз наложен 12 больным, остальным 19 наложен низкий анастомоз. Доминировали лица мужчины -19 (61,2%), женщин было 12 (38,9%). 24 (77,7%) больных были в возрасте до 45 лет, 7 –до 59.

Больные обследованы по комплексной программе с использованием морфологических и функциональных методов диагностики. У 30 больных имелось тотальное поражение толстой кишки с осложнениями требующее хирургическое лечение. В одном случае диагностировано левостороннее поражение. Сфинктерометрию проводили на сфинктерометре с тензодатчиком М-258К.

Из 7 больных с БК у 4 течение заболевание расценено как тяжелое, у 3 пациентов – средней тяжести. Тотальную колэктомию с резекцией прямой кишки выполнено у 6 из 7 больных с БК, у 1 была проведена левосторонняя гемиколэктомия. В 3 случаях формировали превентивную двухствольную илеостому для декомпрессии анастомоза, в остальных 4 случаях операцию заканчивали наложением анастомоза. Ультранизкий анастомоз был выполнен у 1 больного, у остальных 6 – низкий.

У 15 из 24 больных НЯК диагностировали тяжелую форму заболевания, у 3 – средней тяжести. К наиболее серьезным осложнениям, послужившим показаниями к оперативному вмешательству, относились: токсическая дилатация толстой кишки с развитием серозного перитонита, стриктура толстой кишки. Ультранизкий анастомоз наложен 11 пациентам, 13 больным наложен низкий анастомоз. У 4 больных анастомоз наложен методом «конец- в конец», у 20 – «конец в бок». В 7 случаях формировали превентивную двухствольную илеостому для защиты анастомоза, которую закрывали через 2-6 месяцев после операции.

Продолжительность операции тотальной колэктомии с резекцией прямой кишки и наложением «низкого» илео-ректального анастомоза ЦСА составило $190 \pm 35,6$ мин. При выполнении той же операции, но с наложением «ультранизкого» анастомоза было затрачено $210 \pm 30,5$ мин ($p > 0,05$). Продолжительность операции не зависело от формы ВЗК. Объем кровопотери в обеих группах составило $260 \pm 35,0$ мл.

Результаты и обсуждение.

Итоги хирургического лечения больных с ВЯЗК изучалось путем оценкиближающих и отдаленных результатов, продолжительности оперативного пособия, объема кровопотери.

Как было указано выше, объем кровопотери составило $260 \pm 35,0$ мл. При этом разницы в исследуемых группах с наложением «низкого» и «ультранизкого» анастомозов не выявлено. Во время оперативного лечения проводилось компенсация за счет переливания препаратов крови и кровезаменителей.

Разница в продолжительности операции в обеих группах наблюдалась, однако она статически оказалось не достоверной. Удлинение времени операции при выполнении «ультранизкого» анастомоза ($210 \pm 30,5$ мин) обусловлена мобилизацией более дистальных отделов прямой кишки и топографическими особенностями.

Несостоятельность кишечного анастомоза развилось у 3 (12%) пациентов, в одном случае после наложения ультранизкого анастомоза, в двух – низкого. Во всех случаях у больных был диагностировано тяжелое течение НЯК, тотальное поражение. У больного с ультранизким анастомозом и формированием J-образного резервуара из петель тонкой кишки и одного больного после закрытия двустольной илеостомы и наложения низкого илео-ректального анастомоза «конец в конец» несостоятельность анастомоза закончилась летальным исходом. У одной больной с низким илеоректальным анастомозом «конец в бок», ее удалось скорректировать при релапаротомии. Летальный исход наступил у больных старшего возраста и осложненным течением НЯК. Несостоятельность кишечного анастомоза – осложнение высокого риска при ВЗК.

Наблюдение за больными показало хорошие функциональные результаты. Так, из табл. 1 видно, что у показателей сфинктерометрии, достоверно сниженных до операции, через 3 месяца прослеживается тенденция к их повышению, достоверное в отношении показателя при напряжении. У больных восстановилась трудоспособность.

Табл. 1. Показатели сфинктерометрии (мА) у больных ВЗК до и после операции

	Здоровые лица		Больные ВЗК	
	в покое	При напряжении	в покое	при напряжении
До операции	$32,8 \pm 1,9$	$62,7 \pm 2,1$	$23.5 \pm 2,1^*$	$42.3 \pm 3.2^*$
после операции			26.8 ± 2.9	$53.7 \pm 2.1^{**}$

* - Примечание: *- 1 достоверные различия по сравнению с контролем,

** - достоверные различия показателей до и после операции

Таким образом, данный метод сокращает время операции, снижает степень травматизации тканей вследствие минимального воздействия на них руками, обеспечивает высокую надежность герметичности шва (анастомоза), надежность гемостаза, возможность формирования анастомозов в анатомических областях, трудно доступных для наложения ручного шва. Он предотвращает инвалидизацию больных, что особенно важно, принимая во внимание преимущественно молодой возраст страдающих ВЗК.

Пример 1: Больная М., 17 лет, история болезни №5958, поступила в клинику 06.06.2009 г с жалобами на частый 6-8 раз в сутки стул гнойно-кровянистым содержимым, общую слабость. Болеет в течении 1 года. После осмотра и диагностических процедур больной выставлен диагноз – неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, средне-тяжелая форма, осложненная кровотечением, псевдополипозом кишечника. 16.06.2009г. под эндотрахеальным наркозом больной произведена тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки, наложение с помощью циркулярно-сшивающего аппарата CDH-29 ультранизкого илео-ректального анастомоза «конец в конец». Послеоперационное течение гладкое. На третьи сутки после операции самостоятельный жидкий стул. Заживление послеоперационной раны первичное. Больная в удовлетворительном состоянии на 9 сутки после операции выписана из клиники для амбулаторного наблюдения.

Пример 2: Больной А., 36 лет, история болезни №4891, поступил в клинику 10.05.2010 г с жалобами на частый 10-15 раз в сутки стул гнойно-кровянистым содержимым, боли в животе, общую слабость. Болеет в течении 4 лет. После осмотра и диагностических процедур больной выставлен диагноз – неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, тяжелая форма,

осложненная токсической дилатацией толстой кишки, кровотечением, псевдополипозом кишечника, анемией средней степени, хронический диффузно-серозный перитонит, хронический токсический гепатит. 18.05.2010г. под эндотрахеальным наркозом больному произведена тотальная колэктомия, передняя низкая резекция прямой кишки, наложение с помощью циркулярно-сшивающего аппарата CDH 33 ультранизкого илео-ректального анастомоза «конец в конец», наложение превентивной двустольной илеостомы. Послеоперационное течение гладкое. На четвертые сутки после операции начала работать илеостома. Заживление послеоперационной раны первичное. Больной в удовлетворительном состоянии на 13 сутки после операции выписан из клиники для амбулаторного наблюдения.

В течение последних 3 лет нами описанным способом прооперировано 120 больных хроническим неспецифическим язвенным колитом в возрасте от 15 до 40 лет. Патоморфологическая форма воспаления толстой кишки различна. Осложнений логично связанных с предлагаемым способом наложения ультранизкого илеоректального анастомоза не наблюдалось.

Таким образом, предложенный способ наложения низкого и ультранизкого илеоректального анастомоза с использованием циркулярно-сшивающего аппарата позволяет достичь надежности сформированных анастомозов, существенно сократить время оперативного вмешательства, уменьшить число послеоперационных осложнений и сократить длительность пребывания больных в стационаре.

Использованная литература

1. Веттер К., Ситкин С., Голофеевский В. Прогресс в гастроэнтерологии и гепатологии – результат множества небольших шагов // *Falk Gastro Review J.* -2007.-N4. P. 10-13.
2. Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке // *Хирургия. – Ж. им. Н.И. Пирогова. – Москва, 2006. - №7. – С.51-55.*
3. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Воленко Р.А. Компрессионные анастомозы и формирование их аппаратами АСК в эксперименте и клинике // *Хирургия. – Ж. им. Н.И. Пирогова. – Москва, 2004. - №5. – С.79-81.*
4. Owczarek D., Cibor D., Szczepanek M. Biological therapy of inflammatory bowel disease // *Pol. Arch. Med. Wewn. – 2009. – Vol. 119, N1-2. – P. 84-88.*
5. Reenaers C., Louis E., Belache J. Biologic therapies in chronic inflammatory bowel diseases // *Rev. Med. Liege. – Vol. 64, N5-6. – P. 301-304.*