

На правах рукописи

Артеменко Максим Владимирович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ АСЦЕНДРЕКТАЛЬНОГО
АНАСТОМОЗА**

(Экспериментальное и клиническое исследование)

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск – 2004

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Хирургическая патология ободочной кишки является одной из частых среди заболеваний, требующих оперативного лечения.

По данным ГНЦ проктологии МЗ РФ, заболевания ободочной кишки составляют около 1% среди всех болезней, а в структуре болезней органов пищеварения – 15,3%. Из патологий этой локализации наиболее распространенными являются: диффузный полипоз, неспецифический язвенный колит, гранулематозный колит (болезнь Крона), диффузный дивертикулез, различные формы мегаколон, пневматоз. У 25% так называемых «практически здоровых» взрослых людей выявляются заболевания толстой кишки.

Процент осложнений и неблагоприятных исходов при хирургическом лечении указанных заболеваний в целом достигает 50 – 70% [Алекторов Б.А., 1955; Холдин С.А., 1977; Нестеренко Ю.А., 1978; Biondo S., Jaurieta E., Jorba R. et al., 1997, Кузнецов С.М. и соавт., 1999; Есин В.И. и соавт., 1999; Захарченко А.А. и соавт., 1999]. Несостоятельность толстокишечного анастомоза в раннем послеоперационном периоде достигает 10 %. По-прежнему сохраняются на высоком уровне гнойно-септические осложнения после оперативного вмешательства.

Одной из ранее предложенных методик оперативного вмешательства при заболеваниях толстой кишки с ее диффузным поражением является субтотальная дистальная колэктомия с формированием асцендоректального анастомоза. Однако, по данным В.Д. Федорова (1986), осложнения после подобной операции возникают в 44,4% случаев.

По литературным данным, в отдаленном послеоперационном периоде в результате реверсии культи толстой кишки теряется замыкательная функция илеоцекального клапана, что ведет к развитию рефлюкс – энтерита.

Следовательно, несмотря на огромный прогресс хирургии ободочной кишки, результаты оперативного лечения диффузных заболеваний толстой кишки не удовлетворяют практикующих хирургов и проблема формирования колоректального соустья, а также выполнение корригирующих операций, препятствующих развитию рефлюкс – энтерита, до настоящего момента остается актуальной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Усовершенствовать в эксперименте и внедрить в клинику способ формирования асцендоректального анастомоза с корригирующей операцией на илеоцекальном отделе для улучшения непосредственных и отдаленных результатов после субтотальной дистальной колэктомии

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Разработать в эксперименте новый способ формирования асцендоректального анастомоза и корригирующей операции на илеоцекальном отделе после субтотальной дистальной колэктомии.

2. Изучить гистологическую картину сформированного асцендоректального анастомоза в различные сроки после операции.

3. Изучить непосредственные и отдаленные результаты клинического применения субтотальной дистальной колэктомии с формированием асцендоректального анастомоза и баугинепластикой у больных с диффузными заболеваниями толстой кишки.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Разработан в эксперименте новый способ формирования асцендоректального анастомоза с баугинепластикой после субтотальной дистальной колэктомии.

Результаты морфологического исследования сформированного асцендоректального анастомоза показали, что последний сохраняет свою форму и тканевую структуру как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Показано, что выполнение баугинепластики не только не препятствует естественному прохождению кишечного содержимого в разные сроки после оперативного вмешательства, а и позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс – энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции.

Результаты морфологического исследования терминального отдела подвздошной кишки в экспериментальной части показали отсутствие воспалительных и дегенеративных изменений в ее слизистой оболочке, что свидетельствует о хорошей замыкательной функции «усиленного» баугинепластикой илеоцекального клапана.

На способ формирования асцендоректального анастомоза получен Патент Российской Федерации № 2178989 от 10.02.2002 года.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ.

Разработанный способ формирования асцендоректального анастомоза позволяет уменьшить развитие неспецифических осложнений в раннем послеоперационном периоде до 5,88 %, а также улучшить результаты социально – трудовой реабилитации у больных, перенесших субтотальную дистальную колэктомию и получить отличные и хорошие результаты в отдаленном послеоперационном периоде у 92 % пациентов.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Возможность формирования межкишечного анастомоза между различными по диаметру отделами толстой и прямой кишки подтверждается результатами морфологического исследования, которые свидетельствуют о сохранении структуры слоев восходящей и прямой кишки в разные сроки после оперативного вмешательства.
2. Формирование асцендоректального анастомоза по оригинальной методике не вызывает специфических хирургических осложнений и не сказывается на течении послеоперационного периода у больных, перенесших субтотальную дистальную колэктомию.
3. Выполнение профилактической баутинопластики не препятствует естественному прохождению кишечного содержимого в разные сроки после оперативного вмешательства, а также позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс – энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции.

ВНЕДРЕНИЕ И АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Представленные в работе положения и методика используются в практике НИИ гастроэнтерологии СГМУ, лечебных учреждений ЦМСЧ – 81 ФУ «Медибиоэкстрем» г. Северска. Результаты исследования внедрены в работу кафедры хирургии ВМФ Сибирского Государственного медицинского университета. Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней, курса усовершенствования врачей ФУВ Сибирского Государственного медицинского университета.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании Ученого Совета НИИ гастроэнтерологии Сибирского Государственного медицинского университета, научно – практической конференции врачей ЦМСЧ – 81 ФУ «Медибиоэкстрем» г. Северска 3–5 июня 2002г., на научно– практическом заседании областного общества хирургов, 2003 г., г. Томск, на 12 – ой научно – практической конференции «Достижения современной гастроэнтерологии», 23–24 сентября 2004 года, г. Томск. Постановлением Ученого совета РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), Ассоциации онкологов России за участие на Открытом Всероссийском конкурсе молодых ученых в рамках VI Российской онкологической конференции (Москва, 26–28 ноября 2002 года) работа удостоена II премии.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ.

Диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 55 рисунками, 4 таблицами. Список литературы включает 173 источника, в том числе 55 – отечественных и – 118 иностранных авторов.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методика формирования асцендоректального анастомоза отработана на 10 половозрелых беспородных собаках массой от 10 до 12 кг.

Экспериментальные животные, в зависимости от сроков наблюдения, разделены на 5 серий:

- 1 серия: 2 собаки, срок наблюдения 7 суток
- 2 серия: 2 собаки, срок наблюдения 14 суток
- 3 серия: 2 собаки, срок наблюдения 30 суток
- 4 серия: 2 собаки, срок наблюдения 3 месяца
- 5 серия: 2 собаки, срок наблюдения 6 месяцев

Проведенное экспериментальное исследование отвечает «Правилам проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приказ МЗ СССР № 755 от 12.08.1987) и Федеральному Закону о защите животных от жестокого обращения от 01.01.1997.

В послеоперационном периоде обращали внимание на характер и частоту стула, регистрировали массу тела животных в контрольные сроки. Эвтаназия животных выполнялась путем внутрисердечного введения эфира на фоне глубокого

барбитурового наркоза. Для объективной оценки герметичности асцендоректального анастомоза пробы пневмопресии (после извлечения органокомплекса в контрольные сроки) и гидропресии (in vivo). Визуально оценивали: выраженность спаечного процесса в брюшной полости, внешний вид асцендоректального анастомоза, а также зону выполнения баугинепластики. Выделяли органокомплекс: прямая кишка, восходящая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки. Органокомплекс продольно вскрывали, описывали топографическое взаимоотношение тканей и визуально оценивали зону асцендоректального анастомоза и терминального отдела подвздошной кишки.

При макроскопической оценке обращалось внимание на наличие признаков воспаления в зоне асцендоректального анастомоза, а также в тонкой кишке, проксимальнее зоны выполнения баугинепластики.

Макропрепарат фиксировали в 12 % нейтральном растворе формалина. Из зоны интереса, включающей стенку кишки в зоне анастомоза и стенку тонкой кишки на 10-20 см проксимальнее зоны выполнения баугинепластики, вырезали участки ткани для гистологических исследований. Взятые ткани, размером 1,5 x 1,0 см, после соответствующей обработки заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали по Ван - Гизону и гематоксилином - эозином.

Клиническая часть работы построена на основе клинического и инструментального обследования 17 пациентов, оперированных в клинике с 1991 по 2003 год. Из них 11 (64,7 %) женщин и 6 (35,3 %) мужчин, в возрасте от 9 до 73 лет.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице №1.

ТАБЛИЦА 1

ВОЗРАСТ ПОЛ	ВОЗРАСТ				
	всего	до 40 лет	41-50 лет	51-60 лет	старше 60 лет
Мужчины	6	1	-	4	1
Женщины	11	4	2	5	-

Итого	17	5	2	9	1
-------	----	---	---	---	---

Показаниями к выполнению субтотальной дистальной колэктомии с формированием асцендоректального анастомоза явились диффузные заболевания ободочной кишки и ранее перенесенные операции Гартмана по различным причинам (таблица № 2)

В 10 случаях (58,82 %) асцендоректальный анастомоз первично сформирован после субтотальной дистальной колэктомии по поводу мегаколон, хронического копростаз. Двое пациентов (11,76 %) ранее перенесли операцию Гартмана по поводу дивертикулеза толстой кишки. Двум больным (11,76 %) ранее была выполнена операция Гартмана по поводу рака ободочной кишки III ст. Одна пациентка (5,88 %) в детстве перенесла операцию Дюамеля – Баирова по поводу болезни Гиршпрунга. Один пациент (5,88 %) ранее оперирован в плановом порядке по поводу болезни Крона, была выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

ТАБЛИЦА 2

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА	АБС.	%
Мегаколон, хронический копростаз	9	52,94
Дивертикулез ободочной кишки, состояние после операции Гартмана	2	11,76
Рак ободочной кишки, состояние после операции Гартмана	4	23,52
Болезнь Крона, состояние левосторонней гемиколэктомии	1	5,88
Болезнь Гиршпрунга, состояние после операции Дюамеля – Баирова	1	5,88

Подготовка к плановому оперативному вмешательству проводилась с учетом наличия сопутствующей патологии. Все пациенты в предоперационном периоде были осмотрены терапевтом, а женщины дополнительно гинекологом.

Заболевания сердечно – сосудистой системы диагностированы у 6 (35,29 %) пациентов. Болезни органов дыхания имели место у 2 (11,76 %) пациентов. У 2 (11,76 %) женщин диагностирована миома матки малых размеров. Патология со стороны органов пищеварения имела место у 4 (23,52 %) пациентов.

Сводные данные о характере сопутствующей патологии приведены в таблице № 3.

ТАБЛИЦА 3

Нозологическая форма	АБС	%
Ишемическая болезнь сердца	2	11,76
Гипертоническая болезнь	4	23,52
Хронический обструктивный бронхит	2	11,76
Хронический панкреатит	3	17,64
Язвенная болезнь ДПК	1	5,88
Миома матки	2	11,76

Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялось обследование с использованием лабораторных и инструментальных методов диагностики. При опросе больных выявляли наличие или отсутствие астенического синдрома, учитывали динамику массы тела, состояние трудоспособности. Особое внимание придавали жалобам, характерным для заболеваний толстой кишки, а именно: боли по ходу толстой кишки, наличие патологических примесей в кале и моторно – эвакуаторных расстройств.

Одну пациентку (5,88 %) запоры беспокоили с момента рождения, по поводу чего ранее выполнена операция Дюамеля – Баирова. Более 5 лет запоры наблюдались у 4 (23,52 %), более 3 лет – у 4 (23,52 %) пациентов. В течение первого года после операции Гартмана реконструктивно – восстановительное

вмешательство выполнено в 1 (5,88 %) случае. В течение 2 лет с момента операции Гартмана – асцендоректальный анастомоз сформирован в 5 (29,41 %) случаях. В течение 1 года с момента левосторонней гемиколэктомии оперирован 1 (5,88 %) пациент (таблица № 4).

ТАБЛИЦА 4

Длительность анамнеза	АБС	%
Запоры более 20 лет	1	5,88
Запоры более 5 лет	4	23,52
Запоры более 3 лет	4	23,52
Операция Гартмана до 1 года	1	5,88
Операция Гартмана до 2 лет	5	29,41
Левосторонняя гемиколэктомия 1 год	1	5,88

При физикальном обследовании пациентов обращали внимание на общее состояние, выраженность белковых и водно – электролитных нарушений обмена.

Лабораторные исследования периферической крови, мочи, биохимические анализы крови, содержание электролитов крови, исследование кала выполнялись по общепринятым методикам. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось: рентгенологическое обследование органов грудной клетки, эндоскопическое исследование толстой кишки, эндоскопическая ультрасонография толстой кишки, трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ирригоскопия и изучение пассажа бария по толстой кишке.

Всем больным в предоперационном периоде проводилось лечение сопутствующей патологии, коррекция водно – электролитных и белковых нарушений, а также профилактика ранних послеоперационных осложнений.

Рентгенологическое исследование проводили на аппарате EDR – 750 В при помощи водной взвеси сернокислого бария. Обследование начинали с обзорной рентгеноскопии органов грудной и брюшной полости. Далее выполнялась

ирригоскопия с целью оценки моторно-эвакуаторного состояния дистальных отделов толстой кишки. Введение взвеси бария осуществлялось через прямую кишку при помощи аппарата Боброва, соединенного последовательно со сфигмоманометром для измерения артериального давления, под давлением 35-55 мм. рт. ст. При создании избыточного (более 55 мм.рт.ст.) давления в просвете ободочной кишки констатировалось наличие или отсутствие заброса бариевой взвеси в дистальные отделы подвздошной кишки. После опорожнения кишечника изучалось состояние слизистой оболочки толстой кишки.

Эндоскопическое исследование пациентов выполняли при помощи фиброколоноскопов фирмы «Olympus» CF-1T20L в эндоскопическом отделении в положении больного на спине. За одну процедуру производили детальный осмотр толстой кишки и зоны баугиниевой заслонки. Визуально оценивали состояние слизистой оболочки толстой кишки, а также зоны баугиниевой заслонки.

Всем пациентам проводилась эндоскопическая ультрасонография при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN -2R/ MN - 3R с частотой сканирования 12/20МГц, блоком генерации и обработки звукового сигнала EU - M30, которые проводят через рабочий канал видеэндоскопа GIF-1T140 видеосистемы EVIS EXERA GLV - 160 компании «Olympus»(Япония), для оценки сохранения нормального слоистого строения стенки кишки в зонах интереса.

При проведении эндоскопического исследования также выполнялась лазерная доплеровская флоуметрия на аппарате ЛАКК 01 с целью изучения периферического кровотока в стенке кишки.

Выполнялись общеклинические исследования периферической крови, мочи. При биохимическом анализе крови определяли общее количество белка и его фракционный состав, печеночные пробы, содержание электролитов крови. При копрологическом исследовании выявляли наличие непереваренных мышечных волокон, клетчатки, жира.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Методика осуществлялась следующим образом. Производится срединная лапаротомия. Мобилизацию ободочной кишки начинают с рассечения брюшины на уровне S1 и оканчивают на уровне слепой кишки. Перевязывают и пересекают нижнебрыжеечные сосуды, среднюю ободочную и правую ободочную артерии. Резекцию кишки производят на уровне S1 (верхнеампулярный отдел прямой кишки). После мобилизации и наложения механического шва по линии резекции

ободочной кишки выполняют субтотальную колэктомия. На протяжении 20–25 мм от линии механического шва пристеночно мобилизуют резецированные концы восходящей и прямой кишок. Восходящую кишку поворачивают во фронтальной плоскости против хода часовой стрелки на 180 градусов. Отступив 10–15 мм от линии механического шва, циркулярно рассекают стенку кишок до подслизистого слоя. Формируют первый ряд задней полуокружности анастомоза, накладывая узловое серозно – мышечные швы. При этом брыжеечный край восходящей ободочной кишки ориентируют на середину задней полуокружности прямой кишки. После наложения 5–6 швов производят их поочередное завязывание. Непрерывность слизисто – подслизистого слоя задней полуокружности восстанавливают непрерывным подслизистым швом (второй ряд швов) с помощью двух встречных кетгутовых нитей, так чтобы каждый стежок непрерывного шва на ободочной кишке располагался по длиннику рассечения, а на прямой кишке – под углом 45°. В шов берут 3–4 мм подслизистого слоя с шириной шага 3–4 мм. Просветы восходящей ободочной и прямой кишок вскрывают путем рассечения стенки сначала задней полуокружности (выше на 1–2 мм наложенного подслизистого шва), а затем по той же линии передней полуокружности. Переднюю губу анастомоза формируют по описанной ранее методике. После мобилизации червеобразного отростка выполняют аппендэктомию с погружением культи в кисетный шов. Отступя от илеоцекального перехода в дистальном и проксимальном направлениях по 10–15 мм, накладывают узловое инвагинационные швы на протяжении 2/3 окружности свободной от сосудов брыжейки кишки. Путем их поочередного завязывания и одновременного погружения стенки кишки диссектором выполняют биугинеластику.

В завершении восстанавливают целостность тазовой брюшины с фиксацией слепой кишки к париетальной брюшине правого бокового канала.

Использование разработанной нами методики анастомозирования различных по диаметру восходящей ободочной и прямой кишок позволяет избежать развития несостоятельности соустья за счет преимуществ техники: 1) циркулярное рассечение серозномышечной оболочки по линии резекции позволяет свободно дифференцировать слои кишки «невооруженным» глазом; 2) формирование подобного шва позволяет одновременно адаптировать одноименные слои стенок, добиться наибольшей прочности кишечного шва вследствие плоскостного захвата подслизистой оболочки, при этом не инфицируя стенку кишки и не вскрывая просвет кишок до завершения формирования задней полуокружности соустья; 3)

продольное расположение на ободочной и косое на прямой одинаковых по величине стежков позволяет равномерно адаптировать различные по диаметру просветы кишок без ущерба качеству кишечного шва; 4) послойное адаптирование одноименных тканей позволяет добиться заживления первичным натяжением и избежать анастомозита и стриктуры соустья.

Изучение динамики морфологической картины (60 гистологических препаратов) в области асцендоректального анастомоза свидетельствует о том, что в течение 30 суток после операции как в области слизистой оболочки, так и подслизистой, происходят определенные патологические изменения, которые выражаются в деформации крипт, деструкции клеток эпителия, возникновении участков некробиоза, расширении просвета крипт, наличии в них клеток слущенного эпителия. В собственной же пластинке – большое количество лимфо- и гранулоцитов, соединительнотканых элементов, увеличение диаметра кровеносных сосудов, неодинаковой степени выраженности отеков. Изучение морфологической картины в отдаленные сроки после операции (3 и 6 месяцев) свидетельствует о постепенной нормализации морфологии слизистой. Дистрофические и дегенеративные изменения в гладкомышечной ткани анастомоза не отмечены. Результаты проведенных исследований показывают, что анастомоз, формируемый из различных по диаметру стенок прямой и ободочной кишки, сохраняет свою форму и структуру в различные сроки после операции.

Изучение макро – и микроскопической картины сформированного асцендоректального анастомоза в различные сроки после операции в эксперименте показало ее жизнеспособность и функциональную активность во все сроки наблюдения.

Таким образом, результаты экспериментальных исследований явились основанием для внедрения разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с баугинепластикой в клиническую практику.

В наших наблюдениях летальных исходов, непосредственно связанных с методикой выполнения операции, не было. Интраоперационных осложнений не было.

Среди осложнений, связанных с субтотальной дистальной колэктомией и формированием асцендоректального анастомоза, наиболее грозными считается несостоятельность анастомоза. Случаев несостоятельности анастомоза мы не наблюдали.

Ранние послеоперационные осложнения в виде нагноения кожной раны возникли в одном наблюдении (5,88 %). Швы с кожных ран были сняты в обычные сроки. Средний послеоперационный день составил 12 ± 2 сут.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия, коррекция водно – электролитного обмена, профилактика послеоперационных осложнений.

Индивидуально для каждого пациента нами разрабатывался план инфузионно – трансфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде. При этом руководствовались следующими принципами:

1. Поддержка гемодинамики на оптимальном уровне.
2. Адекватная коррекция водно – электролитного и белкового дефицита.
3. Восполнение дефицита гемоглобина и железа.
4. Проведение адекватного парентерального питания.
5. Стабилизация системы гомеостаза.
6. Ранняя активизация больных

Применяемая схема ведения раннего послеоперационного периода включала индивидуальный подход к каждому пациенту, корректировалась на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных.

Выполнение рационального оперативного вмешательства и оптимальное ведение раннего послеоперационного периода позволило нам избежать ряда тяжелых послеоперационных осложнений, уменьшить количество моторно – эвакуаторных расстройств у больных, перенесших травматичное оперативное вмешательство.

При эндоскопическом исследовании в раннем послеоперационном периоде (от 7 до 14 суток) контролировали заживление толстокишечного шва. Оценка полученных результатов позволяла решить вопрос о тактике ведения послеоперационного периода. В эти сроки эндоскопическое исследование проведено всем (100 %) больным. Слизистая толстой кишки визуально не изменена. В зоне асцендоректального анастомоза выявлялась умеренная гиперемия, незначительная инфильтрация тканей. У 1 (5,88 %) больного имелся налет фибрина на передней полуокружности анастомоза. Баугиниева заслонка имела обычный вид, сомкнута. При прохождении перистальтической волны отмечается поступление каловых масс. Только у одного пациента в раннем послеоперационном периоде мы наблюдали отечность, гиперемию и ранимость слизистой терминального отдела подвздошной кишки, однако примеси

толстокишечного содержимого не диагностировано. В отдаленном периоде при обследовании данного пациента признаков рефлюкс - энтерита у него не выявлено.

При эндоскопической ультрасонографии в раннем послеоперационном периоде в зоне асцендоректального анастомоза определяется воспалительный отек слизистой оболочки с подслизистой основой, без вовлечения в процесс более глубоких слоев и размытость слоистости стенки.

В отдаленные сроки после операции эндоскопическое исследование позволяет оценить состояние слизистых оболочек толстой кишки, зоны анастомоза. Особое значение придавалось толсто - тонкокишечному рефлюксу. Эндоскопические признаки активности рефлюкс - энтерита оценивались визуально.

Эндоскопическое исследование в отдаленные сроки после операции выполнено 15 (88,23 %) больным. Слизистая толстой кишки имела обычное строение. У 1 (5,88 %) пациента имелись признаки хронического колита, проявляющиеся истончением слизистой, отчетливо видимым сосудистым рисунком, снижением тонуса кишки. Асцендоректальный анастомоз определялся на расстоянии 12 см от ануса в виде циркулярной складки слизистой. По линии шва в зоне анастомоза слизистая имела обычное строение, нормальную розовую окраску, инфильтрации слизистой не было выявлено. Пристеночно определялись каловые массы. Баугиниева заслонка сомкнута, слизистая визуально не изменена. При прохождении перистальтической волны визуализируется порционное поступление тонкокишечного содержимого. При инсуффляции воздуха раскрывается просвет баугиниевой заслонки. В одном случае при введении колоноскопа определяется активно перистальтирующая подвздошная кишка. Расширения просвета не выявлено. Слизистая во всех случаях не изменена, инфильтрации не определялось.

При эндоскопической ультрасонографии в отдаленном послеоперационном периоде в зоне асцендоректального анастомоза слизистая оболочка обычной толщины без воспалительных и инфильтративных изменений, слоистость стенки сохранена.

Клинико - рентгенологическое исследование 15 больных показало, что контрастная масса туго заполняет все отделы ободочной кишки до купола слепой кишки. Кишка не дилатирована, рельеф слизистой обычный. На расстоянии 12-15 см от ануса определяется анастомоз в виде циркулярной складки. Рельеф

слизистой представлен косыми и поперечными складками обычного диаметра. При антиперистальтических сокращениях толстой кишки и ретроградном токе контрастной массы заброса бариевой взвеси из толстой кишки в приводящие отделы подвздошной кишки не было (при условии, что контрастная масса подавалась под давлением до 55 мм.рт.ст.)

При повышении давления в ободочной кишке более 55 мм.рт.ст. у 3 пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось затекание контраста в подвздошную кишку, однако дилатации приводящей петли тонкой кишки не зафиксировано. В течение 10-13 мин контрастная масса из подвздошной кишки эвакуировалась через баугиниеву заслонку в полном объеме.

При обследовании пациентов в отдаленные сроки после операции копрологическое исследование проводилось в 100 % наблюдений. Ежедневное количество фекальных масс составило 250-350 г. Кал оформленный, от светло - коричневого до темно - коричневого цвета. При микроскопическом исследовании определяли наличие неперевариваемой клетчатки, мышечных волокон, жиров, крахмала. Во всех случаях мышечные волокна с исчерченностью - не более 2-3, без исчерченности -0-1, растительная клетчатка перевариваемая -2-3, неперевариваемая -0-1-2. Крахмал и нейтральный жир не найден ни в одном случае.

Таким образом, данные копрологического исследования больных в отдаленные сроки после субтотальной дистальной колэктомии свидетельствуют о нормальном функционировании оставшейся части ободочной кишки и об отсутствии признаков рефлюкс - энтерита.

Все пациенты в отдаленном послеоперационном периоде не придерживались диеты, а также регулярности в приеме пищи. Стул у всех больных был регулярным, один, редко два раза в сутки. По консистенции - оформленный.

11 пациентов трудоспособного возраста в течение первого полугодия после операции вернулись на прежнее место работы. Выполняют трудовые обязанности в полном объеме.

При клиническом обследовании особое внимание уделяли на симптомы, характерные для пострезекционных моторно - эвакуаторных и регургитационных синдромов.

При субъективной оценке оперативного вмешательства все 17 пациентов были полностью удовлетворены результатом операции.

Проведенное комплексное обследование пациентов в отдаленные сроки после операции показывает, что сформированный асцендоректальный анастомоз состоятелен во все сроки после операции, сохраняет свою структуру, а выполнение баугинепластики препятствует ретроградному забросу толстокишечного содержимого в терминальный отдел подвздошной кишки, предотвращает развитие воспалительных и дегенеративных изменений слизистой оболочки тонкой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Результаты морфологического исследования показывают возможность формирования межкишечного анастомоза между различными по диаметру отделами толстой и прямой кишки, а также свидетельствуют о сохранении структуры слоев восходящей и прямой кишки в разные сроки после оперативного вмешательства.

2. Формирование асцендоректального анастомоза по оригинальной методике не вызывает специфических хирургических осложнений (несостоятельность швов соустья), а также позволяет уменьшить до 5,88 % случаев общехирургических осложнений у больных, перенесших субтотальную дистальную колэктомию.

3. Выполнение профилактической баугинепластики не препятствует естественному прохождению кишечного содержимого в разные сроки после оперативного вмешательства, а также позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс – энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции.

4. Применение в клинике разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с профилактической баугинепластикой позволяет получить в отдаленном послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты в 92 % случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Асцендоректальный анастомоз может быть сформирован первично после субтотальной дистальной колэктомии, выполненной по поводу диффузных заболеваний ободочной кишки, либо как реконструктивно – восстановительный этап у пациентов, ранее перенесших оперативное вмешательство на толстой кишке.

2. При формировании асцендоректального анастомоза предлагаем соблюдение следующих основных моментов: а) строго послойное рассечение и сшивание

анастомозируемых участков толстой кишки; б) соблюдение атравматичности – не накладывать раздавливающие зажимы на анастомозируемые участки ободочной кишки; в) соблюдение асептичности – широкое использование механического шва, что уменьшает истечение кишечного содержимого.

3. В раннем послеоперационном периоде необходимо придерживаться следующих принципов:

- Поддержка гемодинамики на оптимальном уровне.
- Адекватная коррекция водно – электролитного и белкового дефицита.
- Восполнение дефицита гемоглобина и железа.
- Проведение адекватного парентерального питания.
- Стабилизация системы гомеостаза.
- Ранняя активизация пациентов.
- В послеоперационном периоде возможно применение физиолечения (магнитолазеротерапия, АЭС ЖКТ).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Корректирующие операции на илеоцекальном отделе после субтотальной дистальной колонэктомии / Жерлов Г.К., Артеменко М.В., Баширов С.Р.// Сборник трудов, посвященных 110-летию кафедры общей хирургии СГМУ, Томск 2001г., 235/2

2. Формирование асцендоректального анастомоза и корректирующие операции на илеоцекальном отделе после субтотальной дистальной колонэктомии / Красноперов А.В.// Материалы научно-практической конференции. «Актуальные вопросы клинической медицины». Северск, 2001г

3. Колостома с искусственным накопителем кала в хирургии прямой кишки / Красноперов А.В.// Материалы научно-практической конференции. «Актуальные вопросы клинической медицины». Северск, 2001г

4. К вопросу хирургического лечения мегаколон / Жерлов Г.К.// Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии, № 12,13, 2001 225/1

5. Новые технологии формирования асцендоректального анастомоза и корректирующие операции на илеоцекальном отделе после субтотальной дистальной колонэктомии / Жерлов Г.К.// Сборник научных трудов участников конференции 20–21 октября, 2003г. «Актуальные проблемы хирургии органов таза». – Москва, 2003г. 106/3
6. К вопросу хирургического лечения диффузных заболеваний ободочной кишки / Жерлов Г.К., Баширов С.Р.// Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии, № 16,17, 2003 243/3
7. Способ формирования асцендоректального анастомоза. Патент РФ № 2178989: Государственный реестр изобретений Российской Федерации. – Москва, 2002
8. Асцендоректальный анастомоз – новая методика формирования / Жерлов Г.К.// Сборник научных трудов, посвященный 25 – летию ФПК и профессиональной переподготовки специалистов, Томск, 2004, 288/2
9. О хирургическом лечении мегаколон у взрослых /Жерлов Г.К. // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии, № 18, 2004 68/2