

УДК 617.57/58-007.286-089.844-07

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ДИСТАЛЬНОЙ КУЛЬТЫ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

В. А. Самарцев¹, Р. Ж. Кулаков², А. А. Сергеев^{1,2}*

¹ Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, г. Пермь,

² Городская больница №2, г. Березники, Россия

MODERN ASPECTS FOR ASSESSING DISTAL STUMP IN PLASTIC COLON SURGERIES

V. A. Samartsev¹, R. Zh. Kulakov², A. A. Sergeev^{1,2}*

¹ Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Perm,

² City Hospital №2, Berezniki, Russian Federation

Цель. Улучшить результаты реконструктивно-восстановительного хирургического лечения стомированных больных после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки.

Результаты. Проведен анализ хирургического лечения 20 пациентов, перенесших операции по восстановлению непрерывности кишечника после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Предоперационное обследование культи толстой кишки с полифокальной биопсией слизистой оболочки показало, что в 29 наблюдениях выявлены подтвержденные морфологически признаки диверсионного колита. У всех пациентов с умеренно и резко выраженными эндоскопическими и морфологическими признаками диверсионного колита были применены методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутрипросветной санации зоны межкишечного соустья.

Вывод. Таким образом, оценка дистального участка толстой кишки после обструктивных резекций позволяет планировать восстановление кишечной трубки на ранних этапах и дает возможность значительно улучшить результаты хирургического лечения. Применение способов трансанальной декомпрессии и внутрипросветной санации зоны анастомозов является эффективным методом профилактики их несостоятельности.

Ключевые слова. Толстая кишка, обструктивная резекция, диверсионный колит.

Aim. To improve the results of plastic surgical treatment of stomed patients after obstructive resection of the distal parts of the colon.

Results. The results of surgical treatment of 20 patients who underwent operations for restoration of colon continuity after obstructive resections of the distal parts of the colon (Hartman type surgery) were analyzed. The postoperative examination of colonic stump including polyfocal biopsy of mucosa indicated that in 29 cases there were detected the confirmed morphological signs of diverse colitis. Techniques of transanal anastomosis decompression and intraluminal sanitation of the zone of interintestinal anastomosis were used for treatment of all patients with moderate and marked endoscopic and morphological symptoms of diverse colitis.

© Самарцев В. А., Кулаков Р. Ж., Сергеев А. А., 2014

e-mail: sergeev_leha@mail.ru

тел. 8 (3424) 23 74 65

[Самарцев В. А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии №1; Кулаков Р. Ж. – начальник управления здравоохранением г. Березники; Сергеев А. А. (*контактное лицо) – врач-эндоскопист эндоскопического отделения].

Conclusion. Thus, assessment of the distal part of the colon after obstructive resections permits to plan restoration of intestinal canal at early stages and to improve significantly surgical results. Application of the techniques of transcanal decompression and intraluminal sanitation of the zone of anastomosis is an effective method for prevention of their failure.

Key words. Colon, obstructive resection, diverse colitis.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время возрастает интерес к реконструктивным и восстановительным операциям на толстой кишке. Это обусловлено тем, что при осложненном раке, ожогах, травмах часто требуется многоэтапное хирургическое лечение. При этом одним из наиболее распространенных вмешательств является операция Гартмана, которая нередко выполняется и в трудоспособном возрасте. Однако, избавляя пациента от основного заболевания, эта операция приводит к стойкой инвалидизации ввиду наличия одноствольной колостомы [1, 10].

Необходимо отметить, что реконструктивно-восстановительные операции после резекции толстой кишки по Гартману относятся к сложным и травматичным вмешательствам. Это обусловлено выраженностью рубцово-спаечного процесса в брюшной полости и малом тазу, наличием низко расположенной культи прямой кишки, а также диастазом отрезков толстой кишки. Поэтому перед операцией необходимо иметь четкое представление о функциональном состоянии оставшихся отделов толстой кишки, их протяженности, функции запирающего аппарата прямой кишки [1, 3, 7, 9, 11].

Относительная частота ее выполнения при осложненном течении патологии толстой кишки варьируется в пределах от 37 до 62% [6, 7, 9]. Согласно оценке Государственного научного центра колопроктологии Минздрава России, число больных, которым в неотложном порядке была наложена колостома, в России составляет от 100 до 120 тысяч [3, 6].

Стабильно высокой в настоящее время остается частота осложнений раннего послеоперационного периода, что однозначно требует совершенствования известных технологий их профилактики, а также разработки новых методов с учетом последних достижений медицинской науки [1, 8]. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6–25%, нагноение послеоперационной раны – 26–40%, летальность, связанная с развитием осложнений, в среднем составляет 5,2%.

Цель исследования – улучшить результаты реконструктивно-восстановительного хирургического лечения стомированных больных после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнен анализ непосредственных результатов хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 20 пациентов, проходивших обследование и лечение в двух многопрофильных лечебных учреждениях г. Березники Пермского края.

Данные больные в 2010–2013 гг. перенесли реконструктивные хирургические вмешательства, направленные на восстановление непрерывности толстой кишки после выполненных ранее обструктивных резекций дистальных ее отделов (операций Гартмана). Возраст оперированных составлял от 45 до 74 лет (в среднем 54,3 г.), соотношение мужчин и женщин – 1:3. Сроки, прошедшие после выполнения первичной операции (обструктивной резекции), варьировались в пределах от 4 до 10 месяцев (в среднем составляли 8,2 мес.). Всем больным при обследовании и проведении послеоперационного монито-

ринга обязательно выполнялись традиционные лабораторные, а также ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поводом к проведению первого этапа многоэтапного хирургического лечения у данных пациентов явились различные поражения и травмы сигмовидной кишки: у 10 человек первый этап хирургического лечения проводился на фоне острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза на уровне нижней трети сигмовидной кишки, у 3 – перфорация прямой кишки инородным телом, у 3 – полный заворот сигмовидной кишки с ее некрозом, у 2 – obturация просвета сигмовидной кишки каловым камнем с перфорацией в нижней трети, у 1 – после полипэктомии ожог стенки сигмовидной кишки с перфорацией, у 1 – ожог стенки сигмовидной кишки во время лапароскопической резекции кисты левого яичника.

При ректоскопии протяженность культи варьировалась от 7 до 14 см от зубчатой линии. Всем пациентам проводились полифокальные биопсии слизистой постколостомической культи.

На основании данных эндоскопических и морфологических исследований были выделены три степени тяжести диверсионного колита: легкая, средняя и тяжелая.

У 6 человек при сроках отключения из пассажа от 4 до 6 мес. обнаружены признаки диверсионного колита легкой степени активности воспаления. Эндоскопическая картина: тонус сфинктера в норме, складки обычной формы, местами сглажены, каркаемость сохранена. Слизистая оболочка розовая, с участками гиперемии, отека и зернистости не зафиксировано, контактной кровоточивости нет, сосудистый рисунок без особенностей. При гистологическом исследовании – картина слабовыраженного хронического пролиферативного воспаления.

У 8 пациентов первый этап операции типа Гартмана производился от 7 до 10 мес. назад: выявлена средняя степень выраженности процесса, при которой отмечается незначительная гипотония сфинктера, складки местами сглажены, каркаемость снижена. Слизистая умеренно гиперемирована на всем протяжении, местами отечна, зернистости не зафиксировано, отмечаются мелкоточечные геморрагии, умеренная контактная кровоточивость, сосудистый рисунок без особенностей. При гистологическом исследовании картина умеренно выраженного хронического пролиферативного воспаления.

У 5 больных, которым выключение из пассажа произведено более 10 месяцев назад, диагностирована тяжелая форма диверсионного колита. Эндоскопическая характеристика: выраженная гипотония сфинктера, складки сглажены, каркаемость снижена. Отмечается гиперемия, отек слизистой, эрозивные поражения, контактная кровоточивость. При гистологическом исследовании диагностирована картина хронического экссудативного воспаления. У 1 пациента признаков поражения дистальной культи выявлено не было (таблица).

При восстановительных операциях применяли наложение механических анастомозов «конец в бок» или «конец в конец» (циркулярными сшивающими аппаратами размерами от 29 до 33). Превентивная проксимальная колостома наложена у 1 пациента с тяжелой формой диверсионного колита. На основании разработанного алгоритма определения вероятности осложнений и по-

Распределение больных в зависимости от сроков выключения толстой кишки из кишечного пассажа

Срок отключения толстой кишки, мес.	Количество пациентов
4–6	7
7–10	8
Более 10	5
Всего	20

слеоперационного прогноза выбор технологии послеоперационного ведения осуществлялся индивидуально.

Пациентам был проведен курс антибиотикотерапии в послеоперационном периоде и произведена трансанальная декомпрессия анастомоза с внутрипросветной санацией растворами антисептиков зоны межкишечного соустья.

У 1 больного с тяжелой формой колита дистальной культы отмечено формирование наружного свища зоны анастомоза вследствие его неполной герметичности. Свищ закрылся консервативными мерами в течение 20 суток.

Длительность послеоперационного пребывания в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода составила от 7 до 15 суток (в среднем – 9,43 сут.).

Выводы

Таким образом, оценка состояния дистального участка толстой кишки после обструктивных резекций позволяет планировать восстановление кишечной трубки на ранних этапах и дает возможность значительно улучшить результаты хирургического лечения. Применение способов трансанальной декомпрессии и внутрипросветной санации зоны анастомоза является эффективным методом профилактики его несостоятельности.

Библиографический список

1. *Воленко А.В., Рудин Э. П., Андреев Ю.В.* Причины послеоперационных осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки после операции Гартмана. *Амбулаторная хирургия.* 2011; 4: 12–13.
2. *Воленко А.В., Рудин Э.П., Кутриков С.В., Андреев Ю.В.* Осложнения после хирургических вмешательств на толстой кишке: характер, частота и их зависимость от методики кишечного шва. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН* 2011; 4 (80); 25–28.

3. *Воробьев Г.И., Зикас В.С., Павалькис Д.К.* Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям. *Хирургия* 2001; 3: 93–95.
4. *Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф., Китчиева Г.М.* Колит отключенной толстой кишки (обзор литературы). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии,* 2008; 5: 65–70.
5. *Калганов И.Д., Филон А.Ф., Китчиева Г.М.* Эффективность применения нормазе в ранний послеоперационный период после хирургических вмешательств на толстой кишке. *Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии,* 2008; 5: 32–35.
6. *Китчиева Г.М., Ачкасов С.И., Жученко А.П., Москалев А.И., Кузнецов А.Н., Маркова Е.В.* К вопросу о диверсионном колите. *Колопроктология,* 2010; 4 (34): 34–41.
7. *Кукош В.И., Кукош М.В., Разумовский Н.К., Грекова Н.С.* Реконструктивные операции на толстой кишке. Актуальные вопросы современной хирургии. М. 2000; 178–179.
8. *Манихас Г.М., Каливо Э.А., Фридман М.Х., Оршанский Р.Н.* Хирургическая реабилитация колостомированных больных. Современные технологии в онкологии: материалы VI Всероссийского съезда онкологов. Ростов-н/Д. 2005; 1: 281–282.
9. *Марышев А.А., Архитин С.Н., Мурадян В.Ф., Николаева Е.М., Казначеев М.Ю.* Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке. Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием. Актуальные вопросы колопроктологии. Самара 2003; 358–359.
10. *Мельник В.М., Пойда А.И.* Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке. *Анналы хирургии* 2002; 5: 11–16.
11. *Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М., Мехдиев Д.И., Галимов О.В., Кулятин А.В., Галлямов А.Х.* Хирургическая реабилитация больных со стомами. *Колопроктология.* 2004; 1 (7): 3–6.

Материал поступил в редакцию 10.12.2013