

УДК 616.345-006.5-031.81-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

П.Ф. Гюльмамедов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Авторами проанализированы результаты лечения 14 пациентов с диффузным семейным полипозом. Приводятся данные хирургической тактики при полипозе толстой кишки. Особое внимание уделяется вопросам создания илеоанального резервуара после тотальной колонпроктэктомии. В работе представлены техника выполнения илеоанального кармана, сроки восстановления кишечной непрерывности. Проанализированы послеоперационные осложнения и способы их профилактики.

Ключевые слова: диффузный полипоз толстой кишки, хирургическое лечение.

В связи с наблюдаемым ростом количества пациентов с диффузным полипозом (ДП) толстой кишки (ТК) и недостаточной осведомленностью многих врачей широкого профиля относительно клинко-морфологических форм полипоза и хирургической тактики при данной патологии обсуждение этой проблемы еще раз подчеркивает ее актуальность. [1, 2, 3, 6]. Это заболевание поражает преимущественно молодых людей, часто имеет наследственный характер и тяжелое течение, которое нередко обусловлено перерождением в дальнейшем в раковую опухоль. Наибольшее практическое значение из неоднородной группы ДП с эпителиальным характером полипов имеет наиболее распространенная аденоматозная форма, которая является облигатным предраком. Коллективом экспертов из различных стран мира была принята международная классификация, в которой выделяется несколько форм ДП в зависимости от гистологического строения. Согласно этой классификации в группе эпителиальных доброкачественных опухолей наряду с одиночными и множественными аденомами выделяется особая форма диффузного поражения слизистой оболочки толстой кишки железистыми полипами, называемая «аденоматозом» (аденоматозный полипоз) [4, 6, 7]. При ДП толстой кишки на фоне аденоматозного поражения часто обнаруживаются гиперпластические образования и/или ювенильные полипы. Множественный полипоз пищеварительного тракта – отдельная проблема, которая имеет ряд особенностей. Прежде всего, это достоверно более частая, чем при солитарных полипах, опасность ракового перерожде-

ния множественных аденом толстой кишки. При ДП малигнизация отмечается почти в 100% случаев, поэтому таким больным показана ранняя (к моменту начальной диагностики болезни) тотальная колонпроктэктомия, что еще раз подчеркивает важность и актуальность раннего выявления данной патологии и последующей адекватной хирургической коррекции. Несмотря на тот факт, что тонкокишечные резервуары все шире применяются в хирургическом лечении заболеваний тонкой и толстой кишки, возможности формирования илеоанальных резервуаров и особенности техники их формирования продолжают оставаться актуальной проблемой современной колопроктологии [2, 3, 5, 7].

Цель работы

Проанализировать результаты лечения больных с диффузным полипозом толстой кишки.

Материал и методы

По поводу диффузного семейного полипоза оперировано 14 больных, всем больным была выполнена колпроктэктомия с одномоментным созданием илеоанального резервуара и отключением пассажа 2-ствольной илеостомой. Мужчин было 8 женщин – 6. Операция была выполнена в сроки от 2 недель до 3 мес от начала выявления заболевания. Клиника общей хирургии № 1 руководствуется следующей аксиомой: все выявленные колоректальные полипы надо удалять. Исключение из правила: обнаружение одиночных полипов размером до 0,5 см в диаметре. В данном случае возможна выжидательная тактика с повторной эндоскопией. При этом важно подчеркнуть, что предварительная биопсия полипов не целесообразна. На современном этапе оказания помощи категории больных с одиночными ПТК методом выбора является удаление полипов через эндоскоп или, в случае расположения их не выше 5-7 см от края ануса, трансанально [4, 6]. При первичной колоноскопии должны быть удалены небольшие (до 1 см), гладкие, с выраженной ножкой полипы без признаков малигнизации (кровоточивость, изъязвление, наличие участков фибрина или некротических масс на поверхности). Не следует удалять в амбулаторных условиях круп-

ные (более 2 см), с широким основанием, плоские ворсинчатые полипы. В настоящее время для лечения диффузного полипоза наиболее приемлемыми являются следующие виды оперативных вмешательств:

- тотальная проктоколэктомия с экстирпацией прямой кишки – удаление всей толстой кишки с наложением постоянной илеостомы. Операция выполняется при поражении полипами всех отделов толстой кишки и при раке прямой кишки на высоте до 5- 6 см от ануса;

- колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и наложением илеостомы. Операция показана при поражении полипами всей толстой кишки и при раке прямой кишки выше 6-7 см от ануса. При этом сохраняется анальный сфинктер и перспектива реконструкции – наложения в будущем илеоректального, в том числе резервуарного (см. ниже), анастомоза;

- субтотальная резекция толстой кишки с илеоректальным анастомозом. Операция выполняется при отсутствии или очень небольшом числе полипов в прямой кишке и поражении всех остальных отделов толстой кишки;

- субтотальная колэктомия с илеосигмоидным анастомозом. Вариант предыдущей операции при отсутствии или очень малом числе полипов в прямой и сигмовидной кишке;

- субтотальная резекция ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и низведением правых отделов в анальный канал выполняется, когда в правых отделах толстой кишки отсутствуют полипы, а в прямой кишке раковая опухоль выше 7-8 см от ануса.

Результаты и обсуждение

В клинике общей хирургии № 1 после тотальной колонпроктэктомии выполняются следующие виды резервуаров: J-образный, S-образный, W-образный. Полностью при варианте требуется в дальнейшем брюшно-анальная резекция с низведением подвздошной кишки и формированием илеоанального резервуара. При втором варианте предложенная нами методика достаточно эффективна. После колэктомии производится ререзекция сигмовидной и прямой кишки с оставлением мышечного ее футляра и удалением слизистой с формированием илеоанального резервуара. Методика формирования заключается в следующем: после тотальной колонпроктэктомии осуществляется мобилизация участка подвздошной кишки с брыжейкой. Оставшаяся часть прямой кишки демукозируется со стороны анального канала, при этом также удаляется слизистая прямой кишки, расположенная ниже зубчатой линии. Тонкая кишка низводится за анальный канал. Выбирают петлю тонкой кишки для создания резервуара достаточной длины. При создании

W-образного резервуара требуется подготовить петлю подвздошной кишки длиной не менее 50 см, поскольку в данной ситуации формируется 2 межкишечных анастомоза и 1 илеоанальный анастомоз [3].

Пример. Больной Ф. 1985 г.р., 16.03.2007 года больной оперирован в клинике по поводу диффузного семейного тотального полипоза толстой кишки. Произведена тотальная колонпроктэктомия, илеостомия. Гистологический ответ № 14772-99 В толстой кишке множественные тубулярные аденомы с различной степенью дифференцировки, вплоть до значительной. В брыжейке л\у обычного строения. 22.05.2008 года произведено низведение подвздошной кишки в анальный канал, формирование резервуара, илеостомия. В феврале 2009 года осмотрен. При пальцевом исследовании культи прямой кишки илеоректальный анастомоз, располагающийся по правой полуокружности свободно проходим, патологических образований не пальпируется. Культи прямой кишки до 4 см. Слизистая на не изменена. Ректоскоп свободно проходит через илеоректальный анастомоз, осмотрена низведенная тонкая кишка на расстоянии до 15 см. Пассаж бария: через 3 часа от начала исследования?я равномерно контрастируются петли тонкой кишки на значительном протяжении. Просвет ее и рельеф слизистой не изменен. Ретроградно заполнен тонкокишечный трансплантат, вплоть до илеостомы. Сужений просвета его и выхода контрастной массы за пределы просвета кишки не выявлено. 06.02.2009 года произведено восстановление кишечной непрерывности путем ушивания илеостомы. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. При выписке: общее состояние больного удовлетворительное. Стул 2-3 раза в сутки.

При формировании илеоанального анастомоза следить затем, чтобы не было натяжения анастомозируемой подвздошной кишки с анальным каналом, т.е. петля кишки должна располагаться свободно в малом тазу поскольку в противном случае вследствие имеющего место некоторого сокращения кишки возможно прорезывание швов илео-анального анастомоза. Во всех случаях формирования илеоанального резервуара проксимальнее последней формируется протектирующая петлевая илеостома, которая спустя 1-1,5 месяца ушивается (при отсутствии противопоказаний к восстановлению кишечной непрерывности). Формирование петлевой илеостомы считаем необходимым с целью отключения кишечного пассажа по резервуару с целью профилактики несостоятельности швов илео-илео и илеоанального анастомоза. В случае сокращения подвздошной кишки на отключенном резерву-

аре создаются более благоприятные условия для повторного формирования илеоанального анастомоза.

Из 14 пациентов у 4 имели место гнойно-воспалительные процессы, осложнившие течение послеоперационного периода. Сопутствующие инфекционно-воспалительные процессы, сопровождавшие основной диагноз, диагностировались на основании клинических признаков, данных компьютерной томографии брюшной полости, ирригографии, фистулографии и УЗИ брюшной полости. При этом осложнения гнойно-воспалительного характера распределились следующим образом:

- разлитой фибринозно-гнойный перитонит – 2 (14,2%);
- абсцесс брюшной полости – 1 (7,1%);
- флегмона промежности – 1 (7,1%);
- ректовагинальный свищ отмечен у одной больной – (7,1%).

Летальных исходов не было. При исследовании функции сфинктера в сроки от 2 недель до 2 лет после восстановления кишечной непрерывности – тонус последнего не нарушен. При рентгенологическом исследовании (резервуарографии) – резервуарная функция полностью восстановилась у 9 больных в сроки от 1,5 до 4 мес после восстановления кишечной непрерывности. У остальных больных резервуарная функция восстановилась в сроки от 4 до 7 месяцев после формирования илеоанального резервуара и ушивания 2 ствольной илеостомы. Частота стула в среднем составила от 2–4 до 8 раз в сутки.

Выводы

1. Период адаптации в плане нормализации гомеостаза, восстановления моторно-эвакуаторной функции тонкокишечного резервуара, достижения ремиссии составляет в среднем 5-8 месяцев после восстановления кишечной непрерывности (ушивания 2 ствольной илеостомы).

2. При хирургическом лечении больных с диффузным семейным полипозом при тотальном поражении толстой кишки – проктоколэктомия с формированием тонкокишечного резервуара может считаться операцией выбора.

3. Считаем необходимым отключение пассажа по тонкокишечному резервуару на период адаптации (до 1-2 мес) с целью предохранения кожи периаанальной области от изъязвлений.

4. Предпочтительнее формирование J-образного резервуара, поскольку S-образный резервуар в функциональном отношении не отличается от J-образного, однако, формирование S-образного резервуара является технически более простым.

5. Начинать скрининг необходимо в следующих случаях: наличие в семейном анамнезе колоректального рака или аденоматозных по-

липов у одного из родственников первой линии младше 60 лет или у двух родственников первой линии любого возраста; наличие в анамнезе хронических воспалительных заболеваний кишечника.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ З ДИФУЗНИМ ПОЛІПОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

П.Ф. Гюльмамедов

Реферат. Авторами проаналізовані результати лікування 14 пацієнтів з дифузним сімейним поліпозом. Наводяться дані хірургічної тактики при поліпозі товстої кишки. Особлива увага приділяється питанням створення ілеоанального резервуару після тотальної колонпроктектомії. У роботі представлені техніка виконання ілеоанальної кишені, терміни відновлення кишкової безперервності. Проаналізовані післяопераційні ускладнення і способи їх профілактики.

Ключові слова: дифузний поліпоз товстої кишки, хірургічне лікування.

SURGICAL TACTIC FOR PATIENTS WITH DIFFUSE COLONIC POLYPOSIS

P.F. Gulmamedov

Abstract. The results of treatment 14 patients with diffuse colonic polyposis. It is cited data of surgical tactic at colonic polyposis are analyzed. The special attention is spared to the questions of ileoanal reservoir creation after total coloproctectomy. The technique of ileoanal pouch implementation, terms of intestinal continuity renewal are presented. Postoperative complications and methods of their prophylaxis are analyzed.

Key words: colonic polyposis, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробей А.В. Новые возможности профилактики гнойно-воспалительных осложнений при формировании илеоанальных тазовых резервуаров/А.В. Воробей, В.Н. Подгайский, А.М. Фурсевич и др. // Новости хирургии: -1998. –№ 2. – С . 27-28
2. Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Полунін Г.Є. та ін. Наш досвід формування тонкокишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 52-54
3. Ф.І.Гюльмамедов, П.Ф.Гюльмамедов, Г.Є.Полунін, Г.К.Кухто, М.І.Томашевський, Р.А.Костін, Ю.В.Карпенко Спосіб формування тонко-товстокишкового резервуару Патент 39747 А Україна. МПК А61В17/00 / Донецький державний медичний університет ім. М.Горького / (Україна). – Заявка № 2001010706 від 31.01.2001; Опубл. 15.06.2001 // Бюл. № 5.
4. Мельник В.М. Новые методы формирования тонкокишечного резервуара // Хірургія України. – 2007. – № 1. – С. 47-54
5. Сафронов Д.В., Богомолов Н.И. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами (Обзор отечественной литературы) // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 4. – С. 12-14
6. Фурсевич А.М. Анатомическое обоснование формирования тазового тонкокишечного резервуара после проктоколэктомии/А.М.Фурсевич// Здравоохранение. – 2000. –№ 6. – С.13-16
7. Ackland T.N. The closure of colosiomy opening // Austr. and ,Vex- Zealand J.Surg-1999 – № 16. – P.125-141.
8. Aldreie J.S et al . Reconstructive surgery of the colon // Amer J Surg -1998. Vol. 171. – № 6 – P. 1007-1014.