

УДК 616.345-006.5-031.81-033.1-089

Ф.И. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, А.П. Кухто, Г.К. Кухто,
В.А. Гюльмамедов, Н.К. Базиян-Кухто

ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Авторами проанализированы результаты лечения 14 пациентов с диффузным семейным полипозом. 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 неуклонным ростом количества пациентов с диффузным полипозом (ДП) толстой кишки (ТК) и недостаточной осведомленностью многих врачей широкого профиля относительно клинико-морфологических форм этого заболевания, а также хирургической тактики при данной патологии, обсуждение этой проблемы еще раз подчеркивает ее актуальность [1, 2, 6].

Тонкокишечные илеоанальные резервуары формируются после выполнения радикальных операций на толстой кишке по поводу диффузного семейного полипоза, а именно – тотальной колонпроктэктомии. Ряд авторов предпочитают использование линейных и циркулярных степлеров для формирования анастомозов, но при использовании подобных методов практически невозможно полностью мобилизовать и удалить пораженную слизистую оболочку прямой кишки вокруг анального канала на границе с кожей [3, 5]. Какой из методов формирования илеоанального кармана – с помощью сшивающих аппаратов или ручной способ дает лучшие функциональные результаты, а также сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений, до сих пор окончательно не выяснено, дискуссии на эту тему продолжаются [4, 7]. Также широко в мировой литературе дискутируется вопрос, оставлять слизистую прямой кишки перед зубчатой линией или удалять ее при выполнении тотальной колонпроктэктомии [8].

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецко-

го национального медицинского университета им. М.Горького “Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета” (№ госрегистрации 0108U004305).

Цель исследования – для оптимизации хирургической тактики изучить и проанализировать результаты хирургического лечения у больных с диффузным полипозом толстой кишки

Материал и методы

Рассмотрены отдаленные результаты хирургического лечения 14 больных, оперированных в клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького на базе проктологического отделения ДОКТМО по поводу диффузного семейного полипоза толстой кишки. Всем больным была выполнена колпроктэктомия с одномоментным созданием илеоанального резервуара и отключением пассажа петлевой илеостомой. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин – 8, женщин – 6. Реконструктивные операции проведены в сроки от 3 до 12 месяцев после первого этапа хирургического лечения.

В настоящее время для лечения диффузного полипоза методами выбора в клинике являются следующие виды оперативных вмешательств:

- тотальная колпроктэктомия с экстирпацией прямой кишки – удаление всей толстой кишки с наложением постоянной илеостомы

выполняется при поражении полипами всех отделов толстой кишки и при раке прямой кишки на высоте до 5-6см от ануса;

- колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и наложением илеостомы 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 анастомоза;

- субтотальная резекция толстой кишки с илеоректальным анастомозом выполняется при отсутствии или очень небольшом числе полипов в прямой кишке и поражении всех остальных отделов толстой кишки, преимущественно у геронтологических больных с декомпенсированным сопутствующим заболеванием;

- 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 производится, когда в правых отделах толстой кишки полипов почти нет, а в прямой кишке раковая опухоль выше 7-8 см от ануса.

Результаты и обсуждение

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 до 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 и 1 илеоанальный анастомоз.

Также необходимо при формировании илеоанального анастомоза следить за тем, 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 илеоанального анастомоза. Во всех случаях формирования илеоанального резервуара проксимальнее последнего 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 для предотвращения профилактики химического ожога промежности, несостоятельности швов илео-илео и илеоанального анастомоза, адаптации больного к илеостоме. В случае сокращения подвздошной кишки на отключенном резервуаре 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, резервуарографии, фистулограммы 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 1 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 иле-

остомы. Частота стула в среднем составила от 2–4 до 8 раз в сутки.

Выводы

При хирургическом лечении больных с ДСП при тотальном поражении ТК колпроктэктомия с формированием резервуара является наиболее целесообразным методом оперативного пособия, поскольку сочетает в себе радикальное оперативное вмешательство с наиболее оптимальным восстановительным лечением.

Считаем необходимым отключение пассажа по тонкокишечному резервуару на период адаптации (до 1-2 мес.) с целью предохранения кожи перианальной области от изъязвлений, а также с целью предупреждения несостоятельности швов сформированного илеоанального резервуара.

Предпочтение отдаем формированию J-образного илеоанального резервуара, поскольку при этом наблюдаются лучшие отдаленные результаты.

ОБГРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ПОЛІПОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ

Ф.І. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, О.П. Кухто, Г.К. Кухто, В.А. Гюльмамедов, Н.К. Базіян-Кухто

Авторами проаналізовані результати лікування 14 пацієнтів з дифузним сімейним поліпозом. Особлива увага приділяється питанням створення ілеоанального резервуару після тотальної колонпроктомії. У роботі представлені техніки 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 POLYPOSI

F.I. Gulmamedov, P.F. Gulmamedov, A.P. Kuhto, G.K. Kuhto, V.A. Gulmamedov, N.K. Baziyani-Kuhto

The results of treatment 14 patients with diffuse colonic polyposis.. The special attention is spared to the questions of ileoanal reservoir creation after total colectomy. 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. 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. Наш досвід формування тонкокишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки / Ф.І. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, Г.Є. Полунін [та інш.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 52-54.
3. Патент 39747 А Україна. / 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 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 / В.М. Мельник // Хірургія України. – 2007. – № 1. – С. 47-54.
5. Сафронов Д.В. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами (Обзор отечественной литературы) / Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов // 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 // Здоровоохранение. – 2000. – № 6. – С.13-16.
7. Ackiand T.N. The closure of colosiomy opening / T.N. Ackiand // Austr. and Vex- Zealand J.Surg. – 1999 – № 16. – P. 125-141.
8. Reconstructive surgery of the colon / J.S. Aldreie [et al.] // Amer J Surg. – 1998. – Vol. 171. – № 6 – P. 1007-1014.

Стаття надійшла 03.03.2011