

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Реферат

“Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке”

Выполнил: ординатор Вакуленко Евгений
Викторович
Руководитель: д.м.н., профессор кафедры
общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана
Петрушко С.И.

Красноярск 2018г.

План реферата:

1. Актуальность проблемы.
2. Показания к формированию кишечных стом.
3. Подготовка толстой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям стомированных пациентов.
4. Тактические и технические особенности восстановления кишечной непрерывности при наличии колостом.
5. Вопросы реконструктивных операций после колэктомии.
6. Выводы.

Актуальность. За последние 10 лет отмечается значительный рост заболеваемости раком толстой кишки и увеличение количества больных с неопухолевыми заболеваниями и повреждениями данного отдела кишечника (Абуладзе Т. с соавт., 2005; Воробьев Г.И., Царьков П.В., 2002; Тимербулатов В.М. с соавт., 2004). Многие больные поступают в тяжелом состоянии с осложненными формами заболевания, что заставляет производить оперативные вмешательства по экстренным и срочным показаниям и завершать их наложением различного вида колостом (Афендулов С.А. с соавт., 2003; Гайнутдинов Ф.М. с соавт., 2003; Федоров В.Д., Рудин Э.П., 1985).

В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Данное вмешательство по технической сложности порой превосходит первичную операцию и характеризуется относительно высокой частотой осложнений (Слесаренко С.С. с соавт., 2005; Хасанов СР. с соавт., 2005; Хотиняну В.Ф. с соавт., 2005).

Методы хирургической коррекции при ликвидации колостом за последние 10 лет практически не претерпели кардинальных изменений (Сивец А.Н., 2005), и послеоперационные осложнения встречаются у каждого третьего больного (Гостищев В.К. с соавт., 2002; DuraldLopez С, 2000; Seiler С.А. etal., 2000), а летальность сохраняется на уровне 1-5% (Ганичкин А.М. с соавт., 1988; Долгих Р.Н, 1998; Дарвин В.В. с соавт., 1996; Zer M., Dux S., Dinstman M.,1980).

При операции на толстой кишке наиболее опасны гнойно-септические осложнения. При этом основную угрозу представляет условно-патогенная и анаэробная флора (Даценко Б.М., 1995; Маянский А.Н., 1999). Нефункциональный постстомальный отдел толстой кишки является дополнительным резервуаром высокопатогенных микроорганизмов. В этой связи важной задачей является проведение перед операцией комплекса мероприятий, направленных на подготовку кожи передней брюшной стенки и толстой кишки.

До сих пор сроки восстановления кишечной непрерывности при колостомах не определены и в зависимости от различных факторов колеблются от 2-3 недель до 1,5 лет (Бачурин Н.Р. с соавт., 2005; Дарвин В.В., Ильканич А.Я., 2005; Лобаков А.И. с соавт., 2005; Ханевич М.Д., Долгих Р.Н., 2005).

Наличие отягчающих факторов в виде колостомических и параколостомических осложнений усложняет задачу хирурга на этапе выполнения повторного вмешательства. Параколостомические и вентральные грыжи, стриктуры колостомы, лигатурные свищи, эвагинациостомы приводят к дополнительному инфицированию предстоящего операционного доступа (Воробьев Г.И., Царьков П.В., 2002; Пажитнов СМ. с соавт., 2005; Сивец А.Н., 2005; Смирении СВ. с соавт., 2005).

До сих пор не решен окончательно вопрос о выборе наиболее целесообразного доступа для ликвидации колостомы и восстановления непрерывности толстой кишки. Многие хирурги отдают предпочтение внутрибрюшному способу из срединного чревосечения (Лобаков А.И. с соавт., 2005; Хотиняну В.Ф. с соавт., 2005).

Таким образом, профилактика гнойных осложнений в сочетании с рациональной тактикой и выбором метода хирургического лечения, по-видимому, позволит улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций при ликвидации колостом. При планировании операционного доступа для восстановления кишечной непрерывности необходимо учитывать колостомические и параколостомические осложнения и величину диастаза между престомальным и постстомальным отделами кишки.

Двухэтапное восстановление кишечной непрерывности необходимо при параколостомических грыжах, при глубокой мацерации кожи вокруг колостомы, при стриктурировании колостомы и, в ряде случаев, у больных сахарным диабетом.

Показания к формированию колостом:

Colostomia - колостомия — операция создания свища ободочной кишки. В

результате операции происходит выключение из пассажа нижележащих отделов толстой кишки. Колостомия может быть, как самостоятельной операцией, так и дополнением или окончанием другого вида хирургического вмешательства. Колостомы бывают постоянные и временные. Временные колостомы формируются хирургом с перспективой их дальнейшего закрытия. Хотя «в современных условиях высоких технологий в хирургии толстой кишки, анестезиологического и реанимационного обеспечения каждая сформированная коло- или илеостома может рассматриваться как временная» (Воробьев Г.И., Царьков П.В., 2002).

Существуют три основные причины к наложению колостом: осложненные формы рака толстой кишки, травмы органов брюшной полости и промежности с повреждением толстой кишки, врожденные и воспалительные заболевания толстой кишки и промежности (Воробьев Г.И., 1994; Воробьев Г.И., Царьков П.В., 2001; Тимербулатов В.М. с соавт., 2004; Федоров В.Д., Ханевич М.Д. с соавт., 1997; Corman M.L., 1984; Thomson J.P.S., 1982). Наиболее часто временная колостома формируется при экстренных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости (Афендулов С.А. с соавт., 2003; Гайнутдинов Ф.М. с соавт., 2003; Галкин Р.А. с соавт., 2003; Султанов Г.А. с соавт., 1998; Фидаров Э.З., Варданян В.К., 2000; Холдин С.А., 1962). В сущности, причины сводятся к наличию кишечной непроходимости и (или) явлениям перитонита, не позволяющим наложить первичный кишечный анастомоз.

Первое место среди причин стомирования пациентов занимает осложненный рак прямой и ободочной кишки (Абуладзе Т.В. с соавт., 2003; Александров В.Б. с соавт., 2005; Воробьев Г.И. с соавт., 2003; Евдокимов Г.М. с соавт., 2003; Холдин С.А., 1962; Федоров В.Д. с соавт., 1987; Чиссов В.И., Старинский В.В., 1998; Berry A.R., et al., 1986). Более 60% больных с данной локализацией опухоли поступают в хирургический стационар в стадии развития осложнений основного заболевания (Блохин В.Н. с соавт., 2003; Васютков В.Я. с соавт., 1997; Воробьев Г.И. с соавт., 1991; Денисов Л.Е., Володин В.Д., 1985; Ганичкин А.М. с соавт., 1977; Федоров В.Д. с соавт., 1977). Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является кишечная непроходимость. При раке ободочной кишки она составляет 30-35% (Александров Н.Н. с соавт., 1980; Алиев С.А. с соавт., 1991; Даценко Б.М., 1998; Залит Н.Ю. с соавт., 2003), при раке прямой кишки - 20-25% (Бондарь Г.В. с соавт., 2003; Покровский Г.П. с соавт., 1998; Царьков П.В., 1997). Кишечная непроходимость чаще развивается при раке левой половины толстой кишки, что объясняется более плотной консистенцией каловых масс, находящихся в этом отделе толстой кишки. В этих случаях наличие перерастянутой, истонченной кишечной стенки, а также прогнозируемый тяжелый послеоперационный парез кишечника с выраженной тканевой гипоксией обуславливают большой риск окончания операции с наложением анастомоза. При относительно выраженных симптомах кишечной непроходимости или возможности интраоперационной декомпрессии толстой кишки проводится наложение обычного или У-образного анастомоза под прикрытием разгрузочной стомы (Ерко И.П. с соавт., 2003). Реже подобные ситуации встречаются при раке правой половины толстой кишки. Более поздние сроки наступления кишечной непроходимости (вследствие большего диаметра и более жидкой консистенции химуса), более ранние проявления других осложнений (анемия, интоксикация) приводят к тому, что пациенты с такой локализацией опухоли в среднем в 2-4 раза реже оперируются на высоте кишечной непроходимости (Александров Н.Н. с соавт., 1980; Парахоняк В.И., 1967; Федоров В.Д., Покровский Г.А., 1978). И даже в случае оперативного вмешательства по поводу рака правой половины ободочной кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, выполнение правосторонней гемиколэктомии с назогастральной интубацией тонкой кишки в большом проценте случаев позволяет наложить первичный межкишечный анастомоз (Нестеров И.В. с соавт., 2003). Предложение о выполнении субтотальной резекции ободочной кишки с формированием илео-сигмоанастомоза при раке левых отделов ободочной кишки, осложненных кишечной непроходимостью (Васильев С.А.,

2002), является спорным и не получило широкого применения в клинической практике большинства хирургов (Мовчан К.Н. с соавт., 2005).

Следующей причиной отказа от наложения анастомоза является перитонит вследствие перфорации опухоли - 7-15% (по данным Н.Н.Александрова с соавт., 1980; Н.С.Тимофеева с соавт., 1967) - или диастатической перфорации кишки проксимальнеестриктурирующей опухоли. Из числа всех больных с указанной патологией диастатическая перфорация встречается в 0,2 - 4,6% (Мартынов В.Л., Овчинников В.В., 2000). Это всегда ургентные состояния, требующие экстренного оперативного вмешательства. В подобных случаях целесообразно выполнить резекцию пораженного участка толстой кишки по типу операции Гартмана или Микулича. По возможности выводятся две колостомы, что исключает возможность раскрытия культи и делает последующую реконструктивную операцию более удобной.

В отдельную группу выделены причины формирования колостом с целью протекции дистально наложенного анастомоза при выполнении плановых оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Это связано с тем, что в последние годы увеличилось количество низких и сверхнизких резекций прямой кишки с наложением ручного и аппаратного коло-ректального и коло-анального анастомозов (Абелевич А.И. с соавт., 2003; Барчук А.С., 1997; Павленко С.Г. с соавт., 2003; Сажин В.П. с соавт., 2003).

Подготовка толстой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям при колостомах

После госпитализации в стационар за два дня до операции больному назначается безшлаковая диета. Подготовка кишки перед операцией осуществляется как рутинным способом - постановкой очистительных клизм, так и использованием осмотических слабительных (фортранс). Постстомальный сегмент очищается только методом клизм. Для подготовки толстой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям нами предложен оригинальный способ ее санации. Он подтвержден удостоверением № 62 от 15.07.2003, принятым Нижегородской областной клинической больницей имени Н.А. Семашко, под наименованием «Способ санации толстой кишки и оценки ее эубиоза перед реконструктивно-восстановительными операциями на толстой кишке». Способ реализуется следующим образом: за двое суток до операции проводится первый забор отделяемого (промывные воды) из колостомы и прямой кишки для бактериологического исследования. При наличии двуствольной колостомы забор производится как из отводящего, так и из приводящего конца стомы. Отделяемое исследуется методом микроскопии, что является способом экспресс-диагностики. Микроскопия позволяет установить наличие разнообразных форм аэробной флоры и присутствие грибов. Однако наиболее важно установить наличие патогенных анаэробов. Микроскопия нативного материала или мазков из жидких сред позволяет сделать заключение о групповой и иногда видовой принадлежности анаэробов.

В дальнейшем отделяемое исследуется методом микробиологического анализа неспорообразующих анаэробных бактерий. Исследование анаэробной флоры возможно при отсутствии бескислородных газов и анаэроостатов. Культивирование анаэробов проводят на жидких средах, разлитых в пробирки высоким столбиком (высотой 6-7 сантиметров). Среды перед использованием редуцируют. При инкубации в аэробных условиях кислород диффундирует на 1,5 - 2 сантиметра от поверхности, а в средней и нижней трети питательной среды сохраняются анаэробные условия. Обнаружение в жидких питательных средах микроорганизмов, не растущих при последующих высевах на кровяном агаре, а также микроскопическое исследование позволяют сделать заключение о присутствии среди возбудителей строгих анаэробов.

Параллельно с этим проводится определение антибиотикограмм. Таким образом, к началу третьих суток, т. е. к моменту операции, мы можем проводить целенаправленную терапию в соответствии с антибиотикочувствительностью полученной микрофлоры. Это позволяет увеличить эффективность лечения при уменьшении длительности курса

антибиотикопрофилактики.

Тактические и технические особенности восстановления кишечной непрерывности при колостомах

При наличии одноствольных колостому пациентов (чаще всего после обструктивных резекций по типу Гартмана) после обследования, соответствующей подготовки кожи вокруг колостомы и оценки состояния толстой кишки (стриктура колостомы, диастаз между колостомой и отключенной культей кишки) выполнена одномоментная ликвидация кишечного свища с наложением илеоколоанастомоза или коло-колоанастомоза. При этом предпочтение отдавали анастомозу конец-в-конец как наиболее функциональному. При явном несоответствии диаметров кишок у больных были вынуждены прибегнуть к наложению анастомозов по типу конец-в-бок и бок-в-бок. После обработки операционного поля раствором антисептика производятся два полуовальных разреза вокруг колостомы с тем, чтобы в последующем были удалены воспалительно-измененная параколостомическая кожа, рубцово-измененные подкожная клетчатка и апоневроз. После этих разрезов края кожи ушиваются узловыми швами над колостомой. Для дополнительного герметизма и асептики в швы захватывается марлевая салфетка, пропитанная раствором антисептика.

Таким образом, по возможности изолируется область кишечного свища от операционной раны. Ушивается «окно» в брыжейке. Проводится гемостаз. Через отдельный прокол передней брюшной стенки подводится дренаж к зоне анастомоза. Рана послойно ушивается.

При одноствольных трансверзостомах после обструктивных резекций толстой кишки по типу Гартмана реконструктивно-восстановительные операции также осуществляются через рану, образовавшуюся после отделения колостомы от брюшной стенки. Периферический отдел кишки находится в брюшной полости и его дифференцировка не затруднена. При одинаковых размерах сшиваемых кишок формировать анастомоз предпочтительнее конец-в-конец. При значительном несоответствии диаметра кишок центральный конец кишки вшивается в бок периферического.

При закрытии одноствольной трансверзостомы с коротким постстомальным сегментом операция затрудняется его поиском и идентификацией. Дооперационное обследование с ирригографией не всегда позволяет представить его расположение. Спаечный процесс, большой диастаз между кишками, а также короткая культя вынуждают увеличивать операционный доступ в нужном направлении. После выделения культи из окружающих тканей производится резекция мобилизованного участка кишки с колостомой и накладывается анастомоз. Большой диастаз между периферическим и центральными концами кишки у пациентов потребует выполнения мобилизации анастомозируемых отделов толстой кишки.

В некоторых случаях операция осуществляется после срединного чревосечения. Это диктовалось необходимостью мобилизации «короткой» культи прямой кишки для выполнения реконструктивно-восстановительной операции. Подобные ситуации возникли также у больных, у которых по данным обследования был высокий риск рецидива рака, что требовало выполнения тщательной ревизии брюшной полости, невозможной из раны после снятия колостомы. Из нижнесрединной лапаротомии начинались операции с целью наложения U-образного анастомоза без снятия колостомы у больных с выраженными воспалительными изменениями в области колостомы и у больных, ослабленных выраженной сопутствующей патологией.

При большом диастазе или короткой петле кишки, несущей колостому, прибегали к мобилизации вышележащих отделов для наложения кишечного анастомоза без натяжения. Подтверждением необходимости мобилизации является следующее наблюдение.

А.И.Кожевникова областной больницы 15.10.2002 в плановом порядке с

жалобами на наличие колостомы. 7 месяцев назад оперирован в одной из НРБ Нижегородской области на высоте кишечной непроходимости, обусловленной раком сигмовидной кишки. Учитывая явления непроходимости, хирурги ограничились резекцией сигмовидной кишки по типу Гартмана с формированием одноствольной сигмостомы. При обследовании в клинике данных за рецидив рака сигмовидной кишки не выявлено. При ректороманоскопии культя прямой кишки длиной 13 см. Больному проведена предоперационная санация толстой кишки с оценкой ее эубиоза и получением антибиотикограммы. 24.10.2002 выполнено срединное чревосечение. При ревизии установлено, что культя прямой кишки находится на уровне промоториума под тазовой брюшиной. После снятия колостомы и резекции рубцово-измененного участка кишки, несущей свищ, констатировано, что уровень резекции находится на границе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок. Для наложения сигмо-ректального анастомоза без натяжения были рассечены брюшина левого бокового канала, селезеночно-ободочная и желудочно-ободочная связки без перевязки магистральных сосудов. Левая половина ободочной кишки низведена. Сформирован ректо-сигмоанастомоз двухрядными узловыми швами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на амбулаторное лечение через 18 дней после операции. Раны передней брюшной стенки зажили первичным натяжением. В случаях при наличии одноствольной трансверзостомы и культы на уровне верхнеампулярного отдела прямой кишки для наложения трансверзоректоанастомоза потребовалась мобилизация правого изгиба ободочной кишки с инверсией кишки на 180 градусов. Во всех этих случаях операцию начинали со срединной лапаротомии без снятия колостомы. Проводили тщательную ревизию брюшной полости, дифференцировали постстомальный сегмент кишки и при необходимости мобилизовывали культю прямой кишки. При мобилизации культы прямой кишки необходимо сохранить ее средние прямокишечные артерии. С целью устранения натяжения в зоне предполагаемого анастомоза производится мобилизация престомального сегмента толстой кишки. Убедившись в возможности реконструктивно-восстановительной операции, осуществляется иссечение колостомы и резекция участка толстой кишки, несущего свищ. После этого формируется коло-ректоанастомоз.

Вопросы реконструктивных операций после колэктомии.

В течение многих лет колпроктэктомия с постоянной илеостомой по Бруку была —золотым стандартом. Только немногим пациентам выполнялась илеоректальная реконструкция — восстановление анальной дефекации (Heitland W., 2002; Яковенко Э.П., Назарбекова Р.С., Колганова А.В., 2008; Костенко Н.В. с соавт. 2009).

Илеоректальный анастомоз. Под влиянием Aylet (1960) эта операция в Англии длительное время считалась основной. В клиниках Соединенных Штатов Америки в —дорезервуарную эру 25% всех пациентов с язвенным колитом оперировано по этой методике. Из госпиталя Св. Марка в Лондоне поступали сообщения о еще более частом использовании илеоректального анастомоза — у 42 % пациентов (Aylet S.O., 1960).

При этом в качестве предпосылки для такой операции указывалось на умеренность поражения прямой кишки, отсутствие дисплазии и очень хорошую функцию сфинктера — комбинацию, встречающуюся достаточно редко. В клинике Mayo удовлетворительные отдаленные результаты получены у 55 % пациентов, однако, у 30 % — потребовалась в дальнейшем экцизия культы прямой кишки. Лучшие данные представили Watts и Hughes (1970, 1985) — 80 % пациентов были удовлетворены результатами операции. Считалось, что именно у молодых мужчин полезно сохранение прямой кишки без манипуляций в пресакральной области во избежание нарушений сексуальной сферы и функции мочевого пузыря (Killingback M., 2009).

Резервуар по методу Кокк'а. В 1969 году Кокк предложил его в качестве альтернативы — прямой илеостоме у пациентов с язвенным колитом после колпроктэктомии. Резервуар формировался из дистальных 30 см подвздошной кишки в

виде —мешка, 10 см тонкой кишки инвагинировалось в просвет, конец подшивался на уровне кожи. Резервуар опорожнялся пациентом с помощью катетера. В результате увеличения частоты использования резервуароанальных реконструкций эта операция в настоящее время применяется редко. Она показана пациентам, перенесшим колпроктэктомию много лет назад и желающих, чтобы илеостома у них была преобразована в удерживающую. Эта конструкция применяется также у больных после неудачной резервуароанальной реконструкции. Операция сопряжена с высоким уровнем осложнений, прежде всего с дисфункцией инвагината (в 25 – 30 %). Она должна применяться только у пациентов с высокой социальной мотивацией (Heitland W., 2002). В 80-х годах XX века спектр хирургических методов был расширен за счет реконструктивно-восстановительных вмешательств по созданию резервуаров из подвздошной кишки.

Подвздошно-резервуаро-анальная реконструкция (ilealpouch-analanastomosis, IPAA). В 1978 году Parks впервые описал IPAA, как альтернативу илеостомии после колпроктэктомии. Техническое усовершенствование этой операции сделало ее методом выбора после тотального удаления толстой кишки. Существует несколько способов резервуарной реконструкции (J-образный резервуар, S-образный, W-образный), которые, по данным Stern, мало отличаются по функциональным результатам, однако, по сложности формирования существенно разнятся. Кроме того, установлено, что возможность создания того или иного вида резервуара очень часто зависит от анатомических особенностей ветвления верхней брыжеечной артерии (Воробей А.В. с соавт., 2003). В настоящее время у большинства отечественных колоректальных хирургов предпочтение отдается, описанному Utsonomiya (1980) J-образному резервуару, состоящему из двух сегментов (по 15 см) терминального отдела подвздошной кишки, сшитых аппаратным или ручным швом —бок в бок и ушитым концевым просветом кишки. В анальном канале петлевой отрезок резервуара фиксируется аппаратным или ручным швом – формируется илеоанальный анастомоз (Utsunomiya J., Iwama Y., Imajo M. et al., 1980). Как правило, сформированный резервуар, временно выключается из пассажа разгрузочной илеостомой по Торнболлу. Основные предпосылки для такой реконструкции: хорошая удерживающая функция анального жома, относительная техническая простота формирования резервуара и довольно низкий риск его ишемизации в зависимости от особенностей ангиоархитектоники в бассейне верхней брыжеечной артерии.

Функциональные результаты использования J- и S-резервуаров, по мнению А.М. Никитина и Г.Г. Давыдына (1994), зависят от двух фаз моторно-эвакуаторной функции конструкции: накопления и эвакуации. Эффективность первой фазы растет с увеличением вместимости резервуара, эффективность второй определяется сопротивлением отводящего сегмента кишки и топографией резервуара. Фактор послеоперационной дилатации является благоприятным, так как с увеличением объема конструкции становится реже частота испражнений. Хотя, чрезмерное расширение резервуара приводит к уменьшению сократительной способности, росту остаточного объема и, в конечном итоге, к ухудшению опорожнения, брожению и учащению кратности дефекаций. Этот факт позволил авторам определить пропорции исходных размеров J- и S-тонкокишечных конструкций, не превышающих 10-12 и 8-10 см соответственно. При этом отводящая петля должна быть как можно короче, не более 4-5 см.

До сих пор дискутируется вопрос, может ли выше зубчатой линии оставаться промежуточная зона в 1 – 2 см. С одной стороны при аппаратном анастомозе с культей прямой кишки (выше зубчатой линии) следует ожидать улучшенной сенсорики, с другой – дегенеративных и воспалительных явлений в полосе оставленной слизистой, что описано как —Cuffitis. Морфологически переходная зона отчетливо разнится от собственно прямокишечной слизистой, не проявляет тенденции к дегенерации и значительно варьирует по длине. Зубчатая линия переходит в прямокишечную слизистую

непосредственно через переходную зону до 2 см длиной. Если на момент колпроктэктомии имеется высокая степень дисплазии, слизистая должна быть удалена полностью. Способы создания анастомоза (ручной или аппаратный) ни по осложнениям, ни по функциональным результатам различий не имеют и определяются предпочтениями хирурга. Мы являемся противниками сохранения даже незначительного дистального участка прямой кишки (в том числе и промежуточной зоны) и формируем только илеорезервуароанальные анастомозы. Считаем, что данный подход значительно уменьшает вероятность воспаления и дисплазии слизистой резервуара, риск малигнизации и нарушение состава микрофлоры тонкой кишки.

Хроническое рецидивирующее или непрерывное течение ЯК, длительное системное использование гормонов, пролонгирование показаний к операции, обширная операционная травма с транслокацией микрофлоры из просвета толстой кишки, бактериальная загрязненность операционных зон способствуют сохранению высоких показателей послеоперационной гнойной хирургической инфекции (от 11,5 % до 50 %) и летальности (от 8 % до 60 %). Эти обстоятельства привели к тому, что в настоящее время доля первичного реконструктивно-восстановительного этапа после колэктомии или колпроктэктомии составляет не более 25 % (Карпухин О.Ю., 2002; Bach S.P. et al., 2006; Dozois R.R., 2000; Fichera A., 2000).

По мнению Г.И. Воробьева (2006) одно из условий, определяющих удовлетворительный результат хирургического лечения ЯК в настоящее время – достижение минимального числа послеоперационных осложнений (до 15 %) и летальности (менее 2 %), сравнимых с показателями в плановой хирургии толстой кишки. Летальность после плановых вмешательств при язвенном колите значительно ниже, чем после срочных и отсроченных, и составляет около 1 % (Heitland W., 2002; Parks J., Radice E., Dozois R. et al., 1999; Ищенко В.Н., Дубинкин В.А., Григорьев Е.Г., 2003).

По мере увеличения численности оперированных больных и сроков наблюдения анализ результатов стал свидетельствовать о высокой частоте как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений (Bach S.P. et al., 2006; Dozois R.R., 2000).

Достаточно грозное осложнение – несостоятельность ИРАА с формированием свищей или образованием абсцессов встречается примерно в 5 % случаев. Формирование временной разгрузочной илеостомы по Торнболлу не предотвращает эти осложнения, но судя по литературным данным, делает их течение более благоприятным (Killingback M., 2009).

Частота послеоперационной тонкокишечной непроходимости составляет 10 – 15 %, причем, у половины пациентов она требует оперативного вмешательства. При наложении временной разгрузочной илеостомы непроходимость также возникает в 10 % случаев. Поэтому ряд рабочих групп в течение последних лет выполняют подвздошно-резервуаро-анальную реконструкцию без превентивной илеостомии. Среди преимуществ такого подхода они подчеркивают не только сам факт отсутствия повторной операции, но и снижение вероятности непроходимости. Частота осложнений при этом не увеличивается. Вместе с тем, внимание акцентируется на тактическом моменте – при первых признаках несостоятельности швов резервуара необходимо экстренно накладывать илеостому. Однако эти положения дискутируются. Большинство колоректальных хирургов предпочитает по-прежнему методику с превентивной илеостомой (Воробьев с соавт., 2006; Комаров Ф.И., 2008; Breen E.M., Schoetz D.J., Marcello P.W., 1998).

Воспаление в резервуаре, так называемый —Pouchitis, наблюдается в течение первых 10 лет после операции у 50 % пациентов. Примерно у 1-4 % больных резервуар приходится удалять из-за воспаления, которое не купируется консервативной терапией (Heitland W., 2002; Killingback M., 2009). Комплексное лечение воспаления резервуара – дело опытного гастроэнтеролога. При этом надо помнить о возможности регенерации слизистой резервуара с вероятностью малигнизации. Уже известно несколько десятков

случаев развития инвазивных аденокарцином в резервуарных конструкциях после колэктомии (Воробьев с соавт., 2006; O_ConnellD.R. et al., 1987).

Необходимо отметить, что в отдаленном периоде у значительной части больных резервуар подвергается изменениям на тканевом и клеточном уровнях в виде перестройки слизистой по толстокишечному типу. Это явление атрофии основного числа ворсинок и увеличение количества бокаловидных клеток и крипт носит название — колонизации тонкой кишки. Изменения на клеточном уровне коррелируют с появлением в резервуаре и тонкой кишке рентгенологических признаков рельефа ободочной кишки в виде дилатации и гаустрации с замедлением моторной функции (Жерлов Г.К. с соавт., 2004). Накопленный опыт свидетельствует о том, что у части больных функция резервуара остается непредсказуемой, он не только не восстанавливает обменные нарушения после колпроктэктомии, а скорее, наоборот, является основанием к прогрессированию диареи. Частота стула до 5-7 раз в сутки устанавливается через несколько месяцев после подвздошно-резервуаро-анальной реконструкции. При этом только 45 % пациентов с резервуарами сообщают о полном дневном держании. До 55 % - отмечают явления инконтиненции различной степени. Ночное недержание регистрируется еще чаще. Эти больные страдают от подтекания слизи, жидкого кала и вынуждены носить прокладки (KellyK.A., PembertonJ.H., 1987). Однако, в общем, после формирования резервуара отмечается более высокое качество жизни по сравнению с илеостомированными пациентами (Голышева С.В., 2007).

Осложнения, которые также отрицательно влияют на качество жизни мужчин после колопроктэктомии – импотенция (у 1,5 %) и ретроградная эякуляция (у 2 %).

Исходя из вышеизложенного, совершенствование подходов и поиск оптимальных путей в реконструктивной хирургии язвенного колита остаются актуальными.

Какое вмешательство действительно является —наилучшим— определяют индивидуальные особенности и состояние пациента, а также технический арсенал и опыт колоректального хирурга. Именно с учетом этих положений имеет значение то, что технически возможное – не всегда является наилучшим (Воробьев Г.И. с соавт., 2008; Воробей А.В. с соавт., 2003.; Killingback M., 2009).

Выводы:

- Реконструктивно—восстановительные операции являются технически сложными и травматичными вмешательствами, однако они значительно улучшают качество жизни, психо-социальную и трудовую адаптацию пациентов, уменьшают затраты на лечение за счет экономии средств по уходу за стомой.
- Оптимальным сроком выполнения реконструктивных операций у больных онкологического профиля является 3 — 6 месяцев после первого вмешательства.
- Метод восстановления непрерывности толстой кишки определяется объемом предыдущей операции, состоянием функционирующих и отключенных сегментов кишки, топографо-анатомическими взаимоотношениями органов.
- Наиболее частым послеоперационным осложнением является несостоятельность швов межкишечного анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин Е.В., Захарченко А.А., Карлова Е.А. Рентгеноанатомические и микроциркуляторные аспекты артериального кровоснабжения прямой кишки и их клиническое значение // Сибирский медицинский экспресс № 3.- Красноярск, 2004.- С. 12-13;
 2. Захарченко А.А., Галкин Е.В., Штоппель А.Э. Целесообразность применения и возможности рентгеноэндоваскулярных вмешательств в колопроктологии // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием.- Уфа, 2007.- С. 573-575;
 3. Зыбина М.А. Комбинированное лечение с интенсивным предоперационным облучением и расширенные оперативные вмешательства при раке прямой кишки // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1976. - 38 с.
 4. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. – М.: Медицина, 1997. – 304 с.
 5. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в колопроктологии // Колопроктология.- Москва, 2008.- № 1(23).- С.49-50. (Соавт.: Галкин Е.В., Штоппель А.Э.);
 6. Харченко В.П., Паньшин Г.А., Извекова О.В. и др. Результаты комбинированного лечения больных раком прямой кишки с однократным предоперационным облучением дозой 7,5 Гр // Вопросы онкологии. 1999. – Т.45. - № 1 – с. 35–37.
 7. Jahdle E., Rajewsky M.R. - Cancer res., 1982. - Vol. 40. - P. 1505-1512.
 8. Urano M., Montoya V., Booth A. - Ibid., 1983. - Vol. 43. - P. 453-455.
-