

A 140015
44-318

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ
ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԿԱՐԵՆ ԼԵՎՈՆԻ ՇԱՀՆԱԶԱՐՅԱՆ

ՄԻԱՅՈՂՈՒՆ ԿՈԼՈՍՏՈՍԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՒՄԸ

ԺԴ.00.15 «ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ» մասնագիտությամբ
բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման առեմախոսությամբ

ՍԵՂՍԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2003

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

ШАХНАЗАРЯН КАРЕН ЛЕВОНОВИЧ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНОЙ
КОЛОСТОМОЙ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.00.15 – Хирургия

Ереван – 2003

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Ատենախոսության թեման հաստատված է ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս.Խ.Ավդալբեկյանի անվ. Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի Գիտական Խորհրդի նիստում 2000թ.: Աշխատանքը կատարվել է «Միջայելյան վիրաբուժության ինստիտուտ» ՓԲԸ-ն Կոլոպրոկտոլոգիայի գիտական կենտրոնում:

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆ. Ա.Մ.Աղավելյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Պ. պրոֆ. Ս.Ս.Հովհաննիսյան
Բ.Գ.Պ. Ա.Մ. Մինասյան
Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ Վ.Ա.Ֆանարջյանի անվ. Օնկոլոգիայի Գիտական Կենտրոն

Պաշտպանությունը կայանալու է 24 հոկտեմբերի ժ. 15³⁰-ին ՀՀ Երևանի Մ.Հերացու անվ. Պետական Բժշկական Համալսարանի 027 մասնագիտական խորհրդի նիստում: Հասցեն՝ 375025, Երևան, Կորյունի 2:
Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ համալսարանի գրադարանում: Մեղմագիրն առաքված է 24 սեպտեմբերի 2003թ.

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  ղոցննտ Ռ.Մ.Վուրդիյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого Совета Национального Института Здравоохранения им. С.Х.Авдалбекяна в 2000г. Работа выполнена на базе Научного Центра колопроктологии АОЗТ "Института хирургии Микаелян".

Научный руководитель: Դ.Մ.Ն., պրոֆ. Ա.Մ.Ագաբեյան
Официальные оппоненты: Դ.Մ.Ն., պրոֆ. Ս.Ս. Օգանեսյան
Դ.Մ.Ն. Ա.Մ.Մինասյան
Ведущая организация: Онкологический Научный Центр им. В.А.Фанарджяна МЗ РА

Защита диссертации состоится 24 октября в 15.30 на заседании Специализированного совета 027 Ереванского Государственного Медицинского Университета по адресу: 375025, ул. Корюна 2.
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ.
Автореферат разослан 24 сентября 2003г.

Ученый секретарь Специализированного совета՝  доцент Р.М.Кургиян

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных с различными заболеваниями толстой кишки: колоректальный рак, дивертикулез, болезнь Крона, язвенный колит и т.д.(Воробьев Г.И. с соавт., 1998; Агабегян А.М. с соавт., 1999 и др.). При этом, несмотря на успехи диагностики, довольно большое число больных поступает в лечебные учреждения с осложненным течением этих заболеваний, что вынуждает применять многоэтапное хирургическое лечение с наложением различных колостом на переднюю брюшную стенку. (Блохин В.Н. с соавт., 2001; Орловская Л.А., 2001; Basse L. 2002). Большой популярностью среди хирургов по-прежнему пользуется обструктивная резекция толстой кишки - операция Гартмана (Rushden R.O. 1982; Минц Я.В.,1989; Кныш В.И. 1996). Она является "золотым стандартом", а нередко и, единственно возможным хирургическим вмешательством при осложненном течении различных заболеваний и травм толстой кишки (Назаров Л.У., 1978; Алиев С.А., 1997). Однако, несмотря на свою доступность, радикальность и относительную безопасность, эта операция приводит к стойкой инвалидности пациентов, причиняя им моральное и физическое страдание, ввиду формирования колостомы. (Лозинский Ю.С., 1995; Ушверидзе Д.Г., 1996; Toschi A., 2002).

Надо отметить, что второй этап лечения – восстановление непрерывности толстой кишки носит характер пластической восстановительной операции и не имеет жизненных показаний, ввиду чего менее охотно выполняется хирургами. В то же время реконструктивно-восстановительные операции по-прежнему сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, среди которых часто встречается несостоятельность анастомоза (Рудин Э.П.,1983; Bozzeti F.,1983; Завгородний Л.Г.с соавт.1984;Глушков Н.И. с соавт., 1999). До сегодняшнего дня не решены многие принципиальные вопросы. Так, не выработаны четкие показания и противопоказания к восстановительным операциям. Нет единого мнения в отношении выбора оптимальных сроков выполнения подобных оперативных вмешательств (Sandelin К.В., 1985; Нестеров И.В. с соавт., 1995), в выборе метода колоректального анастомоза в зависимости от длины отключенной кишки и топографо-анатомических взаимоотношений в полости таза (Иванов С.В. с соавт.,1994; Петров В.П. с соавт., 2001). А предлагаемые с этой целью методы не лишены недостатков или мало использовались в клинической практике, что не предоставляет возможности дать им объективную оценку. Учитывая тенденцию к увеличению количества стомированных больных, а также огромное их желание избавиться от колостомы, разработка и усовершенствование реконструктивных и восстановительных операций является актуальной проблемой современной колопроктологии.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургической реабилитации больных с одностольной колостомой путем сокращения сроков выполнения восстановительной операции

использованием наиболее эффективных методов предоперационной подготовки, выработкой тактики дифференцированного подхода к методу формирования колоректальных анастомозов.

Задачи исследования.

1. Определить показания и противопоказания к выполнению реконструктивно-восстановительных операций у больных с одностольной колостомой;
2. Определить оптимальные методы подготовки кишечника к восстановительной операции;
3. Изучить функциональные и морфологические изменения в отключенном отделе толстой кишки;
4. Определить наиболее оптимальные сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций.
5. Разработать показания к выбору различных видов колоректальных анастомозов в зависимости от длины отключенной кишки.
6. Оценить ближайшие и отдаленные результаты реконструктивно-восстановительных операций.

Научная новизна. Дано обоснование целесообразности применения ортоградного промывания железочно-кишечного тракта при подготовке толстой кишки к операции.

Проведены морфологические исследования биоптатов слизистой отключенных отделов толстой кишки с целью рассмотрения вопроса об уменьшении сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций. Доказана возможность и целесообразность выполнения реконструктивно-восстановительных операций в период от 3 до 6 месяцев.

В результате проведенного анализа установлены критерии выбора метода реконструктивно-восстановительной операции в каждой конкретной ситуации. Проведен подробный анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций с наложением различных видов анастомозов, на основании чего установлены показания к их выполнению.

Практическая значимость работы. Применяемая хирургическая тактика и методика выполнения реконструктивно-восстановительных операций позволила реабилитировать в социально-трудовом отношении 95,6% больных с одностольной колостомой. Определен комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных, готовящихся к восстановительной операции. Обосновано применение общего промывания желудочно-кишечного тракта в плане подготовки больных с одностольной колостомой к операции, что позволило снизить количество послеоперационных осложнений. Предложены научнообоснованные рекомендации по выбору оптимального срока выполнения реконструктивно-восстановительных операций. Установлены показания к формированию различных коло-



3182-2003

ректальных анастомозов в зависимости от длины отключенных отделов толстой кишки и топографоанатомических взаимоотношений органов в малом тазу.

Внедрение результатов исследования. Основные положения диссертации внедрены в клиническую практику Научного Центра колопроктологии Института Хирургии Микаелян и кафедры проктологии НИЗ МЗ РА.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на Международном Симпозиуме молодых врачей (Ереван, 2001 г); на заседании Ассоциации хирургов Армении (Ереван, 2003 г); на научно-практических конференциях АОЗТ "Институт Хирургии Микаелян" (2000-2003гг); на совместном заседании кафедр проктологии, общей и грудной хирургии и кафедры узких специальностей НИЗ МЗ РА.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 12 научных работ в виде статей и тезисов в отечественных и зарубежных медицинских журналах и сборниках.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы (195 источников). Работа иллюстрирована 17 таблицами и 21 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

Для достижения поставленной цели нами были проанализированы результаты реконструктивно-восстановительных операций у 151 пациента с одностольной илео- и колостомой. Среди оперированных больных мужчин было 87, женщин 64. Пациенты были в возрасте от 15 до 75 лет. Лиц трудоспособного возраста было 120 человек. В зависимости от сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций все больные были разделены на две группы. Пациенты, которым был применен разработанный нами комплекс лечебно-диагностических мероприятий с восстановлением кишечного пассажа через 3-6 месяцев после формирования колостомы, составили основную группу – 92 человека (период восстановительной операции составил от 6 месяцев и более). Пациенты, которые были обследованы и оперированы до целенаправленного изучения проблемы ранней хирургической реабилитации больных с одностольной колостомой, составили контрольную группу – 59 больных.

Чаще всего показаниями к колостомии у анализируемых больных были кишечная непроходимость, перитонит и перифокальное воспаление, развившиеся на почве различных заболеваний и травм толстой кишки. Наибольшую группу составили больные оперированные по поводу колоректального рака – 112 пациентов (74,1%), на втором месте группа из 22 человек (14,7%), у которых колостома была наложена по поводу травм

толстой кишки, 12 пациентов (7,9%) были оперированы по поводу различных заболеваний толстой кишки (дивертикулез, НЯК, болезнь Гиршпрунга и др.), 5 больным (3, %) стома наложена по поводу заворота сигмовидной кишки.

При обследовании больных с временной колостомой, поступивших для выполнения восстановительной операции наше внимание было обращено на изучение следующих вопросов: оценка общего состояния, наличие сопутствующих заболеваний, характер перенесенного заболевания, состояние оставшихся отделов толстой кишки. Для этого использовался весь комплекс клинично-инструментального обследования, включающий наряду с общеклиническими методами, рентгенологическое и эндоскопическое исследование оставшихся отделов толстой кишки, сочетанную проктоцистографию, функциональные исследования отключенных отделов толстой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки, по показаниям КТ. Также выполняли неоднократные морфологические исследования биоптатов слизистой отключенной кишки в сроки от 1 до 6 месяцев после наложения колостомы. В результате физического, лабораторного, а также рентген-эндоскопического методов исследования сопутствующие заболевания у больных с колостомой были выявлены у 100 пациентов (66%), при этом наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы. У 22 пациентов (14,6%) имелись параколостомические осложнения. Отмеченные сопутствующие заболевания и осложнения колостомы требовали проведения в предоперационном периоде определенной коррекции.

Функциональные исследования отключенных отделов толстой кишки были проведены у 40 пациентов: из коих 21 пациент входил в основную группу, а 19 – в контрольную (период восстановительной операции от 6 месяцев и более).

Результаты функционального исследования моторной деятельности и запирающего аппарата отключенных отделов ободочной кишки у больных основной группы показали, что в период от 3 до 6 месяцев после формирования колостомы как моторная деятельность, так и функция запирающего аппарата практически не страдают.

Функциональные исследования проведенные у больных контрольной группы свидетельствуют о том, что в сроки отключения от 6 до 12 месяцев сократительная способность мышц запирающего аппарата не страдает, однако уже в этот период были выявлены функциональные нарушения моторной деятельности отключенной кишки. При выключении из естественного кишечного пассажа дистальных отделов толстой кишки на период от 12 до 24 месяцев появились нарушения сократительной способности запирающего аппарата и заметно выраженные функциональные изменения гладких мышц отключенной кишки, особенно адаптационная способность прямой кишки.

С целью рассмотрения вопроса об уменьшении сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций нами было произведено гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой отключенных отделов. Суть морфологических исследований сводилась к изучению исходного состояния культи после наложения одностольной колостомы с выявлением тех или иных структурно-функциональных изменений, проведению определенных лечебных мероприятий, направленных на нормализацию структуры стенки культи, к определению эффективности проведенной терапии и наконец, к обоснованию новой тактики подходов к более ранним срокам выполнения восстановительных операций. С этой целью были исследованы колобиоптаты у 28 больных, по три биоптата в каждом случае, в период от 1 до 6 месяцев после формирования колостомы. При изучении структурных и функциональных сдвигов выявлена неоднозначная картина: степень выраженности деструктивных и воспалительно-дегенеративных изменений была различна в исследуемых наблюдениях. В связи с этим мы нашли целесообразным дать объективную оценку указанным выше процессам, используя при этом количественные, морфометрические методы с выведением числовых величин того или иного показателя. Полученные числовые данные подвергались статистической обработке с выведением критерия достоверности по Стьюденту. Определяли следующие количественные параметры: Σv восп. в единице объема, плотность сосудистого русла и степень кровоснабжения Σv сос., объем стромы Σv стром. в единице объема, и удельную плотность иммунокомпетентных стромальных клеток, обеспечивающих развитие местной иммунной реакции организма Σv имм.

Анализ обзорной характеристики структурных изменений показал, что в 22 случаях на 25 – 30 день после оперативного вмешательства в стенке культи выявлена картина катарального колита. В 2 случаях были выявлены изменения со стороны железистого аппарата, с формированием небольших единичных полиповидных образований (гиперпластический колит). Среди изученных нами случаев в 2 наблюдениях в стенке культи имелась картина атрофической формы колита: сухость слизистой оболочки, незначительное количество секрета, развитая капиллярная сеть. Следует отметить, что в 2 случаях в стенке культи была обнаружена почти нормальная слизистая.

При вышеописанных воспалительных состояниях отключенной кишки проводилась комплексная терапия которая включала в себя общее и местное противовоспалительное лечение. Основными звеньями лечения являлись: диетотерапия, витаминотерапия, противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия, назначения ферментных препаратов, использование психофармакологических средств. Местное лечение включало в себя применение лечебных микроклизм.

Мы считаем, что многократные динамические исследования колобиоптатов со стенки культи отключенной кишки до и после лечения в послеоперационном периоде, дают основания подтвердить состоятельность стенки культи в структурно-функциональ-

ном плане и возможность сократить сроки выполнения восстановительной операции до 3-6 месяцев (таблица №1).

Таблица № 1.

Динамика изменений количественных показателей воспалительных явлений в культе отключенной кишки до и после лечения.

| | До лечения | После лечения |
|-----------|------------|---------------|
| Σv восп. | 2,8 | 1,5 |
| Σv сосуд. | 1,7 | 1,2 |
| Σv стром. | 3,8 | 2,8 |

После проведенных морфологических исследований нами были проанализированы количественные показатели реконструктивно-восстановительных операций, выполненных в различные сроки, а также частота их послеоперационных осложнений. Из 151 пациента с одностольной колостомой восстановительные операции в период от 3 до 6 месяцев были выполнены у 92 (61%). При сопоставлении показателей послеоперационных осложнений среди больных, оперированных в сроки от 3-6 месяцев (основная группа) и 6-9 месяцев (контрольная группа) нами не установлено существенных различий, так например частота несостоятельности анастомоза в обеих группах составляла 3,2 % и 3,4 % соответственно. И наоборот, отмечено увеличение частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде среди больных, оперированных в поздние сроки, от 9 месяцев и более, что по нашему мнению, связано с усугублением рубцово-спаечного воспалительного перипроцесса в малом газу, а также воспалительно-деструктивными изменениями, происходящими в отключенных отделах толстой кишки (таблица №2).

Таким образом, на основании проведенных клинических и гисто-морфологических исследований, установлено, что оптимальным сроком выполнения реконструктивно-восстановительных операций у больных с одностольной колостомой является период от 3 до 6 месяцев. Подготовка к восстановительным операциям включала в себя три основных компонента: 1) противовоспалительную терапию и функциональную адаптацию отключенной кишки; 2) коррекцию сопутствующих заболеваний; 3) механическую очистку приводящего отдела кишки.

Наибольший интерес представляет метод подготовки функционирующих отделов. Мы применяли два диаметрально противоположных способа подготовки толстой кишки к операции: 1) механическая очистка толстой кишки, 2) ортоградное промывание желудочно-кишечного тракта. 20 пациентов подготовлены традиционным способом с применением очистительных клизм и слабительных, ещё 20 подготовлены методом ортоградного промывания всего желудочно-кишечного тракта. Оценку эффективности двух методов

Таблица №2.
Частота послеоперационных осложнений в зависимости от сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

| Сроки выполнения РВО (мес) | Число больных | Частота послеоперационных осложнений | | | | | | Кровотеч. из пресакральных вен. |
|----------------------------|---------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------|----------|----------|---------------------------------|
| | | Несостоятельность анастомоза | Внутрибрюшное кровоотечение | Слабкая непроходимость | Нагноение раны | ОССН | ТЭЛА | |
| 3-6 | 92 | 3 (3,2%) | 1 (0,7%) | 1 (0,7%) | --- | --- | --- | --- |
| 6-9 | 29 | 1 (3,4%) | --- | --- | 2 (6,9%) | 1 (3,4%) | 2 (6,9%) | --- |
| 9-12 | 17 | 2 (11,7%) | 1 (5,9%) | --- | 1 (5,9%) | --- | 1 (5,9%) | 1 (5,9%) |
| 12-24 | 9 | 1 (11,1%) | 2 (22,2%) | --- | --- | --- | --- | --- |
| 24 и более | 4 | 2 (50%) | --- | 1 (25%) | --- | 1 (25%) | --- | --- |
| ВСЕГО: | 151 | 9 (6%) | 4 (2,6%) | 2 (1,3%) | 3 (2%) | 2 (1,3%) | 3 (2%) | 1 (0,65%) |

подготовки толстой кишки провели на основании сопоставления частоты воспалительных осложнений в области колоректального анастомоза, для объективности полученных результатов больные были отобраны по принципу однородности сформированных анастомозов. Было установлено, что осложнения в области анастомоза возникли у 6 пациентов (30%), подготовленных к операции традиционным методом, по сравнению с 2 больными (10%) среди подготовленных методом общего промывания желудочно-кишечного тракта.

Приведенные данные свидетельствуют о большей эффективности ортоградного промывания желудочно-кишечного тракта, что позволяет считать нам более целесообразным применение данной методики для подготовки толстой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям.

При восстановлении непрерывности толстой кишки нами использовались различные модификации реконструктивно-восстановительных операций. В зависимости от вида сформированного анастомоза операции были разделены на следующие группы (таблица №3):

1. Операции с формированием колоректальных анастомозов;
2. Операции с формированием колосигмоидных анастомозов;
3. Операции с формированием колоколоанастомозов;
4. Операции с поворотом восходящей и слепой кишки на 180°;
5. Брюшно-анальные резекции прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал.

Анастомозы формировались двумя способами:

- а) ручным - 89 (59%) пациентов;
- б) аппаратным - 62 (41%) пациента.

Колоректальные ручные анастомозы «конец в конец» сформированы у 7 пациентов.

Длина культи прямой кишки была от 8 до 14 см. При выполнении данных оперативных вмешательств было отмечено большое количество интраоперационных осложнений – 4 случая (травма мочевого пузыря –1, травма влагалища-1, преждевременное вскрытие просвета культи прямой кишки -2. Значительные технические трудности возникали и при непосредственном формировании колоректальных анастомозов, что объясняется сложностью манипулирования в ограниченном пространстве малого таза. Учитывая технические сложности наложения колоректального анастомоза и неуверенность в его надежности, 2 пациентам было произведено наложение превентивной трансверзостомы.

В послеоперационном периоде хирургических осложнений не наблюдалось. Нехирургические (системные) осложнения возникли у 1 пациента (14%) – тромбозомалия легочной артерии (ТЭЛА).

Таким образом, учитывая большое количество интраоперационных осложнений, результаты реконструктивно-восстановительных операций у больных с одностольной колостомой, с формированием колоректальных ручных анастомозов “конец в конец”

Таблица № 3.
Характеристика сформированных анастомозов.

| Вид сформированных анастомозов | Ручной анастомоз | | | | Аппаратный анастомоз | | | итого |
|---|------------------|----------------|------------------|-----------|----------------------|----------------|-----------|-------|
| | конец в конец | конец в бок | бок в бок | | конец в конец | конец в бок | бок в бок | |
| | | | конец в конец | бок в бок | | | | |
| 1 Сигмоидный | 3 | - | - | - | 15 | 28 | 46 | |
| 2 Десцендоидный | 1 | - | - | - | 4 | 4 | 9 | |
| 3 Трансверзоректальный | 2 | - | - | - | 1 | 4 | 7 | |
| 4 Аспендоидный | 1 | - | - | - | 1 | 1 | 3 | |
| 5 Сигмоидный | 23 | - | - | 13 | 1 | 2 | 39 | |
| 6 Десцендоидный | 1 | - | - | - | - | - | 1 | |
| 7 Трансверзосигмоидный | 10 | - | - | 4 | - | - | 14 | |
| 8 Аспендоидный | - | - | - | 2 | 1 | - | 3 | |
| 9 Илеосигмоидный | 1 | - | - | 10 | - | - | 11 | |
| 10 Трансверзотрансверзонастомоз | 6 | - | - | 1 | - | - | 7 | |
| 11 Илеотрансверзонастомоз | 1 | - | - | 8 | - | - | 9 | |
| 12 БАР ПК с низведением ободочной кишки с ликвидацией стомы | 2 | - | - | - | - | - | 2 | |
| ВСЕГО | 51 | - | - | 38 | 23 | 39 | 151 | |

следует признать неудовлетворительными, несмотря на низкий процент послеоперационных осложнений и летальности. Подобные результаты объясняются неадекватностью данного вида анастомозов. Необходимость выделения культи прямой кишки из рубцовых сращений и наложение швов анастомоза в сложных технических условиях повышает риск возникновения послеоперационных осложнений. Это позволяет считать нецелесообразным использование данного вида восстановительных операций у больных с короткой культей прямой кишки.

Восстановительные операции с формированием механических колоректальных анастомозов были выполнены у 58 пациентов, из них у 21 наложен анастомоз по типу «конец в конец», у 37 – «конец в бок». Протяженность культи прямой кишки была от 6 до 12 см. Послеоперационные осложнения возникли у 13 (22,4%) пациентов. Осложнения в области колоректального анастомоза отмечены у 6 пациентов (10,3%) – у всех выявлена недостаточность анастомоза. Чаще всего несостоятельность анастомоза была отмечена при формировании сигморектальных анастомозов - 5 случаев, 1 случай – при формировании десцендоректального анастомоза. Общехирургические осложнения имели место у 3 больных (5,1%): внутреннее кровотечение у 2, спаечная непроходимость у 1. Острая сердечно-сосудистая недостаточность отмечена у 3 пациентов (5,1%), тромбоэмболия легочной артерии – у 2 (3,4%). У одного пациента имелись два осложнения.

Анализ хода реконструктивно-восстановительных операций показал, что главной причиной возникновения осложнений стал выраженный рубцовый перипроцесс в малом тазу и рубцово-склеротические изменения стенки кишки. При этом выделение даже одной стенки отключенной культи прямой кишки было связано с техническими трудностями. Все послеоперационные осложнения в области колоректального анастомоза возникли у пациентов с выраженным рубцовым перипроцессом в области культи прямой кишки.

Статистический анализ данных послеоперационных осложнений, при формировании колоректальных аппаратных анастомозов «конец в конец» и «конец в бок», показал, что более эффективным является формирование анастомозов «конец в бок».

Восстановительные операции с формированием колосигмоидных, коло-коло и илео-коло анастомозов выполнены у 84 пациентов. Из этого количества больных только у 4 был сформирован аппаратный анастомоз, остальные анастомозы формировались ручным способом: двухрядными узловыми швами. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 8 пациентов (9,5%). У 3 пациентов диагностирована несостоятельность анастомоза, ещё у 3 – нагноение лапаротомной раны, у 1 пациента – острая спаечная непроходимость и у 1 больного – внутрибрюшное кровотечение.

Реконструктивно-восстановительные операции с поворотом восходящей и слепой кишки на 180° выполнены у 13 пациентов. Данный вид восстановительной операции

использовался при большом диастазе между функционирующими и отключенными отделами толстой кишки, чаще всего после обширных левосторонних резекций ободочной кишки, преследуя собой цель сохранить кишечный пассаж по илеоцекальному углу и правым отделам ободочной кишки. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 4 пациентов. Из них у 2 отмечена несостоятельность анастомоза, у 2 больных развилась сердечно-сосудистая недостаточность. Выпущенное позволяет считать данную операцию органосохраняющей и позволяет рассмотреть вопрос о расширении показаний к выполнению этого вида оперативного вмешательства.

Реконструктивно-восстановительные операции путем низведения ободочной кишки в анальный канал выполнены у 2 пациентов. Одному пациенту произведено низведение ободочной кишки через культю прямой кишки. Этот метод использовался у больных с длиной культи 4-6 см., с резко выраженным рубцовым процессом в малом тазу, что практически полностью исключило возможность выделения культи прямой кишки. Второму пациенту выполнена брюшно-анальная резекция культи прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал. Этот метод требует выделения культи прямой кишки со всех сторон, что является травматичной манипуляцией и сдерживает применение этого вида реконструктивно-восстановительной операции.

Таким образом, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выявлены у 24 пациентов, что составило 15,9%. Всего наблюдали 25 осложнений (у одного пациента отмечено два осложнения). Умерли 8 человек (5,3%) (таблица №4):

Отдаленные результаты прослежены у 92 пациентов из 151, выписанных из стационара, что составило 61%. Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 3 лет. Из 112 пациентов, оперированных ранее по поводу колоректального рака, рецидив опухоли через 1-2 года после восстановительной операции выявлен у 3 человек. У 3 больных выявлена стриктура сформированного анастомоза, которая ликвидирована консервативными мероприятиями. У 7 пациентов во время обследования была выявлена послеоперационная грыжа. У больных с гладким течением послеоперационного периода после восстановительной операции, функциональное состояние толстой кишки было удовлетворительным уже к моменту выписки из стационара. У обследованных пациентов с осложненным послеоперационным периодом восстановление функции толстой кишки наступало в сроки через 2-4 месяца.

С целью полной реабилитации 5 пациентов, которым в связи с возникшими осложнениями после реконструктивно-восстановительных операций были наложены колостомы, в сроки через 5-12 месяцев были выполнены повторные операции. Всем больным произведено внутрибрюшное закрытие петлевой илео- или колостомы, которая была им наложена для лечения возникших осложнений.

Таблица №4.
Количество послеоперационных осложнений в зависимости от вида сформированного анастомоза

| Послеоперационные осложнения | Методы сформированных анастомозов | | | | | | ВСЕГО |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|---------------------|----------------------|-------|
| | Колоректальный ручной | Колоректальный механический | | Коло-сигмовидный | Коло-коло илео-коло | БАР ПК с низведением | |
| | | Конец в конец | Конец в бок | | | | |
| Кол-во боль-х | 7 | 21 | 37 | 68 | 16 | 2 | 151 |
| Несостоят. анастомоза | ----- | 3 | 3 | 3 | ----- | ----- | 9 |
| Кровотеч. из пресагр. вен | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 1 | 1 |
| Нагноение опер. раны | ----- | ----- | ----- | 3 | ----- | ----- | 3 |
| Внутрибрюш. кровотечен. | ----- | 2 | 1 | ----- | 1 | ----- | 4 |
| Острая спаечная непроход. | ----- | ----- | 1 | 1 | ----- | ----- | 2 |
| ОССН | ----- | 1 | 1 | ----- | ----- | ----- | 2 |
| ТЭЛА | 1 | 1 | 1 | ----- | ----- | ----- | 3 |

14

15

Таким образом из 92 пациентов, обследованных через 1-2 года полностью реабилитированы с хорошими функциональными результатами 88 человек (95,6%). Неудовлетворительными признаны результаты у 4 пациентов (4,4%), которых не удалось реабилитировать хирургическим путем (больные по-прежнему живут с колостомой), при этом один больной отказался от оперативного вмешательства, а остальным 3 – вследствие рецидива рака толстой кишки была вновь сформирована колостома.

Подводя итоги всему вышеизложенному, следует отметить, что восстановление непрерывности толстой кишки у больных с одностольной колостомой является необходимым вмешательством, позволяющим реабилитировать больных как в социальном отношении, так и в трудовом. Мы полагаем, что описанные нами принципы обследования больных, предоперационная подготовка, сроки восстановления кишечной проходимости, хирургическая тактика и оперативная техника, а также послеоперационное ведение больных позволяют значительно снизить число интраоперационных и послеоперационных осложнений при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке в специализированных клиниках.

ВЫВОДЫ.

1. Восстановление естественного пассажа по толстой кишке у больных с одностольной колостомой является сложным реконструктивно-восстановительным вмешательством, выполнение которого целесообразно в специализированных колопроктологических клиниках.
2. Ортоградное промывание желудочно-кишечного является наиболее эффективным методом подготовки функционирующих отделов толстой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям.
3. На основании проведенных клинико-морфологических исследований установлено, что на фоне проводимого консервативного лечения воспалительные и функциональные изменения в отключенных отделах ободочной кишки стихают через 3 месяца.
4. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с одностольной колостомой возможно и целесообразно выполнять в сроки от 3 до 6 месяцев после наложения колостомы, не увеличивая при этом процент послеоперационных осложнений.
5. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций у больных с короткой культей прямой кишки (5-12 см), для формирования колоректального анастомоза целесообразно применение механических сшивающих аппаратов; при этом предпочтение следует отдавать модификации «конец в бок».
6. Разработанный арсенал методов реконструктивно-восстановительных операций позволяет добиться трудовой и социальной реабилитации у 97% больных, перенесших операцию с формированием одностольной колостомы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с одностольной колостомой целесообразно выполнять в период 3 – 6 месяцев после наложения колостомы.
2. При планировании восстановительных операций предоперационную подготовку необходимо начинать с момента выписки пациента из стационара и проводить весь период до момента ликвидации колостомы.
3. Подготовка к реконструктивно-восстановительным операциям должна складываться из: а) общей подготовки: психологическая подготовка, коррекции сопутствующих заболеваний; б) подготовки отключенных отделов толстой кишки (санация воспалительного процесса и восстановление тонуса кишечной стенки); в) подготовки функционирующих отделов толстой кишки, которую целесообразнее проводить методом ортоградного промывания желудочно-кишечного тракта.
4. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций у больных с короткой культей прямой кишки (5-12 см), для формирования анастомоза целесообразно применение механических сшивающих анастомозов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии // Вестник хирургии Армении 2000 г., №4, с.47-51.
2. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Проблема хирургической реабилитации больных с одностольной колостомой. // Вестник хирургии Армении 2001 г., №2, с.43-46.
3. Шахназарян К.Л. Принципы обследования больных с одностольными колостомами. // Сб. научных трудов и сообщений НИЗ МЗ РА, Ереван, 2001г., с. 151-154.
4. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Пластические реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии. // В сб. "Актуальные проблемы колопроктологии", Тез. докл., Ростов-на-Дону, 2001 г., с. 5-6.
5. Агавелян А.М., Абрамян А.Ф., Шахназарян К.Л., Энфеджян А.К. "Катастрофические" статистические данные заболеваемости населения Армении колоректальным раком. // Болезни толстого кишечника. Тез. докл. IV Респуб. Конференция, Минск, 2001 г., с.96-99.
6. Shahnazaryan K.L. Reconstructive-restorative operation after spacious resection of colon // Young doctors on the threshold of the third millennium. Yerevan, 2001, p. 117.
7. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с одностольной колостомой // Вестник хирургии Армении 2002 г., №2, с.144-145. Протокол № 863.

8. Шахназарян К.Л. Восстановлении естественного кишечного пассажа после обструктивных резекций толстой кишки. В сб "Актуальные проблемы колопроктологии" // Конф. молодых ученых, Тез. докл., Москва, 2002 г., с. 99-100.
9. Агавелян А.М., Абрамян А.Ф., Шахназарян К.Л. Современные аспекты хирургического лечения больных раком прямой кишки. В сб. "Современные технологии хирургии" Минск, 2002 г., с.146-147.
10. Aghavelian A.M., Abramyan A.F., Shahnazaryan K.L. Anal sphincter reconstruction after abdominoperineal resection for rectal cancer using gracilis muscle // В сб. « Proctologia » NR 2 (02), Kaunas, 2002. volume 3. p. 197.
11. Aghavelian A.M., Shahnazaryan K.L., Abramyan A.F. Principle of reconstructive-restorative operation of colon // В сб. « Proctologia » NR 2 (02), Kaunas, 2002. volume 3. p. 215.
12. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с одностольной колостомой с поворотом ободочной кишки на 180°. // Вестник хирургии Армении 2003 г., №3, с.9-11.

Ամփոփում
ՄԻԱՅՈՂՈՒՆ ԿՈՆՍՏՈՍԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ
ՎԻՐԱԲՆԻԺԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆԵՐԻ
Շահնազարյան Կ.Լ.

Հետազոտության նպատակը. Բարձրացնել միացողուն կոլոստոմայով հիվանդների վիրաբուժական ռեաբիլիտացիայի արդյունքները: Տվյալ նպատակին հասնելու համար մենք վերլուծել ենք ռեկոնստրուկտիվ-վերականգնողական վիրահատությունների արդյունքները, որոնք կատարվել են միացողուն իլեո- և կոլոստոմայով 151 հիվանդների մոտ: Բոլոր հիվանդները բաժանվել են 2 խմբի. հիմնական խումբը՝ 92 հիվանդ, սառույց խումբը՝ 59 հիվանդ:

Նախափորահատական հետազոտության հիման վրա պարզվեց, որ հաստ աղու անջատված բաժիններում ֆունկցիոնալ փոփոխությունները սկսվում են սովորաբար 6 ամիս հետո և դառնում են վառ արտահայտված 12 ամսից և ավելի ուշ:

Անջատված աղու ծայրատի պատից վերցված կոլոբիոպատոսների դիմամիկ ուսումնասիրությունները, որոնք անց են կացվել կոլոստոմա դնելուց 1-3 ամիս հետո, ցույց են տալիս, որ ծայրատի պատը կառուցվածքա-ֆունկցիոնալ առումով կայացած է և հնարավոր է արագացնել վերականգնողական վիրահատության կատարումը:

Համադրելիս այն հիվանդների հետվիրահատական բարդությունները, որոնք վիրահատվել են 3-6 ամիս հետո (հիմնական խումբ) և այն հիվանդներինը, որոնք

վիրահատվել են 6-9 ամսից (կոնտրոլ-խումբ), մեր կողմից ոչ մի էական տարբերություն չի նկատվել, որը խոսում է միացողուն կոլոստոմայով հիվանդների վաղ վիրահատական ռեաբիլիտացիայի հնարավորության մասին:

Համամեմատելով հետվիրահատական բարդությունների ցուցանիշները կախված գործող հաստ աղու բաժինների նախապատրաստման մեթոդից, պարզվել է, որ առավել էֆեկտիվ է ստամոքս-աղիքային տրակտի օրտոգրադ լվացումը: Մոտակա հետվիրահատական շրջանում բարդություններ հայտնաբերվել է 24 հիվանդի մոտ, որը կազմում է 15,9%: Մահացել է 8 մարդ (5,3%):

Հեռակա արդյունքները նկարագրվել են 92 հիվանդների մոտ (61%): Ուսումնասիրությունները կատարվել են 3 ամսից մինչև 3 տարվա ընթացքում: Լիարժեք ռեաբիլիտացիայի ենթարկվել են 88 հիվանդ: Ռեկոնստրուկտիվ-վերականգնողական վիրահատությունների մշակված մեթոդները թույլ են տալիս հասնելու միացողուն կոլոստոմայով հիվանդների 96%-ի աշխատանքային և սոցիալական ռեաբիլիտացիայի:

Summary
Surgical rehabilitation of patients with terminal colostomy
K.L. Shahnazaryan

The aim of observation to make results better of patients with surgical rehabilitation. To achieve the established goal we analyzed the results of reconstructive-restorative operations at 151 patients with terminal ileo- and colostomy. All patients are divided to the two groups: the main group – 92 patients and the control group – 59 patients.

On the basis of preoperational investigation established that functional changes in the nonfunctional parts of colon usually begin in 6 month from the moment of inaction and become explicit in 12 month.

Multitude dynamic investigations of colonobiotats from membrane of colon non-functional part performed in period from 1 to 3 month after making colostomy, is confirm well-to-do of membrane of colon non-functional part in sense of structure-functional and possibility to decrease the period of reconstructive operations performing.

While comparison of postoperational complications data, performed in the period from 3 to 6 month (main group) and from 6 to 9 month (control group) we did not observe significant differences, which means that it is possible and expedient to perform the early surgical rehabilitation of patients with terminal colostomy.

Comparing of postoperational complications data we observed the great efficiency of ortograd washing gastrointestinal tract.

In early postoperational period complications observed at 24 patients, which make 15.9%. Died 8 people (5.3%).

Far results followed at 92 patients (61%). Period of observing the patients was from 3 month to 3 years. Completely rehabilitated 88 patients. Established methods of reconstructive-restorative operations makes easier to achieve social and working rehabilitation at 96% of patients with terminal colostomy.

The first part of the document is devoted to the study of the...
...the second part...
...the third part...
...the fourth part...
...the fifth part...
...the sixth part...
...the seventh part...
...the eighth part...
...the ninth part...
...the tenth part...

The last part of the document is devoted to the study of the...
...the first part...
...the second part...
...the third part...
...the fourth part...
...the fifth part...
...the sixth part...
...the seventh part...
...the eighth part...
...the ninth part...
...the tenth part...