



А.И. Пойда, В.М. Мельник

МУКОЗЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев
Колопроктологический центр Украины, Киев

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с заболеваниями толстой кишки путем разработки нового методического подхода к выполнению мукозэктомии.

Материалы и методы. Новый методический подход к выполнению мукозэктомии, предусматривающий разработку новых способов, дифференцированный подход к их использованию, органосохраняющий принцип выполнения, новые методы профилактики осложнений, использован у 26 больных, которые составили основную группу. Результаты применения нового методического подхода сравнивали с результатами контрольной группы ($n = 31$), в которой выполняли традиционную мукозсубмукозэктомиию.

Результаты и обсуждение. Количество осложнений было достоверно большим у пациентов контрольной группы по сравнению с основной группой, — 7 (22,5 %) и 1 (3,8 %) соответственно ($p < 0,001$). У пациентов основной группы отмечены более благоприятные функциональные результаты, что обусловлено использованием новых способов мукозэктомии и методов профилактики осложнений, дифференцированным подходом к их применению.

Выводы. Мукозэктомиию следует выполнять только во время первичной или вторичной реконструктивно-восстановительной операции, что обеспечивает благоприятные условия заживления илеоэндоанального анастомоза. Применение мукозэктомии целесообразно при выполнении предельно низкой передней резекции прямой кишки с трансанальным формированием ручного колоэндоанального анастомоза. Важным аспектом методологического подхода считаем органосберегающий принцип выполнения мукозэктомии, предусматривающий удаление только слизистой оболочки с сохранением подслизистой основы. Разработка новых, более совершенных способов мукозэктомии, дифференцированный подход к выбору ее способа в зависимости от основного заболевания, степени активности патологического процесса способствуют уменьшению травматичности, упрощению техники выполнения, улучшению условий для заживления илеоэндоанального и колоэндоанального анастомозов, уменьшению количества послеоперационных осложнений с 22,5 до 3,8 %, нормализации функции анального держания.

Ключевые слова: мукозэктомия, анастомоз, илеоэндоанальный, колоэндоанальный, органосохраняющие операции

Благоприятный результат хирургического лечения больных с тяжелыми неопухолевыми заболеваниями толстой кишки, в частности язвенным колитом и семейным аденоматозным полипозом, в значительной степени зависит от радикальности выполненной операции, сохранения анатомических структур сфинктерного аппарата прямой кишки, который

обеспечивает функцию анального держания [10, 12, 13]. Радикальность операции предполагает удаление всех анатомических отделов толстой кишки: слепой, ободочной, ампулярного отдела прямой кишки, до проксимальной границы ее сфинктерного аппарата.

Мукозэктомия (демукозация) — это операция по удалению слизистой оболочки хирургического

анального канала до гребенчатой линии [1, 12, 13]. В период разработки и широкого применения эндоректальных илеоанальных анастомозов в хирургии диффузных заболеваний толстой кишки часто использовали мукоэктомию по Соаве [1, 12]. Особенность этой операции заключается в выполнении ее со стороны брюшной полости путем циркулярного рассечения мышечного слоя стенки прямой кишки на уровне тазовой брюшины, антеградного отслоения острым и тупым путем слизисто-подслизистого футляра от циркулярного мышечного слоя стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки до уровня гребенчатой линии [1, 12]. В созданном мышечном цилиндре прямой кишки размещали тонкокишечный резервуар, трансанально формировали резервуарно-анальный анастомоз. Этот способ мукоэктомии имеет недостатки: технические трудности, травматичность выполнения, значительная кровопотеря из сосудов мышечного футляра стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки, часто возникающие осложнения (гематома, абсцесс полости малого таза, несостоятельность эндоректального илеоанального анастомоза, анальная инконтиненция). Поэтому в последние годы метод не находит широкого применения.

В настоящее время мукоэктомию применяют в онкохирургической практике. Некоторые авторы при формировании низких колоректальных анастомозов путем низведения выполняют мукоэктомию отрезка нижнеампулярного отдела прямой кишки на протяжении 2,5 см [11], при формировании колоэндоанальных анастомозов — мукоэктомию хирургического анального канала (до уровня гребенчатой линии) [5]. Удаление слизистой оболочки дистального участка нижнеампулярного отдела прямой кишки способствует увеличению площади сращения соединяемых отрезков толстой кишки, благоприятному неосложненному течению репаративных процессов в области анастомоза.

Технически более простым и безопасным является способ мукоэктомии путем эвагинации отрезка нижнеампулярного отдела прямой кишки и хирургического анального канала на область промежности [1, 12, 13]. При этом слизистую оболочку удаляют при помощи скальпеля в направлении от гребенчатой линии до края эвагинированной культи прямой кишки. Применение указанного способа возможно преимущественно при выполнении первичных реконструктивно-восстановительных операций. При вторичных реконструктивно-восстановительных операциях возможность применения указанного способа мукоэктомии ограничена в связи с трудностями эвагинации культи прямой кишки на область промежности, что связано с выраженным спаечным процессом в полости малого таза.

Травматичность и технические трудности выполнения указанных способов мукоэктомии, вы-

сокий риск послеоперационных осложнений, недостаточно удовлетворительные функциональные результаты требуют разработки нового методического подхода к выполнению мукоэктомии.

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с заболеваниями толстой кишки путем разработки нового методического подхода к выполнению мукоэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под новым методическим подходом к выполнению мукоэктомии мы подразумеваем:

- определение показаний к операции;
- разработку новых способов выполнения мукоэктомии с учетом органосберегающего принципа выполнения и дифференцированный подход к их применению;
- целенаправленную профилактику прогнозируемых осложнений.

На современном этапе развития колопроктологии обоснованными показаниями к мукоэктомии при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки являются:

1. Радикальное хирургическое лечение язвенного колита.
2. Радикальное хирургическое лечение семейного аденоматозного полипоза толстой кишки.
3. Трансанальное формирование ручного колоэндоанального анастомоза после предельно низкой передней резекции прямой кишки.

Обоснование нового методического подхода к мукоэктомии требует учета особенностей анатомии анального канала и гистологического строения его слизистой оболочки. В связи с этим достаточно обоснованным представляется мнение авторов, которые выделяют хирургический (клинический) и анатомический (эмбриональный) анальный канал [2, 3, 6, 13] (рис. 1).

Проксимальной границей хирургического анального канала является область аноректального мышечного кольца, образованного сращением мышцы, поднимающей задний проход, с глубокой порцией наружного сфинктера прямой кишки, дистальной границей — ано-кутанная линия (см. рис. 1) [2, 3, 6, 13]. Стенки хирургического анального канала представлены мышечными структурами внутреннего и наружного сфинктеров прямой кишки. Изнутри хирургический анальный канал выстлан слизистой оболочкой (от уровня глубокого мышечного кольца до верхнего края морганиевых столбиков), переходным эпителием (от верхнего края морганиевых столбиков до гребенчатой линии), анодермой (от гребенчатой линии до ано-кутанной) [2, 3, 6].

Анатомический анальный канал является частью хирургического. Проксимально он ограничен гребенчатой линией, дистально — ано-кутанной линией [2, 3, 6]. Слизистая оболочка хирургического анального канала покрыта однослойным ци-

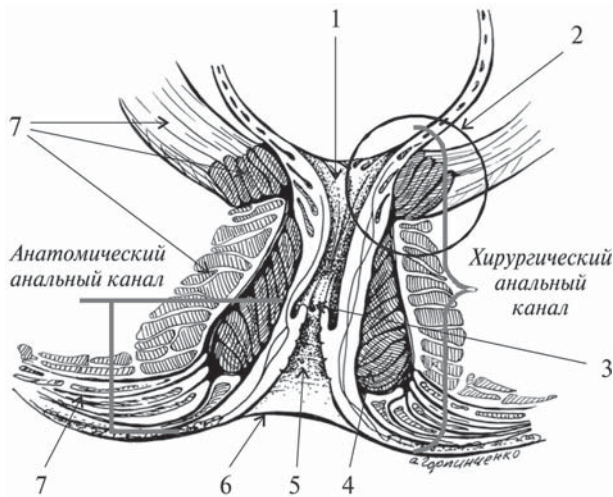


Рис. 1. Анатомо-физиологические особенности анального канала: 1 — слизистая оболочка хирургического анального канала (покрыта однослойным цилиндрическим эпителием); 2 — ано-ректальное кольцо (область соединения глубокой порции наружного сфинктера, мышцы, поднимающей задний проход, и верхней порции внутреннего сфинктера); 3 — гребенчатая (зубчатая) линия; 4 — внутренний сфинктер прямой кишки; 5 — анодерма анатомического анального канала (покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием); 6 — ано-кутанная линия (переходная складка, белая линия, линия Хилтона); 7 — наружный сфинктер прямой кишки (подкожная, поверхностная и глубокая порции, мышца, поднимающая задний проход)

линдрическим эпителием, под которым располагаются собственная пластинка и мышечная пластинка слизистой оболочки. Собственная пластинка слизистой оболочки состоит из рыхлой соединительной ткани, содержит одиночные лимфоидные узелки и незначительное количество кровеносных сосудов [6]. Подслизистая основа представлена рыхлой волокнистой неоформленной соединительной тканью, в которой расположено большое количество кровеносных, лимфатических сосудов и нервных сплетений [6].

Выбор метода мукозэктомии зависит от особенностей морфогенеза основного заболевания, способ завершения радикального и реконструктивно-восстановительного этапов операции. С учетом изложенного, основная задача мукозэктомии заключается в ликвидации оставшегося анатомического субстрата — слизистой оболочки хирургического анального канала, пораженного патологическим процессом, при отсутствии поражения слизистой оболочки, но при наличии риска возникновения рецидива или прогрессирования заболевания. Целесообразным и обоснованным представляется стремление к сохранению подслизистой основы стенки хирургического анального канала. Интенсивное ее кровоснабжение, иннер-

вация, значительная механическая прочность создают благоприятные условия для формирования и неосложненного течения репаративных процессов в области илеоэндоанального или колоэндоанального анастомозов. Кроме того, сохранность подслизистой основы хирургического анального канала предупреждает повреждение мышечных структур внутреннего сфинктера прямой кишки, что способствует сохранности функции бессознательного компонента анального держания.

Обоснованием выполнения мукозэктомии перед проведением реконструктивно-восстановительного этапа при радикальном хирургическом лечении язвенного колита (предусматривающем колэктомию, предельно низкую переднюю резекцию прямой кишки) являются данные о том, что заболевание начинается именно в прямой кишке с последующим распространением в проксимальном направлении, вплоть до тотального поражения толстой кишки. При этом поражается преимущественно слизисто-подслизистый футляр толстой кишки, при I степени активности процесса — лишь собственно слизистой оболочки без подслизистой основы. По нашему мнению, сохранение слизистой оболочки и формирование илеоректального анастомоза не может считаться радикальным хирургическим лечением язвенного колита и неизбежно приведет к прогрессированию воспалительного процесса в культе прямой кишки и возникновению осложнений (кровотечение, рубцовая деформация, раковый процесс), что потребует выполнения повторных хирургических вмешательств и обусловит в большинстве случаев невозможность проведения реконструктивно-восстановительного этапа операции.

Обоснованием выполнения мукозэктомии перед реконструктивно-восстановительным этапом при радикальном хирургическом лечении семейного аденоматозного полипоза (предусматривающем колэктомию, предельно низкую резекцию прямой кишки) являются следующие положения: 1) семейный полипоз толстой кишки — это врожденное аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное мутацией APC-гена, отвечающего за нормальную пролиферацию слизистой оболочки; 2) отличительным признаком заболевания является его наследственный (семейный) характер (наследственная передача заболевания); 3) облигатная малигнизация полипов возникает при любой морфологической форме семейного полипоза; 4) семейный полипоз — это «истинно опухолевое» поражение толстой кишки (у 30—60 % больных — это фактически мультицентрический рак толстой кишки); 5) наибольшая вероятность развития рака на фоне семейного полипоза составляет 54,3 % в дистальных отделах толстой кишки и 71,4 % — в прямой. Поэтому очевидно, что хирургические вмешательства при семейном полипозе толстой кишки, предусматривающие сох-

ранение слизистой культи прямой кишки и хирургического анального канала, не могут быть радикальными вследствие генетической аберрации, особенно при наличии мелких аденоматозных и милиарных полипов, а также в тех случаях, когда полипы в нижеампулярном отделе прямой кишки макроскопически не определяются.

В связи с тем, что некоторые авторы [1, 12, 13] под термином «мукозэктомия» понимают удаление не только слизистой оболочки, но и подслизистой основы стенки хирургического анального канала, считаем необходимым дифференцировать понятия «мукозэктомия» и «мукозсубмукозэктомия» и конкретизировать показания к их выполнению.

Под «мукозэктомией» хирургического анального канала понимаем удаление только слизистой его оболочки и сохранение подслизистой основы. В клинике разработан способ выполнения мукозэктомии (патент Украины № 42679), предусматривающий удаление только слизистой оболочки до подслизистой основы частично эвагинированного на область промежности хирургического анального канала [9] (рис. 2).

Показанием к выполнению мукозэктомии считаем патологические процессы, которые поражают только слизистую оболочку толстой кишки, а именно: семейный аденоматозный полипоз, язвенный колит при I степени активности воспалительного процесса в нижеампулярном отделе прямой кишки, при которых объем мукозэктомии достаточно радикальный. На рис. 3 представлен срез стенки хирургического анального канала после мукозэктомии у пациента с язвенным колитом, активностью воспалительного процесса I степени в нижеампулярном отделе прямой кишки. Подслизистая основа сохранена, так как не поражена патологическим процессом.

Сохранение подслизистой основы стенки хирургического анального канала, при отсутствии ее поражения патологическим процессом, значительно уменьшает травматичность операции, не сопровождается кровотечением, упрощает технику формирования илеоэндоанального анастомоза, способствует улучшению репаративных процессов, неосложненному его заживлению. Указанные преимущества формирования и заживления анастомоза обусловлены сохранностью подслизистой основы хирургического анального канала во время мукозэктомии.

Под «мукозсубмукозэктомией» хирургического анального канала понимаем удаление слизистой оболочки и подслизистой основы. Ее выполнение считаем показанным при II и III степени активности язвенного колита в нижеампулярном отделе прямой кишки, при которой поражается не только слизистая оболочка, но и подслизистая основа стенки толстой кишки. Удаление подслизистой основы у таких больных способствует обеспечению достаточной радикальности операции и предупреждению рецидива заболевания.

В клинике разработан способ демукозации анального канала (патент Украины № 62755 А), особенность которого заключается в трансанальном удалении слизистой оболочки и подслизистой основы [8] (рис. 4). Указанный способ использовали при выполнении вторичных реконструктивно-восстановительных операций, когда эвагинация хирургического анального канала на область промежности была невозможной из-за выраженного спаечного процесса в полости малого таза.

Крайне важным при мукозсубмукозэктомии является достижение адекватного гемостаза из сосудов мышечной оболочки хирургического аналь-

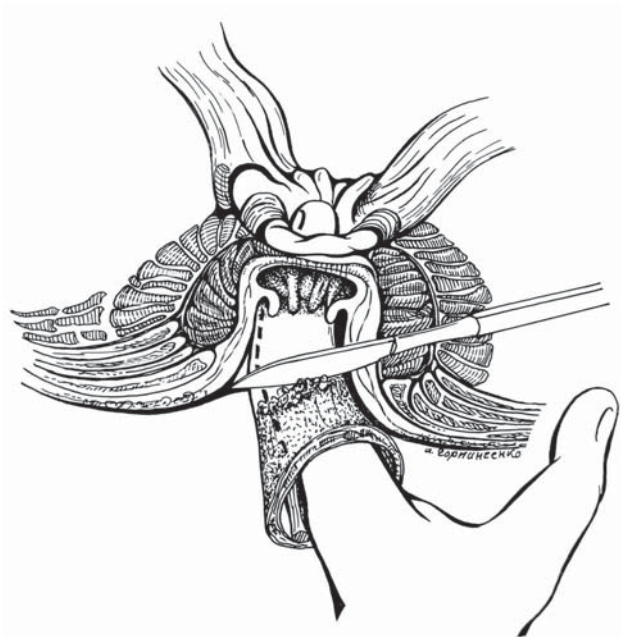


Рис. 2. Мукозэктомия частично эвагинированного на область промежности хирургического анального канала

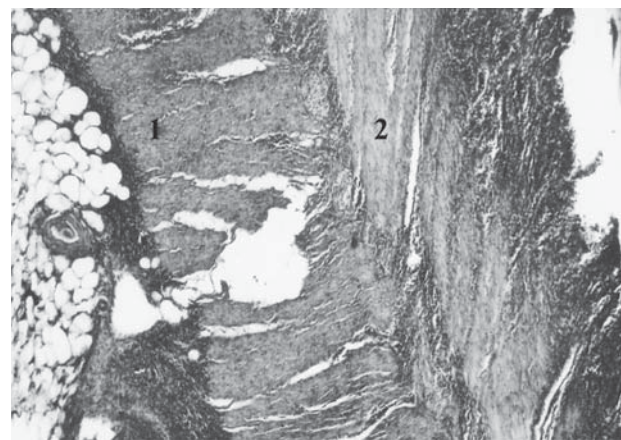


Рис. 3. Сагиттальный срез стенки хирургического анального канала после мукозэктомии. Микрофото. Окраска гематоксилином-эозином. $\times 5$:
1 — внутренний сфинктер прямой кишки;
2 — непораженная воспалительным процессом подслизистая основа

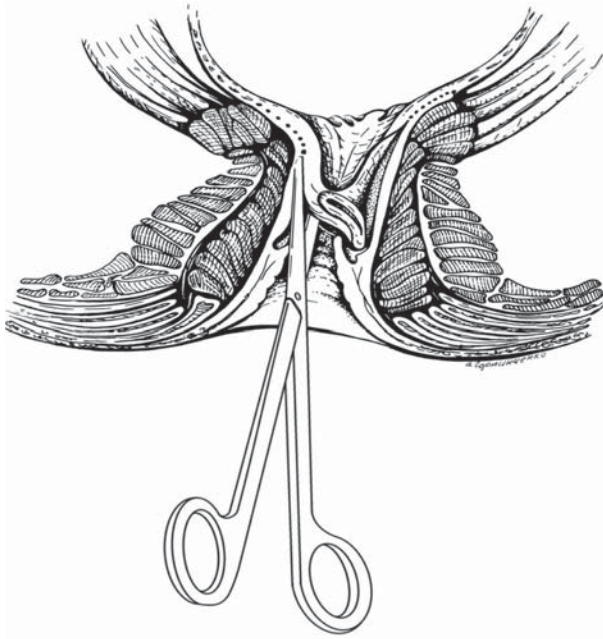


Рис. 4. Мукозсубмукозэктомия. Трансанальное удаление слизистой оболочки и подслизистой основы хирургического анального канала

ного канала, что способствует уменьшению риска возникновения гематом и абсцессов полости малого таза в ранний послеоперационный период. С учетом технических трудностей выполнения ге-

мостаза в связи с недостаточной визуализацией демукозированной поверхности нами разработан способ гемостаза при демукозации анального канала (патент Украины № 62753 А), предусматривающий использование аноскопа с прозрачными стенками и манипуляционными отверстиями, что улучшает визуализацию источников кровотечения и создает благоприятные условия для достижения окончательного гемостаза путем диатермокоагуляции [7].

В период с 2003 до 2012 г. в Колопроктологическом центре Украины мукозэктомия и мукозсубмукозэктомия выполнены 57 пациентам, среди которых женщин было 32 (56,1 %), мужчин — 25 (43,9 %). Возраст пациентов составил от 16 до 77 (средний возраст — $(47,8 \pm 12,3)$ года).

Наибольшее количество пациентов оперировано по поводу язвенного колита — 21 (36,8 %). Сопутствующие заболевания диагностированы у 23 (40,3 %). Первичные восстановительные операции выполнены у 42 (73,7 %), вторичные — у 15 (26,3 %) больных. Для сравнения результатов выполнения мукозэктомии оперированных пациентов условно распределили на две группы: контрольную — 31 (54,4 %) и исследуемую — 26 (45,6 %) (табл. 1).

У всех пациентов контрольной группы выполняли традиционную мукозсубмукозэктомию с использованием трансанальной методики без эвагинации культи прямой кишки на область промежности. У пациентов исследуемой группы исполь-

Т а б л и ц а 1
Сравнительный анализ больных, которым выполнена мукозэктомия

Показатель	Контрольная группа (n = 31)	Основная группа (n = 26)	Всего (n = 57)
Средний возраст, годы	$59,9 \pm 7,8$	$64,2 \pm 4,6$	$47,8 \pm 12,3$
Женщины	17 (54,8 %)	15 (57,7 %)	32 (56,1 %)
Мужчины	14 (45,2 %)	11 (42,3 %)	25 (43,9 %)
Основное заболевание			
Язвенный колит	12 (38,7 %)	9 (34,6 %)	21 (36,8 %)
Болезнь Крона толстой кишки	7 (22,6 %)	5 (19,2 %)	12 (21,1 %)
Семейный полипоз толстой кишки	5 (16,1 %)	6 (23,1 %)	11 (19,3 %)
Нижнеампулярный рак прямой кишки (Dukes B, C)	7 (22,6 %)	6 (23,1 %)	13 (22,8 %)
Сопутствующие заболевания			
Ишемическая болезнь сердца	4 (12,9 %)	4 (15,4 %)	8 (14,0 %)
Гипертоническая болезнь	6 (19,4 %)	5 (19,2 %)	13 (22,8 %)
Ожирение	3 (9,7 %)	2 (7,7 %)	5 (8,7 %)
Сахарный диабет	3 (9,7 %)	3 (11,5 %)	6 (10,5 %)
Реконструктивно-восстановительные операции в зависимости от срока выполнения			
Первичные	23 (74,2 %)	19 (73,1 %)	42 (73,7 %)
Вторичные	8 (25,8 %)	7 (26,9 %)	15 (26,3 %)

Различия для всех показателей между контрольной и основной группой недостоверны ($p > 0,05$).

зовали дифференцированный подход к выполнению мукоэктомии в зависимости от диагноза основного заболевания, степени активности воспалительного процесса в нижеампулярном отделе и хирургическом анальном канале прямой кишки. У пациентов исследуемой группы использовали также новые способы мукоэктомии и гемостаза при кровотечении из стенок демукозировавшего хирургического анального канала.

Группы были сопоставимы по соотношению полов, среднему возрасту, диагнозу основного заболевания, сопутствующим заболеваниям, выполненным операциям (см. табл. 1). Радикальный этап оперативного вмешательства у больных язвенным колитом, болезнью Крона толстой кишки, семейным аденоматозным полипозом заключался в выполнении колэктомии, предельно низкой передней резекции прямой кишки, у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки — в предельно низкой передней резекции прямой кишки.

У всех оперированных пациентов обеих групп радикальный этап операции завершали выполнением мукоэктомии хирургического анального канала до уровня гребенчатой линии. У пациентов с болезнью Крона толстой кишки и нижеампулярным раком прямой кишки мукоэктомию выполняли не для достижения радикальности операции, а с целью создания более благоприятных условий для формирования и заживления илеоэндоанального или колоэндоанального анастомоза. Мукоэктомию выполняли только перед реконструктивно-восстановительным этапом операции в связи с неизбежным возникновением рубцовой деформации стенок хирургического анального канала после ее выполнения без закрытия «раневой поверхности» (демукозированного участка) серозной оболочкой стенки тонкой или ободочной кишки при создании илео- или колоэндоанального анастомоза. При двухэтапных операциях мукоэктомию выполняли вторым этапом непосредственно перед формированием соустья. После завершения реконструктивно-восстановительного этапа созданную анатомо-функциональную конструкцию (тонкокишечный резервуар + илеоэндоанальный анастомоз) или только соустье (колоэндоанальный анастомоз) временно (на 2—4 мес) «выключали» из транзита содержимого путем формирования протектирующей петлевой илео- или колостомы.

У 21 (80,7 %) пациента исследуемой группы использовали способ мукоэктомии частично эвагинированного на область промежности хирургического анального канала, из них у 5 (35,7 %) больных язвенным колитом с I степенью активности воспалительного процесса в нижеампулярном отделе прямой кишки и хирургическом анальном канале и у 6 (23,1 %) с семейным аденоматозным полипозом. Удаление слизистой оболочки и сохранение подслизистой основы при

указанных патологических состояниях считали возможным и обоснованным в связи распространением патологического процесса только в слизистой оболочке. Указанный способ удаления слизистой оболочки и сохранения подслизистой основы использовали также у 4 (15,4 %) пациентов с болезнью Крона толстой кишки и 6 (23,1 %) с нижеампулярным раком прямой кишки после предельно низкой резекции прямой кишки для создания благоприятных условий формирования и заживления илеоэндоанального и колоэндоанального анастомозов, что способствовало неосложненному течению процессов сращения.

Благоприятные условия для формирования и заживления анастомозов заключались в увеличении площади соприкосновения отрезков тонкой или ободочной кишок (их серозной оболочки) с демукозированной поверхностью (подслизистой основой) отрезка хирургического анального канала.

При болезни Крона толстой кишки и отсутствии признаков поражения тонкой кишки мукоэктомию, с учетом особенностей поражения кишечной стенки воспалительным процессом, не является радикальной частью операции и может быть выполнена лишь при отсутствии поражения дистальной части нижеампулярного отдела прямой кишки и хирургического анального канала перед проведением реконструктивно-восстановительного этапа операции. Выполнение мукоэктомии непораженной воспалительным процессом слизистой оболочки (без подслизистой основы!) хирургического анального канала, по данным макроскопической оценки, перед проведением реконструктивно-восстановительного этапа способствует предупреждению дальнейшего развития заболевания на этапах, предшествующих возникновению воспалительного процесса в слизистой оболочке прямой кишки. Указанное положение аргументировано современными представлениями о патогенезе болезни Крона (наличие предрасположенности к возникновению заболевания и последовательное возникновение патофизиологических процессов: неполноценность кишечного барьера + микробная флора → проникновение бактериальных антигенов через кишечный эпителиальный барьер → неадекватный ответ иммунной системы на антиген → активация эндотелиальных клеток и центральной популяции иммунных клеток → иммунное воспаление в слизистой оболочке кишечника) [4].

Мукоэктомию частично эвагинированного на область промежности хирургического анального канала выполняли преимущественно при первичных реконструктивно-восстановительных операциях. У 4 (15,4 %) пациентов мукоэктомию удалось выполнить во время вторичных реконструктивно-восстановительных операций вследствие незначительно выраженных сращений в полости малого таза. У 5 (19,2 %) пациентов с язвенным колитом

основной группы мукозсубмукозэктомии осуществляли разработанным способом в связи с тем, что у каждого из них воспалительный процесс в нижеампулярном отделе прямой кишки соответствовал II—III степени активности. Это обеспечило удаление пораженных патологическим процессом слизистой оболочки и подслизистой основы. У всех указанных пациентов после мукозсубмукозэктомии использовали разработанный способ гемостаза при кровотечении из стенок демукозированного хирургического анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационные осложнения после выполнения мукозэктомии и мукозсубмукозэктомии возникли у 8 (14,1 %) больных (табл. 2).

Общее количество осложнений было достоверно меньшим у пациентов основной группы, однако различия по каждому из осложнений между двумя группами были недостоверны в связи с небольшим количеством наблюдений.

У всех пациентов контрольной и основной групп осложнения возникли после трансанального выполнения мукозсубмукозэктомии без эвагинации нижеампулярного отдела прямой кишки на область промежности. Это обусловлено значительными техническими трудностями выполнения мукозсубмукозэктомии, ее травматичностью и трудностями достижения окончательного гемостаза вследствие ограниченного доступа к стенкам хирургического анального канала. Наружное кровотечение возникло у 1 (3,8 %) больной исследуемой группы из мелких сосудов обширной кровоточащей поверхности мышечного футляра демукозированного хирургического анального канала вследствие коагулопатии, развившейся в 1-е сутки послеоперационного периода, а также у 2 (6,5 %) больных контрольной группы вследствие недостаточного гемостаза. У всех больных остановку наружного кровотечения из сосудов стенки демукозированного хирургического анального канала в ранний послеоперационный период осуществляли с помощью общей гемостатической терапии.

У 2 (6,5 %) больных контрольной группы гематому полости малого таза диагностировали на 3-и и 4-е сутки соответственно, абсцесс полости малого таза вследствие нагноившейся гематомы у 1 (3,2 %) больного — на 7-е сутки. У всех больных гематому и абсцесс полости малого таза раскрывали и дренировали трансанально. У 2 (6,5 %) больных контрольной группы, несмотря на наличие протектирующей петлевой илеостомы, на 4-е и 5-е сутки соответственно были диагностированы несостоятельность швов резервуарно-эндоанального анастомоза, тазовый перитонит. Этим больным выполнены экстренная релапаротомия, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости и полости малого таза. Указанные осложнения были обусловлены техническими трудностями формирования тонкокишечного резервуарно-эндоанального анастомоза по сравнению с илео-эндоанальным. Случаев послеоперационной летальности не было.

Исследование функции анального держания через 1 год после выполнения операций свидетельствует о более благоприятных результатах у пациентов после мукозэктомии по сравнению с пациентами после мукозсубмукозэктомии. Пациенты, которым выполнили мукозэктомии, не предъявляли жалоб на недержание газа и кала. По данным сфинктерометрии, у большинства из них (19 (86,4 %)) показатели тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки соответствовали физиологической норме. 11 (31,4 %) пациентов, которым выполнили мукозсубмукозэктомии, указывали на недержание газа, а иногда, особенно во время сна, — жидкого кишечного содержимого, что свидетельствует о нарушении бессознательного компонента анального держания вследствие травмы внутреннего сфинктера прямой кишки. Показатели сфинктерометрии у пациентов после мукозсубмукозэктомии соответствовали нижней границе физиологической нормы или были незначительно ниже ее значений.

ВЫВОДЫ

Мукозэктомия обоснованно является завершающим этапом радикального лечения язвенного колита и семейного аденоматозного полипоза. Ее следует

Т а б л и ц а 2
Осложнения мукозэктомии и мукозсубмукозэктомии

Осложнение	Контрольная группа (n = 31)	Основная группа (n = 26)	Всего (n = 57)
Наружное кровотечение из стенок демукозированного хирургического анального канала	2 (6,5 %)	1 (3,8 %)	3 (5,3 %)
Гематома полости малого таза	2 (6,5 %)	—	2 (3,5 %)
Абсцесс полости малого таза	1 (3,3 %)	—	1 (1,6 %)
Несостоятельность швов илеоанального анастомоза	2 (6,5 %)	—	2 (3,5 %)
Итого	7 (22,5 %)	1 (3,8 %)*	8 (14,1 %)

* Различия достоверны по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($p < 0,001$).

виконувати тільки при проведенні первичної або вторичної реконструктивно-восстановительної операції, що забезпечує сприятливі умови для заживлення ілеоендоанального анастомоза.

Виконання мукозектомії обґрунтовано при виконанні предельно низкої передньої резекції прямої кишки з трансанальним формуванням ручного колоендоанального анастомоза для збільшення площі соприкосновения серозної оболонки отрезка ободочної кишки з демукозированной поверхнею (подслизистою основою) хірургічного анального каналу.

Важним аспектом методологічного підходу вважаємо органозберігаючий принцип виконан-

ня мукозектомії, передбачаючий видалення тільки слизової оболонки з збереженням підслизистої основи.

Розробка нових, більш досконалих способів мукозектомії, диференційований підхід до вибору її способу в залежності від діагнозу основного захворювання, ступеня активності патологічного процесу сприяють зменшенню травматичності, спрощенню техніки виконання, зменшенню умов для заживлення ілеоендоанального, колоендоанального анастомозів, зменшенню кількості зв'язаних з нею післяопераційних ускладнень (з 7 (22,5 %) до 1 (3,8 %)), нормалізації функції анального сфінктера.

Література

1. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки.— К.: Здоров'я, 1990.— 175 с.
2. Генри М.М., Свонг М. Колопроктология и тазовое дно: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1988.— 460 с.
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Анальное недержание.— М.: Медицина, 1993.— 208 с.
4. Линева Ю.В., Линева К.Ю., Воронин К.А. Болезнь Крона: практические аспекты проблемы // Новости медицины и фармации в Украине.— 2010.— № 3 (308).— С. 22—26.
5. Мельник В.М. Выбор способа формирования колоанального анастомоза при хирургическом лечении рака прямой кишки // Хірургія України.— 2007.— № 3 (23).— С. 46—52.
6. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки.— М.: ООО «Дедалус», 2005.— 256 с.
7. Патент 62753 А Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб гемостазу при демукозації анального каналу / Пойда О.І., Конев В.Г., Мельник В.М., Шудрак А.А., Уманець О.І. (Україна).— Заявл. 16.05.03; Опубл. 15.12.03. Бюл. № 12.
8. Патент 62755 А Україна. ПМК А 61 В 17/00. Спосіб демукозації анального каналу / Пойда О.І., Конев В.Г., Мельник В.М., Шудрак А.А., Уманець О.І. (Україна).— Заявл. 16.05.03; Опубл. 15.12.03. Бюл. № 12.
9. Патент 42679 Україна. ПМК А 61 В 17/00. Спосіб виконання мукозектомії / Пойда О.І., Мельник В.М. (Україна).— Заявл. 31.03.09; Опубл. 10.07.09. // Бюл. № 13.
10. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии.— М.: Медпрактика, 2004.— 488 с.
11. Шальков Ю.А., Леонов В.В. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике.— Харьков: Коллегиум, 2008.— 192 с.
12. Marvin L. Corman. Colon and Rectal Surgery.— 2005.— 1743 p.
13. Wolff V. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.— 2007.— 831 p.

О.І. Пойда, В.М. Мельник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
Колопроктологічний центр України, Київ

МУКОЗЕКТОМІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями товстої кишки шляхом розробки нового методичного підходу до виконання мукозектомії.

Матеріали і методи. Новий методичний підхід до виконання мукозектомії, який передбачає розробку нових способів, диференційований підхід до їх застосування, органозберігальний принцип виконання, нові методи профілактики ускладнень, використано у 26 хворих, які склали основну групу. Результати застосування нового методичного підходу порівнювали з результатами контрольної групи (n = 31), в якій виконували традиційну мукозектомію.

Результати та обговорення. Кількість ускладнень була достовірно більшою у пацієнтів контрольної групи порівняно з основною, — 7 (22,5 %) та 1 (3,8 %) відповідно (p < 0,001). У пацієнтів основної групи відзначено кращі функціональні результати, що зумовлено використанням нових способів мукозектомії та методів профілактики ускладнень, диференційованим підходом до їх застосування.

Висновки. Мукозектомію слід виконувати лише під час первинної або вторинної реконструктивно-відновної операції, що створює сприятливі умови для загоєння ілеоендоанального анастомозу. Проведення мукозектомії доцільне при виконанні наднизької передньої резекції прямої кишки з трансанальним формуванням ручного колоендоанального анастомозу. Важливим аспектом методологічного підходу вважаємо органозберігальний принцип виконання мукозектомії, який передбачає видалення лише слизової оболонки та збереження підслизистої основи. Розробка нових, досконаліших способів мукозектомії, диференційований підхід до вибору її способу залежно від основного захворювання, ступеня активності патологічного процесу сприяють зменшенню травматичності, спрощенню техніки виконання, поліпшенню умов для загоєння ілеоендоанального та колоендоанального анастомозів, зменшенню кількості післяопераційних ускладнень з 22,5 до 3,8 %, нормалізації функції анального сфінктера.

Ключові слова: мукозектомія, анастомоз, ілеоендоанальний, колоендоанальний, органозберігальні операції.

A.I. Poida, V.M. Melnik

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv
Colo-Proctological Center of Ukraine, Kyiv

MUCOSECTOMY IN THE SURGICAL TREATMENT OF COLON DISEASES

The aim – to improve the results of surgical treatment of patients with diseases of the colon through the development of new methodological approach to the mucosectomy.

Materials and methods. A new methodological approach to the mucosectomy, which provides the development of new methods, differentiated approach to their use, organ preservation principle, new methods of complications prevention, applied in 26 patients constituted the main group. The results of the application of this novel technique was compared with a control group consisting of 31 patients who underwent traditional mucosubmucosectomy.

Results and discussion. Number of complications was significantly higher in patients in the control group compared with the main – 7 (22.5 %) and 1 (3.8 %), respectively ($p < 0.001$). The patients of the main group noted better functional results, due to the use of mucosectomy new methods and techniques and complications prevention with differentiated approach to their use.

Conclusions. Mucosectomy should be done only during the primary or secondary reconstructive surgery, which provides favourable conditions for healing ileoendoanal anastomosis. Mucosectomy justified when performing extremely low anterior resection of the rectum with manual transanal colo-endoanal anastomosis formation. An important aspect of the methodological approach, we consider the principle of the organ- preservation mucosectomy, comprising removing only the mucosa with sub-mucosa preservation. The development of new and improved ways to mucosectomy, and a differentiated approach to their application depending on the diagnosis of the underlying disease, the degree of activity of the pathological process, reduces the trauma, simplify technology implementation, improving the conditions of healing ileo-endoanal, colo-endoanal anastomoses, reducing the number of associated postoperative complications from 7 (22.5 %) to 1 (3.8 %), normalizing the function of anal retention.

Key words: mucosectomy, anastomosis, ileo-endoanal, kolo-endoanal, organ-preserve operation.