

УДК 616.351-006-089

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПОСТКОЛЕКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Н.Н. Милица, Н.Д. Постоленко, К.Н. Милица, И.Н. Ангеловский,

В.В. Солдусова

*ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования
МОЗ Украины», кафедра хирургии и проктологии*

Резюме. *Метою роботи було вивчення і аналіз постколектомічних порушень у хворих, що перенесли видалення товстої кишки з накладенням резервуарного анастомозу, проведених в клініці за останні 5 років. Відразу після колектомії зазначалося поява постколектомічної діареї з частотою стільця від 9-17 раз на добу. В результаті консервативної терапії через 2-3 тижні після операції відзначали зменшення частоти стільця до 7-12 разів, які стають критерієм одужання при виписці хворих.*

У найближчі терміни, 4-6 місяців після операції, на підставі результатів лабораторних та інструментальних методів відзначені ознаки адаптації у всіх хворих. Ступінь постколектомічних порушень у віддаленому періоді, 1 рік і більше, у 9 хворих була нульовою, у 3 - I ступеня. При цьому об'єктивний стан пацієнтів не вимагало проведення додаткових медичних та соціально-трудова реабілітаційних заходів.

Ключові слова: *постколектомічний синдром, колектомія, резервуарний анастомоз.*

Актуальность. До настоящего времени колэктомия остается основным радикальным методом лечения осложненного неспецифического язвенного колита, диффузного полипоза, первично-множественного рака толстой кишки, заболеваемость которыми неуклонно растет [1,3,4].

Наиболее значимым неблагоприятным последствием колэктомии является хроническая диарея, приводящая к серьезным нарушениям водно-электролитного и белково-энергетических балансов, некомпенсированных по данным литературы у 23-30% больных с илеоректальным анастомозом [2,5].

Идея о замедлении кишечного пассажа после колэктомии – как одно из основных условий профилактики обменных нарушений – послужила поводом к разработке и внедрению различных способов хирургической коррекции постколектомической диареи. В арсенале оперативных пособий наиболее зарекомендовавших себя в улучшении функциональных результатов колэктомии, используются резервуарные илеоректальные анастомозы. В основе оперативной техники создания этих конструкций лежит формирование тонкокишечных резервуаров в виде основных J-, L-, S-, W – типов

межкишечных соустьев над уровнем анастомоза с прямой кишкой, однако их отдаленные результаты остаются неудовлетворительными [3,5,6].

На основании этого проблема реабилитации больных перенесших удаление толстой кишки, актуальна как с медицинских позиций, так и с социальной точки зрения, так как радикализм колэктомии ставит перед хирургом сложную задачу коррекции постколэктомических нарушений.

Целью работы явилось изучение и анализ постколэктомических нарушений у больных перенесших удаление толстой кишки с наложением резервуарного анастомоза, проведенных в клинике за последние 5 лет.

Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины» у 18 больных была выполнена колэктомия с наложением илеоректального резервуарного анастомоза. Среди них было 10 больных мужского пола и 8 – женского. Средний возраст составил 52 года.

Показаниями к операции были 8 случаев первично-множественного рака толстой кишки, 6 больных осложненным течением неспецифического язвенного колита, по 2 пациента с идеопатическим мегаколоном и диффузным полипозом.

Во время операции предпочтение отдавали J- и S-типам резервуаров. Пропорции исходных размеров J- и S-тонкокишечных конструкций не превышали 10-12 и 8-10 см соответственно. При этом отводящая петля должна быть как можно короче и не превышать 4-5 см.

Степень постколэктомических расстройств оценивали по классификации Ю.В.Балтайтиса, 1990.

I – новые анатомические соотношения между различными отделами пищевого канала, изменения его эвакуаторной функции. Стойкая компенсация обменных процессов. Достаточно полная реабилитация больных и восстановление их трудоспособности.

II – анатомо-функциональные изменения со стороны пищевого канала в сочетании с корригируемыми нарушениями обмена веществ. Возможно полное или частичное восстановление трудоспособности.

III - анатомо-функциональные изменения со стороны пищевого канала в сочетании с некорригируемыми нарушениями обмена веществ. Больные не трудоспособны.

В ближайшие и отдаленные сроки после колэктомии результаты оценивались на основании следующих параметров: частота и консистенция стула, качественный состав испражнений, водно-электролитный баланс, состояние моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, степень постколэктомических нарушений, полнота социально-трудовой реабилитации.

Результаты. В ранние сроки, до 21 суток, наши результаты были схожи с данными литературы [1,3] и обусловлены спецификой ранней постколэктомической диареей. Она практически не зависит от способа восстановления кишечного пассажа, а скорее доминирована отсутствием калообразующего резервуара – ободочной кишки.

Необходимо отметить, что в целом наблюдался неосложненный послеоперационный период, характеризующийся умеренными нарушениями биологического равновесия. В его течении можно выделить 3 фазы – катаболическую, переходную и анаболическую.

Сразу после колэктомии, вследствие усиления интенсивности метаболических процессов, резко возрастает потребность организма больных в энергетическом и пластическом материале, которая в условиях ограниченного усвоения парентерально вводимых препаратов обеспечивается в основном за счет внутренних резервов организма – стимуляции катаболических процессов. Причина тому не столько операционная травма, сколько появление постколэктомической диареи с частотой стула от 9-17 раз в сутки. При этом консистенция испражнений напоминала водянистую, что объясняет появление мацерации перианальной области у части больных. На фоне полифекалии в испражнениях часто присутствовали видимые невооруженным глазом непереваренные фрагменты пищи, вплоть до того, что последние меняли свой цвет. В ночное время дефекация повторялась до 2-4 раз.

В результате консервативной терапии через 2-3 недели после операции наступало равновесие между процессами распада и синтеза, и создавались условия для наступления анаболической фазы и увеличения массы тела. Об этом свидетельствовала стабилизация основного обмена и урежение частоты стула до 7-12 раз со сменой консистенции испражнений на кашицеобразные, которые становятся критерием выздоровления при выписке больных.

В ближайшие сроки, 4-6 месяцев после операции, обследовано 11 больных. На основании результатов лабораторных и инструментальных методов отмечены признаки адаптации у всех пациентов. У 8 из них частота стула не превышала 3-4 раз в сутки. У 3 больных с язвенным колитом наблюдалось учащение дефекации до 4-6 раз, а консистенция испражнений могла меняться до жидкой.

У пациентов, стул которых был оформлен или кашицеобразный, результаты копрологического исследования носили положительный характер. Нормальный цвет, консистенция, обычный фекальный запах и нейтральная реакция испражнений, косвенно свидетельствовали о нормализации скорости пассажа по желудочно-кишечному тракту. Микроскопическая картина характеризовалась предельным содержанием калового детрита, переваренных

мышечных волокон, небольшим количеством различной степени переваривания клетчатки, отсутствием крахмала и редко выявляемых игл жирных кислот.

Результаты изучения показателей красной крови, общего белка и основных электролитов плазмы не выявили их нарушений. Степень постколэктомических расстройств в данный срок не превышала I стадии.

Отдаленные результаты, 1 год и более, у больных с различной патологией толстой кишки, стали основным критерием эффективности проведенных операций. Оценить их удалось у 9 пациентов. Именно в эти сроки становится вопрос о полноте социально-трудовой реабилитации больных. Ответить на него однозначно сложно ввиду пенсионного возраста и инвалидности у данной категории больных. Однако даже на том основании, что спустя 4-5 месяцев после операции все пациенты выполняли ежедневную домашнюю работу, можно условно судить о полноте реабилитационных мероприятий. В группе лиц трудоспособного возраста все 6 больных справлялись с должностными обязанностями. Степень постколэктомических нарушений у 4 была нулевой и у 3 - первой степени. При этом объективное состояние больных не требовало проведения дополнительных медицинских и социально-трудовых реабилитационных мероприятий.

Состояние моторно-эвакуаторной функции ЖКТ у больных оценивали комплексным способом. С этой целью использованы методы эндоскопической диагностики.

Применение эндовидеоскопического метода, включающего телевидеосистему «Olimhys-CV-240», позволило записать состояние культи прямой кишки, резервуара и его приводящей петли, оценить характер межкишечных анастомозов. При замедленном просмотре видеозаписи существовала возможность подробного изучения состояния слизистой оболочки резервуарной конструкции.

Исследование выполняли на 14 и 21-е сутки после операции. Технических осложнений при выполнении исследования культи прямой кишки и примыкающей к ней петлей подвздошной петли с резервуарной конструкцией не зарегистрировано. Удалось инсуфлировать воздух, который позволил расправить складки слизистой оболочки, тщательно осмотреть всю поверхность и провести хронометрию. В обследованной группе больных отмечены отличия в процессе заживления тонко-тонкокишечного и илеоректального соустьев, заключающиеся в увеличении глубины и площади местных воспалительных изменений в зоне последнего. У половины больных на ограниченных участках илеоректального анастомоза встречались пленки фибрина (анастомозит I степени), в то время как в области тонко-тонкокишечного соустья выраженность местных воспалительных изменений

не превышает нулевой степени. С нашей точки зрения, такая разница в эпителизации двух анастомозов обусловлена высотой расположения последних, вследствие чего тонко-тонкокитщечный анастомоз находится в более благоприятных условиях, чем илеоректальный. К концу 3-й недели визуально различимые формы раневого процесса утрачивают свое значение при эндоскопическом осмотре зоны сформированных соустьев.

Продолжая анализ нельзя не отметить результаты рентгенологического метода, который является качественным критерием колонизации илеоректальных конструкций после колэктомии. Речь идет о появлении в отдаленном периоде нетипичного толстокишечного рельефа в терминальном отделе подвздошной кишки за счет значительного расширения просвета с неравномерной его фрагментацией. Данный феномен - один из признаков патологической трансформации слизистой резервуарной конструкции, в ходе которой тонкая кишка утрачивает естественную способность к всасыванию и калообразованию.

В ближайшем периоде после колэктомии сроки эвакуации бария до полного освобождения начальных отделов ЖКТ не превышали 2,5-3 часа. Что в среднем не более 1/3 от общей продолжительности пассажа. Суммарное время задержки бария, составляющее 10-12 часов, а также отсутствие признаков колонизации (дилатации и фрагментации бариевого столба) можно объяснить резервуарной функцией илеоректальной конструкции спустя 6 месяцев после колэктомии.

В отдаленном периоде колэктомии появление контрастной массы в тонкой кишке идентифицировали по специфичным признакам - типичному для этого отдела перистому рельефу слизистой оболочки и маятникообразным пропульсивным сокращениям. При этом отмечали обратную закономерность в изменении диаметра тонкой кишки, который в норме имеет тенденцию уменьшения по направлению терминальному отделу. В нашей группе больных наблюдали умеренное расширение терминальных петель по отношению к начальному отделу тощей кишки или выравнивание среднего диаметра просвета на всем протяжении кишечной трубки. Это представляет собой одну из форм приспособительных реакций, направленных на увеличение резервуарной функции кишечного тракта. У всех больных в эти сроки за 4-4,5 часа пассажа бария наблюдали полное опорожнение желудка и тощей кишки. Через 5-7 часов от начала исследования фиксировали равномерное скопление контрастной массы в полости резервуара и его приводящей петле. В среднем по истечению 9-12 часов момента пассажа бария отмечена первая дефекация контрастом, после которой около 1/3 контрастной массы оставалось в полости резервуара. Суммарное время пассажа бария составило около 15-17 часов.

В оценке ближайших и отдаленных результатов необходимо отметить аспект, касающийся прогрессирования основного заболевания в культе прямой кишки с возможностью перехода его на терминальный отдел подвздошной кишки, и как следствие этого высокая вероятность разобщения илеоректального анастомоза, относит данный вид операций к сложным методам хирургического лечения.

Выводы

1. Радикализм колэктомии ставит перед хирургом сложную задачу компенсации обменных нарушений в послеоперационном периоде, обусловленных выпадением функции толстой кишки и развитием постколэктомической диареи.

2. Формирование замедляющих пассаж резервуаров над уровнем прямой кишки является эффективным способом хирургической коррекции постколэктомического синдрома.

3. Формирование резервуарных конструкций позволило восстановить калообразующую функцию в отдаленном периоде после колэктомии.

Литература

1. Жерлов Г. К., Рыжов А. И., Баширов С. Р. Патогенетическая коррекция постколэктомических расстройств способом резервуарного илеоректального анастомоза // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол.,

колопроктол.— 2001.— № 3.— С. 53–58.

2. Захараш М.П., Мельник В.М., Пойда А.И. Метод реабилитации больных после экстирпации прямой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2005. – № 5. – С. 66–72.

3. Захараш М. П., Мельник В. М., Пойда А. И. Хирургическая реабилитация больных после колэктомии и резекции прямой кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2005.— № 6.— С. 61–67.

4. Захараш М.П., Мельник В.М., Пойда А.И., Ахмад Б., Метод профилактики постколэктомического синдрома // Хирургия, 2007. – № 4. – С.39–44.

5. Латыпов Р.Е. Состояние моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки, вовлеченной в спаечный процесс/Р.Е. Латыпов, В.В. Плечев, П.Г. Корнилова // Мат. 18-й Всероссийской научной конференции с международным участием «Физиология и патология пищеварения». – 2002, Геленджик. – С. 151.

6. Evolutionary Changes in the Pathologic Diagnosis After the Ileoanal Pouch Procedure / Peter W. Marcello, David J. Schoetz, Patricia L. Robertz et al. / Dis. Colon Rectum.— 1997.— Vol. 40, № 3.— P. 263–268.

7. Ogunbiyi Olagunju A., Korsgen Stephan, Keighley Michael R. Pouch Salvage Long-Term Outcome // Dis. Colon Rectum.— 1997.— Vol. 40, № 5.— P. 548–552.

Резюме. Целью работы явилось изучение и анализ постколэктомических нарушений у больных перенесших удаление толстой кишки с наложением резервуарного анастомоза, проведенных в клинике за последние 5 лету 18 больных. Сразу после колэктомии отмечалось появление постколэктомической диареи с частотой стула от 9-17 раз в сутки. В результате консервативной терапии через 2-3 недели после операции отмечали урежение частоты стула до 7-12 раз, которые становятся критерием выздоровления при выписке больных.

В ближайшие сроки, 4-6 месяцев после операции, на основании результатов лабораторных и инструментальных методов отмечены признаки адаптации у всех больных. Степень постколэктомических нарушений в отдаленном периоде, 1 год и более, у 9 больных была нулевой, у 3 – I степени. При этом объективное состояние пациентов не требовало проведения дополнительных медицинских и социально-трудовых реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: постколэктомический синдром, колэктомия, резервуарный анастомоз.

Summary. The aim of this work was to study and analyze post-colectomy disorders in patients undergoing removal of the colon with the imposition of the reservoir anastomosis performed in the clinic for the last 5 years in 18 patients.

Immediately after colectomy, post-colectomy noted the appearance of diarrhea with frequency of the chair to 9-17 times a day. As a result of conservative therapy 2-3 weeks after the operation marked decrease in the frequency of the chair to 7-12 times, which are criterion recovery at discharge of patients.

In the near term, 4-6 months, after surgery, based on the results of laboratory and instrumental methods of adaptation marked signs in all patients.

Degree post-kolektomy violations in the long term, 1 year or more, in 9 patients was zero at 3 - first degree. At the same time the objective state of patients did not require additional medical and social and labor rehabilitation.

Key words: postcolectomy syndrom, colectomy, reservoir anastomosis.