

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи

УДК: 616.3+616-089+617.5

НАВРУЗОВ Бехзод Саримбекович

**НИЗКИЕ И УЛЬТРАНИЗКИЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ
ЦИРКУЛЯРНО-СШИВАЮЩИМИ АППАРАТАМИ В ХИРУРГИИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ**

14.00.27- Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Ташкент – 2011

Работа выполнена в Ташкентской Медицинской Академии на базе кафедры хирургии для врача общей практики лечебного факультета.

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:

доктор медицинских наук,
**Абдужаппаров Сулейман
Бахриддинович**

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук,
профессор **ШЕЛЫГИН Юрий
Анатольевич**
профессор **Дайнюс Павалькис**
доктор медицинских наук,
профессор **АТАЛИЕВ Альберт
Ервандович**

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

ФГУ Институт хирургии им. А.В.
Вишневского Минздравсоц-
развития России (Москва)

Защита состоится «___» _____ 2011 года в ___⁰⁰ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.09.01 при Ташкентской Медицинской Академии (адрес: 100109, город Ташкент, ул. Фароби, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ТМА.

Автореферат разослан _____ 2011 г.

Ученый секретарь
Специализированного Совета,
д.м.н., профессор

Асраров А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. На сегодняшний день в колоректальной хирургии не существует общепринятой методики создания межкишечных соустьев, поскольку ни одна не гарантирует идеального непосредственного результата оперативного вмешательства. Основные требования к кишечным швам - их достаточная герметичность и механическая прочность. Ряд авторов считает, что двух- и трехрядные швы лучше отвечают этим требованиям, но с другой стороны имеются данные, что многорядные швы суживают просвет кишки и оставляют в зоне анастомоза избыточное количество лигатурного материала (Златкина А.Р., 2004). В то же время формирование однорядного шва анастомоза с использованием современного хирургического шовного материала является клинически обоснованным и экономически выгодным способом завершения оперативных вмешательств на толстой кишке. Чаще всего используют однорядный шов, при котором несостоятельность анастомоза развивается лишь в 1% случаев (da Luz Moreira A. et al., 2010), а захват всех слоев кишечной стенки приводит к несостоятельности анастомозов почти в 30% наблюдений (Полоус Ю.М. и соавт., 1993).

На прочность краев анастомоза прямо или косвенно влияют как предоперационные факторы, так и хирургическая техника, которая также может рассматриваться как фактор риска развития несостоятельности. Причиной несостоятельности анастомозов кишечника могут быть механическая травма краев сшиваемых участков кишки, микробное обсеменение линии швов, повышение активности фибринолитических ферментов (Белокуров Ю.Н. и соавт., 1988).

Острые дискуссии проходят о преимуществах и недостатках механического и ручного способов выполнения анастомозов. Новые технологические решения в конструировании сшивающих аппаратов позволяют накладывать «ультранизкие» анастомозы в топографически сложных условиях малого таза и тем самым увеличивается количество органосохраняющих операций, что отвечает требованиям современной клинической медицины и колопроктологии в частности (Егоров В.И. и соавт., 2001; Fei C.S. et al., 2009).

Степень изученности проблемы. Первые эксперименты на собаках, проведенные Каншиным Н.Н. в 1968г., продемонстрировали идеальное сращение отрезков желудочно-кишечного тракта после наложения компрессионных анастомозов и стимулировали создание металлического аппарата АКА-2 (аппарат компрессионных анастомозов). По мнению ряда авторов (Ткач С.М. и соавт., 2005; Wullstein C., Gross E., 2007), лучшие условия для регенерации тканей создаются при формировании компрессионных анастомозов. Несостоятельность компрессионных соустьев отмечается в среднем в 2-8% наблюдений, летальность составляет 1-4% (Wullstein C., Gross E., 2000).

По данным В.И.Оноприева и С.Г.Павленко (2006), частота несостоятельности швов при наложении колоректальных анастомозов однорядным швом у больных раком прямой кишки составила 7,5%, а при наложении анастомоза сшивающим аппаратом – 6,3%. По данным других авторов, несостоятельность швов толстокишечных соустьев наблюдается у 1,1-28,5% больных, оперированных на толстой кишке с наложением анастомоза ручным способом (Yu J. et al., 2009), и у 2,7-8,6% пациентов с анастомозом, сформированным с помощью сшивающих аппаратов различных модификаций.

На прочность анастомоза также влияет и характер заболевания. Как известно, при воспалительно-язвенных заболеваниях кишечника (ВЯЗК) четко определить границу язвенного процесса во время операции практически невозможно и поэтому хирург ориентируется на данные рентгено-эндоскопических и интраоперационных исследований. Экспресс-гистология не всегда дает шанс исключить поражение подслизистого и мышечного слоя толстой кишки и это может влиять на состоятельность анастомоза. При раке прямой кишки (РПК) перед хирургом стоит ряд задач: соблюдение абластичности, радикальности и уровня резекции. Хирургу, оперирующему в малом тазу при заболеваниях дистальных отделов прямой кишки, сложно наложить низкие и ультранизкие межкишечные анастомозы из-за анатомических особенностей малого таза и дистальных отделов прямой кишки. В большинстве случаев данные операции заканчиваются наложением коло- или илеостом с инвалидизацией пациентов. В этом свете приобретает важное значение факт социальной реабилитации, так как больные, страдающие заболеваниями толстой кишки, как правило, молодого и трудоспособного возраста. Необходимо отметить, что исследования различных аспектов формирования толстокишечных анастомозов относительно немногочисленны и в них приводятся противоречивые результаты.

Таким образом, очевидно, что проблема формирования межкишечных анастомозов далека от оптимального решения и дальнейшее ее изучение представляет несомненный интерес, как в научном, так и в практическом аспекте.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертация выполнена в рамках НИР с номером Государственной регистрации 01.070069 «Разработка новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных хирургическими заболеваниями толстой кишки» и Государственного гранта ИТСС 9-2 по теме: «Разработка новых технологий, оценка эффективности и определение объема показаний к лимфодиссекции при злокачественных опухолях различной локализации».

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения заболеваний толстой кишки с преимущественным поражением дистальных

отделов путем применения «низких» и «ультранизких» межкишечных анастомозов циркулярно-сшивающими аппаратами нового поколения.

Задачи исследования:

1. Оценить преимущества и недостатки различных вариантов наложения кишечных соустьев и определить частоту развития осложнений со стороны анастомозов в хирургии толстой кишки.

2. Определить факторы, влияющие на течение послеоперационного периода и возникновение осложнений со стороны «низких» и «ультранизких» тонко- и толстокишечных анастомозов с применением циркулярно-сшивающих аппаратов.

3. Разработать рабочую классификацию анастомозов при поражении дистальных отделов прямой кишки.

4. Разработать и усовершенствовать технику наложения «низких» и «ультранизких» анастомозов путем применения циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения при воспалительно-язвенных и опухолевых поражениях толстой кишки.

5. Определить показания и противопоказания к наложению разработанных и усовершенствованных «низких» и «ультранизких» анастомозов при воспалительно-язвенных и опухолевых заболеваниях толстой кишки.

6. Оценить функциональные результаты деятельности запирающего аппарата прямой кишки после выполнения разработанных и усовершенствованных «низких» и «ультранизких» анастомозов.

7. Провести сравнительный анализ и оценку эффективности «низких» и «ультранизких» анастомозов, сформированных циркулярно-сшивающими аппаратами путем изучения непосредственных и ближайших результатов лечения.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования были 124 больных ВЯЗК и 60 больных РПК. Предметом исследования явилась возможность выполнения «низких» и «ультранизких» илеоректальных и колоректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения.

Методы исследований: общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования (рентгеноскопия и рентгенография, аноректография, эндоскопия, ультразвуковое сканирование, морфология биоптатов кишечника, электромиография, сфинктерометрия).

Гипотеза исследования. Применение циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения с выполнением «низких» и «ультранизких» анастомозов при ВЯЗК и РПК позволит уменьшить количество послеоперационных осложнений и улучшить функциональное состояние кишечника и запирающего аппарата прямой кишки.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный и усовершенствованный методы наложения «низких» и «ультранизких» анастомозов с помощью циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения при ВЯЗК и РПК позволяют сократить количество стомированных больных и улучшить функциональные показатели запирающего аппарата прямой кишки.

2. Предложенная классификация «традиционных», «низких» и «ультранизких» анастомозов в хирургии толстой кишки позволяет четко определить показания и противопоказания к выполнению конкретного способа наложения межкишечных соустьев в зависимости от длины культы прямой кишки и наличия осложнений основного заболевания.

3. Применение «низких» и «ультранизких» анастомозов, выполняемых при помощи сшивающих аппаратов у больных с ВЯЗК и РПК, обеспечивает уменьшение времени наложения кишечного соустья и объема кровопотери, уменьшение количества несостоятельности анастомозов по сравнению с «традиционными».

4. Выполнение «низких» и «ультранизких» анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов обеспечивает достоверную нормализацию функции запирающего аппарата прямой кишки в послеоперационном периоде, что подтверждается данными электромиографии и сфинктерометрии.

Научная новизна исследования:

1. Определены преимущества и недостатки различных вариантов кишечных анастомозов при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки. Недостатками традиционных способов операции являются высокое количество послеоперационных осложнений и низкие показатели функции запирающего аппарата прямой кишки. Преимущества «низких» и «ультранизких» анастомозов заключаются в их надежности, укорочении времени операции и удовлетворительных функциональных результатах со стороны запирающего аппарата прямой кишки.

2. Установлены факторы, влияющие на течение послеоперационного периода и на ближайшие результаты при наложении «низких» и «ультранизких» кишечных анастомозов при патологиях толстой кишки: длина приводящих и отводящих отделов кишечника, отсутствие кишечной непроходимости, воспалительно-язвенных и неопластических процессов в зоне анастомоза, состояние биохимического статуса организма, микробной флоры толстой кишки.

3. При ВЯЗК разработан способ низкой резекции прямой кишки с тотальной колэктомией и наложением «ультранизкого» илеоректального анастомоза циркулярно-сшивающим аппаратом (приоритетная справка на патент изобретения № IAP 2010 0274 от 21.06.2010). Усовершенствован метод низкой резекции прямой кишки при РПК, заключающийся в

наложении «ультранизкого» колоректального анастомоза с одновременным выполнением лимфодиссекции в объеме ДЗ.

4. Разработана классификация для определения понятий «традиционных», «низких» и «ультранизких» анастомозов в хирургии толстой кишки, официально принятая участниками 2 съезда колопроктологов стран СНГ в 2011г., позволяющая учитывать состояние отводящих и приводящих отделов кишечника и выбора оптимального способа оперативного лечения при ВЯЗК и РПК.

5. Показаниями к наложению «низких» анастомозов при воспалительно-язвенных и опухолевых заболеваниях толстой кишки с помощью циркулярно-сшивающих аппаратов являются: локализация процесса в среднеампулярной части прямой кишки (от 9 до 12 см от зубчатой линии), отсутствие явлений кишечной непроходимости и воспалительных изменений в проксимальных отделах кишечника. Показаниями к наложению «ультранизких» анастомозов является локализация процесса в нижнеампулярной части прямой кишки (от 5 до 9 см от зубчатой линии), отсутствие кишечной непроходимости и воспалительных изменений в проксимальных отделах кишечника.

6. Доказана эффективность «низких» и «ультранизких» анастомозов при заболеваниях толстой кишки по сравнению с «традиционными», подтвержденная непосредственными и ближайшими результатами, оцениваемыми морфометрическими и функциональными методами, включая электромиографию и сфинктерометрию.

Практическая значимость результатов работы:

1. Внедрение в клиническую практику «низких» и «ультранизких» илео- и колоректальных анастомозов с применением циркулярно-сшивающих аппаратов в лечении пациентов заболеваниями толстой кишки расширяет выбор оптимального характера операции, улучшает непосредственные и ближайшие результаты операции, позволяет избежать развития послеоперационных осложнений и восстанавливает качество жизни оперированных больных.

2. Предложенная классификация позволяет практическому врачу в каждом конкретном случае согласно результатам диагностики выбирать оптимальный способ наложения кишечного анастомоза.

3. Проведение превентивных мер, включающих мониторинг гемодинамических, биохимических показателей и деятельности кишечника позволяет предотвратить послеоперационные осложнения «низких» и «ультранизких» анастомозов с использованием циркулярно-сшивающих аппаратов.

Реализация результатов. Материалы диссертации внедрены в клиническую практику Республиканского Научного Центра Колопроктологии и Научного Центра Онкологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Результаты исследования

включены в курс лекций, используемый в учебном процессе кафедры хирургии для врачей общей практики Ташкентской Медицинской Академии.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на I Съезде колопроктологов стран СНГ, (Ташкент, 2010); на заседании общества хирургов Республики Узбекистан (2010); на Международном конгрессе ESMO в Милане (2010); на II Съезде колопроктологов стран СНГ, (Одесса, 2011); на заседании кафедры хирургии для ВОП ТМА 22.04.2011г.; на межкафедральном семинаре с участием кафедр общей, факультетской и госпитальной хирургии, хирургии для ВОП ТМА 18.05.2011г.; на апробационном семинаре при специализированном Совете Д.087.09.01 от 22.06.2011г.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 41 научных работ, из них журнальных статей - 15, монографий - 2 и 23 - в виде тезисов в сборниках научных трудов, приоритетная справка на патент изобретения № IAP 2010 0274 от 21.06.2010.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 197 страницах компьютерного текста шрифтом «Times New Roman Cyr» № 14. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 69 таблицами и 26 рисунком. Список использованной литературы включает 205 источника (на русском, узбекском и иностранных языках).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Исследования выполнены на 184 больных ВЯЗК и РПК, госпитализированных в клинику Республиканского научного центра колопроктологии и Республиканского онкологического научного центра МЗ РУз с 2002 по 2010гг. Больные разделены на две группы: в **основную** группу вошли 104 пациента (64 больных ВЯЗК и 40 больных РПК), которым выполнены резекция различных отделов толстой кишки с наложением «низких» и «ультранизких» илео- и колоректальных анастомозов. В **контрольную** группу включены 80 больных (60 больных ВЯЗК и 20 РПК) после традиционной брюшно-анальной резекции (БАР) прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал.

При ВЯЗК преобладают больные молодого возраста, которые составляют 68,5%. Среди больных РПК лица пожилого возраста составляют 55%. В группе ВЯЗК преобладали больные с тотальным поражением и тяжелым течением заболевания. Среди больных РПК доминировали лица в стадии T₃N₀M₀, наименьшую часть этой группы составляли больные в стадии T₄N₂M₀. Распределение больных по распространенности и тяжести течения в контрольных группах было аналогичным.

Обследование больных включало: клинический осмотр, лабораторные, биохимические и микробиологические методы, ирригографию, компьютерную томографию, аноректографию, гастрофиброскопию, ректоскопию, колонофиброскопию, ультразвуковое сканирование, морфологию биоптатов кишечника, электромиографию, сфинктерометрию. Определение цитокинов ИЛ-2 и ФНО- α в сыворотке крови больных проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест». Перекисное окисления липидов (ПОЛ) изучали путем определения активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы, уровня диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МД).

Методы хирургического лечения

Больные основной группы получали хирургическое лечение следующими методами:

при расположении опухоли или воспалительно-язвенного процесса в прямой кишке от 9 до 12 см проводили переднюю резекцию прямой кишки с наложением «низкого» колоректального или илеоректального анастомоза;

при расположении опухоли или воспалительно-язвенного процесса в прямой кишке от 5 до 9 см проводили низкую переднюю резекцию прямой кишки с наложением «ультранизкого» колоректального или илеоректального анастомоза.

Больным в контрольной группе выполнялась традиционная брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал.

Тотальную колэктомия с низкой передней резекцией прямой кишки и наложением «ультранизкого» илеоректального анастомоза проводили с помощью циркулярно-сшивающего аппарата (ЦСА) нового поколения с наложением превентивной илеостомы (при тотальной форме воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки с поражением прямой кишки от зубчатой линии на высоте от 5 см до 9 см).

Показанием к выполнению этого вида хирургического вмешательства служили: тотальная форма ВЯЗК с поражением дистальных отделов прямой кишки на уровне от 5 до 9 см; тяжелое состояние пациентов; псевдополипоз; кровотечение из язв; стриктура сегментов толстой кишки; неэффективность консервативной терапии. Тотальная колэктомия с передней резекцией прямой кишки и наложением «низкого» илеоректального анастомоза выполнялась с помощью ЦСА нового поколения при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки с тотальным поражением и поражением прямой кишки от 9 до 12 см.

Переднюю резекцию прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией (Д₃) и наложением «ультранизкого» коло-ректального анастомоза при помощи ЦСА нового поколения выполняли у больных РПК при расположении опухоли на высоте от 5 до 9 см от зубчатой линии. Переднюю

резекцию прямой кишки со стандартной лимфодиссекцией (D₂) и наложением «низкого» колоректального анастомоза при помощи ЦСА нового поколения выполняли у больных РПК при расположении опухоли на высоте от 9 до 12 см от зубчатой линии.

Онкологический радикализм оценивали по результатам морфологического и иммуногистохимического исследования, особенно дистальных отделов резецированной кишки и лимфоузлов (параректальных, по ходу подвздошных и нижнебрыжеечных сосудов, из запирающей ямки).

В контрольной группе больным проводился традиционный БАР с низведением ободочной кишки в анальный канал с избытком или без избытка у больных РПК.

Статистическую обработку проводили на персональном компьютере с помощью программы “STATISTICA 6,0” (Copyright©StatSoft, Inc., 2001, USA) с использованием встроенных функций вариационной статистики. Достоверность различий параметров между группами определялась с помощью дисперсионного анализа Стьюдента-Фишера. Достоверными считали показатели, которые отличались от контроля при значении $P < 0.05$.

Результаты исследования.

Больные ВЯЗК и РПК отличались по характеру сопутствующих заболеваний, в известной степени определяемому спецификой возрастной структуры этих больных. У больных ВЯЗК был широко представлен спектр сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, преимущественно хронического характера (хронический гастрит, хронический холецистит, хронический калькулезный холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический панкреатит) в целом в 24,8% случаев. У больных РПК с преобладанием лиц старших возрастных групп, были диагностированы ИБС и кардиосклероз (в 57,5% случаев).

Продолжительность ВЯЗК варьировала от 6 месяцев до 15 лет и более, длительность заболевания у 70,3% больных ВЯЗК в основной группе не превышала 5 лет. Длительность РПК у подавляющего большинства больных (95,0%) в основной группе не превышала 1 года, причем у 24 (60,0%) заболевание продолжалось до полугода. Аналогичное распределение длительности заболевания наблюдали и в контрольной группе больных РПК.

Характеристика больных с ВЯЗК.

Клиническая картина у больных с болезнью Крона (БК) характеризовалась диареей, интенсивными болями в животе, преимущественно в правой подвздошной области, часто схваткообразными, усиливающимися после еды, анорексией, похуданием, вплоть до выраженной астенизации, стулом с примесью крови. У 18 больных диагностирована тяжелая форма БК с тотальным поражением толстой кишки, у одного из них – с вовлечением подвздошной кишки, у одного – среднетяжелая форма БК с левосторонним поражением, у трех – среднетяжелая форма с тотальным поражением. Объем поражения установлен на основании данных

ирригографии и колонофиброскопии. У всех больных БК были снижены показатели сфинктерометрии, как в покое, так и при напряжении (соответственно $26,1 \pm 2,2$ мА против $32,9 \pm 1,9$ мА и $51,2 \pm 2,4$ мА против $62,7 \pm 2,1$ мА). При микроскопическом исследовании биоптатов кишки выявлено поражение всех слоев кишечной стенки, отек и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками подслизистого слоя пораженного отдела кишки, гиперплазия лимфатических фолликулов и пейеровых бляшек, формирование гранулем, состоящих из гигантских эпителиоидных клеток (гранулематозный колит). У больных БК отмечается дисбиоз, выражающийся в снижении содержания индигенной анаэробной микрофлоры (бифидобактерии, лактобациллы), повышении концентрации гемолизирующих и не ферментирующих лактозу *E. coli*, *Staphylococcus aureus* и дрожжеподобных грибов, представленных во всех случаях грибами рода *Candida*.

У больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) диагностированы хронические формы заболевания. В периоде обострения больные жаловались на слабость, сильные боли по всему животу, вздутие, тенезмы, диарею, примеси крови, слизи и гноя в испражнениях, лихорадку, тошноту, снижение аппетита, значительную потерю массы тела, в некоторых случаях – до состояния кахексии, расстройства сна, депрессию. Распределение основных осложнений, таких, как кишечные кровотечения, псевдополипоз, стриктура кишечника и токсическая дилатация толстой кишки, в основной и контрольной группе были однотипными: соответственно эти осложнения в контрольной группе отмечались у 100,0%, 71,6%, 45,0% и 15% больных.

При гистологическом исследовании обнаружены атрофия слизистой оболочки, лейкоцитарная инфильтрация подслизистой основы с образованием микроабсцессов в криптах. В участках их слияния отмечались участки изъязвления слизистой оболочки и рубцового фиброза и псевдополипоза.

В основной группе больных НЯК у 25 больных диагностирована тяжелая форма заболевания с тотальным поражением, у 10 – среднетяжелое течение с тотальным поражением, у 7 - язвенный проктит культи прямой кишки и функционирующей одноствольной илеостомой.

Показатели сфинктерометрии до операции варьировали в широких пределах: в покое от 18 до 35, при напряжении – от 31 до 52 мА до операции показатели сфинктерометрии в покое и при напряжении достоверно отличались от контрольных величин и были существенно ниже: соответственно $24,0 \pm 1,8$ и $44,5 \pm 2,1$ мА. Нормальные величины электромиографии у больных НЯК не определялись, у 42,8% больных обнаружена I степень недостаточности анального сфинктера, у 57,1% - II степень. К осложнениям НЯК в основной группе относились анемия, выявляемая у всех больных, в 70% случаев наблюдали псевдополипоз.

Нарушения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) причастны к практически всем видам патологии, включая заболевания кишечника. У больных НЯК была достоверно (почти в два раза) повышена активность оксидантной системы и снижена – антиоксидантной, что является отражением хронического воспалительного процесса.

Исследования кишечной микрофлоры больных НЯК, выполненного при поступлении больных в стационар до оперативного вмешательства, свидетельствуют о выраженном дисбактериозе, преимущественно за счет снижения анаэробных компонентов микробиоты (бифидобактерий и лактобацилл) и повышении содержания таких условно-патогенных микроорганизмов как представители родов *Proteus* и *Klebsiella*, снижения количества *Escherichia coli* с нормальной ферментативной активностью и повышения количества гемолизирующих *Escherichia coli*, а также повышения содержания грибов рода *Candida*.

Поскольку в патогенезе ВЯЗК важную роль играют иммунологические механизмы и, в частности, провоспалительные цитокины ФНО- α и ИЛ-2 (Fantini M.C. et al., 2009), мы определяли содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-2 и ФНО- α у больных ВЯЗК, входящих в основные группы, при поступлении в стационар до начала лечения. Уровень ИЛ-2 у больных БК и НЯК был резко повышен, соответственно $0,59 \pm 0,04$ и $0,62 \pm 0,05$ пкг/мл (при норме $0,1 \pm 0,08$ пкг/мл), такая же закономерность прослеживалась и для ФНО- α - его уровень составлял соответственно $3,72 \pm 0,01$ и $4,45 \pm 0,02$ пкг/мл (норма $0,41 \pm 0,03$ пкг/мл). Следовательно, можно ожидать, что хирургическое лечение при условии его эффективности может привести к снижению уровня обоих цитокинов в сыворотке крови.

Характеристика больных раком прямой кишки.

Оперативное лечение выполнено 60 больным РПК с локализацией процесса в дистальных отделах прямой кишки. Жалобы больных были однотипны: наличие крови при акте дефекации, запоры или склонность к запорам, иногда ложные позывы, боли внизу живота, общая слабость. Опухоль диагностирована при пальцевом обследовании, на основании данных ректоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, компьютерной томографии и гистологического исследования. Рентгенологически определяли дефект наполнения, ригидность, нечеткость и неровность контуров кишки, локальные изменения рельефа слизистой.

4 больных поступили с функционирующей сигмастомой, состояние после операции Гартмана по поводу РПК, $T_{3-4}N_{0-2}M_0$, осложненное кишечной непроходимостью. Локализация опухоли варьировала от 7 до 14 см от края зубчатой линии. По стадии процесса доминировали $T_3N_0M_0$ (40%), на втором месте - $T_4N_0M_0$ (37,5%), остальные формы диагностировали значительно реже.

Гистологически диагностирована высоко-дифференцированная аденокарцинома у 27 больных, средне-дифференцированная – у 29 и низкодифференцированная - у 4 больных.

До операции показатели сфинктерометрии в покое у больных достоверно не отличались от контрольных величин (соответственно $32,8 \pm 1,9$ и $31,0 \pm 1,2$ мА, а при напряжении были существенно ниже (соответственно $62,7 \pm 2,1$ и $46,8 \pm 1,0$ мА, ($P < 0,05$)). Поскольку электромиография дополняет данные, полученные методом сфинктерометрии, мы использовали этот метод для более точной оценки запирающего аппарата прямой кишки. 25 больных РПК не имели отклонений, 1 степень недостаточности выявлена у 10 больных, II – у 5.

Хирургическое лечение при ВЯЗК.

Больным БК основной группы проведены операции, виды которых с указанием используемого сшивающего аппарата представлены в табл. 1.

Таблица 1

Виды операций, выполненных у больных ВЯЗК основной группы, n=64

Виды операций	Число больных БК		Число больных НЯК		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Тотальная колэктомия, низкая передняя резекция прямой кишки, наложение «ультранизкого» илеоректального анастомоза «конец в конец» с помощью ЦСА, формирование превентивной двухствольной илеостомы	8	36,3	15	35,7	23	35,9
Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки, наложение «низкого» илеоректального анастомоза «конец в конец» с помощью ЦСА	5	22,7	12	28,6	17	26,5
Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки, наложение «низкого» илеоректального анастомоза «конец в бок» с помощью ЦСА	7	31,8	13	30,9	20	31,3
Закрытие илеостомы, наложение «низкого» илеоректального анастомоза «конец в бок» с помощью ЦСА	2	9,0	2	4,8	4	6,3

Тотальная колэктомия с резекцией прямой кишки выполнена у всех 22 больных с БК. Оперативное лечение в 2 (9,0%) случаях было разделено на два этапа, у остальных 20 больных (91,0%) было одноэтапным. В 2 случаях

после тотальной колэктомии, передней резекции прямой кишки, формировали культю прямой кишки и накладывали одноствольную илеостому. Через год больным выполнен второй этап операции – закрытие илеостомы, наложение «низкого» илео-ректального анастомоза «конец в бок» с помощью ЦСА. У 8 больных выполнена тотальная колэктомия, низкая передняя резекция прямой кишки, наложение «ультранизкого» илеоректального анастомоза «конец в бок» с помощью ЦСА CDH-29 и формирование превентивной двухствольной илеостомы. Через 2 месяца внебрюшинным доступом произведен второй этап операции – закрытие двухствольной илеостомы. Из 22 больных БК «ультранизкий» анастомоз был выполнен у 8 пациентов, у остальных 14 – «низкий».

Послеоперационных осложнений не наблюдали. Ни в одном случае не наблюдали развития несостоятельности анастомоза. Кровопотеря составляла (500-700 мл, в среднем $611,4 \pm 62,3$ мл.). У всех больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Послеоперационное течение было гладкое, сроки пребывания в стационаре после оперативного вмешательства в среднем составляли 7-8 дней.

После оперативного вмешательства достоверные положительные сдвиги отмечались у следующих показателей: снижалось число сегментоядерных лейкоцитов ($63,1 \pm 2,7\%$ и $57,1 \pm 1,1\%$, $P < 0,05$) и СОЭ ($28 \pm 4,2$ мм/ч и $21 \pm 3,2$ мм/ч, $P < 0,05$), повышалось количество тромбоцитов, концентрация общего белка, однако эти показатели не достигали нормальных величин. Следует отметить быстрое развитие этих сдвигов – в течение 7-8 дней, что подчеркивает гладкое течение послеоперационного периода и согласуется с клиническими данными.

У всех больных БК были снижены показатели сфинктерометрии, как в покое, так и при напряжении. В послеоперационном периоде, перед выпиской прослеживалась тенденция к повышению показателей сфинктерометрии, как в покое, так и при напряжении, (в покое соответственно $26,1 \pm 2,2$ и $31,1 \pm 2,5$ мА, при напряжении $43,1 \pm 3,7$ и $51,2 \pm 2,4$ мА). Эти изменения в покое носили недостоверный характер, тем не менее, полученная положительная динамика также вписывается в картину благополучного послеоперационного периода без значимых осложнений. Такая же тенденция прослеживается и при обследовании больных методом электромиографии, перед выпиской показатели электромиографии улучшаются.

В основную группу больных НЯК, прооперированных с наложением низкого или ультранизкого анастомоза, входило 42 больных.

Виды оперативных вмешательств у больных НЯК основной группы представлены в таблице 1. Виды оперативного вмешательства дифференцированы по наложению «низкого» или «ультранизкого» илеоректального анастомоза («конец в конец» или «конец в бок»). Во всех случаях применяли циркулярно-сшивающий аппарат. Формирование

ультракороткой культи прямой кишки выполняли с помощью артикуляционного аппарата АХ-55. В 15 случаях формировали превентивную двухствольную илеостому. У 15 из 42 больных был наложен «ультранизкий» анастомоз, у остальных был наложен «низкий» анастомоз. Во всех случаях «ультранизкий» анастомоз был наложен «конец в конец», а «низкий» - «конец в бок» или «конец в конец».

Кровопотеря как при наложении «низкого», так и «ультранизкого» колебалась от 500 – до 710 мл, составляя в среднем соответственно 632 ± 51 мл.

Из 42 больных несостоятельность кишечного анастомоза развилась у 3 (7,1%), в одном случае после наложения ультранизкого анастомоза, в двух - низкого. Во всех случаях у больных было диагностировано тяжелое течение НЯК с тотальным поражением. У 1 больного с ультранизким анастомозом и 1 больного с низким илеоректальным анастомозом несостоятельность анастомоза закончилась летальным исходом. У 1 больной 16 лет с низким илеоректальным анастомозом «конец в конец», развилась несостоятельность анастомоза, по поводу которой произведена релапаротомия с разобщением илео-ректального анастомоза.

Возраст больных с несостоятельностью кишечного анастомоза варьировал от 16 до 49 лет. Летальный исход наступил у больных старшего возраста (49 лет в обоих случаях).

Определение показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты у 11 больных через 1 месяц после выписки показало значительное их улучшение, хотя и не до уровня нормальных величин: содержание диеновых конъюгатов, малонового альдегида, супероксиддисмутазы и каталазы составляло соответственно $1,8 \pm 0,2$ ($P < 0,05$), $17,8 \pm 1,6$ ($P < 0,05$), $0,14 \pm 0,02$ ($P < 0,05$) $9,9 \pm 0,9$ ($P < 0,05$), что свидетельствует об эффективности хирургического лечения и позитивном влиянии на течение заболевания.

Показатели сфинктерометрии после оперативного вмешательства, достоверно сниженные по сравнению с нормальными значениями, все же повысились, пусть и недостоверно, по отношению с величинами до операции: в покое соответственно $24,0 \pm 1,8$ и $37,2 \pm 2,8$ мА, при напряжении - $44,5 \pm 2,1$ и $44,5 \pm 2,1$. Аналогичную картину наблюдали и при обследовании больных методом электромиографии. Оперативное вмешательство позитивно влияло на показатели электромиографии.

В нашей работе мы сравнивали традиционный подход к лечению НЯК с предложенным нами методом. В контрольную группу вошли 54 больных после БАР прямой кишки с наложением коло-анального анастомоза и 6 пациентов после БАР прямой кишки, тотальной колэктомии с наложением илео-анального анастомоза. С учетом наличия сопутствующей патологии, одновременно выполнены следующие операции: у 4 больных холецистэктомия, у 1 – тубоварэктомия, у 1 – кистэктомия.

Кровопотеря во время выполнения БАР колебалась от 590 до 920 мл, составляя в среднем $742,6 \pm 46,1$ мл, достоверно превышая этот показатель в основной группе ($P < 0,05$). Сдвиги в гемограмме и биохимических анализах крови, показателях оксидантной и антиоксидантной систем организма после хирургического лечения у больных контрольной группы были аналогичны выявленным у больных основной группы. Достоверных изменений в составе кишечной микрофлоры при сравнении показателей до и после операции не обнаружено.

Показатели сфинктерометрии после оперативного вмешательства, достоверно сниженные по сравнению с нормальными значениями, все же были выше величин до операции, пусть и недостоверно. Аналогичную картину наблюдали и при обследовании больных методом электромиографии, определялась тенденция к улучшению показателей электромиографии.

Хирургическое лечение РПК.

Проведенные виды оперативных вмешательств представлены в таблице 2.

Таблица 2

Виды операций, выполненных у больных РПК основной группы, n=40

Вид операции	Число больных	
	абс	%
Передняя резекция прямой кишки, лимфодиссекция Д2, наложение «низкого» сигма-ректального анастомоза «конец в конец» с помощью ЦСА, трансанальная интубация	16	40,0
Низкая передняя резекция прямой кишки, лимфодиссекция Д3, наложение «ультранизкого» анастомоза «конец в конец» с помощью ЦСА, трансанальная интубация	17	42,5
Закрытие сигмастомы, лапаротомия, наложение «низкого» сигма-ректального анастомоза «конец в бок» при помощи ЦСА, трансанальная интубация	7	17,5
Всего	40	100

Как видно из представленной таблицы, у 33 пациентов оперативное лечение было одноэтапным и у 7 больных она было разделено на два этапа. При локализации опухоли на высоте 5-9 см выполняли низкую резекцию прямой кишки с формированием «ультранизкого» сигма-ректального анастомоза «конец в конец». При локализации опухоли на высоте от 9 до 12 см – переднюю резекцию прямой кишки с наложением «низкого» сигма-ректального анастомоза «конец в конец» или «конец в бок».

В связи с наличием сопутствующих заболеваний, пришлось выполнять симультанные операции: в трех случаях надвлагалищную ампутацию матки с придатками по поводу фибромиомы матки и в одном – кистэктомии. По причине распространения патологического процесса в одном случае была выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

В таблице 2 перечислены виды оперативного вмешательства, дифференцированные не только по наложению низкого или ультранизкого анастомоза, но и объему лимфодиссекции - Д2 или Д3 с применением циркулярно-сшивающих аппаратов. Во всех случаях после наложения анастомоза для декомпрессии кишечника выполняли трансанальную интубацию толстой кишки и дренирование брюшной полости. Для определения и оптимизации последующей тактики лечения проводили иммуногистохимическое исследование лимфоузлов.

Из 40 больных основной группы в 23 случаях был наложен «низкий» анастомоз, в 17 – «ультранизкий». При локализации опухоли на высоте от 9 до 12 см выполняли низкую резекцию со стандартной лимфодиссекцией (Д2), при расположении ее на высоте от 5 до 9 см проводили «ультранизкую» резекцию с расширенной лимфодиссекцией (Д3). Ни в одном случае, даже при выполнении симультанных операций, ближайших послеоперационных осложнений не наблюдалось, что свидетельствует о высоком уровне безопасности используемых методов. Кровопотеря варьировала от 250 мл до 358 мл, составляя в среднем $310,1 \pm 26,3$ мл.

Определение показателей ПОЛ и антиоксидантной системы после операции показало отклонение от нормальных величин, обусловленное хирургическим стрессом, но эти сдвиги не носили достоверного характера.

После оперативного вмешательства сколько-нибудь значимые сдвиги, а состав кишечной микрофлоры отсутствовал. Оперативное вмешательство существенно не повлияло и на показатели сфинктерометрии у больных РПК, наблюдалась лишь слабая тенденция к повышению величин при напряжении, что все же можно рассматривать как позитивный сдвиг в состоянии больных.

Контрольной группой для больных РПК с низкой передней резекцией прямой кишки и наложением низкого или ультранизкого анастомоза служили 20 больных, которым провели 2-бригадную синхронную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и наложением сигма-анального анастомоза с избытком. Кровопотеря в контрольной группе была достоверно большей, чем в основной группе, в пределах от 510 до 620 мл, составляя в среднем $521,2 \pm 54,3$ мл.

Характер клинико-биохимических изменений крови при поступлении и при выписке после оперативного вмешательства по существу не отличался от таковых у больных РПК основной группы. Такую же картину наблюдали при анализе кишечной микрофлоры. Выявленные у больных дисбактериоз при поступлении не претерпел существенных сдвигов и после операции.

В качестве критериев результатов хирургического лечения больных, перенесших операции различного типа, мы выбрали длительность выполнения операции и объем кровопотери. Также оценивали основные показатели, характеризующие течение послеоперационного периода: заживление сформированного анастомоза, нормализацию перистальтики, начало приема жидкости и пищи. Использовали также дополнительные критерии: наличие дифференцированного позыва к дефекации, нормализацию количества опорожнений (не более 1-2 раз в сутки), достаточную континентную функцию или недостаточность сфинктерного аппарата прямой кишки 1 степени, которая существенно не нарушает качества жизни больного, отсутствие осложнений в послеоперационном периоде со стороны созданной анатомо-функциональной конструкции и анастомоза и его прочность.

Поскольку одним из важнейших показателей интраоперационного периода является объем кровопотери, анализ мы начали путем сравнения объема потери крови (табл.3).

Таблица 3

Объем кровопотери при наложении низких и ультранизких анастомозов и БАР при заболеваниях толстой кишки

Группа больных	Объем кровопотери (мл)		P
	Основная группа (n=64)	Контрольная группа (n=60)	
ВЯЗК	632±51,4 мл	742±46,6 мл	<0,05
РПК	N=40	N=20	
	310±26,3 мл	521±54,4 мл	<0,05

Таблица демонстрирует достоверное преимущество наложения низких и ультранизких анастомозов, приводящее к существенному сокращению кровопотери, что уменьшает интенсивность хирургического стресса и значительно улучшает течение послеоперационного периода.

Сравнительная эффективность различных методов формирования толстокишечных анастомозов у больных ВЯЗК.

В нашей работе мы сравнивали традиционный подход к лечению ВЯЗК – БАР прямой кишки, выполненную у 60 больных (контрольная группа), и низкую переднюю резекцию с тотальной колэктомией и наложением «ультранизкого» или «низкого» илеоректального анастомоза «конец в бок» или «конец в конец» (основная группа). На первом этапе анализа мы объединили больных НЯК и БК в одну группу – больных ВЯЗК с наложением «ультранизкого» или «низкого» илеоректального анастомоза.

Часть показателей эффективности результатов хирургического лечения больных ВЯЗК, перенесших операции различного типа, приведены в таблице 4.

Таблица 4

**Осложнения послеоперационного периода у больных ВЯЗК
основной и контрольной группы**

Показатель	Основная группа (n=64)		Контрольная Группа (n=60)	
	абс	%	абс	%
Несостоятельность анастомоза	3	4,6	3	5,0
Нагноение пресакральной области	-	-	5	8,3
Некроз низведенной кишки	-	-	4	6,6
Перитонит	3	4,6	4	6,6
Ретракция низведенной кишки	-	-	4	6,6
Спаечная кишечная непроходимость	-	-	3	5,0
Свищи низведенной кишки	-	-	5	8,3
Летальный исход	2	3,1	3	5,0

Из таблицы 4 видно, что несостоятельность анастомоза в обеих группах встречалась с одинаковой частотой, но при технике с наложением «ультразвукового» или «низкого» анастомоза исключались такие осложнения, как нагноение пресакральной области, некроз низведенной кишки, ретракция низведенной кишки, спаечная кишечная непроходимость, свищи низведенной кишки.

Наиболее информативные показатели послеоперационного периода у больных ВЯЗК основной и контрольной группы представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Показатели интраоперационного и послеоперационного периода
у больных ВЯЗК основной и контрольной группы**

Показатель	Основная группа (n=64)	Контрольная группа (n=60)
Длительность выполнения операции (мин.)	135±11,4*	161±14,6
Нормализация перистальтики (дни)	3,1±0,2	5,3±0,3
Начало приема жидкости (дни)	2,0±0,1	2,2±0,1
Начало приема пищи (дни)	3,0±0,1	3,2±0,3
Длительность пребывания в стационаре (дни)	8,1±0,9*	14,4±1,1

Примечание: *- достоверные различия по сравнению с контрольной группой (P<0,05).

Из таблицы видно, что хирургическое лечение, использованное в основной группе, обладает рядом преимуществ перед БАР прямой кишки.

Так, в основной группе длительность оперативного вмешательства была достоверно меньше, также достоверно меньше была и длительность пребывания в стационаре. Существенных отличий в сроках нормализации перистальтики, начала приема жидкости и пищи не отмечали.

Функциональные результаты операций оценивали и на основании дополнительных критериев. Результаты, полученные в основной группе, превосходили аналогичные показатели в контрольной группе на всем протяжении наблюдения, а также по конечным данным, определяемым через год. Так, через год после хирургического лечения наличие дифференцированного позыва к дефекации наблюдали у $70,3 \pm 4,1\%$ лиц основной группы и $50,0 \pm 3,5\%$ - контрольной ($P < 0,05$). Нормализация количества опорожнений кишечника отмечалась у $70,3 \pm 4,1\%$ больных основной группы и лишь у $50,0 \pm 3,5\%$ лиц контрольной группы ($P < 0,05$). Достаточная континентная функция у больных контрольной группы не отмечалась.

Частота осложнений послеоперационного периода существенно не отличалась от величин, полученных при объединении больных БК и НЯК в одну группу больных ВЯЗК. Сохранялись те же тенденции - достоверно меньшие сроки длительности выполнения операции и пребывания в стационаре у больных основной группы.

Аналогичную картину наблюдали и при оценке функциональных результатов хирургического лечения, основанной на наблюдении за больными в течение 1 года. Удаление больных БК из объединенной группы больных ВЯЗК существенно не влияло на анализируемые показатели, хотя именно у больных БК среди осложнений послеоперационного периода несостоятельность анастомоза отсутствовала. Так же, как и при сравнении основной группы ВЯЗК и контрольной группы, включавшей больных НЯК, через год после оперативного вмешательства у достоверно большего числа больных основной группы наблюдали нормализацию количества опорожнения ($P < 0,05$) при общей тенденции к улучшению всех показателей в основной группе.

В определенной степени дополнительным критерием эффективности хирургического лечения ВЯЗК является динамика провоспалительных цитокинов. И у больных БК, и НЯК уровень провоспалительных цитокинов при поступлении в 5-6 раз превышает контрольные величины. Оперативное вмешательство стимулировало их синтез и при выписке их уровень или существенно не отличался, или превышал дооперационный уровень, однако через месяц после операции их уровень достоверно снижался по сравнению с исходным. Так, у больных БК эти показатели для ФНО- α составляли $3,72 \pm 0,01$, $3,35 \pm 0,02$ и $1,84 \pm 0,01$ пг/мл соответственно, аналогичную картину наблюдали и для ИЛ-2. Такую же динамику наблюдали у больных НЯК.

В определенной степени это свидетельствует об эффективном удалении участка кишечника – мишени воспалительного процесса и стабильной ремиссии.

Сравнительная эффективность различных методов формирования толстокишечных анастомозов у больных РПК

Оценивали сравнительную эффективность низкой передней резекции прямой кишки с наложением низкого или ультранизкого сигма-ректального анастомоза и традиционной техники синхронной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и наложением сигма-анального анастомоза с избытком по развитию осложнений в ближайший послеоперационный период. Установлено безусловное преимущество первого метода, поскольку в основной группе отсутствовали такие серьезные осложнения, как нагноение пресакральной области, некроз и ретракция низведенной кишки, свищи низведенной кишки и перитонит, а несостоятельность анастомоза и спаечная кишечная непроходимость встречалась соответственно в шесть и четыре раза реже, однако достоверные различия определялись только для первого показателя ($P < 0,05$).

Низкая передняя резекции прямой кишки с наложением «низкого» или «ультранизкого» сигма-ректального анастомоза превосходила традиционный метод и по другим параметрам. Различия не носили достоверный характер, но положительная тенденция прослеживалась по трем показателям из пяти: длительность операции и пребывания в стационаре была меньше, на один день раньше отмечали нормализацию перистальтики.

Оценку функциональных результатов хирургического лечения у больных РПК основной и контрольной групп проводили через 3, 6 и 12 месяцев. Таблица показывает лучшие исходные данные и значительно лучшую положительную динамику у больных основной группы. Если в основной группе через 12 месяцев после оперативного вмешательства наличие дифференцированного позыва к дефекации отмечали у $92,5 \pm 4,1\%$ прооперированных, то этот показатель в контрольной группе составлял $60,0 \pm 10,9\%$ ($P < 0,01$). Аналогичную картину наблюдали и для других показателей. Нормализацию количества опорожнений и достаточную континентную функцию через 12 месяцев отмечали у $92,5\%$ и $95,0\%$ лиц основной группы, в то время как в этот срок аналогичные показатели у лиц контрольной группы составляли соответственно $70,0\%$ и $60,0\%$ ($P < 0,05$). Таким образом, эти параметры также демонстрируют преимущества наложения низких и ультранизких анастомозов.

Диспансерное наблюдение за больными РПК основной группы в течение года не выявило рецидивов и метастазов, что указывало на достаточный онкологический радикализм оперативного вмешательства при щадящем подходе и сохранении трудоспособности и социального статуса больных.

Оптимизация методов хирургического лечения с преимущественным поражением дистальных отделов прямой кишки

Предлагается рабочая классификация анастомозов, используемых в хирургии дистальных отделов прямой кишки по уровню их локализации, методу наложения, характеру анастомозируемых сегментов кишечника и способу наложения анастомоза (схема 1).

Схема 1. Анастомозы в хирургии дистального отдела прямой кишки

I. Анастомоз по уровню локализации (отсчет берется от уровня переходной линии между перианальной кожей и слизистой стенки анального канала):

1. «Высокий» (12 см и выше)
2. «Низкий» (от 9 до 12 см)
3. «Ультранизкий» (от 5 до 9 см)

II. По способу наложения анастомоза:

1. «Конец в конец»
2. «Конец в бок»

III. По характеру соединенных (анастомозируемых) сегментов кишечника:

1. Илеоректальный
2. Колоректальный
3. Резервуарно-ректальный

IV. По методу наложения анастомоза:

1. Ручной
2. Механический:
 - а) при помощи компрессионных сшивающих аппаратов (АКА-2; АКА-4);
 - б) при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения.

Сравнительная оценка эффективности «низкого» и «ультранизкого» анастомозов у больных ВЯЗК и РПК

Таблица 6

Распределение больных ВЯЗК и РПК основных групп по методу наложения анастомоза

№	Вид анастомоза	Больные ВЯЗК		Больные РПК		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	«Низкие» илео- и колоректальные анастомозы	41	64,1	23	57,5	64	61,5
2	«Ультранизкие» илео- и колоректальные анастомозы	23	35,9	17	42,5	40	38,5
Всего		64	61,5	40	38,5	104	100

«Низкий» анастомоз накладывается на уровне 9-12 см, оставляя функционирующей часть прямой кишки, «ультранизкий» накладывается на уровне от 5 до 9 см. Мы бы хотели проанализировать функциональные результаты этих типов операций, т.к. были опасения, что ультранизкие анастомозы могут недостаточно обеспечить континентную функцию. Для этой цели мы считали допустимым анализ объединенных групп больных ВЯЗК и РПК, поскольку типы анастомозов у этих больных принципиально не отличались. Таблица 6 показывает, что процент выполнения «низких» и «ультранизких» анастомозов в группах больных ВЯЗК и РПК был практически одинаков, низкие анастомозы преобладали.

Частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных с «низким» и «ультранизким» анастомозами была практически одинакова – несостоятельность анастомоза и перитонит развивались соответственно у 2,9% и 2,7% случаев, летальный исход регистрировали у 1,4% и 2,7% .

У больных с «ультранизкими» анастомозами несколько увеличено время выполнения операции, позднее отмечалась нормализация перистальтики, пациенты на один день дольше оставались в стационаре, что связано с техническими сложностями этого вида хирургического вмешательства.

Динамика появления дифференцированного позыва к дефекации у больных с «низкими» и «ультранизкими» анастомозами по существу носила одинаковый характер и отмечалась через 12 месяцев после оперативного вмешательства соответственно в 86,5±4,1% и 81,0±6,4% случаев ($P>0,05$). Нормализация количества опорожнений через 12 месяцев после операции у больных с «низким» и «ультранизким» анастомозом наблюдалась соответственно в 74,6±5,3% и 70,2±7,5% случаев ($P>0,05$). Достаточная континентная функция в эти же сроки наблюдалась у 91,0±3,4% больных с «низкими» и 86,4±5,6% пациентов - с «ультранизкими» анастомозами ($P>0,05$). Таким образом, данные показатели у больных с «низкими» анастомозами были несколько лучше, чем у больных с наложением «ультранизкого» анастомоза, хотя достоверных отличий не выявлено.

При длине культы прямой кишки от 9 до 12 см от уровня переходной линии между перианальной кожей и слизистой стенки анального канала, рекомендуется выполнение «низких» анастомозов. Данный тип анастомозов можно выполнять при помощи ручного способа и механических сшивающих аппаратов. Учитывая топографические особенности прямой кишки, ее расположение, применение ручного шва сопровождается большими техническими трудностями и большим количеством послеоперационных осложнений. Время, затраченное на наложение ручных швов в данной ситуации, оказалось непозволительно долгим, аппаратные анастомозы (компрессионные и с использованием ЦСА нового поколения) резко сократили время операции и количество послеоперационных осложнений.

Необходимо отметить, что выбор метода наложения «низких» анастомозов не зависел от вида нозологии.

При длине культи прямой кишки от 5 до 9 см от уровня переходной линии между перианальной кожей и слизистой стенки анального канала, возможности наложения анастомозов резко сокращаются, что обусловлено следующими факторами: невозможностью манипулировать в малом тазу при такой длине культи прямой кишки, плохой визуальной и тактильный контроль, невозможность оценки наложенных анастомозов (их герметичности). В данной ситуации ручной способ наложения анастомозов невозможен. Единственным выходом в этих условиях послужила разработка ЦСА нового поколения, которые, повторяя ход прямой кишки (изогнутость аппарата), позволяют реализовать возможность наложения «ультранизких» анастомозов.

Результаты хирургического лечения послеоперационных осложнений.

Нами были проанализированы причины, которые привели к развитию послеоперационного перитонита у 3 пациентов основной группы и у 4 пациентов контрольной группы. Причиной развития перитонита в основной группе была несостоятельность анастомозов, что составило 4,6%. Причинами развития послеоперационного перитонита в контрольной группе были некроз с развитием ретракции низведенной кишки и нагноение пресакральной области, что составило 5% случаев.

Изучена зависимость развития послеоперационного перитонита от видов анастомозов, которые формировались после резекции толстой кишки. При этом выявлено, что несостоятельность отмечена в группе с наложением как низких, так и ультранизких илео-ректальных анастомозов (соответственно в 2,9 и 2,7% случаев).

После диагностики послеоперационного перитонита у 3 пациентов выполнялась релапаротомия, разобщение илео-ректального анастомоза с выведением илеостомы. При распространении отграниченных абсцессов в свободную брюшную полость проводили санацию брюшной полости, дренирование гнойных очагов. Операцию завершали назоэнтеральной интубацией тонкой кишки и дренированием брюшной полости для введения водорастворимых мазей (левомиколь по 1-1,5 г/кг 3 раза в сутки). В последующем через эти же дренажные трубки вводили по 20 мл диоксидина и раствор канамицина по 1,0 г в каждую дренажную трубку.

В контрольной группе в 4(6,6%) случаях выполняли релапаротомию, разобщение колоанального анастомоза с выведением стомы. В этих же случаях наряду с дренированием брюшной полости с целью ликвидации гнойно-воспалительных осложнений в пресакральной области применялся разработанный в нашей клинике метод проточного орошения пресакральной области раствором озона, который в последние годы хорошо зарекомендовал

себя. Данный метод дренирования пресакральной области мы применяли у больных с послеоперационным некрозом и ретракцией низведенной кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Проведенные исследования выявили следующие осложнения после традиционных способов наложения илео- и колоректальных анастомозов: некроз и ретракцию низведенной кишки в 6.6%, нагноение пресакральной зоны в 8.3%, несостоятельность анастомоза с развитием перитонита в 6.6% случаях. При оценке функциональных показателей деятельности запирающего аппарата прямой кишки (наличие позыва к дефекации, нормализация количества опорожнений и достаточная контингентная функция) после выполнения традиционных операций отмечались в 1.5; 1.2 и 1.8 раз реже, чем у больных после наложения аппаратных анастомозов.

2. На течение послеоперационного периода и развитие осложнений при наложении «низких» и «ультранизких» анастомозов влияют состояние проксимальных отделов кишечника (отсутствие воспалительных изменений), состояние культи прямой кишки (ее длина и отсутствие воспалительно-неопластических изменений), длительность и осложнения основного заболевания, декомпрессия анастомоза.

3. Предложенная рабочая классификация анастомозов в хирургии дистальной части прямой кишки позволяет определить вид, способ и метод наложения анастомоза. Выбор метода «низкого» или «ультранизкого» анастомоза зависит от высоты расположения патологического процесса от уровня переходной линии между перианальной кожей и слизистой стенки анального канала и не зависит от вида самой патологии.

4. Разработанная и усовершенствованная техника выполнения «низких» и «ультранизких» илеоректальных анастомозов сшивающими аппаратами нового поколения позволяет сократить время проведения оперативного вмешательства на $30 \pm 2,5$ мин и уменьшить объем кровопотери на $110 \pm 8,5$ мл при ВЯЗК по сравнению с больными контрольной группы. У больных РПК аналогичные показатели уменьшились на $21,5 \pm 1,7$ мин и $211 \pm 16,9$ мл соответственно ($P < 0,05$).

5. Показаниями к наложению «низких» анастомозов при воспалительно-язвенных и опухолевых заболеваниях толстой кишки с помощью циркулярно-сшивающих аппаратов являются: локализация процесса в среднеампулярной части прямой кишки (от 9 до 12 см от зубчатой линии), отсутствие явлений кишечной непроходимости и воспалительных изменений в проксимальных отделах кишечника. Показаниями к наложению «ультранизких» анастомозов является локализация процесса в нижнемпулярной части прямой кишки (от 5 до 9 см от зубчатой линии).

6. При сравнительной оценке функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки после выполнения «низких» и

«ультранизких» анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов показали более раннее и полное восстановления его деятельности по сравнению с традиционными способами. У 86% больных отмечено полное восстановление функции запирающего аппарата прямой кишки.

Практические рекомендации

1. При ВЯЗК и РПК с преимущественным поражением дистальных отделов оптимальным методом оперативного лечения является резекция пораженных отделов с наложением «низких» и «ультранизких» межкишечных анастомозов с использованием циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения.

2. Для профилактики послеоперационных осложнений у больных после выполнения «низких» и «ультранизких» кишечных анастомозов с применением циркулярно-сшивающих аппаратов необходимо проводить мониторинг гемодинамических, биохимических показателей и деятельности кишечника.

3. Использование предложенной классификации позволяет практическому врачу выбирать оптимальный способ формирования межкишечных анастомозов при ВЯЗК и РПК с преимущественным поражением дистальных отделов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Монографии:

1. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Неспецифический язвенный колит: Монография. – Ташкент: Издательство «Шарк», 2008. - 464 с.
2. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Болезнь Крона: Монография.-Ташкент: Издательство «Шарк», 2009. - 352 с.

Журнальные статьи:

1. Наврузов С.Н., Сапаев Д. А., Маматкулов Ш. М., Наврузов Б. С. Полипоз толстой кишки – как проблема хирургической гастроэнтерологии и онкологии. // Журнал теоретической и клинической медицины – Ташкент, 2008.- №3. - С. 78-80.
2. Наврузов С.Н., АхмедовМ.А., Маматкулов Ш.М., Наврузов Б.С., Сапаев Д.А. Тактика хирургического лечения при полипозе толстой кишки. // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2008. -№4. – С. 21-23.
3. Наврузов С.Н., Исакулов Т.У., Наврузов Б.С. Одномоментные сочетанные операции, при функционирующих илеостомах, колостомах и свищах. // Колопроктология. – Москва, 2009. - №3. – С.15-17.
4. Наврузов С.Н., Сапаев Д.А., Наврузов Б.С. Опыт лечения больных семейным аденоматозом толстой кишки. // Колопроктология. – Москва, 2009. - №3. -С.23-26.
5. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б.Наврузов Б.С. Role and Significance of Circular Suturing Devices and Lymph Nodes Dissection in Surgical Treatment of Rectal Cancer. // International Journal of Integrative Oncology (Canada). - 2009. – №2. – P. 17-26.
6. Рахмонов С.Т., Наврузов Б.С.. Review of 20-years experience of surgical treatment of inflammatory-ulcerative diseases of the colon. // Medical and Health Science Journal (Chehia). - 2010. –№2. – P.68-72.
7. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С. Низкие и ультранизкие анастомозы в сочетании с различными вариантами лимфодиссекции при хирургическом лечении рака прямой кишки. // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – Москва, 2010. - №3 - С. 79-81.
8. Наврузов С.Н., Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Рахманов С.Т. Проблемы симультанных операций при воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки. // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. - Специальный выпуск №1. – С. 11-12.
9. Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Наврузов Б.С. Особенности диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. - Специальный выпуск №1. - С. 15-16.
10. Наврузов С.Н., Маткаримов С.Р., Наврузов Б.С., Рахманов С.Т. Инфликсимаб (Ремикейд) в лечении болезни Крона и неспецифического

язвенного колита. // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. - Специальный выпуск №1. - С.21-22

11. Наврузов С.Н., Рахманов С.Т., Наврузов Б.С. Результаты хирургического лечения воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки. // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. - Специальный выпуск №1. - С. 62-64.

12. Абдужаббаров С.Б., Наврузов Б.С., Акбаров Э.Т., Исламов Х.Д. Роль лимфодиссекции и механических сшивающих аппаратов в хирургическом лечении рака прямой кишки. // Вестник хирургии Казахстана – Алматы, 2010. - Специальный выпуск №1. - С. 79-80.

13. Наврузов С.Н., Рахманов С.Т., Наврузов Б.С., Ибрагимов А.Ю. Результаты хирургического лечения воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки. // Центрально-Азиатский медицинский журнал (Киргизия). 2010. - Том XVI, Приложение 1. - С. 28-30.

14. Navruzov B.S., Abdujabbarov S.B., Rahmanov S.T. Interintestinal anastomoses with new generation of circular-stapling instrument supporting at surgical treatment of inflammatory-ulcer diseases of the colon. // «European Medical, Health and Pharmaceutical Journal». - Prague, 2011. – Vol. 1, Spring, - P. 44-45.

15. Navruzov S.N, Abdujabbarov S.B., Akbarov E.T. Navruzov B.S., Islamov H.D. The role of limphodissection in rectal cancer surgery. //European Medical, Health and Pharmaceutical Journal. – Prague, 2011. – Vol. 1, Spring. – P. 36-38.

Патенты

16. Патент РУз № IAP 2010 0274. Приоритетная справка на патент изобретения «Способ наложения илеоректального анастомоза /Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С. //Расмий ахборотнома. – 2011. - №2 (118)

Тезисы:

17. Navruzov B.S., Navruzov S.N., Rahmanov S.T., Matkarimov S.R. The role of hepatoprotective therapy in toxic hepatitis due to unspecified ulcer colitis. // XII Центрально-Европейский Конгресс колопроктологов. - Proctologia. – Москва, 2008. - Vol.9, №1. – P. 98.

18. Navruzov S.N., Matkarimov S.R., Navruzov B.S., Mamatkulov Sh.M., Sapaev D.A. Modified anterior sphincterolevateroplasty in Surgical treatment of patients with postpartum lesion of rectovaginal septum associated with anal insufficiency. // XII Центрально-Европейский Конгресс колопроктологов. - Proctologia. - Москва, 2008. – Vol. 9, №1.- P. 98.

19. Navruzov S.N., Navruzov B.S. Rahmanov S.T., Makarimov S.R. Treatment of chronic colorectal stasis // XII Центрально-Европейский Конгресс колопроктологов - Proctologia.- Москва, 2008. – Vol. 9, №1. – P. 98.

20. Isakulov T.U., Navruzov B.S., Makarimov S.R. Simultaneous associated operations in functioning ileostomy and colostomy. // XII Центрально-

Европейский Конгресс колопроктологов. - Proctologia. – Москва, 2008.- Vol. 9, №1. - P.65.

21. Isakulov T.U., Navruzov B.S., Makarimov S.R. Reconstructive surgeries in patients with colostomy. // XII Центрально-Европейский Конгресс колопроктологов. - Proctologia. - Москва, 2008. – Vol. 9, №1. - P.65.

22. Navruzov B.S. Navruzov S.N. Preoperative antiulcerous treatment of a Crohn's disease of a colon. // Falk Symposium 163 Chronic Inflammation of Liver and Gut. - Hangzhou (P. R. China), 2008 March 14 – 15. – P.79.

23. Наврузов Б.С., Рахмонов С.Т. Выбор оптимального объема и способа операции при неспецифическом язвенном колите. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 12-13.

24. Наврузов С.Н., Рустамов А.Э., Наврузов Б.С., Маткаримов С.Р. Месалазин (Салофальк) при лечении обострения язвенного колита. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С.17-18.

25. Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Маткаримов С.Р. Симультантные операции при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 27-28.

26. Рахманов С.Т., Наврузов Б.С. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 47-48.

27. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С. Особенности в диагностике и определении показаний к релапаротомии у больных раком толстой кишки. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 168.

28. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Хакимов А.М., Акбаров Э.Т., Наврузов Б.С. Роль лимфодиссекции и циркулярно-сшивающих аппаратов в хирургическом лечении рака прямой кишки. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 198-199.

29. Наврузов С.Н., Рахмонов С.Т., Исакулов Т.У., Наврузов Б.С. К проблеме хирургической реабилитации больных после тотальной колпроктэктомии. // Материалы 1-съезда колопроктологов стран СНГ. – Ташкент, 2009. - С. 332.

30. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С. Особенности подготовки больных с толстокишечной патологией к комбинированным и расширенным операциям. // Материалы 6-го съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Душанбе, 2010. - С.164.

31. Абдужаппаров С.Б., Хакимов А.М., Наврузов Б.С. Предварительные результаты восстановления непрерывности кишечника с использованием циркулярно-сшивающих аппаратов при раке прямой кишки с лимфодиссекцией. // Материалы 6-го съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Душанбе, 2010. - С.164.

32. Islamov H.J., Navruzov B.S., Abdujapparov S.B., Nishanov D.A. Implications of expression markers of apoptosis in colorectal cancer with metastasis in liver – 2010. - Vol. 21, Supplement 8: Abstract Book of the 35th ESMO Congress - Milan, Italy, 2010 8–12 October - Guest Editors: 35th ESMO Congress Scientific Committee, abstr. №687 – P. 118.

33. Navruzov B.S. , Navruzov S. , Abdujapparov S.B. , Akbarov, E.T. Role and significance of circular suturing devices in surgical treatment of rectal cancer.- 2010.- Vol. 21, Supplement 8: Abstract Book of the 35th ESMO Congress - Milan, Italy, 2010 8–12 October - Guest Editors: 35th ESMO Congress Scientific Committee, abstr. №687 – P. 59.

34. Navrusov B.S., Ahmedov M.A. Results of the one-stage associated surgeries in colon inflammatory-ulcerative diseases. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.33.

35. Наврузов. Б.С. К вопросу наложения низких и ультранизких межкишечных анастомозов при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.34-35.

36. Наврузов С.Н., Маткаримов С.Р., Наврузов Б.С. Антицитокиновая терапия при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.35-36.

37. Наврузов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С., Исламов Х.Д. Инновационные технологии в хирургическом лечении рака прямой кишки. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.166-167.

38. Наврузов Б.С., Акбаров Э.Т. Сравнительные аспекты различных вариантов лимфодиссекции в хирургическом лечении рака прямой кишки. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.167-168.

39. Наврузов С.Н., Исакулов Т.У., Наврузов Б.С. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами. // Материалы 2-съезда колопроктологов стран СНГ, 3-съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. - С.283-284.

РЕЗЮМЕ

диссертации Наврузова Б.С. на тему: «Низкие и ультранизкие межкишечные анастомозы циркулярно-сшивающими аппаратами в хирургии толстой кишки», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27 - Хирургия

Ключевые слова: воспалительно-язвенные заболевания кишечника (ВЯЗК), рак прямой кишки (РПК), низкие и ультранизкие кишечные анастомозы (КА)

Объекты исследования: 124 больных ВЯЗК и 60 больных РПК. Предметом исследования является возможность выполнения «низких» и «ультранизких» илеоректальных и колоректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения заболеваний толстой кишки с преимущественным поражением дистальных отделов путем применения «низких» и «ультранизких» межкишечных анастомозов циркулярно-сшивающими аппаратами нового поколения.

Методы исследования: клинико-биохимические, морфологические, рентгенологические, эндоскопические, микробиологические, иммунологические, электромиография, сфинктерометрия.

Полученные результаты и их новизна: Определены преимущества и недостатки различных вариантов КА при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки. Установлены факторы, которые влияют на течение послеоперационного периода и наближающие результаты при наложении низких и ультранизких КА при патологиях толстой кишки. Разработан и усовершенствован новый метод хирургического лечения с наложением «низких» и «ультранизких» КА циркулярно-сшивающими аппаратами при заболеваниях толстой кишки. Разработана классификация для определения понятий «традиционных», «низких» и «ультранизких» КА в хирургии толстой кишки.

Практическая значимость: Внедрение в клиническую практику «низких» и «ультранизких» илео- и колоректальных анастомозов с применением циркулярно-сшивающих аппаратов в лечении пациентов заболеваниями толстой кишки оптимизирует выбор характера операции, улучшает непосредственные и ближающие результаты операции, восстанавливает качество жизни оперированных больных. Предложенная классификация позволит практическому врачу в каждом конкретном случае согласно алгоритму диагностики выбирать способ кишечного анастомоза.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Материалы диссертации внедрены в клиническую практику Республиканского Научного Центра Колопроктологии и Научного Центра Онкологии МЗ РУз. Результаты исследования включены в курс лекций кафедры хирургии для врачей общей практики Ташкентской Медицинской Академии.

Область применения: медицина.

Тиббиёт фанлари доктори илмий даражасига талабгор Наврузов Бехзод Саримбековичнинг 14.00.27 - Хирургия ихтисослиги бўйича «Йўғон ичак хирургиясида циркуляр-тикиш аппаратлари билан пастки ва ультрапастки ичаклараро анастомозлар қўйиш» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: йўғон ичак яллиғланиш-ярали касалликлари, тўғри ичак саратони, пастки ва ультрапастки анастомозлар.

Тадқиқот объектлари: йўғон ичак яллиғланиш-ярали касалликлари билан 124 та ва тўғри ичак саратони бўлган 60 та беморда циркуляр-тикиш аппаратлари билан «пастки» ва «ультрапастки» ичаклараро анастомоз қўйиш имконияти ўрганилган

Ишнинг мақсади: Йўғон ичакни асосан дистал жароҳатланган касалликларида замонавий циркуляр-тикиш аппаратларини қўллаган ҳолда «пастки» ва «ультрапастки» ичаклараро анастомозлар қўйиш йули билан хирургик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот усуллари: клиник-биохимик, морфологик, рентгенологик, эндоскопик, микробиологик, иммунологик, электромиография, сфинктерометрия.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Йўғон ичак касалликларини хирургик даволашда ичаклараро анастомоз турларини афзалликлари ва камчиликлари аниқланган. Йўғон ичак патологиясида «пастки» ва «ультрапастки» ичаклараро анастомозлар қўйиш билан бажарилган операцияларнинг натижаларига таъсир қилувчи омиллар аниқланган. Йўғон ичак касалликларида циркуляр-тикиш аппаратлари ёрдамида «пастки» ва «ультрапастки» ичаклараро анастомозлар қўйиш билан хирургик даволашнинг янги усули ишлаб чиқарилган ва такомиллаштирилган. Колоректал хирургияда «анаънавий», «пастки» ва «ультрапастки» ичаклараро анастомозлар тушунчасини аниқлаштириш учун анастомозлар ишчи таснифи тузилган.

Амалий аҳамияти: Циркуляр-тикиш аппаратлари ёрдамида «пастки» ва «ультрапастки» илео- ва колоректал анастомозлар қўйиш усулини клиник амалиётга татбиқ этилиши йўғон ичак касалликларини хирургик даволашда операция натижасини яхшилаб, беморлар ҳаёти сифатини оширади. Таклиф этилган тасниф амалий шифокорга диагностика алгоритмига асосан йўғон ичак яллиғланиш-ярали касалликлари ва тўғри ичак саратон касаллигини хирургик даволашда оптимал ичаклараро анастомоз усулини танлаш имконини беради.

Татбиқ этиш даражаси: диссертация материаллари ЎЗР ССВнинг Колопроктология Илмий Маркази, Республика Онкология Илмий Маркази амалиётга татбиқ этилган. Тадқиқот натижалари Тошкент Тиббиёт Академиясининг умумий амалиёт врачлари учун жарроҳлик кафедраси ўқув жараёнида қўлланиладиган маърузалар курсига киритилди.

Қўлланиш соҳаси: тиббиёт.

RESUME

Thesis of Navruzov B.S. on the scientific degree competition of the doctor of medicine on speciality 14.00.27 – Surgery, subject: “Low and ultralow intestinal anastomoses fulfilled with circular suturing apparatus in surgery of large intestine”.

Key words: inflammatory bowel diseases, rectal cancer, low and ultralow intestinal anastomoses (IA)

Subject of research: 124 patients with inflammatory bowel diseases (IBD) and 60 patients with rectal cancer (RC) and study of implementation of “low” and “ultralow” ileorectal and colorectal anastomoses with the aid circular suturing apparatus of a new generation.

Purpose of work: to improve results of surgical treatment of diseases of large intestine with primary affection of distal parts with the use of low and ultralow IA with circular-suturing apparatus of a new generation.

Methods of research: clinical, biochemical, histological, electromyography, sphincterometry of anal sphincter, roentgen examination, including computertomography, irrigography, proctography, endoscopy (rectoscopy, sigmoidoscopy, colonofiberscopy), surgical, microbiological and immunological methods.

The results achieved and their novelty: advantages and shortcomings of various types of intestinal anastomoses (IA) are established in the surgical treatment of large intestine. Factors influencing the course of postoperative period and future results in low and ultralow IA in pathology of large intestine are identified. A new method of surgical treatment with formation of low and ultralow IA with circular-suturing apparatus has been developed and improved in pathology of large intestine. Classification for determination of the concepts “conventional”, “low” and “ultralow ” IA in surgery of large intestine has been developed for the first time in surgery of large intestine.

Practical value: Introduction in clinic practice “low” and “ultralow ” ileorectal and colorectal anastomosis with application of circular-suturing apparatus in the treatment of patients with diseases of large intestine improves the choice of the type of operation and direct and future results, restores life quality of patients. An offered classification allows to choose a type of IA in every concrete case according to diagnosis algorithm.

Degree of embed and economic effectivity: Results of the thesis are introduced in practice of the Republican Research Center of Coloproctology and Research Center of Oncology of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan Results of the study are included in the course of lectures at the department of surgery of physicians of general practice of Tashkent Medical Academy.

Field of application: medicine.