

ВИБІР СПОСОБУ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ КОЛЕКТОМІЇ НАДНИЗЬКОЇ ПЕРЕДНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ МУКОЗЕКТОМІЇ ХІРУРГІЧНОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛУ

Мельник В.М., Пойда О.І., Абулрахман Абдул Кадір

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії № 1, Київ, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4788-546X>,
ORCID ID: <https://orcid.org/000-0001-9443-6304>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1929-5630>
e-mail: qwerasd.v@ukr.net

Резюме. Цілі. Покращити результати реконструктивно-відновних операцій після колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу шляхом удосконалення техніки формування ілеоендоанального анастомозу.

Методи. Реконструктивно-відновний етап хірургічного втручання після колектомії наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу полягав у формуванні тазового тонкокишкового резервуару ілеоендоанального анастомозу протекуючої петлевої ілеостоми. Особливості загоснення розробленого ілеоендоанального анастомозу і функції анального тримання досліджували за допомогою клінічних методів, аноскопії, рентгенографії ділянки ілеоендоанального анастомозу, методу анкетування, анальної сфінктерометрії.

Результати дослідження. Післяопераційні ускладнення виникли у 7 (21,7%) оперованих хворих. Випадків післяопераційної летальності не було.

У перші дні спостереження у більшості пацієнтів відбувалося порушення функції анального тримання. Через 3 місяці і в більш пізні строки формувався позив до випорожнення, відновлювалася спроможність диференціювати компоненти кишкового вмісту, покращувалися показники функції анального тримання. Найбільш сприятливими функціональними результатами були встановлені через 3 роки, що вказує на завершення адаптаційних процесів кишкового каналу саме в цей період.

Висновки:

1. Розроблені методи, спрямовані на вдосконалення техніки формування ілеоендоанального анастомозу: мукозектомії, дислокації тонкокишкового трансплантату в порожнину малого тазу, формування ілеоендоанального анастомозу анатомічно і функціонально обґрунтовані, відрізняються простотою техніки, незначним ризиком виникнення післяопераційних ускладнень.

2. Використання розроблених методів удосконалення формування ілеоендоанального анастомозу у 32 пацієнтів сприяло зменшенню частоти виникнення післяопераційних ускладнень, покращенню функціональних результатів реконструктивно-відновних операцій після колектомії наднизької передньої резекції прямої кишки мукозектомії хірургічного анального каналу.

Ключові слова: колектомія, наднизька передня резекція прямої кишки, мукозектомія, ілеоендоанальний анастомоз.

Вступ. Колектомія з наднизькою передньою резекцією прямої кишки, мукозектомією хірургічного анального каналу на сьогодні є операцією вибору при виразковому коліті, родинному аденоматозному поліпозі, хворобі Крона товстої кишки при тотальному її враженні. Для забезпечення сприятливих функціональних результатів після вказаної радикальної операції в більшості випадків виконують технічно складні реконструктивно-відновні хірургічні втручання, які передбачають формування «J»-подібного

тазового тонкокишкового резервуару та резервуарно-анального анастомозу.

Однак виконання зазначеної реконструктивно-відновної операції достатньо часто супроводжується технічними труднощами внаслідок необхідності дислокації тонкокишкового трансплантату в порожнину малого тазу, збереження належного його кровопостачання під час мобілізації, зшивання різних за анатомічною будовою та функціональним призначенням відрізків стінки тонкої кишки та демукозованого хірургічного анального каналу. Зазначені фактори створюють негативний вплив на перебіг репаративних процесів і обумовлюють, таким чином, ризик виникнення післяопераційних ускладнень та незадовільних функціональних результатів.

Визначення основних причин виникнення ускладнень загоснення резервуарно-анального анастомозу, вибір оптимального способу з'єднання відрізка тонкої кишки з демукозованим відрізком хірургічного анального каналу, удосконалення техніки його формування обґрунтовано створюють актуальність наукового дослідження.

Обґрунтування дослідження. У більшості публікацій, в яких автори презентують узагальнені дані літературних джерел за останні роки з проблемних питань формування тонкокишкових резервуарно-анальних анастомозів, зокрема Chang S. et al., 2017 [1], а також ті автори, які мають власний досвід виконання цих операцій (Khazraei H. et al., 2018) [2], вказують на значну кількість неспроможності швів резервуарно-анального анастомозу в межах 8,5 - 13,2%. В інших публікаціях звертають увагу на часте виникнення пізніх післяопераційних ускладнень: стриктури у 15,9 - 24% [3, 4, 5], зовнішніх і внутрішніх норичь ділянки резервуарно-анального анастомозу – у 16 – 35% [4, 5], тяжких функціональних порушень, зокрема - функції анального тримання у 25 – 30% [6].

Більшість авторів основною причиною виникнення частих післяопераційних ускладнень та негативних функціональних результатів вважають недоліки окремих технічних аспектів формування тонкокишкового резервуарно-анального анастомозу. Однак вони не пропонують нових методів його формування, спрямованих на покращення результатів, методів удосконалення або модифікації відомих резервуарно-анальних анастомозів, а обмежуються лише використанням профілактичних заходів: формуванням протекуючої ілеостоми, виконанням дилатації ділянки анастомозу та ін.

У зв'язку з частими ускладненнями та негативними наслідками формування тонкокишкового резервуарно-анального анастомозу окремі автори відмовляються від його використання і віддають перевагу більш технічно досконалому і тому надійному ілеоендоанальному анастомозу. Тому наше дослідження полягає у розробці нового методу формування ілеоендоанального анастомозу та використанні комплексу заходів, спрямованих на забезпечення неускладненого перебігу репаративних процесів в ділянці його загоснення.

Мета дослідження. Покращити результати реконструктивно-відновних операцій після колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу шляхом удосконалення техніки формування ілеоендоанального анастомозу.

Матеріали та методи. Впровадження ілеоендоанального анастомозу в практику реконструктивно-відновної хірургії товстої кишки вимагало перегляду основних методичних підходів стосовно формування класичних тазових тонкокишкових резервуарів і розробки принципово нових резервуарних конструкцій, особливості яких полягала в наявності пострезервуарного відрізка тонкої кишки. Це давало змогу формувати не резервуарно-анальний, а більш технічно і функціонально досконалий ілеоендоанальний анастомоз.

Враховуючи відомі особливості анатомічних взаємовідносин між відрізком тонкої кишки та демукозованим хірургічним анальним каналом, основні завдання при формуванні ілеоендоанального анастомозу полягали у забезпеченні неускладненого перебігу процесів загоєння та збереженні функції анального тримання.

З метою реалізації цих завдань керувалися наступними положеннями:

1. Збереження належного кровопостачання тонкокишкового трансплантату при його дислокації в порожнину малого тазу.
2. Зменшення травмування сфінктерів прямої кишки при виконанні мукозектомії.
3. Створення сприятливих умов для фізіологічного перебігу процесів загоєння ділянки ілеоендоанального анастомозу.

Необхідність заходів, спрямованих на забезпечення належного кровопостачання тонкокишкового трансплантату обумовлена частим виникненням ішемічних змін термінальної його ділянки при дислокації в порожнину малого тазу внаслідок натягу брижі тонкої кишки та стискування її судин. Натяг брижі, крім ішемії, створює додаткове навантаження на ділянку анастомозу, чим порушує фізіологічність перебігу процесів загоєння. Для зменшення натягу брижі тонкої кишки використовували розроблений спосіб дислокації тонкокишкового трансплантата у порожнину малого тазу [7]. Особливість цього способу полягала в мобілізації кореня брижі тонкої кишки шляхом перетинання по периметру перехідного листка його очеревини. Це значно збільшувало мобільність трансплантату і, в більшості випадків, забезпечувало можливість дислокації в порожнину малого тазу без натягу брижі тонкої кишки та ознак порушення кровопостачання.

Травмування внутрішнього сфінктера прямої кишки досить часто відбувається при виконанні традиційної мукозектомії хірургічного анального каналу, яка передбачає видалення слизової оболонки і підслизової основи (мукозсубмукозектомії). У більшості випадків це призводить до порушення функції анального тримання. Для попередження зазначених негативних наслідків традиційної мукозсубмукозектомії було розроблено новий спосіб виконання мукозектомії [8]. Відповідно до розробленого способу, при поверхневих враженнях патологічним процесом на рівні хірургічного анального каналу видаляли лише слизову оболонку. Підслизову основу, яка вкриває м'язові структури внутрішнього сфінктера прямої кишки і слугує при цьому його протектором, зберігали. Це виключало механічну травму внутрішнього сфінктера прямої кишки і сприяло, таким чином, збереженню свідомої компоненти функції анального тримання. У пацієнтів з вираженими морфологічними змінами в нижньоампулярному відділі прямої кишки, особливо при виразковому коліті з наявним патологічним процесом III ступеня активності, вимушено виконували традиційну більш травматичну мукозсубмукозектомію.

Несприятливі умови загоєння ілеоендоанального анастомозу досить часто бувають обумовлені невідповідністю діаметрів просвіту тонкої кишки та

демукозованого хірургічного анального каналу, неоднаковою товщиною їх стінок, різними функціональними властивостями. Крім цього фізіологічність перебігу процесів загоєння зазначеного анастомозу також порушується внаслідок зіставлення відрізків, які підлягають з'єднанню, поверхнями неоднорідних тканин, зокрема, поверхнею серозної оболонки ендоанально розташованого відрізка тонкої кишки та поверхнею підслизової основи демукозованого хірургічного анального каналу. Це призводить до порушення репаративних процесів у ділянці з'єднання, більш тривалого перебігу асептичного запалення та періоду загоєння. Значна тривалість періоду загоєння ілеоендоанального анастомозу та постійна функціональна активність сфінктерів прямої кишки призводять до «виштовхування» ендоанально розташованого відрізка тонкої кишки з порожнини хірургічного анального каналу в проксимальному напрямку. Таким чином зрощення відрізків відбувається не на всій площі демукозованої поверхні, а лише в проксимальній її ділянці та по краю зрізу хірургічного анального каналу. При цьому в ділянці демукозованої поверхні, звільненої від ендоанально розташованого відрізка тонкої кишки, відбувається надлишкове утворення сполучної тканини, що призводить до рубцювання та виникнення стриктури.

У зв'язку з цим виникла необхідність створення більш сприятливих умов для фізіологічного перебігу процесів загоєння, тому було розроблено новий спосіб ілеоендоанального анастомозу [9]. Особливість способу полягає у видаленні серозо-м'язового футляру термінальної ділянки тонкокишкового трансплантата яка полягає в ендоанальному розташуванні в просвіті демукозованого відрізка хірургічного анального каналу. Це забезпечує з'єднання відрізків кишкового каналу поверхнями однорідних шарів їх стінок, а саме: поверхнею підслизової оболонки термінальної ділянки тонкокишкового трансплантата з видаленим серозо-м'язовим футляром та поверхнею підслизової основи демукозованого хірургічного анального каналу. Зіставлення відрізків однорідними тканинами забезпечує неускладнений, більш сприятливий перебіг процесів загоєння ілеоендоанального анастомозу, сприяє збереженню функції анального тримання внаслідок зменшення масиву тканин в просвіті хірургічного анального каналу та механічного тиску на сфінктерний апарат прямої кишки.

З урахуванням вищевказаних положень були відпрацьовані технічні аспекти формування ілеоендоанального анастомозу. Вони полягали в трансанальному його формуванні шляхом ендоанального розташування термінального відрізка тонкої кишки з видаленим серозо-м'язовим футляром, довжина якого відповідала довжині демукозованої поверхні хірургічного анального каналу, а також зшивання цих відрізків на двох рівнях. Перший рівень швів накладали між краєм зрізу хірургічного анального каналу та краєм серозо-м'язового футляру відрізка тонкої кишки. Другий рівень швів – між краєм слизово-підслизового футляру та зубчастю лінією хірургічного анального каналу. Сформований таким чином дворівневий ілеоендоанальний анастомоз інвагінували в порожнину малого тазу. Його ділянку разом з проксимальніше розташованим тонкокишковим резервуаром відключали петлевою протектуючою ілеостомою у зв'язку з достатньо високим ризиком неспроможності швів. Зазначену ілеостому «закривали» з місцевого доступу не раніше 2 місяців з часу формування анастомозу, після його загоєння.

В клініці за період з 2008 до 2017 року розроблений спосіб ілеоендоанального анастомозу було використано у 32 пацієнтів. Осіб чоловічої статі було 18 (56,2 %), жіночої – 14 (43,8 %). Вік пацієнтів становив 18 - 35 років. З приводу виразкового коліту було оперовано 14 (43,8 %) пацієнтів, хвороби Крона товстої кишки – 8 (25,0 %), родинного аденоматозного поліпозу – 10 (31,2 %). Супутні захворювання були встановлені у 7 (21,7 %) хворих: цукровий діабет, ожиріння, варикозна хвороба поверхневих вен

нижніх кінцівок, есенціальна тромбоцитопенія. Радикальний етап хірургічного втручання полягав у виконанні колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. При цьому мукозектомію було виконано у 27 (84,3 %) пацієнтів, мукозсубмукозектомію – у 5 (15,7 %).

Первинні реконструктивно-відновні операції у 25 (78,1 %) пацієнтів, вторинні – у 7 (21,7 %). Строки виконання вторинних реконструктивно-відновних операцій становили в середньому 1-3 роки після радикального етапу хірургічного втручання. При вторинних реконструктивно-відновних операціях, з наявною куксою прямої кишки, дозавершували виконання радикального етапу у зв'язку з прогресуванням в куксі запального процесу: у 5 пацієнтів – виразкового коліту, у 2 - хвороби Крона. Цей етап полягав у резекції кукси прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. Реконструктивно-відновний етап хірургічного втручання, крім ілеоендоанального анастомозу, передбачав формування розробленого в клініці тонкокишкового резервуару з наявним пострезервуарним відрізком тонкої кишки.

Для дослідження особливостей загоснення розробленого ілеоендоанального анастомозу та функції анального

тримання використовували клінічні методи обстеження, аноскопію, рентгенографію ділянки ілеоендоанального анастомозу, метод анкетування, анальної сфінктерометрії за допомогою сфінктерометра-тренажера фірми Pro Medico. Функціональні результати вивчали з перших днів після «закриття» протекуючої ілеостоми. Оцінку зазначених функціональних результатів здійснювали через 3, 6 місяців, 1, 2, 3 років пізнього післяопераційного періоду.

Результати дослідження. У ранньому післяопераційному періоді у 7 (21,7 %) пацієнтів виникли ускладнення (табл. 1).

Показники функції анального тримання, одержані на підставі методу анкетування, наведені в табл. 2.

Таблиця 1

Післяопераційні ускладнення

Назва ускладнень	К-сть пацієнтів	
	абс.	%
Внутрішня тонкокишково-півхова нориця	1	3,1
Абсцес порожнини малого тазу	1	3,1
Нагноєння операційної рани	2	6,2
Пневмонія	1	3,1
Пієлоцистит	2	6,2
Всього	7	21,7

Таблиця 2

Показники функції анального тримання на підставі методу анкетування

Показники	Терміни спостереження				
	3 міс.	6 міс.	1 рік	2 роки	3 роки
Кількість пацієнтів відповідно до термінів спостереження	31	31	24	18	11
Наявність позиву	24(77,4%)	28(90,3%)	23(95,8%)	18(100%)	14(100%)
Неспроможність диференціювати компоненти кишкового вмісту	11(35,4%)	7(22,6%)	-	-	-
Анальна інконтиненція	8 (25,8%)	5(16,1%)	-	-	-

Результати дослідження функції несвідомої та вольової компонент анального тримання, одержані на підставі методу анальної сфінктерометрії, наведені в табл. 3.

Таблиця 3

Показники функції анального тримання на підставі методу анальної сфінктерометрії (мм рт. ст.)

Терміни спостереження	Показники тону сфінктерів прямої кишки	
	внутрішнього	зовнішнього
3 місяці	27,3±5,2	46,2±9,4
6 місяців	34, 7±4,3	67,7±7,6
1 рік	41, 1±7,4	79,1±7,5
2 роки	44,4±6,3	86,3±5,1
3 роки	47, 2±5,8	93,4±3,9

Обговорення результатів дослідження.

Внутрішня тонкокишково-півхова нориця виникла у пацієнтки ймовірноше всього внаслідок допущеної технічної помилки при формуванні ілеоендоанального анастомозу. Вона могла полягати в прошиванні задньої стінки півхи при накладанні другого рівня швів між краєм відрізку тонкої кишки, розташованої ендонально, і передньою стінкою хірургічного анального каналу на рівні зубчастої лінії. Неefективність консервативних заходів, спрямованих на загоснення нориці, зокрема санация норицевого ходу

розчинами антисептиків протягом 3 місяців, була підставою для ектирпації кукси анального каналу разом з ілеоендоанальним анастомозом, формування довічної ілеостоми. У зв'язку з цим пацієнтку було виключено з подальшого дослідження.

Абсцес порожнини малого тазу виник у 1 пацієнта на тлі есенціальної тромбоцитопенії, підвищеної кровоточивості тканин. Абсцес було розкрито і дреновано на 7 добу післяопераційного періоду через раневий канал для дренивання пресакарального простору. Нагноєння операційної рани виникло у 1 пацієнта на тлі цукрового діабету, у іншого пацієнта - при наявному ожирінні. Лікування нагноєння ран проводили відповідно до загальноприйнятих стандартів. Пневмонію, пієлоцистит лікували за допомогою антибіотиків та уросептиків. Випадків післяопераційної летальності не було.

Функціональні результати досліджували у 31 (96,8%) пацієнта з перших днів після «закриття» протекуючої ілеостоми. У цей період хімус, який виділявся з анального каналу, переважно був рідким, досить частим було порушення функції анального тримання. Анальна інконтиненція в цей період у більшості пацієнтів була обумовлена травмою сфінктерів прямої кишки внаслідок трансанального формування анастомозу, а також наявним періодом функціонального спокою сфінктерів прямої кишки внаслідок синдрому «відключення» анального каналу протекуючої ілеостоми.

Дані, наведені в таблиці 2, вказують на виникнення позиву у переважній більшості оперованих пацієнтів вже

через 3 місяці після «закриття» протекуючої ілеостоми. Однак 11 (35,4 %) пацієнтів не могли диференціювати рідкий хімуз з кашоподібним, у 8 (25,8 %) - періодично виникали випадки анальної інконтиненції. Зазначені порушення переважно відбувалися у пацієнтів після мукоз-субмукозектомії внаслідок механічної травми сенсорної ділянки хірургічного анального каналу та внутрішнього сфінктера прямої кишки, а також після виконання вторинних реконструктивно-відновних операцій та тривалого існування, внаслідок цього синдрому «відключеного» анального каналу.

Результати сфінктерометрії (табл. 3) вказують на покращення функції анального тримання залежно від тривалості строків спостереження. Показники тонуусу внутрішнього і зовнішнього сфінктерів прямої кишки наближалися до нижньої межі фізіологічних показників вже через 1 рік після закриття протекуючої ілеостоми. Однак найбільш сприятливими вони були через 3 роки спостереження, що вказує на завершення адаптаційних процесів до нових анатомічних взаємовідносин між відрізками тонкої кишки та хірургічного анального каналу саме в цей період. Слід зазначити, що в усі строки спостереження була відзначена кореляційна залежність показників функції анального тримання одержаних на підставі методу анкетування та методу анальної сфінктерометрії.

Таким чином, результати проведеного дослідження вказують на відсутність ускладнень, обумовлених загосненням розробленого ілеоендоанального анастомозу, достатньо сприятливі функціональні результати, зокрема показники функції анального тримання, за рахунок удосконалення технічних аспектів формування цього анастомозу та фізіологічного перебігу процесів його загоснення.

Висновки:

1. Розроблені методи, спрямовані на удосконалення технічних аспектів формування ілеоендоанального анастомозу: мукозектомії, дислокації тонкокишкового трансплантату в порожнину малого тазу, формування ілеоендоанального анастомозу достатньо анатомічно і функціонально обгрунтовані, відрізняються простотою техніки формування, незначним ризиком виникнення післяопераційних ускладнень.

2. Використання розроблених методів удосконалення формування ілеоендоанального анастомозу у 32 пацієнтів сприяло зменшенню частоти виникнення післяопераційних ускладнень, покращенню функціональних результатів реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання після колектомії наднизької передньої резекції прямої кишки мукозектомії хірургічного анального каналу.

References:

- Chang S., Shen B., Remzi F. When Not to Pouch: Important Considerations for Patient Selection for Ileal Pouch–Anal Anastomosis. // *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2017 Aug; 13(8): 466–475. PMID: PMC5572960.
- Khazraei H., Bananzadeh A., Hosseini S.V. Early Outcome of Patient with Ulcerative Colitis who Received High Dose of Steroid and Underwent Two Staged Total Proctocolectomy. // *Adv Biomed Res*. 2018 Jan 30; 7:11. doi: 10.4103/abr.abr_175_16. eCollection 2018.
- Dolinsky D., Levine M.S., Rubesin S.E., Laufer I., Rombeau J.L. Utility of contrast enema for detecting anastomotic strictures after total proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis. // *AJR Am J Roentgenol*. 2007 Jul; 189(1):25-9. PMID: 17579147 DOI: 10.2214/AJR.06.1382.
- Martin S.T., Vogel J.D. Restorative procedures in colonic crohn disease. // *Clin Colon Rectal Surg*. 2013 Jun; 26(2):100-5. doi: 10.1055/s-0033-1348048.
- Patton D., Gupta N., Wojcicki J.M., Garnett E.A., Nobuhara K., Heyman M.B. Postoperative outcome of colectomy for pediatric patients with ulcerative colitis. // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010 Aug; 51(2):151-4. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181c99290.

6. Leal R.F., Ayrizono Mde L., Coy C.S., Fagundes J.J., Gyes J.R. [Short-term and long-term postoperative complications after ileal pouch-anal anastomosis in familial adenomatous polyposis]. // *Arq Gastroenterol*. 2008 Apr-Jun; 45(2):106-10. PMID: 18622462 [Article in Portuguese].

7. Patent 42679 Україна. МПК А 61 V 17/00. Sposib dyslokatsiyi tonkokyshkovoho transplantata u porozhnynu maloho tazu / V.M. Mel'nyk, O.I. Poyda. (Україна). zayavnyk i vlasnyk patentu NMU imeni O.O. Bohomol'tsya. - № u201203875; zayavl. 3.03.12; opubl. 25.07.12. // *Byul. № 14*.

8. Patent 42679 Україна. МПК А 61 V 17/00. Sposib vykonannya mukozehtomiyi. / O.I. Poyda, V.M. Mel'nyk. (Україна). zayavnyk i vlasnyk patentu NMU imeni O.O. Bohomol'tsya. - № u200903046; zayavl. 31.03.09; opubl. 10.07.09. // *Byul. № 13*.

9. Rishennya pro vydachu deklaratsiyonoho patentu na korysnyu model' 12437/3U/18 Україна. МПК А 61 V 17/00. Sposib ileoendoanal'noho anastomozu. / V.M. Mel'nyk, O.I. Poyda, Abdurakhman Abdul Kadir (Україна). zayavnyk i vlasnyk patentu NMU imeni O.O. Bohomol'tsya. - № u201802283; zayavl. 5.03.18; zatverdzh. 16.05.18.

УДК 616.345-089.86/.87+616.35-089.87

ВИБОР СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ КОЛЭКТОМИИ СВЕРХНИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МУКОЗЭКТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Мельник В.М., Пойда А.И., Абулрахман Абдул Кадир

Национальный медицинский университет им.

А.А. Богомольца, кафедра хирургии № 1,

г. Киев, Украина

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4788-546X>,

ORCID ID: <https://orcid.org/000-0001-9443-6304>,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1929-5630>,

e-mail: qwerasd.v@ukr.net

Резюме. Цели. Улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций после колэктомии, сверхнизкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии хирургического анального канала путем совершенствования техники формирования илеоендоанального анастомоза.

Методы. Реконструктивно-восстановительный этап хирургического вмешательства после колэктомии сверхнизкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии хирургического анального канала заключался в формировании тазового тонкокишечного резервуара илеоендоанального анастомоза протектующей петлевой илеостоми. Особенности заживления разработанного илеоендоанального анастомоза и функцию анального держания исследовали с помощью клинических методов, anosкопии, рентгенографии участка илеоендоанального анастомоза, метода анкетирования, анальной сфінктерометрии.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения возникли у 7 (21,7 %) оперированных больных. Случаев послеоперационной летальности не было. В первые дни наблюдения у большинства пациентов происходило нарушение функции анального держания. Через 3 месяца и в более поздние сроки формировался позыв к опорожнению, восстанавливалась способность дифференцировать компоненты кишечного содержимого, улучшались показатели функции анального держания. Наиболее благоприятными функциональные результаты были установлены через 3 года, что указывает на завершение адаптационных процессов кишечного канала именно в этот период.

Выводы:

1. Разработанные методы, направленные на совершенствование техники формирования илеоэндоанального анастомоза: мукоэктоми, дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза, формирование илеоэндоанального анастомоза анатомически и функционально обоснованные, отличаются простотой техники, незначительным риском возникновения послеоперационных осложнений.

2. Использование разработанных методов совершенствования формирования илеоэндоанального анастомоза у 32 пациентов способствовало уменьшению частоты возникновения послеоперационных осложнений, улучшению функциональных результатов реконструктивно-восстановительных операций после колэктомии с верхнеизкой передней резекции прямой кишки мукоэктомии хирургического анального канала.

Ключевые слова: колэктомия, верхнеизкая передняя резекция прямой кишки, мукоэктоми, илеоэндоанальный анастомоз.

UDC 616.345-089.86/.87+616.35-089.87

**ANASTOMOSIS FORMATION METHOD AFTER
COLECTOMY OF ULTRA-LOW ANTERIOR
RECTUM RESECTION AND SURGICAL ANAL
CANAL MUCOSECTOMY**

V.M. Melnik, O.I. Poyda, Abulrakhman Abdul Kadir

*Bogomolets National Medical University, Department of
Surgery No. 1, Kyiv, Ukraine,*

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0003-4788-546X>,

ORCIDID: <https://orcid.org/000-0001-9443-6304>,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1929-5630>,

e-mail: qwerasd.v@ukr.net

Abstract. Goals. Improving the results of reconstructive operations after colectomy, ultra-low anterior rectum resection, and surgical anal canal mucosectomy by mending of formation ileoendoanal anastomosis technique.

Methods. Colectomy, ultra-low anterior rectum resection, surgical anal canal mucosectomy are radical stages in the surgical treatment of ulcerative colitis, familial adenomatous polyposis, Crohn's disease of the colon in cases of total lesion. Reconstructive stage of surgical treatment was pelvic intestinal reservoir formation, ileoendoanal anastomosis of protruding loopback ileostomy. Clinical methods, anoscopy, radiography ileaendoanal anastomosis area were used in research of features of healing of ileaendoanal anastomosis that has been designed. The function of anal retention was discovered by questioning, anal sphincterometry with Pro Medico sphincterometer.

Research results. Postoperative complications arose in seven (21.7%) operated patients. Among these, intestinal-vaginal fistula - in 1 patient, abscess of the abdominal cavity - in 1, suppuration of an operational wound - in 2, pyelocystitis - in 2, pneumonia - 1. There were no cases of postoperative lethality.

In the first days after the "closure" of the defining ileostomy, most patients had a disturbance of anal retention. After 3 months and later, an urge to empty was formed, the ability to differentiate the components of the intestinal contents was restored, and the index of anal retention improved. These indicators approached the physiological one year after the closure of the protective ileostomy. During this period, the tone of the internal sphincter of the rectum was 41.1 ± 7.4 , the external sphincter of the rectum was 79.1 ± 7.5 (mm Hg).

Conclusions:

1. Developed methods aimed at improving the technical aspects of the formation of ileoendoanal anastomosis: mucosectomy, dislocation of the small intestine transplant into the pelvic cavity, the formation of ileoendoanal anastomosis are sufficiently substantiated, differ in the simplicity of the technique of formation, with a negligible risk of postoperative complications.

2. The use of developed methods for improving the formation of ileoendoanal anastomosis in 32 patients contributed to the reduction of the incidence of postoperative complications, improvement of functional results after the colectomy, ultra-low anterior rectum resection, and surgical anal canal mucosectomy.

Keywords: colectomy, ultra-low anterior rectum resection, mucosectomy, ileoendoanal anastomosis.

Стаття надійшла в редакцію 20.06.2018 р.