

ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПРИ НЕПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТОВСТОЇ КИШКИ

Пойда О.І., Мельник В.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії № 1

Вступ

Хірургічне лікування пацієнтів з тяжкими непухлинними захворюваннями товстої кишки передбачає, крім ліквідації основного захворювання та його ускладнень, створення належних умов для соціальної адаптації та реінтеграції оперованого пацієнта в суспільство.

Мета

Визначити сучасні можливості та шляхи забезпечення хірургічної реабілітації пацієнтів, після радикального хірургічного лікування непухлинних захворювань товстої кишки та виконання реконструктивно-відновних операцій, які передбачають формування тазових тонкокишкових резервуарів, резервуарно-анальних або ілеоендоанальних анастомозів.

Матеріали і методи

В зміст поняття хірургічної реабілітації вкладаємо послідовне здійснення системи організаційних та хірургічних заходів, спрямованих на виконання достатньо радикальних та достатньо ефективних реконструктивно-відновних операцій, прогнозування і цілеспрямовану профілактику післяопераційних ускладнень, етапний моніторинг стану хворих у післяопераційному періоді, забезпечення корекції виявлених патологічних порушень.

У зв'язку з цим важливого значення набувають заходи реабілітації, які спрямовані на попередження рецидиву захворювання, виникнення післяопераційних ускладнень, забезпечення достатньо сприятливих функціональних результатів, попередження тяжких форм діарейного та постколектомічного синдромів.

При непухлинних захворюваннях товстої кишки, до яких відносимо виразковий коліт, хворобу Крона товстої кишки з тотальним ураженням, родинний аденоматозний поліпоз достатньо радикальною і водночас органозберігаючою операцією у переважній більшості випадків є колектомія, наднизька передня резекція прямої кишки, мукозектомія хірургічного анального каналу. Після зазначеної радикальної операції, кожен пацієнт потребує відповідної реабілітації, необхідність якої обумовлена анатомічними змінами кишкового каналу та значними порушеннями його функції.

До зазначених функціональних порушень відносять патологічні синдроми: діарейний та постколектомічний, які виникають внаслідок видалення всіх анатомічних відділів товстої кишки; часті післяопераційні ускладнення, зокрема, неспроможність швів анастомозу, перитоніт, тазовий целюліт, стриктуру анастомозу. Функціональні порушення досить часто виникають при формуванні класичних, недостатньо досконалих, тазових тонкокишкових резервуарів та резервуарно-анальних анастомозів.

Складовими тазових тонкокишкових резервуарних конструкцій є анатомічні структури в яких відбувається фізіологічна затримка просування вмісту тонкої кишки, що покращує перебіг процесів кишкового травлення та всмоктування. Цим досягається їх спроможність

компенсувати функцію видалених анатомічних відділів товстої кишки, що значною мірою забезпечує корекцію порушень водно-електролітного та білково-енергетичного обмінів; створює умови для психологічної перебудови пацієнта, усвідомлення і сприйняття наявних незворотних анатомічних змін травного каналу, обумовленого цим станом нового стилю життя. За таких умов пацієнту необхідно прикладати певні зусилля, спрямовані на адаптацію до функціональних особливостей травного каналу, умов соціальної активності та трудової діяльності.

При впровадженні реабілітаційних заходів важливим є проведення етапного моніторингу через 1, 3, 6, 12 місяців шляхом обстеження пацієнта для забезпечення контролю та оцінки ефективності реабілітації.

Зміст етапного моніторингу полягає в наступному:

- визначенні результатів радикального етапу хірургічного лікування для своєчасної діагностики можливого рецидиву захворювання;
- встановленні термінів виконання запланованих етапів хірургічного лікування, зокрема, вторинної реконструктивно-відновної операції або «закриття» протекуючої ілеостоми;
- оцінюванні особливостей загоєння сформованого тазового тонкокишкового резервуару та ілеоендоанального анастомозу;
- оцінюванні функціональних результатів: особливостей випорожнення, анального тримання, контролюванні транзиту контрастної речовини по тонкій кишці;
- діагностиці і лікуванні ускладнень у пізньому післяопераційному періоді, зокрема, стриктури анастомозу, кишкової норичі, післяопераційної грижі;
- психологічній адаптації пацієнтів до якісно нових умов життя, вибору фізичних навантажень, трудової діяльності;

-аналізі і оцінюванні результатів розроблених нових методів реабілітації. Оцінку ефективності хірургічної реабілітації здійснювали у 32 пацієнтів, оперованих у період з 2016 - 2020 років з приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки: виразкового коліту - 14(43,8%), хвороби Крона товстої кишки – 8(25,0%), родинного аденоматозного поліпозу – 10(31,2%). Осіб чоловічої статі було 18(56,2%), жіночої - 14(43,8%). Вік оперованих пацієнтів становив 18-35 років.

Радикальний етап хірургічного втручання полягав у виконанні колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу.

Реконструктивно-відновний етап хірургічного втручання передбачав використання авторських способів формування тазового тонкокишкового резервуару та ілеоендоанального анастомозу, а також формування протектуючої петлевої ілеостоми. Зазначену ілеостому «закривали» з місцевого доступу через 2 - 3 місяці після виконання реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання, загоєння сформованої тонкокишкової резервуарної конструкції та анастомозу.

Особливості авторського способу тазового тонкокишкового резервуару полягали у збереженні анатомічної цілісності стінки тонкої кишки шляхом його формування за допомогою серозо-м'язових швів; розташуванні зазначеного резервуару проксимально, на відстані 3-4 см, від ілеоендоанального анастомозу. Чинниками фізіологічної затримки просування вмісту по тонкій кишці в резервуарі були створені вигини тонкої кишки.

Авторський спосіб ілеоендоанального анастомозу передбачав з'єднання відрізків клубової кишки та демукозованого хірургічного анального

каналу на двох рівнях. Перший рівень швів накладали між краєм зрізу хірургічного анального каналу зі стінкою зведеного в її порожнину відрізка клубової кишки після його евагінації на ділянку промежини. Другий рівень швів – між краєм зрізу тонкої кишки та стінкою анального каналу на рівні зубчастої лінії.

Первинні реконструктивно-відновні операції виконували у 25(78,1%) пацієнтів, вторинні - у 7(21,7%).

Результати та обговорення

В ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 4(12,5%) пацієнтів: абсцес порожнини малого тазу - 1, нагноєння операційної рани - 1, пневмонія - 1, гострий пієлоцистит – 1. Лікування здійснювали відповідно до загальноприйнятих стандартів при цих ускладненнях. Зазначені ускладнення внаслідок ефективного лікування не створювали суттєвого впливу на якість реабілітації оперованих пацієнтів. В пізньому післяопераційному періоді, завдяки етапному моніторингу, своєчасно було діагностовано тонкокишково-піхвову норицю у 1 пацієнтки через 1 місяць, та ішемічний резервуарит також у 1 пацієнта через 14 місяців після завершення хірургічного лікування. Зазначеним пацієнтам було виконано екстирпацію кукси анального каналу разом з ілеоендоанальним анастомозом, формування довічної ілеостоми за Бруком. В подальшому реабілітація цих пацієнтів полягала в максимальній адаптації до умов функціонуючої ілеостоми.

Оцінку реабілітації оперованих пацієнтів здійснювали через 1 рік після завершення всіх етапів хірургічного лікування, в період відносної стабілізації адаптаційних процесів до нових умов функціонування травного каналу, обумовлених виконанням радикального та

реконструктивно-відновного етапів хірургічного втручання. Оцінку якості реабілітації проводили відповідно до наступних критеріїв: стану функції кишкового травлення, всмоктування, випорожнення, анального тримання, наявності та ступеня вираженості діарейного, постколектормічного синдромів, реалізації соціальних програм, зокрема, навчання, працевлаштування, створення або збереження сім'ї, народження та виховання дітей.

Покращення функціональних результатів, зокрема, кишкового травлення та всмоктування підтверджувалось висновками копрологічного дослідження: наявною кашеподібною, досить часто густою консистенцією хімусу, незначним вмістом в ньому крохмалю, харчових волокон, нейтрального жиру. Важливим інтегральним показником функції травлення та всмоктування було збільшення маси тіла оперованих пацієнтів, в середньому на $14,3 \pm 2,7$ кг. Показники функції випорожнення та анального тримання значною мірою наближалися до відповідних показників здорової людини. В переважній більшості випадків частота випорожнень становила 2-4 рази протягом доби. Добова маса хімусу при випорожненнях становила в межах 300-350 гр. кашеподібною або густою консистенції, що також вказувало на сприятливий перебіг процесів кишкового травлення та всмоктування.

На підставі анкетного опитування у оперованих пацієнтів ознаки анальної інконтиненції не виникали у 93,7% пацієнтів. Показник анальної сфінктерометрії в стані фізіологічного спокою у них становив $43,4 \pm 3,8$ мм рт. ст., в стані вольового скорочення сфінктерів прямої кишки - $108,7 \pm 5,2$ мм рт. ст., що відповідає нижній межі його фізіологічного значення і підтверджує наявність задовільної функції анального тримання.

Цілком задовільні показники функцій кишкового травлення, всмоктування, випорожнення, анального тримання, обумовили відсутність діарейного синдрому, значне зменшення ступеня вираженості постколектомічного синдрому. I ступінь постколектомічного синдрому було встановлено у 30 (93,7%) оперованих пацієнтів, II ступінь – у 2 (6,3%). Всі вони були достатньо адаптовані до умов сучасного соціуму, займали активну життєву позицію, не потребували медикаментозного лікування, спрямованого на корекцію гомеостазу.

Наведені задовільні результати хірургічної реабілітації створили сприятливі передумови для належної соціально-трудової реабілітації оперованих пацієнтів, результати якої викладені в табл. 1.

Таблиця 1. Результати соціально-трудової реабілітації

Показник	абс.	%
Трудова діяльність за фахом	12	37,5
Навчання, отримання спеціальності	4	12,5
Індивідуальна трудова діяльність	9	28,1
Стійка непрацездатність	2	6,3
Створення сім'ї	5	15,6
Народження та виховання дітей	6	18,7

Дані, наведені в таблиці, вказують на достатньо високий рівень соціально-трудової реабілітації оперованих пацієнтів. Значна кількість з них - 12(37,5%) повернулися до виконання попередніх професійних

обов'язків. Це - фахівці, робота яких пов'язана з інтелектуальною діяльністю, або наданням послуг. Закінчили навчання і отримали спеціальність 3 пацієнти, 1 - продовжує навчання у вищому навчальному закладі. Значна кількість пацієнтів – 9 (28,1%) займаються індивідуальною трудовою діяльністю, яка не вимагає дотримання чіткого розпорядку робочого дня, високої дисципліни праці та надмірних фізичних навантажень. Лише 2 пацієнти після екстирпації кукси анального каналу та ілеоендоанального анастомозу, формування довічної ілеостоми не відновили трудову діяльність. Рішенням медико-соціальної експертної комісії їм було встановлено інвалідність II групи.

Слід зазначити, що в період до виконання хірургічних втручань 11(34,3%) пацієнтів перебували в стані шлюбу. У двох родинах в післяопераційному періоді народилися діти, в одній з них - двоє. Лише 1 шлюб було розірвано у зв'язку наслідками хірургічного лікування. Після хірургічного лікування 5(15,6%) оперованих пацієнтів взяли шлюб, створили власні родини. В 4 створених родинах також народилися діти. В одній з них - двоє.

Отже, вирішення питань реабілітації пацієнтів з тяжкими непухлинними захворюваннями товстої кишки надзвичайно важливе у зв'язку з тим, що контингент цих пацієнтів - особи молодого віку, які прагнуть вирішити в своєму житті низку пакетів і програм спрямованих на максимальну самореалізацію в біологічному і соціально-побутовому аспектах. В більшості випадків для цих пацієнтів важливо завершити навчання, отримати бажану спеціальність, реалізувати власний творчий або лише трудовий потенціал, створити сім'ю, народити і виховати дітей, бути повноцінними і корисними членами суспільства.

Достатньо високий рівень реабілітації оперованих пацієнтів було досягнуто за рахунок дотримання відпрацьованих стандартів діагностики та лікування тяжких непухлинних захворювань товстої кишки, виконання достатньо радикальних хірургічних втручань, які зводили до мінімуму ризик виникнення рецидиву захворювання; реконструктивно-відновних операцій, які забезпечували достатньо сприятливі функціональні результати і попереджували виникнення патологічних станів, обумовлених видаленням товстої кишки; прогнозуванням та цілеспрямованою профілактикою тяжких післяопераційних ускладнень, а також етапним моніторингом оперованих пацієнтів, який забезпечував своєчасну діагностику патологічних станів та відповідну їх корекцію. Слід зазначити, що реабілітація пацієнтів, оперованих з приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки, достатньо складний, відповідальний і тривалий процес. Він розпочинається з діагностики захворювання та хірургічного лікування пацієнта і повинен тривати весь період його життя. Кінцева мета цього процесу полягає в поверненні в суспільство повноцінного, достатньо реабілітованого, позбавленого інвалідності громадянина.

Висновки

- 1.Хірургічна реабілітація пацієнтів, оперованих з приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки – це комплекс організаційних та лікувально-профілактичних засобів, спрямованих на повернення в суспільство громадянина достатньо адаптованого до умов сучасного суспільства.
- 2.Виконання достатньо радикальних хірургічних операцій, розробка нових реконструктивно-відновних операцій дали можливість забезпечити

у 93,7% пацієнтів сприятливі функціональні результати, значний рівень хірургічної та соціально-трудової реабілітації.