

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА**

ДРОНЕНКО ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

УДК 616–089.86:616.341/.345.004.13:616–089.087

**ОБГРУНТУВАННЯ НОВОГО МЕТОДУ ФОРМУВАННЯ
АНТИРЕФЛЮКСНОГО ІЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ ПРАВОБІЧНОЇ
ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ
(клініко-експериментальне дослідження)**

14.01.03 – хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор,

Шапринський Володимир Олександрович

Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова МОЗ України

завідувач кафедри госпітальної хірургії.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,

Кулачек Федір Григорович, Буковинський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією;

доктор медичних наук, професор, **Лаврик Андрій Семенович**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, професор кафедри торако-абдомінальної хірургії. Інститут хірургії та трансплантології АМН України, провідний науковий співробітник відділу стравоходу, шлунка та кишечника.

Захист відбудеться “_06_” листопада_2007 р. о “_15_” годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий “_05_” жовтня_2007 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01

доктор медичних наук, професор

С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні десятиліття встановлено неухильний ріст захворюваності ободової кишки, яка потребує хірургічного лікування. Вилучення патологічно зміненого відрізка кишечника в об'ємі правобічної геміколектомії залишається основним та найефективнішим методом лікування, який дозволяє досягти повного одужання при злоякісних пухлинах ободової кишки, нерідко – запальних захворюваннях, травмах, дивертикуліті, хворобі Крона тощо (Вороб'єв Г.И., 2006; Mirow L., 2006; Li J.C.M., 2007).

В більшості випадків правобічна геміколектомія виконується при пухлинах правих відділів ободової кишки, які в структурі онкологічних захворювань України займають 3-є місце, а щорічний приріст складає близько 4%. Так за останні 30 років вона зросла майже в 4 рази (Шалимов С.А., 2001; Білинський Б.А., 2004). Аналогічна картина відмічається в багатьох країнах світу. (Чиссов В.И., 2003; Мартинюк В.В, 2004; Ганцев Ш.Х., 2005; Bertario L., 1999; Markowitz A.J., 1999). Також виявлено ріст і неонкологічних захворювань, при яких може бути проведена правобічна геміколектомія (Тимербулатов В.М., 2000; Мітюк І.І., 2003; Гюльмамедов Ф.И., 2005,2007; Anthony T., 2003).

Таким чином, з кожним роком збільшується питома вага хворих, яким виконується тип оперативного втручання в об'ємі правобічної геміколектомії.

Незважаючи на вагомі успіхи і здобутки сучасної колопроктології, до тепер результати лікування хворих, що перенесли правобічну геміколектомію не задовільняють як самих пацієнтів, так і лікарів різних спеціальностей, що контактують з ними. До них слід віднести постколектомічні розлади спричинені втратою ілеоцекального клапану (ІЦК) – важливої бар'єрно-регулюючої ланки шлунковокишкового тракту, завдяки якому відбувається забезпечення багатьох констант гомеостазу організму людини (Жученко С.П., 2003; Кулачек Ф.Г., 2004; Jansen J.O., 2002; Patrick–Miller L.J., 2003). Виникнення рефлюксних станів у частини хворих, коли вміст товстої кишки потрапляє в тонку з відповідними наслідками, є очевидним, а їх профілактика має вирішуватись в напрямку розробки та практичного втілення нових способів тонкотовстокишкових співусть з надійними антирефлюксними властивостями (Аштрафов Р.А., 2001; Шапринський В.О., 2004, 2006; Жученко С.П., 2007; Burch J.M., 2000).

На сьогодні розроблено і запропоновано найрізноманітніші способи формування антирефлюксних сполучень та їх модифікацій. Проте кожен із них не набув загального визнання та широкого вжитку, а велика кількість наукових робіт, що з'являються дотепер, вкотре доводять актуальність і невирішеність даної проблеми.

У доступних літературних джерелах відсутні роботи щодо вивчення медико-соціальної реабілітації хворих після правобічної геміколектомії, не відпрацьований алгоритм комплексної

оцінки віддалених результатів лікування в залежності від способів тонкотовстокишкових сполучень, не вивчені складові мікробного спектру випорожнень кишечника, його копрологічних характеристик та можливість їх хірургічної корекції шляхом створення нових конструкцій ілеотрансверзоанастомозу (ІТА) з надійними антирефлюксними властивостями в момент виконання первинної операції. Тому мета і задачі нашої роботи були направлені на розробку, детальне вивчення нового фізіологічно обгрунтованого антирефлюксного ІТА для його подальшого клінічного застосування під час проведення правобічної геміколектомії.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, затвердженого МОЗ України і є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургії медичного факультету №2 “Особливості клініки, діагностики та розробка нових і удосконалення існуючих методів лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю” (№ Держреєстрації 0103U007992).

Тема дисертації затверджена РПК “Хірургія” АМН та МОЗ України (протокол № 1 від 19.01.2005 р.).

Мета наукового дослідження. Покращити результати лікування хворих після правобічної геміколектомії шляхом створення нового антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу.

Завдання наукового дослідження:

1. Провести аналіз і узагальнення результатів лікування хворих після правобічної геміколектомії за матеріалами клініки як обгрунтування для пошуку і розробки нового ілеотрансверзоанастомозу з надійними антирефлюксними властивостями.

2. Розробити в експерименті новий антирефлюксний ілеотрансверзо-анастомоз та вивчити його фізичні і біологічні властивості.

3. Провести порівняльний аналіз клінічної ефективності застосування розробленого методу формування антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу з найбільш поширеними тонкотовстокишковими сполученнями після правобічної геміколектомії в аспекті медико-соціальної реабілітації хворих.

4. Вивчити клініко-функціональні властивості нового ілеотрансверзо-анастомозу за результатами ендоскопічного та рентгенологічного методів досліджень.

5. Дослідити зміни якісних та кількісних параметрів мікрофлори товстого кишечника, результати копрограм, морфологію біоптатів слизових оболонок зони анастомозу, прилеглих ділянок тонкої і товстої кишок у хворих з різними видами тонкотовстокишкових сполучень.

Об'єкт дослідження: лікування та реабілітація хворих після правобічної геміколектомії з формуванням різних видів тонкотовстокишкових анастомозів та вибір нових видів співустя, близьких до природного ілеоцекального відділу травного тракту.

Предмет дослідження: ефективність новоствореного ілеотрансверзо-анастомозу після правобічної геміколектомії.

Методи дослідження: експериментальний, клінічний, морфологічний, мікробіологічний, рентгенологічний, ендоскопічний, бактеріологічний, статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше розроблено новий спосіб формування антирефлюксного тонкотовстокишкового співустя. Вперше встановлено, що для збереження антирефлюксних властивостей клапану в усі періоди спостережень, останній має формуватись виключно з стінки товстої кишки. Досліджена роль вибору методу відновлення кишечника після правобічної геміколектомії у виникненні та корекції копрологічних розладів. Вивчена можливість коригування дисбіотичних змін випорожнень кишечника у хворих після правобічної геміколектомії хірургічним шляхом. Розкриті морфологічні аспекти адаптаційної перебудови слизових оболонок товстого і тонкого кишечника у хворих з новим анастомозом. Розроблений і досліджений алгоритм комплексного вивчення медико-соціальної реабілітації хворих після правобічної геміколектомії у віддаленому післяопераційному періоді.

Практичне значення отриманих результатів. Новостворений антирефлюксний ІТА призводить до зменшення клініко-морфо-функціональних порушень у віддаленому післяопераційному періоді та сприяє ефективній медико-соціальній реабілітації хворих. Використання алгоритму комплексного вивчення віддалених результатів лікування хворих після правобічної геміколектомії дозволяє оцінити обґрунтованість формування різних видів тонкотовстокишкових сполучень.

Запропонований метод формування антирефлюксного ІТА застосовується в роботі хірургічних відділень Вінницької клінічної центральної районної лікарні, Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру, Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, Хмельницького обласного онкологічного диспансеру.

Результати дослідження можуть бути використані при відновленні безперервності кишечника у хворих після правобічної геміколектомії також в інших медичних закладах України, ближнього та дальнього зарубіжжя.

Теоретичні положення дисертаційної роботи впроваджено у навчальний процес на кафедрах хірургії, онкології ВНМУ ім. М.І. Пирогова, факультету удосконалення лікарів м. Хмельницького.

Особистий внесок здобувача. В процесі виконання дисертаційної роботи автором проведено патентно-інформаційний пошук, збір і аналіз літературних джерел. Самостійно визначено мету і задачі дослідження, проведено експериментальну та клінічну частину досліджень, аналіз контрольної і дослідної груп хворих, узагальнення та статистичну обробку отриманих результатів дослідження, написано усі розділи дисертації, які опубліковані у фахових

періодичних виданнях та впроваджені у клінічну практику. Висновки, практичні рекомендації сформульовані автором. Разом з науковим керівником оформлено заявки на винаходи та редагування роботи.

Експериментальну частину роботи виконано на базі науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за консультативної допомоги д.мед.наук., проф. С.П. Жученко за що дисертант йому щиро вдячний.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на: науково-практичній конференції з міжнародною участю “Актуальні питання діагностики і лікування захворювань товстої кишки” (м. Київ, 14-15 квітня, 2003 р.); IV-й міжнародній конференції студентів і молодих вчених ”Медицина – здоров’я ХХІ сторіччя” (м.Дніпропетровськ, Україна, 18-20 вересня 2003р.); III-у з’їзді онкологів і радіологів СНД (м. Мінськ, Білорусь, 25-28 травня 2004р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю “Рани м’яких тканин та ранова інфекція.” (м. Київ, 15-16 грудня, 2005р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю “Актуальні проблеми невідкладної хірургії.” (м. Харків, 23-24 березня, 2006 р.); XI-у з’їзді онкологів України (м. Судак, АР Крим, 29 травня -2 червня 2006 р.); VI міжнародному конгресі інтегративної антропології (м. Вінниця, 4-5 жовтня 2007 р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 робіт. З них 5 наукових праць видано у фахових виданнях затверджених ВАК України, 4 роботи викладені у матеріалах з’їздів, тезах науково-практичних конференцій. Отримано 3 патенти України на винаходи.

Структура та обсяг дисертації. Загальний обсяг дисертації 189 сторінок машинописного тексту (основний текст викладено на 149 сторінках) і складається із вступу, 6 розділів, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій. Робота ілюстрована 25 таблицями і 73 рисунками. Список літератури включає 292 джерела, серед них – 178 вітчизняних і 114 зарубіжних робіт.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Робота носить клініко-експериментальний характер, що зумовлено завданнями дослідження.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 2 від 24.01.2007) встановлено, що проведені дослідження не суперечать загальноприйнятим біоетичним нормам з дотриманням відповідних положень стосовно проведення експериментальних та клінічних досліджень.

Під час оформлення дисертаційної роботи та формування первинного матеріалу для

статистичної обробки користувались операційною системою Windows® XP Home Edition (Microsoft®Corp., USA) за ліцензійним номером 55274-640-2543905-23042 та пакетом офісних програм Microsoft® Office XP (Microsoft®Corp.,USA) за ліцензійним номером 51408-000-0000746-02422. Для кількісних ознак розраховували середні значення для кожної ознаки (M) та стандартну помилку середнього значення (m). Для аналізу відмінностей частот зустрічаємості ознаки в незалежних групах користувались критерієм χ^2 . Розрахунок статистичної вірогідної різниці між двома вибірками середньої арифметичної та її стандартної похибки виконувалось за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Експериментальну частину роботи проводили на 42 безпородних, зовнішньо здорових собаках в аспекті порівняльного аналізу антирефлюксного ІТА за методом Вітебського та за власно розробленим методом з використанням загальноприйнятих методів досліджень, які застосовуються при вивченні подібних типів сполучень на основі клініко-функціональних, антропометричних, фізичних, біологічних, рентгенологічних та морфологічних результатів.

Відповідно до поставлених завдань піддослідних тварин розподілено на дві групи: 19 (45,52 %) – з антирефлюксним ІТА за Вітебським і 23 (54,8 %) з антирефлюксним ІТА за новорозробленим методом.

При формуванні тонкотовстокишкових сполучень накладали двохрядні окремі вузлові шви за Черні атравматичним шовним матеріалом.

Антирефлюксний ІТА за Вітебським виконували після видалення правої половини товстої кишки шляхом занурення вільного кінця тонкої кишки у просвіт товстої (Вітебський Я.Д., 1988).

Антирефлюксний ІТА за новим методом формували виключно з стінки товстої кишки у вигляді її дублікатури, поверненої у просвіт останньої (рис.1).

Рис. 1. Схематичне зображення розробленого антирефлюксного ІТА у закінченому вигляді (фронтальний розріз).

Антирефлюксні властивості ІТА вивчали за результатами рентгенологічного методу (Шалимов С.А., 1989; Жученко С.П., 1996).

Протягом усього періоду динамічного спостереження оцінювали загальний стан, поведінку, ставлення до їжі, зміну маси тіла, фізіологічні функції, пальпували живіт та вислуховували перистальтику кишечника, а також проводили догляд за післяопераційною ранною.

В установлені терміни спостережень на 7, 14, 30, 90, 180, 360 добу, після релапаратомії, враховували стан парієтальної та вісцеральної очеревини, ІТА, органів черевної порожнини, наявність ексудату з його якісними і кількісними характеристиками. Оцінювали зовнішній вигляд анастомозу, наявність або відсутність деформації, зрощення з передньою черевною стінкою та

прилеглими органами (чепець, петлі кишки, сечовий міхур). Окремо оцінювали злуковий процес методом напівкількісного аналізу з визначенням його вираженості (Шотт А.В., 1990).

Морфологічну частину досліджень виконували згідно з вимогами щодо виготовлення гістологічних препаратів (Афанасьєв Ю.И., 2002).

Фізичну герметичність ІТА вивчали методом пневмопресії та відображали в кілопаскалях (кПа) (Шотт А.В., 1983; Полянський І.Ю., 2003).

Для оцінки біологічної герметичності ІТА проводили вивчення мазків матеріалу, взятого з лінії шва співустя, а також шляхом посіву на живильні середовища (Климнюк С.І., 2004).

Другий етап наукової роботи включав аналіз віддалених результатів лікування 128 хворих після правобічної геміколектомії, які були розподілені на дві групи: контрольну – 107 хворих з найбільш поширеними ІТА без антирефлюксного спрямування, і дослідну – 21 хворий з антирефлюксним ІТА за новим методом.

В контрольній групі було 53 ($49,5 \pm 6,9$ %) чоловіки і 54 ($50,5 \pm 6,3$ %) жінки. У дослідній – 11 чоловіків ($52,4 \pm 15,1$ %; $t = 0,17$, $p > 0,1$) і – 10 жінок ($47,6 \pm 15,8$ %; $t = 0,17$, $p > 0,1$).

За віковим складом найбільша питома вага хворих контрольної групи спостерігалась у вікових групах 40-49, 50-59 та 60-69 років і в сумі дорівнювала $76,6 \pm 4,1$ %. В дослідній у вище представлених вікових інтервалах загалом було $52,4 \pm 10,9$ % $t = 2,1$ $p < 0,05$ пацієнтів. Отже, більшу половину спостережень достовірно складала працездатна частина населення ($p < 0,01$), яка має найбільший інтелектуально-трудовий ресурс (Helm J.F., 1999; Jean Faivre, 2001).

За більшістю параметрів хворі контрольної і дослідної груп були достовірно близькими, тобто не мали суттєвої різниці, що дозволило нам проводити порівняння отриманих результатів досліджень.

Оперативні втручання у всіх хворих виконували в плановому порядку під загальним знеболенням в об'ємі традиційного забезпечення передопераційних призначень.

Клінічну частину наукової роботи виконували на підставі таких методів дослідження: клінічного спостереження за хворими, рентгенологічного, ендоскопічного дослідження товстого кишечника, морфологічного дослідження біоптатів слизових оболонок ділянки ІТА та прилеглих до нього частин товстої і тонкої кишок, копрологічного дослідження калу, дослідження калу на дисбактеріоз.

Основою для вивчення клінічного матеріалу були медичні карти стаціонарних хворих (Ф – 003), карти амбулаторного хворого (Ф – 0-25), карти диспансерного обліку та спостереження за онкологічними хворими (Ф – 30), а також спеціально розроблені анкети оцінки медико-соціального статусу. Анкетуванню підлягали усі хворі контрольної і дослідної груп.

За результатами рентгенологічного методу досліджень вивчали антирефлюксні властивості нового ІТА, а також семіотику захворювань товстої, тонкої кишки та самого співустя у обох

групах хворих (Самохіна Н.В., 1988; Массуд С.Х., 1989; Орел А.М, 1996).

Під час ФКС через 3, 6, 12, 36 місяців після операції оглядали товсту кишку, ділянку ІТА та при можливості прилегли до нього частину тонкої кишки. По завершенні ендоскопічного дослідження усім хворим проводили забір біоптатів слизових оболонок із попередньо визначених місць для подальшого морфологічного дослідження: А – слизова оболонка товстої кишки перед анастомозом, В – кишковий валик, С – слизова оболонка тонкої за анастомозом. У дослідній групі виконували забір біоптатів з “губок” клапану.

Копрологічне дослідження калу проводили відповідно до форми № 219/0, затвердженої наказом МОЗ України за № 1 від 04.01.2001р.. За результатами копрограм визначали наявність у пацієнтів бродильної і гнилісної диспепсії (Гребнев А.Л., 1994).

Вивчення якісного і кількісного складу мікрофлори товстого кишечника проводили із урахуванням лабораторних норм відповідно до форми №240/0, затвердженої наказом МОЗ України за № 1 від 04.01.2001 р.

Для оцінки кількісного показника бактеріального складу фекалій використовували визначення кількості колонієутворюючих одиниць бактерій в 1 г фекалій (КУО/г).

Для визначення ступеня важкості дисбактеріозу враховували результати клінічного обстеження пацієнтів, аналіз посіву калу на дисбактеріоз згідно з класифікацією І.Б. Куваєвої, К.С. Ладодо (1991), яка за даними О.Я Бабака (2000), В.М. Бондаренка (2003) є найбільш зручною та має чіткі клінічні і бактеріологічні критерії.

Результати досліджень та їх обговорення

Експериментальна частина роботи

Порівнюючи результати клінічного спостереження за тваринами експериментальної частини роботи, нами виявлені переваги нового методу над аналогом в оцінці поведінки, ставленні до їжі, характеристиці випорожнень та мінливості маси тіла. Так, $82,6 \pm 7,9$ % прооперованих тварин за новим методом мали звичайну поведінку проти $42,1 \pm 11,3$ % ($t=2,9$, $p<0,001$) з анастомозом за Вітебським. Збережений апетит констатували в $73,9 \pm 9,2$ % тварин контрольної групи проти $15,8 \pm 8,4$ % ($t= 4,7$, $p<0,001$), діарею – у $8,7 \pm 5,9$ % проти $57,9 \pm 11,3$ % ($t= 3,8$, $p<0,001$), втрату маси тіла – у $8,7 \pm 5,9$ % проти $52,7 \pm 11,4$ % ($t=3,4$, $p<0,001$).

За результатами рентгенологічного дослідження достовірно встановлено ($t=8,56$, $p<0,001$), що в $90,4 \pm 6,1$ % прооперованих тварин антирефлюксна функція нового ІТА була збережена – затікання контрасту в клубову кишку не відбувалось.

Розроблений антирефлюксний ІТА був подібний до баугінієвого клапану людини та не відрізнявся за своїми біологічними та фізичними характеристиками від контролю.

Серед тварин з новим ІТА за результатами морфологічного аналізу мікроскопічних

досліджень гістологічного стану структур слизових оболонок товстої, тонкої кишки ділянки анастомозу відмічається динаміка видужування, яка відповідає фазам ранового процесу з відсутністю виражених запально-дистрофічних змін. В анастомозуючих ділянках кишкових стінок деструктивно-запальні процеси відсутні, майже не помітно перебігає утворення регенераційної тканини і не запізнюється її епітелізація з боку слизових оболонок тонкої і товстої кишок на відміну від спостереження контрольної групи. На 14 добу відбувається повна епітелізація анастомозу.

При вивченні антирефлюксного ІТА за Вітебським макроскопічно спостерігали деформацію останнього у $89,5 \pm 7,0$ % ($t= 8,59$, $p<0,001$) тварин. Антирефлюксна функція була збережена в $10,5 \pm 7,0$ % ($t=8,56$, $p<0,001$). Морфологічно в слизових оболонках товстої і тонкої кишок прилеглих до анастомозу, спостерігали хронічний запальний процес $85,7 \pm 8,0$ % ($t=6,58$, $p<0,001$), подекуди з поширенням на всі шари кишкової стінки, затримку епітелізації анастомозу, а також склероз, деформацію, товстокишкову метаплазію епітелію ворсин тонкої кишки.

Клінічна частина роботи

Отримані результати аналізу клініко-функціонального стану контрольної і дослідної груп хворих після правобічної геміколектомії проведених на основі анкетування, показали вірогідні відмінності. Пацієнти контрольної групи порівняно із дослідною мали вірогідно більше ($p<0,001$) проблем із функцією органів травлення. Так, скарги на біль виявляли $36,4 \pm 4,6$ % хворих контрольної групи, метеоризм був у $23,6 \pm 4,1$ %, відчуття бурчання і переливання в кишечнику у $70,1 \pm 4,8$ %, діарейні розлади у $59,8 \pm 4,7$ %, домішки неперетравленої їжі в калі у $26,2 \pm 4,2$ %, слиз в калі зустрічався у $24,3 \pm 4,1$ %; тоді ж, як у дослідній – біль в животі і метеоризм відзначили тільки у $4,8 \pm 4,7$ % ($t= 3,03$, $p<0,001$) опитаних; бурчання, переливання в кишечнику і діарейні розлади спостерігали у $19,1 \pm 8,6$ % ($t= 4,15$, $p<0,001$); домішки неперетравленої їжі – у $4,8 \pm 4,7$ % ($t= 3,39$, $p<0,001$).

Аналіз відповідей дослідної групи показав суттєві відмінності в результатах опитування. Так, з 21 пацієнта 18 ($85,7 \pm 7,6$) % відзначили покращення самопочуття, що вірогідно більше ($t= 7,57$, $p<0,001$), ніж в контрольній групі хворих. На збережену працездатність після оперативного лікування вказали 17 ($80,9 \pm 8,6$) % хворих із дослідної групи, що вірогідно більше ($t= 4,45$, $p<0,001$), ніж в контрольній, де зберегли працездатність лише 40 ($37,4 \pm 4,7$) % респондентів. Також в дослідній групі вірогідно більша кількість хворих ($t= 3,09$, $p<0,001$) відзначила зростання маси тіла після лікування, порівняно із пацієнтами контрольної групи і відповідно становила 16 ($76,2 \pm 9,3$) % проти 47 ($43,9 \pm 4,8$) % хворих ($t= 4,8$, $p<0,001$).

За результатами аналізу копрологічного дослідження калу, що було проведено 46 хворим контрольної групи в яких, за даними анкетування виявлені скарги шлунковокишкової диспепсії, а також усім хворим дослідної групи виявлені вірогідні відмінності.

Так у контрольній групі хворих порівняно із дослідною вірогідно менше зустрічається нормальних показників копрограми ($19,6 \pm 3,8$ % проти $85,7 \pm 7,6$ %; $t= 7,7$, $p<0,001$) і вірогідно більше зустрічається бродильної ($32,6 \pm 4,5$ % проти $9,5 \pm 6,4$ %; $t= 2,9$, $p<0,001$) і гнилісної ($47,8 \pm 4,8$ % проти $4,8 \pm 4,7$ %; $t= 4,93$, $p<0,001$) диспепсій.

На основі результатів аналізу посівів калу на дисбактеріоз та даних клінічного спостереження цих же хворих встановили наступне: у $93,5 \pm 3,6$ % обстежених з ІТА без антирефлюксного розмежування тонкої і товстої кишок виникали глибокі порушення складу мікрофлори товстого кишечника у вигляді дисбактеріозу III ступеня і тільки у $6,5 \pm 3,6$ % обстежених діагностовано дисбактеріоз II ступеня. Тоді ж як у хворих з новорозробленим антирефлюксным ІТА спостерігали протилежну картину – нормальний якісний і кількісний стан мікрофлори товстого кишечника визначали у $66,7 \pm 10,3$ % обстежених ($t= 6,47$, $p<0,001$). Дисбактеріоз II ступеня діагностували у $19,1 \pm 8,6$ % хворих, який не мав достовірної різниці з контрольною групою ($t= 1,35$, $p>0,05$). Дисбактеріоз I ступеня спостерігали у решти хворих ($14,3 \pm 7,6$ %; $t=1,87$, $p<0,05$).

Аналізуючи кількісний склад бактерій у хворих контрольної групи порівняно із дослідною, спостерігали вірогідне збільшення КУО/г загальної кількості *E. Coli* ($2,58 \times 10^8 \pm 5,8 \times 10^7$ проти $4,79 \times 10^7 \pm 3,2 \times 10^7$; $t= 3,17$, $p< 0,01$), слабоферментативної *E. coli* ($3,68 \times 10^7 \pm 1,2 \times 10^7$ проти $3,67 \times 10^6 \pm 3,3 \times 10^6$; $t=2,66$, $p<0,001$), гемолізуючої *E. coli* ($4,5 \times 10^7 \pm 1,4 \times 10^7$ проти $3,3 \times 10^6 \pm 2,7 \times 10^6$; $t= 2,92$, $p<0,001$), золотистого стафілококу ($9,02 \times 10^3 \pm 4,1 \times 10^3$ проти $6,2 \times 10^2 \pm 3,8 \times 10^2$; $t= 2,04$, $p<0,05$), умовно-патогенних бактерій ($3,85 \times 10^6 \pm 3,4 \times 10^5$ проти $4,76 \times 10^4 \pm 4,7 \times 10^4$; $t= 1,11$, $p<0,001$) і кокової флори ($4,02 \times 10^7 \pm 9,7 \times 10^6$ проти $7,77 \times 10^6 \pm 5,9 \times 10^6$; $t= 2,86$, $p<0,001$). Також нами встановлено, що у хворих контрольної групи порівняно із дослідною вірогідно менше висівається КУО/г біфідобактерій ($3,26 \times 10^7 \pm 2,2 \times 10^7$ проти $3,05 \times 10^8 \pm 9,8 \times 10^7$; $t= 2,71$, $p<0,01$).

Провівши порівняльний аналіз між групами прооперованих хворих, ми встановили, що у пацієнтів контрольної групи, порівняно із хворими дослідної вірогідно частіше спостерігається збільшення кількості КУО/г, гемолізуючої *E. coli* ($95,7 \pm 3,0$ % проти $19,1 \pm 8,6$ %; $t=8,43$, $p<0,001$), слабоферментативної *E. coli* ($91,3 \pm 4,1$ % проти $23,8 \pm 9,3$ %; $t=6,63$, $p<0,001$), зменшення кількості КУО/г лактобактерій ($52,2 \pm 7,4$ % проти $4,8 \pm 4,7$ %; $t= 5,44$, $p<0,001$) та біфідобактерій ($86,9 \pm 5,0$ % проти $4,8 \pm 4,7$ %; $t= 12,0$, $p<0,001$).

Проведене рентгенконтрастне дослідження товстого кишечника у 37 хворих контрольної групи і в 21 – дослідної також показало вірогідні відмінності цих груп.

У всіх обстежених котрольної групи виявляли безперешкодне затікання контрасту в клубову кишку при показниках тиску в просвіті товстого кишечника $1,3-5,3$ кПа. З них в 32 ($86,5 \pm 5,6$) % хворих рефлюкс відбувався при показниках тиску в межах $1,3 - 2,7$ кПа, в 3 ($8,1 \pm 4,5$) %

обстежених – при 2,8 – 4,0 кПа, ще в 2 ($5,4 \pm 3,7$) % – при 4,1–5,3 кПа. Отже, в усіх 37 ($100 \pm 0,164$) % хворих контрольної групи констатували вільне затікання барієвої суміші через просвіт ІТА в тонкий кишечник при внутрішньокишковому тиску 1,3 – 5,3 кПа. Таким чином, товстотонкокишковий рефлюкс під час перистальтичної хвилі, коли створюється внутрішньокишковий тиск 5,3-8,0 кПа, є очевидним (Самохіна Н.В., 1988).

Типова картина іріограми дослідної групи хворих подана на рис.2.

Рис. 2. Вільне затікання контрасту в клубову кишку. Іріограма хворої Р., 52 роки, медична карта стаціонарного хворого (МКСХ), № 402.

При подальшому спостереженні за ретроградним пересуванням контрасту по травному каналу в 23 ($62,1 \pm 8,0$) % хворих тонка кишка реагувала спазмом. В 14 ($37,8 \pm 8,0$)% – спастична реакція супроводжувалася больовим синдромом різної інтенсивності. В 9 ($24,3 \pm 7,1$) % із них доводилось завершувати обстеження.

Під час рентгенологічного дослідження кишечника дослідної групи хворих у 19 ($90,4 \pm 6,4$) % обстежених новий ІТА попереджав рефлюкс при створенні внутрішньокишкового тиску в межах 10,8 – 14,7 кПа та є достовірно вищим від тиску ($t= 2,89$, $p<0,001$), що виникає під час перистальтичної хвилі. З них у 6 ($28,5 \pm 9,8$) % спостереженнях антирефлюксний ІТА стримував затікання контрастованої суміші в клубову кишку при підвищенні внутрішньокишкового тиску в межах 10,8 – 12,0 кПа, в 9 ($42,8 \pm 10,8$) % – в межах 12,1 – 13,3 кПа ($t=3,96$, $p<0,001$) та в 4 ($19,0 \pm 23,8$) % – в межах 13,4 – 14,7 кПа ($t= 2,90$, $p<0,001$).

Типова картина іріограми дослідної групи подана на рис.3.

Рис. 3. Затікання контрасту в тонкий кишечник не спостерігається. Іріограма хворого Г., 59 років, МКСХ № 2918.

Підсумовуючи викладене, нами достовірно встановлено, що ІТА сформований згідно з новим методом має надійні антирефлюксні властивості, які близькі до баугінієвого клапану людини за манометричними параметрами роботи. При показниках тиску в порожнині товстого кишечника в межах 9,4 – 14,7 кПа спостерігали абсолютну герметичність клапану в $90,4 \pm 6,4$ % хворих ($t=2,89$, $p<0,001$)

Аналіз результатів ФКС проведений у 46 хворих контрольної групи, які за результатами анкетування мали диспепсичні розлади та порушення функції травлення, а також 21 хворому дослідної групи. В жодному із спостережень рецидиву пухлини не встановлено.

Серед прооперованих хворих контрольної групи в 31 (67,3 ± 6,2) % випадку спостерігали підвищений тонус товстого кишечника та виникнення спазму при нагнітанні повітря. В 29 (63,0 ± 7,1) % обстежених слизова оболонка товстої кишки на всьому протязі була пухкої будови, в 26 (56,4 ± 7,3)% – з посиленням судинним малюнком. У 15 (32,6 ± 6,4) % пацієнтів спостерігали гіперемію слизової оболонки ділянки ІТА та перед ним. В 24 (52,1 ± 7,4) % хворих виявляли підвищену продукцію слизу, в 13 (28,2 ± 6,5) % – локальну кровоточивість при контакті з тубусом ендоскопа. При подальшому огляді в 27 (58,7 ± 7,3) % випадках ІТА був зяючого вигляду, в 39 (84,8 ± 5,3) % – деформованої форми. У 8 (17,3 ± 5,6) % обстежених спостерігали пролабу-вання гіперимованої слизової оболонки клубової кишки через просвіт співустя. В 7 (15,2 ± 5,3) % хворих виявили стенотичне звуження ІТА, що завадило провести огляд прилеглої частини тонкої кишки. У 9 (19,6 ± 5,8) % хворих ендоскопічне дослідження довелось завершити без огляду тонкої кишки в зв'язку з виникненням больового синдрому.

Прилеглу частину клубової кишки вдалось оглянути в 32 (69,5 ± 6,9) % хворих контрольної групи. Тубус ендоскопа заводили на 17–32 см дистальніше співустя. При цьому, в 29 (90,6 ± 5,2) % випадках тонус тонкої кишки був підвищений. В 26 (81,3 ± 6,9) % хворих слизова оболонка була пухкої будови з чітким регіонарними набряком; в 27 (84,4 ± 6,4) % – спостерігали гіперемію. Підвищене продукування слизу мало місце в 25 (78,1 ± 7,3) % обстежених, в 9 (28,1 ± 7,9) % хворих спостерігали контактну кровоточивість.

Аналогічне дослідження було проведено у дослідній групі хворих, які оперувались за власним методом, де частота диспептичних розладів була значно меншою.

Ендоскопічно в 19 (90,5 ± 6,4) % спостереженнях новорозроблений антирефлюксний ІТА мав щілевидну форму – у вигляді двох складок слизової оболонки товстої кишки, повернених у її просвіт. Вони були еластичними на дотик ендоскопа, вільно змикались при нагнітанні повітря. В 17 (81,0 ± 8,6) % обстежених тонус товстого кишечника був звичайний ($t= 5,64$, $p<0,001$), в 3 (14,3 ± 7,6) % – понижений ($t= 0,40$, $p>0,05$). І лише в 1 (4,8 ± 4,6) % спостереженні – підвищений ($t= 7,50$, $p<0,001$), що є дотичним проявом запального процесу.

При огляді слизової оболонки товстого кишечника у 18 (85,7 ± 7,6) % хворих дослідної групи її структура була звичайною ($t= 7,6$, $p<0,001$), судинний малюнок не змінений був у 16 (76,2 ± 9,3) % обстежених ($t= 5,15$, $p<0,001$), в 4 (19,0 ± 8,6) % – послаблений ($t= 0,10$, $p>0,05$) і лише в 1 (4,8 ± 4,6) % хворого посилений ($t= 5,95$, $p<0,001$). В 2 (9,5 ± 6,4) % обстежених цієї групи ІТА був деформованим, зяючого вигляду ($t= 5,08$, $p<0,001$).

В 11 (57,1 ± 10,8) % хворих вдалось оглянути прилеглу до ІТА слизову оболонку клубової кишки на відстані 17 ± 3 см. У 10 (47,6 ± 8,7) % спостереженнях вона була оксамитового вигляду, мала рожевий колір, що відповідає картині огляду у здорових пацієнтів. В 2 (18,1 ± 11,6) % хворих відмічали підвищене продукування слизу ($t= 11,6$, $p<0,001$). Гіперемію слизової оболонки

клубової кишки спостерігали в 1 (9,1 ± 8,7) % хворго ($t= 6,98, p<0,001$), ще в 1 (9,1 ± 8,7) % – контактну кровоточивість ($t= 1,61, p>0,05$).

Отже, за результатами ФКС контрольної і дослідної груп хворих виявлено вірогідні відмінності стосовно проявів запального процесу слизових оболонок товстого (32,6 ± 4,5 % проти 4,7 ± 4,6 %; $t= 3,33, p<0,001$) і тонкого (84,4 ± 6,4 % проти 9,1 ± 8,7; $t= 6,98, p<0,001$) кишечника.

За результатами морфологічного аналізу гістологічного дослідження біоптатів слизових оболонок товстої тонкої кишок взятих під час ФКС із раніше визначених місць в терміни 3, 6, 12, 36 місяців після правобічної геміколектомії спостерігали достовірні відмінності в обох групах хворих. Так в контрольній групі хворих через три місяці після операції в слизовій оболонці товстої кишки перед анастомозом виявляється запальна атрофія епітеліальної пластинки, крипт, набухання епітеліальних клітин як результат дистрофічних процесів. Встановлено потовщення базальної мембрани під покривним епітелієм. Власна пластинка слизової оболонки скрізь в стані набряку та клітинної інфільтрації за рахунок макрофагів, моноцитів, лімфоцитів, плазмоцитів, меншою мірою еозинофілів, тканинних базофілів. Через шість місяців встановлена картина збереженості структур слизової оболонки товстої кишки з набряком, інколи діapedезними крововиливами в сполучнотканинній основі, помірною атрофією покривної епітеліальної пластинки та посиленням слизоутворення, що свідчить про хронічний запальний процес. Також виявлено адаптаційні перебудови структур слизової оболонки товстої кишки, атрофічні зміни. В біоптатах слизової оболонки тонкої кишки, прилеглих до анастомозу, ворсини без епітеліального покриття, клітинні інфільтрати в стромі. Через дванадцять місяців маємо ефект трансформації прилеглої до анастомозу ділянки слизової оболонки товстої кишки (явище ентералізації), продовження процесів запалення. Біоптати тонкої кишки мають основи ворсин, без епітелію, з клітинною лімфоцитарно-моноцитарною, макрофагальною інфільтрацією та лімфангієктазами на кінцях цих остовів, що відповідає картині вираженого запалення. Через три роки процес хронічного запалення з атрофічними змінами структурних елементів має своє продовження.

Результати морфологічного аналізу біоптатів слизових оболонок взятих з аналогічних місць у хворих дослідної групи були значно кращими порівняно з контрольною. Так через три місяці після оперативного втручання спостерігали явища реактивних змін з відсутністю виражених деструктивно-запальних процесів. Через шість місяців в біоптатах слизових, взятих з прилеглої ділянки тонкої кишки, виявили адекватні до локалізації зміни, найбільшими з яких є помірний набряк слизової оболонки та обмежені фронти атрофічних змін в покривному епітелії. Через дванадцять місяців спостерігали задовільні наслідки захисту тонкої кишки від товстокишкового рефлюксу: незначний набряк, певна компенсаторна гіпертрофія слизових оболонок товстої кишки й створеного з її стінки клапана, поява гіпертрофованих ворсинок на спільній території слизових оболонок товстої і тонкої кишки в ділянці анастомозу. Через три роки після операції виявлена

картина звичайної структурованості слизових оболонок без відчутних запально-дистрофічні змін, на відміну від хворих контрольної групи.

Таким чином, нами встановлені клінічні, копрологічні, бактеріологічні, рентгенологічні, ендоскопічні, морфологічні переваги використання запропонованого антирефлюксного ІТА у хворих після правобічної геміколектомії. Новий метод формування антирефлюксного ІТА покращує якісний стан життя хворих у віддаленому періоді, що дозволяє стверджувати про його перспективність в світлі більш широкого втілення в клінічну практику як методу хірургічної корекції представленої проблеми.

ВИСНОВКИ

1. У $36,4 \pm 4,6$ % хворих після правобічної геміколектомії з ІТА без антирефлюксної спрямованості виникали скарги на біль в животі ($t= 4,80$, $p<0,001$), метеоризм – $23,6 \pm 4,1$ % ($t= 3,03$, $p<0,001$), відчуття бурчання і переливання в кишечнику – $70,1 \pm 4,8$ % ($t= 2,42$, $p<0,001$), діарейні розлади – $59,8 \pm 4,7$ % ($t=4,15$, $p<0,001$).

2. За результатами експерименту встановлено, що тварини, прооперовані з формуванням антирефлюксного ІТА за новим методом порівняно із сполученням за Вітебським, мають кращий апетит ($73,9 \pm 9,2$ % проти $15,8 \pm 8,4$ %; $t= 4,7$, $p<0,001$), рідше страждають на діарею ($8,7 \pm 5,9$ % проти $57,9 \pm 11,3$ %; $t= 3,8$, $p<0,001$), рідше втрачають масу тіла ($8,7 \pm 5,9$ % проти $52,7 \pm 11,4$ %; $t=3,4$, $p<0,001$).

3. В $90,4 \pm 6,1$ % тварин новорозроблений ІТА виявив надійні антиреф-люксні властивості в усі терміни спостережень ($t=8,56$, $p<0,001$). Морфологічна картина відповідала фазам ранового процесу з відсутністю запально-дистрофічних змін.

4. За результатами клінічних досліджень запропонований метод формування атирефлюксного ІТА порівняно із методами безклапанних сполучень вірогідно більше ($t= 4,5$; $p<0,001$) дозволяє хворим зберегти працездатність ($80,9 \pm 8,6$ % проти $37,4 \pm 4,7$ %), зменшити кількість візитів до лікарів ($4,8 \pm 4,7$ % проти $39,3 \pm 4,7$ %; $t= 5,2$, $p<0,001$), а також збільшити масу тіла ($76,2 \pm 9,3$ % проти $43,9 \pm 4,8$ %; $t= 3,1$, $p<0,001$), що сприяло покращенню якості життя в $95,2 \pm 4,7$ % респондентів у віддаленому післяопераційному періоді ($t= 6,11$, $p<0,001$).

5. Згідно з рентгенологічним та ендоскопічним дослідження кишечника в $90,4 \pm 6,4$ % хворих спостерігали задовільні антирефлюксні властивості нового ІТА ($t= 2,89$, $p<0,001$), що сприяло збереженню звичайної структурованості слизових оболонок тонкої і товстої кишки без відчутних запально-дистрофічних змін за результатами морфологічного вивчення їх біоптатів.

6. У $93,5 \pm 2,4$ % хворих після правобічної геміколектомії з ІТА без антирефлюксного захисту виникають глибокі зміни складу мікрофлори товстого кишечника у вигляді дисбактеріозу III ступеня. Тоді як, з новим антирефлюксним ІТА в $66,7 \pm 10,3$ % випадків спостерігаємо нормальний мікробний

спектр посівів мікрофлори випорожнень кишечника ($t=6,47$, $p<0,001$).

7. Аналіз результатів копрологічного дослідження калу показав, що у хворих контрольної групи порівняно із дослідною вірогідно більше зустрічається порушень показників копрограми ($85,7 \pm 7,6$ % проти $19,6 \pm 5,8$ %; $t= 6,88$ $p<0,001$), бродильної ($32,6 \pm 6,9$ % проти $9,5 \pm 6,4$ %; $t= 2,45$, $p<0,001$) і гнилісної ($47,8 \pm 7,4$ % проти $4,8 \pm 4,7$ % ; $t= 4,93$ $p<0,001$) диспепсій.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Профілактика післяопераційних ускладнень, які пов'язані з видаленням ілеоцекального відділу кишечника у хворих після правобічної геміколектомії, має проводитись під час виконання оперативного втручання з формуванням антирефлюксного тонкотовстокишкового сполучення.

2. При формуванні антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу клапан має будуватись виключно із стінки товстої кишки.

3. Оптимальним способом вивчення ефективності медико-соціальної реабілітації хворих після правобічної геміколектомії з огляду вибору способу відновлення прохідності кишечника є комплексний аналіз даних, отриманих після анкетування з наступним ендоскопічним, рентгенологічним дослідженням кишечника, а також вивченням якісних та кількісних характеристик калу.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Шапринський В.О., Жученко С.П., Дроненко В.Г. Обґрунтування вибору типу відновлення безперервності кишківника після правобічної геміколектомії // Хірургія України. – 2003. – №2 (6). – С.36-37.(Особистий внесок дисертанта: формування вибірки груп хворих, обробка і аналіз результатів клінічного спостереження за хворими, підготовка матеріалу до друку).

2. Дроненко В.Г., Шапринський В.О., Коваль В.М. Клініко-ендоскопічна характеристика тонкотовстокишкових сполучень // Клінічна хірургія. – 2005. – № 11-12. – С.71-72. (Особистий внесок дисертанта: збір клінічного матеріалу, статистична обробка отриманих результатів, підготовка матеріалів до друку).

3. Дроненко В.Г., Шапринський В.О., Закрижевський В.М. Оптимізація хірургічного лікування у хворих з патологією правої половини ободової кишки // Харківська хірургічна школа. – 2006. – № 1. – С.213-215. (Особистий внесок дисертанта: оперативне лікування хворих, їх клінічне обстеження, аналіз та статистична обробка кінцевих результатів, подання до друку).

4. Дроненко В.Г. Ілеоцекальний відділ кишечника та можливості його відтворення хірургічним шляхом після правобічної геміколектомії // Вісник морфології. – 2007. – Т. 2, № 13. – С. 459-463. (Особистий внесок дисертанта: патентно-інформаційний пошук, аналіз клінічного матеріалу, підготовка до друку).

5. Морфо-функціональна характеристика антирефлюксного ілеотранс-верзоанастомозу в умовах експерименту / С.П.Жученко, В.О.Шапринський, В.Г. Дроненко, М.С. Пушкар // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2007. – № 11(2). – С. 486-489. (Особистий внесок дисертанта: проведення експерименту, формулювання висновків, підготовка до друку)

6. Деклараційний патент на винахід 62502A UA, МПК А61В17/00. Спосіб формування кінцебокового антирефлюксного тонкотовстокишкового співустя / С.П. Жученко, В.О. Шапринський, В.Г. Дроненко – Заявка 2003042905. Заявл. 03.04.2003. Опубл. 15.12.2003, Бюл. № 12. (Особистий внесок дисертанта: патентно-інформаційний пошук, участь у розробці нової конструкції антирефлюксного ІТА, експериментальній і клінічній частині досліджень, інтерпритація отриманих результатів, подання заявки на винахід).

7. Деклараційний патент на винахід 62501A UA, МПК А61В17/00. Рано-розширювач для виконання абдомінальних і торакальних операцій / В.Г. Дро-ненко, В.О. Шапринський – Заявка 20030442902. Заявл. 03.04.2003. Опубл. 15.12.2003, Бюл. № 12. (Особистий внесок дисертанта: патентно-інформаційний пошук, участь у розробці і клінічній апробації інструмента, підготовка технічної документації, подання заявки на винахід).

8. Деклараційний патент на винахід 63322A 62501A UA, МПК А61В17/00. Хірургічний вимірювальний пристрій для формування анастомозів / В.Г. Дро-ненко, В.О. Шапринський – Заявка 2003042906. Заявл. 03.04.2003. Опубл. 15.01.2004, Бюл. № 1. (Особистий внесок дисертанта: участь у розробці інструмента, експериментальне і клінічне впровадження, підготовка технічної документації, подання заявки на винахід).

9. Дроненко В.Г. Хірургічний метод профілактики дисбактеріозу товстої кишки у хворих після правобічної геміколектомії // Медицина – здоров'я ХХІ сторіччя: Матеріали ІV-ої міжнародної конференції студентів і молодих вчених. Дніпропетровськ, 18-10 вересня 2003 р. – Дніпропетровськ, 2003. – С.75-76.(Особистий внесок дисертанта: обстеження хворих, обробка кінцевих результатів, підготовка матеріалів до друку).

10. Дроненко В.Г., Ковальчук А.Ф. Отдаленные результаты медико-социальной реабилитации больных после правосторонней гемиколэктомии // Материалы ІІІ-го съезда онкологов и радиологов СНГ. Минск, 25-28 мая, 2004 г. – Минск, 2004.- Ч. 2. – С.141. (Особистий внесок дисертанта: збір і аналіз клінічного матеріалу, інтерпритація вихідних даних, підготовка матеріалів до друку).

11. Опыт хирургического лечения рака ободочной кишки / В.А. Алексеев, А.Ф. Ковальчук, О.С. Гудзь, В.И. Секулер, В.Г. Дроненко // Материалы ІІІ -го съезда онкологов и радиологов СНГ. Минск, 25-28 мая 2004 г. – Минск, 2004.- Ч. 2. – С.117. (Особистий внесок дисертанта: збір і аналіз клінічного матеріалу, його статистична обробка, підготовка до друку).

12. Дроненко В.Г., Закрижевський В.М., Рибаків С.О. Досвід використання нової методики антирефлюксного кінцебокового тонкотовсто-кишкового анастомозу у хворих після правобічної геміколектомії // Матеріали XI-го з'їзду онкологів України. Судак, 29 травня - 02 червня 2006 р.– Київ, 2006. – С. 134. (Особистий внесок дисертанта: впровадження нового ІТА в клініку, інтерпретація результатів лікування хворих, статистична обробка матеріалу, підготовка до друку).

АНОТАЦІЯ

Дроненко В.Г. Обґрунтування нового методу формування антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу після правобічної геміколектомії. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю – 14.01.03 – хірургія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2007.

Дисертація присвячена актуальній проблемі сучасної колопроктології: можливостям відтворення анатомо-топографічних структур подібних до баугінієвого клапану людини. Запропонована конструкція антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу, в якій клапан моделюється виключно з стінки товстої кишки, спочатку вивчена в експерименті, а потім впроваджена в клініку. Запропонований технічний прийом дозволяє попередити запально-дистрофічні зміни останнього та зберегти надійну антирефлюксну функцію клапану у $90,4 \pm 6,4$ % прооперованих ($t=2,89$ $p<0,001$). Впровадження в клініку розробленого співустя зменшує клініко-функціональні, копрологічні, дисбіотичні розлади та покращує результати медико-соціальної реабілітації хворих.

Ключеві слова: правобічна геміколектомія, антирефлюксний ІТА, медико-соціальна реабілітація хворих.

АНОТАЦІЯ

Дроненко В.Г. Обоснование нового метода формирования антирефлюксного илеотрансверзоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности – 14.01.03 – хирургия.– Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, 2007.

Диссертация посвящена актуальной проблеме современной колопроктологии: возможностям создания анатомо-топографических структур, сходных с илеоцекальным клапаном человека. Разработана новая конструкция антирефлюксного ИТА, в которой клапан моделируется исключительно из стенки толстой кишки в виде дубликатуры последней, инвертированной в её просвет. Благодаря такому техническому приёму однородные ткани находятся в однородной

среде, что предупреждает воспалительно- дистрофические изменения клапана, а следовательно обеспечивает надежные антирефлюксные свойства предложенного соединения.

Вначале анастомоз был изучен в эксперименте, а затем внедрен в клинику. В работе изучена роль метода восстановления проходимости кишечника после правосторонней гемиколэктомии в возникновении копрологических, дисбиотических изменений испражнений больных, а также возможность их коррекции хирургическим путём в момент проведения первичной операции. Разработан и изучен алгоритм комплексной оценки медико-социальной реабилитации больных в отдалённом послеоперационном периоде.

Согласно результатам рентгенологического и эндоскопического методов исследования новая конструкция антирефлюксного ИТА имеет надежные антирефлюксные свойства в различные периоды наблюдения в $90,4 \pm 6,4$ % прооперированных больных ($t=2,89$, $p<0,001$), что создает оптимальные условия для профилактики клинико-функциональных и органических нарушений связанных с удалением илеоцекального отдела кишечника. Внедрение нового метода формирования антирефлюксного ИТА обеспечивает надежную медико-социальную реабилитацию больных после правосторонней гемиколэктомии.

Ключевые слова: правосторонняя гемиколэктомия, антирефлюксный ИТА, копрологические, дисбиотические изменения испражнений, медико-социальная реабилитация.

SUMMARY

Dronenko V.G. Grounds for a new method of antireflux ileotransverse anastomosis formation after right hemicolectomy. – Manuscript.

The dissertation for the scientific degree of candidate of medical sciences in speciality - 14.01.03 – Surgery. Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, 2007.

The dissertation is devoted to an urgent problem of modern coloproctology: possibility to create anatomic-topographic structures similar to ileocecal valve of man. A new design of antireflux ileotransverse anastomosis with the valve modelled only from the colonic wall as its duplicate inverted in its lumen was developed.

According to the results of radiologic and endoscopic investigations a new design of antireflux ileotransverse anastomosis showed high functional capacity of the valve's work in different periods of observation – $90,4 \pm 6,4$ % ($t=2,89$, $p<0,001$) This contributes to prevention of various clinico-functional and organic disturbances due to the absence of barrier between small and large intestine and ensures reliable medico-social rehabilitation of patients after resection of ileocecal portion of intestine thus improving their life quality.

Key words: right hemicolectomy, antireflux ileotransverse anastomosis, coprologic and dysbiotic changes in excrements, medico-social rehabilitation, life quality of patients.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ІЦК – ілеоцекальний клапан

см – сантиметр

КУО/г – колонієутворюючих одиниць в одному грамі

кПа – кілопаскаль

МКСХ – медична карта стаціонарного хворого

ФКС – фіброколоноскопія