Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

інститут невідкладної і відновної хірургії ім. в.к.гусака

академії медичних наук україни

**Кухто олексій Павлович**

**УДК: 616.344-002-031.84-089**

**Обгрунтування особливостей**

**хірургічного лікування хвороби Крону**

**14.01.03 – хірургія**

**Автореферат**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

Донецьк – 2008

## Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті
ім. М. Горького Міністерства охорони здоров'я України.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Гюльмамедов Фарман Ібрагімович,** Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії №1.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Грінцов Олександр Григорович,** Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, завідувач кафедри хірургічних хвороб стоматологічного факультету анестезіології і реаніматології;

доктор медичних наук, професор **Пойда Олександр Іванович,** Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця МОЗ України, професор кафедри факультетської хірургії № 1.

Захист відбудеться «23\_» квітня 2008 року о \_14 годині

на засіданні Спеціалізованої вченої ради Д 11.559.01 в Інституті невідкладної і відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України (83045, м. Донецьк, Ленінський проспект, 47).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Інституту невідкладної і відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України (83045, м. Донецьк, Ленінський проспект, 47).

Автореферат розісланий «22» березня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

д.мед.н. О.А.Штутін

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність проблеми.** Актуальність проблеми хвороби Крону (ХК) обумовлена як медичними, так і соціальними причинами. Соціальний аспект важливий у зв'язку з неухильно зростаючою первинною захворюваністю. Так, у 1985 році за даними ВОЗ вищезгаданий показник складав 5 – 10 випадків на 100 000 населення в рік, а поширеність – 30 – 50 на 100 000 (V.Binder,1995). Вже в 1998 році первинна захворюваність склала 30 – 50 чоловік на 100 000 населення. Хворі - переважно люди молодого віку (18-40 років). Після 10 років хвороби виживало 87% пацієнтів, після 20 років – 75%, після 30 років – 65% (P. Munkholm, 1993). Відсутність ефективного консервативного протирецидивного лікування й об'єктивного прогнозування перебігу ХК ставлять на перший план питання про своєчасне хірургічне лікування (А.М.Нікітін, 1989; А.С.Панчишко, 2004). В останні 20 років сформована сучасна концепція, згідно якої хірургічні методи лікування ХК повинні застосовуватися тільки при виникненні ускладнень, що не піддаються консервативній терапії, 60-80% хворих потребують хірургічного лікування протягом перших 15 років перебігу захворювання (D. Garcia-Olmo, 2005). Одним із основних негативних чинників хірургічного лікування ХК є інвалідизуючий ефект оперативних втручань, тому визначення ролі “відновного” етапу хірургічного лікування ХК дуже актуальна задача як в медичному, так і в соціальному аспекті (Т.Г.Кравченко, 1999; А.Н. Окороков, 1999; A. Bener, 2005; G.Kirov, 2004). Разом із цим при багатоетапному хірургічному лікуванні необхідне уточнення термінів і характеру реконструктивно-відновних операцій (J.G. Albert; Е. Louis, 2006). У зв'язку з цим обґрунтування і розробка нових способів формування міжкишкових анастомозів із використанням інтраопераційної декомпресії кишечнику, застосування ендовідеохірургічних технологій дозволять розширити показання до виконання як радикальних, так і реконструктивно-відновних операцій при ускладненому перебігу ХК.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і є фрагментом комплексної теми кафедри загальної хірургії № 1 медичного факультету № 2: «Хірургічна реабілітація хворих із захворюваннями і пошкодженнями передньої черевної стінки, стравоходу і товстої кишки, а також хірургічними ускладненнями захворювань ендокринної системи», № державної реєстрації 0105U003456, у якій автор був співвиконавцем.

**Мета роботи і завдання дослідження.** Мета роботи - поліпшення результатів хірургічного лікування хвороби Крону шляхом удосконалення хірургічної тактики і методів оперативного лікування.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

1. Визначити причини незадовільних результатів хірургічного лікування ХК та шляхи їх покращення.

2.На підставі математичної моделі прогнозування загострень і об'єктивних показників закономірності розвитку основного захворювання уточнити показання до радикального хірургічного лікування хвороби Крону.

3. Визначити найбільш інформативні гістоморфологічні маркери загострення хвороби Крону.

4. Розробити тактику хірургічного лікування різних форм хвороби Крону з урахуванням розвитку ускладнень основного захворювання.

5. Розробити нові методи реабілітаційного лікування на підставі оптимальної хірургічної тактики.

6. Оцінити ефективність застосованої хірургічної тактики.

*Об'єкт дослідження:* хірургічне лікування хвороби Крону тонкої і товстої кишки.

*Предмет дослідження:* результати хірургічного лікування хворих з різними формами хвороби Крону залежно від тяжкості перебігу, активності ХК і об'єму хірургічної допомоги, що проводилася.

*Методи дослідження:*

- клінічні методи (збір скарг, анамнезу, загальний огляд, виявлення супутньої патології та наслідків синдрому поліорганої недостатності (СПОН));

- лабораторні методи (загальні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи крові);

- імунологічні (вміст TNFα і IL-8 в сироватці крові);

- мікробіологічні (вивчення мікрофлори відключених і не відключених від транзиту по травному каналу відрізків тонкої і товстої кишки при хворобі Крону);

- ендоскопічні (вивчення стану товстої і прямої кишки при фіброколоноскопії та ректороманоскопії);

- патоморфологічні (вивчення біопсійного матеріалу та видалених відрізків тонкої і товстої кишки);

- функціональні дослідження (вивчення функції сформованих резервуарів);

- статистичні (статистична обробка одержаних даних дають можливість визначити ступінь активності і тяжкості перебігу ХК, вибрати оптимальну хірургічну тактику, прогнозувати можливі ускладнення).

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше розроблені об'єктивні критерії необхідності хірургічного лікування при відносних показаннях до операції у хворих на ХК. Вперше науково обґрунтована диференційована хірургічна тактика залежно від локалізації процесу, ступеня розвитку запальних змін в ураженій кишці, клінічного перебігу процесу, імунологічного статусу пацієнтів відповідно до планованого реабілітаційного лікування. Вперше в умовах клініки вивчено зв'язок загальних клінічних, біохімічних показників крові, TNF-б, IL8 із загостренням або ремісією основного захворювання, що підтверджено даними патоморфологічного дослідження операційного і біопсійного матеріалу. Вперше на підставі одержаних даних створена нейросетєва модель прогнозування загострень ХК в післяопераційному періоді і за міжетапного лікування.

**Практичне значення одержаних результатів.** Вирішено завдання об'єктивної диференціальної діагностики варіантів перебігу ХК і проведення своєчасного адекватного хірургічного лікування залежно від локалізації і форми клінічних проявів. Визначені відносні показання до хірургічного лікування ХК.

Вперше розроблені, клініко-морфологічно обґрунтовані й упроваджені в практику нові методи реконструктивно відновних операцій (РВО) ( «Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана» патент України № 51068, 2002 рік, і «Спосіб хірургічного лікування ХК» патент України № 14538, 2006 рік).

Розроблені методики діагностики і лікування ХК впроваджені в роботу хірургічних та проктологічних відділень Донецької області і міста Донецька: в міських лікарнях №16 та №1 м. Донецька, в міській лікарні міста Красноармійськ Донецької області, проктологічному відділенні ДОКТМО, використовувалися в лікувально-педагогічній практиці кафедри загальної хірургії № 1, Донецького національного медичного університету імені М. Горького. Одержані результати впровадження свідчать про ефективність розроблених методів діагностики і лікування. Використання в практичній охороні здоров'я розроблених методик діагностики, оперативного і консервативного лікування ХК дозволяє скоротити терміни медичної і соціальної реабілітації хворих з ХК, знизити летальність до 4,35±2,45%, сформувати резервуар і відновити безперервність травного каналу у 92,31±7,39% у досліджувальній групі

**Особистий внесок здобувача.** Ідея дослідження запропонована науковим керівником проф. Гюльмамедовим Ф. І. Разом із науковим керівником розроблена концепція роботи і дизайн дослідження. Здобувачем особисто проведений аналіз клінічного матеріалу за темою дослідження за 17 років спостереження і лікування хворих із даною патологією в клініці загальної хірургії №1 ДонНМУ на базі проктологічного відділення ДОКТМО. Виконаний огляд літератури і патентний пошук із даної проблеми, проведений метааналіз одержаних даних, вивчені показники імунологічного, біохімічного статусу пацієнтів з ХК, їх взаємозв'язок. Дисертант особисто провів дослідження, їх статистичну обробку, брав участь у веденні хворих і у виконанні оперативних втручань у пацієнтів з ХК. Спільно з науковим керівником проведена клініко – морфологічна інтерпретація одержаних даних на етапах лікування. Спільно з науковим керівником розроблено оптимальні методики хірургічного лікування пацієнтів з ХК. Пошукувач не користався результатами й ідеями співавторів публікацій.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації представлені й обговорені на 57-ій науково-практичній конференції молодих учених Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з міжнародною участю, V всеросійській конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми колопроктології», XXI з'їзді хірургів України (Запоріжжя, 2005), науково-практичній конференції, присвяченій 50-річчю кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, ХI міжнародному з'їзді хірургів і гастроентерологів (Баку, 2006), II з'їзді проктологів України з міжнародною участю, науково-практичній конференції “Актуальні питання діагностики і лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини” (Донецьк, 2007), двічі докладалися на засіданнях обласного товариства хірургів (2005, 2007рр.).

**Публікації.** Автором за темою дисертації опубліковано 15 наукових праць, з яких 14 статей - у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, отримано 2 патенти України на винаходи.

**Структура і об'єм дисертації.** Дисертація викладена на 160 сторінках машинописного тексту. Вона складається зі вступу, 6 розділів (у тому числі огляду літератури, матеріалів і методів, 4 розділів власних досліджень), узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить 286 найменувань, з яких 57 - кирилицею і 229 – латиницею.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали і методи дослідження.** Робота виконана на базі проктологічного відділення Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО) і кафедри загальної хірургії №1 ДонНМУ ім. М.Горького. Під нашим спостереженням і лікуванням з 1987 по 2007 рік знаходилося 136 хворих, яким виконано 315 оперативних втручань.

Всі оперовані хворі страждали на тяжку форму ХК, що підтверджується підвищеними значеннями індексу CDAI (Crohn‘s Disease Activity Index).

Для вирішення завдань дослідження в рамках виконання дисертаційної роботи вивчення клінічних даних розділено на 2 етапи. На першому етапі досліджень ретроспективно проаналізовані результати хірургічного лікування 67 (49,3±4,3%) хворих на ХК за період з 1983р по 1998р. Проаналізовані найбільш вірогідні причини незадовільних результатів і можливі шляхи їх поліпшення. На другому етапі враховані всі недоліки лікувального процесу у хворих на ХК в період з 1983 по 1998рр., розроблена принципово нова хірургічна тактика. Вона покладена в основу лікування 69 (50,7±4,3%) хворих на ХК, котрі одержували лікування з 1999 по 2007 рік. Таким чином, було виділено 2 групи пацієнтів: контрольна група з 1983 по 1998рр – 67 пацієнтів; досліджувана група - 69 хворих з 1999-2007 рр. Всі групи ідентичні за статтю, віком, тяжкістю стану, локалізацією ураження, основними клінічними характеристиками захворювання (індекси активності ХК). Принципово різними в них були хірургічна тактика і характер консервативного лікування, що проводилися. Був використаний диференційований підхід до вибору хірургічного лікування залежно від прогнозованих ускладнень і загострень планованого реабілітаційного лікування. Прооперовано 70 жінок, що склало 51,5±4,3%, а у вікових категоріях, найбільш значущу групу 86,8±2,9% представляли пацієнти від 18 до 55 років, тобто особи найбільш працездатного віку.

Прооперовані хворі отримували базове консервативне лікування згідно протоколу, запропонованому клінікою Мейо. Консервативне лікування проводилося як у доопераційному періоді, так і після операції. Використовувалися цитостатики, гормональні препарати, інгібітори TNFα, сульфосалазін або салофальк як перорально, так і шляхом введення в пряму кишку.

 Таблиця 1

Кількість хворих працездатного віку в контрольній і досліджуваній групі

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назва групи | Всього хворих | Працездатного віку (18-55) | Не працездатного віку(до 18 і більше 55)  55) |
| Абсо-лютна кількість | %±m% | Абсо-лютна кількість | %±m% | Абсо-лютна кількість | %±m% |
| Контрольна група | 67 | 49,3±4,3 | 61 | 44,9±4,3 | 6 | 4,4± 1,8 |
| Досліджувана група  | 69 | 50,7±4,3 | 57 | 41,9±4,3 | 12 | 8,8± 2,4 |
| Всього | 136 | 100 | 118 | 86,8±2,9 | 18 | 13,2±2,9 |

 Таблиця 2

Кількість чоловіків і жінок у контрольній і досліджуваній групі

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назва групи | Всього хворих | Чоловіки | Жінки |
| Абсо-лютна кількість | %±m% | Абсо-лютна кількість | %±m% | Абсо-лютна кількість | %±m% |
| Контрольна група | 67 | 49,3±4,3 | 32 | 23,5±3,6 | 34 | 25,0±3,7 |
| Досліджувана група | 69 | 50,7±4,3 | 34 | 25±3,7 | 36 | 26,5±3,8 |
| Всього | 136 | 100 | 66 | 48,5±4,3 | 70 | 51,5±4,3 |

За розповсюдженістю процесу всі хворі були розподілені наступним чином : з приводу тотального ураження товстої кишки прооперовано 60 (44,1±24,3%) хворих. У цій групі зафіксовано 4 (6,7±3,2%) летальних випадки - усі після повторних радикальних операцій. При сегментарній локалізації ураження оперативне лікування виконане у 24 (17,7±3,3%) хворих. Ізольоване ураження прямої кишки спостерігалося у 10 (7,4±2,2%) хворих. Ілеоободова локалізація процесу відмічена у 21 (15,4±3,1%) хворого, ураження тонкої кишки виявлено у 21 (15,4±3,1%) хворого.

 Таблиця 3

Розподіл хворих за локалізацією ураження.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Локалізація ураження | Контрольна група | Досліджувана група | Всього |
| Ураження ХК тонкої кишки | 64,4±1,8% | 1511,0±2,7% | 2115,4±3,1% |
| Сегментарне ураження ХК товстої кишки | 1712,5±2,8% | 75,1±1,9% | 2417,7±3,3% |
| Тотальне ураження ХК товстої кишки | 3223,5±3,6% | 2820,6±3,5% | 60 44,1±4,3% |
| Ураження ХК прямої кишки | 42,9±1,5% | 64,4±1,8% | 107,4±2,2% |
| Ілеоободова локалізація | 85,9±2,0% | 139,6±2,5% | 2115,4±3,1% |
| Всього | 67 49,3±4,3% | 69 50,7±4,3% | 136100% |

Дослідження клінічних і біохімічних показників крові проводилися у даної категорії хворих у п'ять етапів: під час госпіталізації, у середині курсу консервативної терапії, перед операцією, на 3 добу післяопераційного періоду, після закінчення лікування. Патогістологічні дослідження виконувались на базі кафедри патологічної анатомії Дон НМУ (зав. каф. д.мед.н. проф.
Василенко І.В.) на базі патологоанатомічного відділення ДОКТМО (зав. від.
Гульков Ю.К.).

Біохімічні дослідження проведені у відділі медичної хімії центральної науково-досліджувальній лабораторії ЦНДЛ ДонНМУ (зав. від. с.н.с, к.мед.н. Є.Д. Якубенко), у лабораторному відділенні ДОКТМО (зав. від. д.мед.н. Г.Г. Луньова), лабораторії гуморальної діагностики обласного реанімаційного центру ДОКТМО (завідувач відділення – Т.І. Колеснікова), у відділі біохімічних досліджень Донецького діагностичного центру (ДДЦ) (зав. від. – Л.А. Штода).

Імунологічні дослідження виконувалися на кафедрі клінічної імунології та алергології ДонДМУ (зав. каф д.мед.н., проф. О.С. Прилуцький, доц. Е.А. Майлян) і включали визначення фагоцитарної активності нейтрофілів венозної крові (ФАЛ з NST), рівня експресії мононуклеарами венозної крові молекул DR, CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD95; комітованих до апоптозу і некротично змінених нейтрофілів венозної крові у сироватці крові визначали: загальну активність комплементу і СЗа компонента; концентрацію імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G методом радіальної імунодифузії в гелі, концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) методом осідання поліетиленгліколем (мол. м. 6000). Вміст TNFα і IL-8 визначали в сироватці крові імуноферментним методом на імуноферментному аналізаторі фірми SANOFI з використанням набору комерційних реагентів ТОВ «Цитокін» (Санкт Петербург, Росія) у центрі лабораторної діагностики на базі ЦНДЛ ДонДМУ (зав., с.н.с, к.мед.н. Зябліцев С.В.).

Кількість виконаних операцій у залежності від локалізації ХК наведена у таблиці 4.

 Таблиця 4

Кількість виконаних операцій у залежності від локалізації ХК

|  |  |
| --- | --- |
| Локалізація ураження | Кількість операцій |
| Контрольна група | Досліджувана группа | Всього |
| Ураження ХК тонкої кишки | 4120,4±2,8% | 2017,5±3,6% | 6119,4±2,2% |
| Сегментарне ураження ХК товстої кишки | 5225,9±3,1% | 1513,2±3,2% | 6721,3±2,3% |
| Тотальне ураження ХК товстої кишки | 8240,8±3,5% | 4640,4±4,6% | 12840,6±2,8% |
| Ураження ХК прямої кишки | 84,0±1,4% | 76,1±2,2% | 154,8±1,2% |
| Ілеоободова локалізація | 189,0±2,0% | 2622,8±3,9% | 4414,0±2,0% |
| Всього | 201 | 114 | 315 |

 При морфологічних дослідженнях резеційованих ділянок кишки та біопсійного матеріалу в усіх препаратах з морфологічною картиною загострення мікроскопічно виявлені виразки в стінці кишки.

Ґрунтуючись на мікроскопічних особливостях будови стінки виразок, їх можна поділити на гострі й хронічні. У гострих виразках в стінці видно некроз і скупчення поліморфноядерних лейкоцитів.

Хронічні виразки характеризувалися зональністю: тобто по краю виразки, на поверхні були скупчення поліморфноядерних лейкоцитів, потім грануляційна тканина, інфільтрат переважно із лімфоцитів, часто видно скупчення макрофагів, які іноді нагадують гранульоми.

Зустрічалися гострі виразки з початковими ознаками хронізації, коли збережений частково некротизований епітелій крипт, в інфільтраті з'являються ознаки грануляційної тканини, а саме: поодинокі новоутворенні судини з високим ендотелієм, скупчення макрофагів.

Інколи, при ще не завершеному утворенні гострої виразки, тобто за наявностю некрозу стінки кишки з лейкоцитами, каріорексисом у них, фібрином, але ще без формування дефекту стінки, вже відзначається утворення валу з макрофагів на межі з оточуючими тканинами.

Інколи можна побачити процес загоєння виразки: при збереженні некрозу, наявності грануляційної тканини в краях і дні щілиновидної виразки, лімфо-гістіоцитарної інфільтрації відбувається проліферація збереженого епітелію крипт і наповзання незрілого без келихоподібних клітин на грануляційну тканину. Клітинний інфільтрат був різним за складом, топографією й поширеністю.

У більшості хворих в клітинному інфільтраті була приблизно однакова кількість лімфоцитів, плазматичних клітин і поліморфноядерних лейкоцитів. У цих хворих клітинний інфільтрат виявляли в усіх шарах стінки кишки.

Говорячи про характерне для ХК гранулематозне запалення, ми відзначали гранульомоподібні скупчення макрофагів і дійсні гранульоми. Під гранульомоподібними утвореннями розуміли скупчення макрофагів (великих, активованих) без чітких меж. У слизовій оболонці тонкої і товстої кишки в усіх випадках виявлялося хронічне запалення. Як і в інших шарах стінки кишки, в більшості випадків клітинний інфільтрат був змішаним з лімфоплазмоцитарним, гістіоцитарним і лейкоцитарним, нейтрофільним і еозинофільним складом.

Також щілиновидні виразки зі збереженням у одному з країв її епітелію кріпти можуть придбати ознаки хронізації з появленням макрофагів в іншому краї грануляційної тканини, густого лімфогістіоцитарного інфільтрату.

Як вже зазначалося, нерідко в одного хворого було сполучення різних васкулітів: альтеративно-ексудативних і ексудативних, ексудативно-проліферативних і проліферативних.

Такого типу васкуліти з фібриноїдним некрозом і лейкоцитами характерні для наявності в організмі антинейтрофільно-клітинних антитіл (ANCA-синдром). Можна припустити, що в механізмі розвитку васкулітів у цьому випадку відіграє роль ANCA-синдром.

Наявність васкулітів із закриттям просвіту судин, різким його звуженням, безумовно порушувало живлення стінки кишки і могло сприяти розвитку її некрозів і виразок.

Порушення живлення тканин може призвести до розвитку некрозів у стінці кишки з подальшим розплавленням некрозу лейкоцитами та формуванням щілиновидної виразки.

Клінічний перебіг захворювання в значній мірі визначається патоморфологічними змінами, що обґрунтовує диференційоване використання консервативної терапії. При гострому перебігу мікроскопічно виявлялися щілиновидні виразки, реальна небезпека перфорації кишки зі створенням інфільтрату та загостренням у найближчому післяопераційному періоді.

При хронічному перебігу захворювання, загостренні середньої тяжкості, коли клінічно виявлено рубцевий стеноз, гістологічно виявлялися в стінці кишки хронічне гнійне запалення й виразки з вираженою зональністю. Крипт-абсцеси були продромою гніно-септичних ускладнень, що потребувало призначення активної антибактеріальної імуннокорегуючої терапії. Альтеративні васкуліти з фібриноїдними змінами в стінці судин мілкого та середнього калібру, в сполученні з вираженої нейтрофільною ексудацією особливо важко піддавалися консервативній терапії. При цьому особлива увага приділялася покращенню реологічних властивостей крові, впливу на мікроциркуляцію, також у консервативній міжетапній терапії важливе місце займали дезагрегантні засоби, використовувалися антікоагулянти прямого типу дії. Як правило, в цих хворих спостерігалося підвищення фібриногену крові до 20 та вище, тромбоцитоз. При загостренні в післяопераційному періоді спостерігалося порушення життєздатності, некроз і флегмона ураженої кишки. При лімфоцитарній інфільтрації, лімфоцитозі необхідно використовування цитостатиків. При цьому частіше спостерігаються явища СПОН.

**Результати власних досліджень і їх обговорення.** З 67 пацієнтів контрольної групи у 6 (9,0±3,5%) констатовані летальні результати. А з 69 хворих досліджуваної групи у 3 (4,4±2,5%) осіб зафіксовані летальні випадки. Всім хворим досліджуваної групи виконано 114 оперативних втручань, тобто практично по дві операції на хворого. А 67 пацієнтів контрольної групи –201 операція, тобто практично 3 операції на хворого, що обумовлено застосуванням у цій групі не оптимальної хірургічної тактики. Кожна з груп була розділена за локалізацією ураження згідно з Віденською класифікацією. Післяопераційні ускладнення оцінювалися залежно від стану хворого перед операцією, хірургічної тактики, загострень основного захворювання. Відмічено достовірно більшу кількість проведених радикальних операцій в досліджуваній групі, внаслідок того, що більш своєчасно виставлялися показання до хірургічного лікування. У досліджуваній групі були відсутні повторні оперативні втручання, обумовлені тактичними помилками; відмічена більша кількість успішно виконаних відновних операцій, у зв'язку зі зміною хірургічної тактики. У досліджуваній групі зафіксовано зниження летальності і кількості післяопераційних ускладнень.

У досліджуваній групі виконано достовірно менше число ургентних і більша кількість планових оперативних втручань після проведеного консервативного лікування. Розроблені і запатентовані нові методи хірургічного і реконструктивно -відновного лікування після резекції ураженої кишки на тлі ХК.

На запропоновану в клініці методику ”Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана” отримано патент України № 51068, 2002 рік.

Зазвичай мобілізацію кукси прямої кишки виконують через черевну порожнину. Ми пропонуємо виконувати мобілізацію через проміжність, частково розгинаючі ligamentum anocochigeum мобілізацію кукси прямої кишки проводять по задній її стінці із збереженням живлячих судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, тупо мобілізують фіксовану до стінки кукси стінку сечового міхура, а розтин тазового листка очеревини з боку черевної порожнини проводять під контролем руки хірурга і введеного в куксу прямої кишки металевого зонда.

Перевагою даного методу є мінімальна травматизація живлячих судин і тканин промежини, що зменшує вірогідність загострення ХК в зоні анастомозу в післяопераційному періоді, при цьому методі досягається мінімальний об'єм оперативного втручання.

Важливим завданням є формування резервуарів після радикальних операцій на тлі ХК. Запропоновано новий „Спосіб хірургічного лікування хвороби Крону” (Патент України № 14538, 2006 рік). Спосіб здійснюється таким чином: мобілізують необхідний для видалення уражений відділ товстої і клубової кишки. Перетинають кишку в області резекції і формують терміно-латеральний анастомоз між верхівкою прямої і петлею клубової на відстані 40-45см від краю резецированної клубової кишки. Формують одноствольну «хоботкову» ілеостому з кінцевого відділу клубової кишки, щоб вона була найбільш проксимальною точкою сконструйованого резервуару. Залишеним після субтотальної колектомії великим чіпцем формують «малу черевну порожнину». Для цього, після проведення клубової кишки через окремий отвір в передній черевній порожнині, великим чіпцем «вкривають» петлі кишечнику. Чіпець фіксують вузловими швами в бічних фланках. Через 2-3 місяці на тлі ремісії ХК і нормалізації функції терміно-латерального анастомозу, проводять лапароскопічне ушивання одноствольної ілеостоми. Троакари вводять в 4 місцях: у пупковій області вводять 11-мм троакар, через який вводиться лапароскоп з відеокамерою. У правому і лівому підребер'ях вводиться 5-ти і 11-ти мм троакар, причому 11-ти мм троакар вводять з боку протилежного раніше накладеної ілеостоми. У подальшому через нього проводять пелюстковий ранорозширювач або затискач Бебкока. Через 5-ти мм троакар проводиться робочий затискач. Троакар 12-ти мм для зшиваючого апарату ENDO-GIA-60 встановлюють із боку, протилежного ілеостомі. З боку черевної порожнини проводять мобілізацію кишки, що несе норицю. Зшиваючий апарат проводять під і над кінцевим відділом стомованної кишки у передній черевній стінці, з боку черевної порожнини. Прошиваються дистальний і проксимальний відділ кишки, що перетинається, 3 рядами танталових швів з кожної сторони. Дистальний відділ висікають з передньої черевної стінки з подальшим ушиванням дефекту .

Переваги способу:

- анастомоз формується на більш проксимальному відділі тонкої кишки, де мало ймовірний розвиток загострення. Це запобігає розвитку неспроможності швів анастомозу і подальших тяжких післяопераційних ускладнень;

- залишена дистальніше анастомозу термінальна частина клубової кишки після нормалізації функції анастомозу, практично залишається поза транзитом кишкового вмісту, тобто не піддається «фекальній агресії», а ілеостома «розвантажує» цю ділянку, що полегшує лікування подальших загострень;

- термінальна частина клубової кишки, де після операції найімовірніше розвиток загострення, доступна адекватному місцевому лікуванню;

- формування «малої черевної порожнини» навколо термінального відділу клубової кишки сприяє локалізації можливих хірургічних ускладнень в найближчому і віддаленому післяопераційному періодах;

- досягнення стійкої ремісії при адекватному лікуванні дозволяє скоротити термін соціальної і трудової реабілітації і закрити ілеостому через
2 - 3 місяці після радикальної операції, оскільки відновний етап відрізняється мінімальною травматичністю і може бути проведений відразу після досягнення ремісії, з мінімальним ризиком подальших загострень;

- створення ілеоректального резервуару забезпечує тривалішу затримку кишкового вмісту, що попереджує виснажуючу діарею і хімічний опік промежини;

- мала травматичність відновного етапу практично знімає дискусійне питання щодо виконання одномоментних операцій при тяжкому активному перебігу хвороби Крону. Ризик таких операцій безсумнівно вищий, ніж запропонована методика;

- рецидивуючий перебіг хвороби Крону і у віддаленому післяопераційному періоді, завдяки запропонованому винаходу дозволяє уникнути ререзекції, попереджає найважче ускладнення в хірургічному лікуванні хвороби Крона- розвиток синдрому мальабсорбції після неодноразових резекцій тонкої кишки.

Своєчасні, адекватні оперативні втручання в досліджуваній групі дозволили подовжити період ремісії, поліпшити функцію створених резервуарів у післяопераційному періоді шляхом застосування планованого реабілітаційного лікування, навіть при загостреннях основного захворювання, що повторюються. У досліджуваній групі відсоток успішно сформованих і функціонуючих резервуарів значно вище, ніж у контрольній, що обумовлено впровадженням нових методів оперативного лікування ХК. Так, у досліджуваній групі у 92,3±7,4% хворих сфомовано резервуар, а в контрольній - лише у 27,3±13,4% (відмінність статистично значуща, p=0,008).

У контрольній групі ілеостоми закриті у 3 хворих з 11 субтотальних колектомій, у досліджуваній групі – у 12 з 13. Відновні операції не проводилися в контрольній групі у чотирьох пацієнтів: у двох хворих внаслідок постійних загострень, у двох – внаслідок порушення функції сфінктера (їм виконана екстирпація прямої кишки).

На відміну від контрольної групи у досліджуваній групі тільки в одного хворого відмічено незадовільні результати відновної операції - розвилось рубцеве звуження сформованого резервуару. Резервуари створені шляхом формування терміно - термінальних тонко-тонкокишкових і тонко-товстокишкових анастомозів звужуються в результаті загострення основного процесу. Включити такий резервуар у транзит кишкового вмісту не вдалося чотирьом хворим контрольної групи. Ні трансанальне бужування, ні хірургічна корекція не призвели до скільки-небудь значущого клінічного ефекту. Післяопераційний період ускладнювався явищами тонкокишкової непрохідності. У цих хворих також спостерігалися міжпітльові абсцеси, лігатурні і тонкокишкові нориці, інфільтрація приводного відділу тонкої кишки, прояви часткової спайкової непрохідності тонкої кишки.

При створенні латеро-термінального ілеоректального резервуару необхідно знати закономірності поширення запального процесу. Ілеоректоанастомоз повинен розташовуватися на 40-45 см проксимальніше від ілеостоми, накладатися з розтином кукси прямої кишки уподовж і накладенням анастомозу в бік тонкої кишки, оскільки при включенні транзиту, саме в дістальному відділі тонкої кишки розвиватиметься загострення ХК.

При необхідності створення таких анастомозів вважаємо за необхідне формувати широкий анастомоз, розкриваючи просвіт кукси прямої кишки на відстані 4-5 см.

Таким чином, необхідність створення при ХК “широких” анастомозів бік у бік забезпечує попередження їх стенозування при повторних загостреннях основного захворювання. Нами вивчені особливості перебігу захворювання залежно від різних чинників. Математично прорахована вірогідність загострення ХК в різних стадіях перебігу захворювання. Вивчені зміни загальноклінічних, біохімічних аналізів крові, імунологічного статусу пацієнтів. З великою вірогідністю можна констатувати, що ризик розвитку післяопераційних ускладнень визначається наявністю таких параметрів, як: локалізація захворювання, вид оперативного втручання, лейкоцитарний індекс інтоксикації, індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ, кількість еритроцитів і лімфоцитів у периферичній крові перед оперативним втручанням. Нейросетєва модель прогнозування ризику загострення основного захворювання містить шість вищенаведених відтворних ознак, що мають високу чутливість в 88,2% (вирогідний інтервал 77,8% – 95,7%), специфічність – 87% (вирогідний інтервал 75,5% – 95,2%). Зв'язок між ризиком післяопераційних ускладнень і виділеними ознаками є істотно нелінійним. У найбільшій мірі облік виду оперативного втручання від локалізації запального процесу необхідний при істотному відхиленні від «норми» кількості еритроцитів і лімфоцитів у периферичній крові перед оперативним втручанням.

Була побудована нелінійна нейросетєва (типу багатошаровий персептрон) модель прогнозування загострень ХК в післяопераційному періоді, в якій можуть бути враховані можливі нелінійні зв'язки. Завдяки цій моделі можливо прогнозування загострення ХК в післяопераційному періоді і прогнозувати перебіг ХК узгоджуючи можливі ускладнення ХК з планованою хірургічною тактикою в деяких випадках при негативному прогнозі відмовляючись від виконання оперативних втручань. Вважаємо, що одномоментне відновлення безперервності кишкового каналу можливо за лише за рубцового звуження ураженої кишки на тлі ремісії ХК і за локалізації процесу в ілеоцекальному відділі кишки. При всіх інших клінічних проявах, окрім кровотеч, одномоментне відновлення безперервності кишкового каналу ускладнювалося неспроможністю швів анастомозу. Не можна формувати анастомоз або створювати куксу термінального відділу клубової кишки за загострення ХК і при ургентних втручаннях на тлі СПОН. У післяопераційному періоді, після ушивання кінцевої ілеостоми, внаслідок загострення основного захворювання розвивається перитоніт з перфорацією кишки у вільну черевну порожнину. За тонкокишковою локалізацією ХК необхідно резецирувати тонку кишку до Баугинієвої затулки або формувати двостовбурову норицю. У зв'язку з небезпекою мальабсорбції необхідно видаляти тільки змінений відділ кишки. Надалі на тлі консервативної терапії вивчався стан відключеної товстої кишки, можливість відновлення безперервності кишкового каналу шляхом формування ілеоободового анастомозу. За синдром поліорганної недостатності основним завданням слід вважати видалення патологічного осередку для попередження зростання аутоімуної агресії. Успіх хірургічного лікування ХК з рештою визначається ефективністю комплексного консервативного й оперативного лікування з метою досягнення стійкої ремісії. Консервативне лікування загострень проводилося базовими препаратами, згідно з протоколом консервативного лікування, рекомендованого клінікою Мейо. Виникнення повторних загострень із тотальним ураженням тонкої кишки є основною причиною летальних результатів за локалізацію ХК у тонкій кишці.

Результати: використання запропонованої хірургічної тактики в досліджуваній групі порівняно з контрольною дозволило знизити летальність до 4,4±2,5%, сформувати резервуар і відновити безперервність травного каналу у 92,3±7,4% в досліджуваній групі.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення актуального завдання - поліпшення результатів хірургічного лікування хвороби Крону шляхом удосконалення хірургічної тактики і методів оперативного лікування.

2. Показанням до радикального хірургічного лікування ХК, окрім гострих ускладнень основного захворювання, слід вважати наростання явищ СПОН на тлі консервативної терапії, що проводиться в повному обсязі. Прогнозування загострень основного захворювання найефективніше за допомогою запропонованої нами математичної моделі виникнення загострення ХК.

3. Найбільш інформативними гістоморфологічними маркерами загострення хвороби Крону є наявність виразок, крипт-абсцесів у стінці кишки на тлі фібриноїдних змін у стінці кровоносних судин.

4. Критеріями вибору оптимальної хірургічної тактики є локалізація запалювального процесу, тяжкість захворювання, наявність і характер ускладнень, гострий або хронічний перебіг ХК. Оперативні втручання з одномоментним формуванням анастомозу при ХК показані за ілеоободовій локалізації процесу, на тлі високого ураження тонкої кишки і гострого перебігу патологічного процесу, а також при хронічному перебігу захворювання і наявності рубцевих стриктур. У всій решті випадків необхідно виконувати багатоетапне оперативне втручання, при цьому слід співвідносити хірургічну тактику з планованим реабілітаційним лікуванням.

5. Вибір методу реабілітаційного лікування залежить від локалізації ураження, перенесених раніше оперативних втручань. Обов'язково необхідно враховувати можливість загострення ХК в дистальному відділі тонкої кишки в післяопераційному періоді, тому не можна використовувати цю ділянку для формування анастомозу у зв'язку з можливістю неспроможності його швів. Просвіт накладеного анастомозу повинен бути достатньо “широким”, щоб уникнути його звуження при можливому рубцюванні. За формування резервуарів доцільно зберегти ілеостому, як дистальний відділ тонкої кишки і для відключення транзиту по кишці до нормалізації функції сфінктера прямої кишки.

6. Використання запропонованої хірургічної тактики в досліджуваній групі порівняно з контрольною дозволило знизити летальність до 4,4±2,5%, сформувати резервуар і відновити безперервність травного каналу у 92,3±7,4% в досліджуваній групі.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА
 ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

 1.Гюльмамедов Ф.И., Василенко И.В., Кухто А.П., Гюльмамедов П.Ф., Шаламов В.И., Нестеренко А.Н., Гульков Ю.К., Кухто Г.К., Бондаренко А.В. Тромботические и геморрагические осложнения при хирургическом лечении воспалительных заболеваний толстой кишки // Хірургія України. – 2005. – № 3 (15) – С. 96-98.

Здобувачем виконана вся робота щодо збору матеріалу та аналізу одержаних результатів.

2. Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Полунін Г.Є., Кухто О.П., Даніленко О.Н., Совпель О.В. Наш досвід формування тонкокишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки // Шпитальна хірургія. – 2005 . – № 1. – С.52-54.

Особисто здобувачем було виконано збір та обробка матеріалу, аналіз одержаних результатів, формулювання висновків.

3. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто Г.К., Кухто А.П., Нестеренко А.Н., Полунин Г.Е. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с илеоколостомой // Хірургія України.- 2003. - № 1 (5). - С. 22-26.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, аналіз одержаних результатів та класифікація зібраного матеріалу.

4. Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Кухто О.П., Нестеренко О.М., Кухто Г.К., Єнгенов Н.М., Бондаренко О.В. Профілактика та інтенсивна терапія гнійно-септичних ускладнень при хірургічному лікуванні хворих на хворобу Крона // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С.111-114.

Здобувачем виконано аналіз одержаних результатів.

5. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Нестеренко А.Н., Кухто Г.К., Полунин Г.Е. Хирургическое лечение болезни Крона: показания, хирургическая тактика, профилактика осложнений // Хірургія України.- 2003.- № 2(6). - С. 22-27.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, аналіз одержаних результатів та класифікація зібраного матеріалу.

6. Гюльмамедов Ф.И., Кухто Г.К., Гюльмамедов П.Ф., Томашевский Н.И., Ярощак В.В., Кухто А.П., Полунин Г.Е., Карпенко Ю.В., Федорчук О.Н. Некоторые аспекты реконструктивно-восстановительных операций в лечении рака прямой и ободочной кишок и неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки //Архив клинической и экспериментальной медицины. – Т. 11, № 2. – 2002. – С. 191 – 194.

 Здобувачем виконана робота щодо збору матеріалу.

7. Гюльмамедов Ф.И., Миминошвили О.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Кухто Г.К., Полунин Г.Е. Особенности выполнения восстановительных операций у больных с одноствольной колостомой // Клінічна хірургія.- 2003.- № 6.- С. 14-18.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, аналіз одержаних результатів та класифікація зібраного матеріалу.

8. Гюльмамедов Ф.І., Міміношвілі О.І., Гюльмамедов П.Ф., Кухто О.П., Нестеренко О.Н., Кухто Г.К.. Томашевський М.І., Єнгенов Н.М., Ликов В.О., Волков В.І., Полунін Г.Є., Плахотніков І.О., Карпенко Ю.В., Данілєнко О.М. Лапароскопічна хірургія при виконанні відновлюючих операцій у хворих з ілео- чи колостомою (перший досвід) //Шпитальна хірургія.- 2003.- № 2.- С.146-147.

Здобувачем проведено збір матеріалу, проведення обстеження хворих, аналіз одержаного матеріалу.

9. Гюльмамедов Ф.И., Белозерцев А.М., Томашевский Н.И., Кухто Г.К., Шаламов В.И., Ярощак В.В., Нестеренко А.Н., Гюльмамедов П.Ф., Волков В.И., Енгенов Н.М., Лыков В.А., Полунин Г.Е., Кухто А.П., Плахотников И.А. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии //Вестник неотложной и восстановительной медицины.- Т. 4, № 2.- 2003.- С. 218-222.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, аналіз одержаних результатів

10. Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Кухто О.П., Полунін Г.Є., Кухто Г.К. Відновне лікування хворих з колостомою // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11 (додаток). – С. 143-145.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, класифікація зібраного матеріалу.

11. Гюльмамедов Ф.И., Миминошвили О.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Кухто Г.К., Полунин Г.Е. Восстановление кишечной непрерывности у больных, перенесших операцию типа Гартмана // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Том 5, № 1. – С. 35-38.

Здобувачем проведено збір матеріалу, аналіз одержаних результатів.

12. Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Бондаренко А.В., Косарь Н.В., Плахотников И.А., Даниленко О.Н., Мамедова С.Т. Функциональные особенности тонкокишечных резервуаров при болезни Крона // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т. 5, № 3. – С.498-500.

Здобувачем проведено збір матеріалу, проведення обстеження хворих, аналіз одержаного матеріалу.

13. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Полунин Г.Е., Кухто А.П., Даниленко О.Н. Интраоперационные осложнения при выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у больных, которым наложена одноствольная колостома // Клінічна хірургія. – 2004. – № 6. – С. 13-15.

Особисто здобувачем виконано збір матеріалу, аналіз одержаних результатів та класифікація зібраного матеріалу.

14. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Волков В.И., Полунин Г.Е., Кухто А.П. Восстановительно-реконструктивные операции при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона толстой кишки // Клінічна хірургія. – 2005. – №1 – С. 15.

Здобувачем проведено обстеження хворих, аналіз одержаного матеріалу.

15. Патент № 51068 Україна. МПК А61В 17/00 Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана. / Донецький державний медичний університет ім. М.Горького / Гюльмамедов Ф.І., Білозерцев О.М., Полунін Г.Є., Гюльмамедов П.Ф., Карпенко Ю.В., Кухто О.П. Заявка № 2001128989 від 15.11.2002 Опубл. 09.08.2002р., бюл № 11

Особисто здобувачем було виконано збір та обробка матеріалу.

16. Патент №14538 Україна. МПК А61В 17/00 Спосіб хірургічного лікування хвороби Крону / Донецький державний медичний університетім. М.Горького / Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Кухто О.П., Кухто Г.К., Полунін Г.Є. – Заявка № u200511433 від 02.12.2005; Опубл. 15.05.2006., бюл № 4

Особисто здобувачем було виконано збір та обробка матеріалу.

17. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П. Острая кишечная непроходимость у больных неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки // Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини”. – Університетська клініка. – 2007.- Т.3, № 1. – С.31-33.

Особисто здобувачем було виконано збір та обробка матеріалу.

**АНОТАЦІЯ**

**Кухто О. П. Обґрунтування особливостей хірургічного лікування хвороби Крону. Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака Академії медичних наук України, Донецьк, 2008.

Дисертація присвячена обґрунтуванню особливостей хірургічного лікування хвороби Крону.

Аналізуючи результати проведених досліджень доведено, що показанням до радикального хірургічного лікування ХК, окрім ургентних ситуацій, викликаних ускладненнями основного захворювання, підвищення ендогенної інтоксикації, СПОН на тлі консервативної терапії, що проводиться в повному обсязі. Паліативні операції в більшості випадків неефективні, оскільки не має резекції ураженої кишки, яка є джерелом антигенної стимуляції.

Критеріями вибору оптимальної хірургічної тактики є локалізація ураження, тяжкість захворювання, наявність і характер ускладнень, гострий або хронічний перебіг ХК. Оперативні втручання з одномоментним відновленням кишкової безперервності при ХК показані при ілеоободовій локалізації процесу, при високому ураженніі тонкої кишки і гострому перебігу процесу, при хронічному перебігу процесу і наявності рубцевих стріктур. Об'єктивними діагностичними критеріями загострення процесу, у порядку їх значущості є вид виконаної операції, лейкоцитарний індекс інтоксикації, локалізація патологічного процесу, стан імунітету хворого під час дослідження (кількість лімфоцитів), ступінь вираженості анемії, ІЛ СОЕ. На підставі цих даних розроблена комп'ютерна програма прогнозування тяжкості перебігу і вірогідності загострень ХК. Крім того, дуже часто повторні загострення клінічно мають схожу картину з первинними проявами захворювання. Просвіт накладеного анастомозу повинен бути достатньо “широким”, щоб уникнути його звуження при можливому рубцюванні. При формуванні резервуарів доцільно зберегти ілеостому як дистальний відділ тонкої кишки і для відключення пасажу по кишці до нормалізації функції сфінктера.

**Ключові слова:** хвороба Крона, хірургічне лікування.

**АННОТАЦИЯ**

**Кухто А. П. Обоснование особенностей хирургического лечения болезни Крона. Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака Академии медицинских наук Украины, Донецк, 2008.

Диссертация посвящена обоснованию особенностей хирургического лечения болезни Крона. Под нашим наблюдением и лечением с 1987 по 2007 год находилось 423 больных с БК различной локализации в возрасте от 15 до 80 лет. Из них консервативную терапию получали 287 (67,85±2,27%) больных. Остальным 136 (32,15±2,27%) больным произведено 315 оперативных вмешательств.

Для решения задач исследования, в рамках выполнения диссертационной работы, изучение клинических данных разделено на 2 этапа. На первом этапе исследований ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 67 (49,3±4,29%) больных с БК за период с 1983г по 1998г. Проанализированы причины неудовлетворительных результатов и возможные пути их улучшения. На втором этапе учтены все недостатки лечебного процесса у больных с БК в период с 1983 по 1998гг., разработана принципиально новая хирургическая тактика. Она положена в основу ведения 69 (50,7±4,29%) больных с БК, получивших лечение с 1999 по 2007 год.

Таким образом, было выделено 2 группы больных – контрольная группа с 1983 по 1998 гг. – 67 (49,3±4,29%) больных, исследуемая – 1999-2007 гг., состоящая из 69 (50,7±4,29%) больных. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния, локализации поражения, основным клиническим характеристикам заболевания (индексы активности БК). Принципиально разными в них были хирургическая тактика и характер проводимого консервативного лечения. Был использован дифференцированный подход к вопросам хирургического лечения в зависимости от прогнозируемых осложнений и обострений, планируемого реабилитационного лечения.

По поводу тотального поражения толстой кишки прооперировано 60 (44,12±4,26%) больных. В этой группе зафиксировано 4 (6,66±3,22%) летальных исхода - все после повторных радикальных операций. При сегментарной локализации поражения оперативное лечение выполнено у 24 (17,65±3,27%) больных. Изолированное поражение прямой кишки наблюдалось у 10-ти (7,35±2,24%) больных. Илеоободочная локализация процесса отмечена у 21 (15,44±3,10%) больного, поражение тонкой кишки выявлено у 21 (15,44±3,10%) больного, в этой группе также выявлено 5 летальных исходов.

Анализируя результаты проведенных исследований доказано, что показанием к радикальному хирургическому лечению БК, кроме ургентных ситуаций, вызванных осложнениями основного заболевания, следует считать нарастание явлений эндогенной интоксикации, СПОН на фоне проводимой в полном объеме консервативной терапии. Паллиативные операции в большинстве случаев неэффективны, поскольку не удаляется пораженная кишка, являющаяся источником антигенной стимуляции, пролонгация оперативного лечения не уменьшает количество оперативных вмешательств, но существенно ухудшает результаты лечения этих больных. Критериями выбора оптимальной хирургической тактики являются локализация поражения, тяжесть заболевания, наличие и характер осложнений, острое или хроническое течение БК. Оперативные вмешательства с одномоментным восстановлением кишечной непрерывности при БК показаны при илеоободочной локализации процесса, при поражении тощей кишки и остром течении процесса, при хроническом течении процесса и наличии рубцовых стриктур. Во всех остальных случаях необходимо выполнять многоэтапные оперативные пособия, при этом следует соотносить хирургическую тактику с планируемым реабилитационным лечением. Объективными диагностическими критериями обострения процесса в порядке их значимости является вид выполненной операции (радикальная или паллиативная), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), локализация патологического процесса, состояние иммунитета больного во время исследования (количество лимфоцитов), степень выраженности анемии, ИЛСОЭ. На основании этих данных разработана компьютерная программа прогнозирования тяжести течения и вероятности обострений БК. Кроме того, очень часто повторные обострения клинически имеют схожую картину с первичными проявлениями заболевания. Обязательно нужно учитывать возможность обострения БК в неотерминальном отделе тонкой кишки в послеоперационном периоде, поэтому нельзя использовать этот участок для формирования анастомоза в связи с возможностью несостоятельности его швов. Просвет наложенного анастомоза должен быть достаточно “широким”, чтобы избежать его сужения при возможном рубцевании. При формировании резервуаров целесообразно сохранить илеостому как дистальный отдел тонкой кишки и для отключения пассажа по кишке до нормализации функции сфинктера.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, хирургическое лечение.

**ABSTRACT**

**Kukhto A.P. Substantiation of the peculiarities of Crohn’s diseases surgical treatment. Manuscript.**

Dissertation for candidate degree (medicine). Speciality: 14.01.03 - surgery. Institute Urgent and Reconstructive surgery named Gusak. Academy of medical sciences of Ukraine, Donetsk, 2008.

The dissertation deals with grounding the features of surgical treatment of Crohn’s disease.

As a result of the studies done it must been proved that the indication of radical surgical treatment of CD, besides urgent situation caused by the complication of the main disease, is an increase in androgenic intoxication phenomena, SPOI against the background of large scale conservative therapy employed. palliative operations in a majority of cases are not effective as the involved intestine.

The criteria of the choice of optimal surgical tactics are localization of the lesion severity of disease, the presence and character of complication, acute and chronic course of CD. Operative interferences with simultaneous restoration of intestinal continuity in CD are indicative of ilea-colonic localization of the process, high involvement of the jejunum and a severe course of the process, a chronic course of the process and the presence of scary structures. The objective diagnostic criteria of exacerbation of the process /in the order of there significance/ are a type of operation, leukocyte index of intoxication, pathologic process localization, the state of the patients immunity during the investigation (the number of lymphocytes), the extent of anemia expression, the index of correlation of leukocytes and ESR. On the basis of these findings a computer programmed of prognosis the severity of the course and a possibility of CD exacerbation has been developed. Also very often repeated exacerbations have a clinically similar picture with primary manifestations of disease. A lumen of the created anastomosis must be wide enough in order to avoid its narrowing in possible scarring. In formation of reservoirs it is expedient to reserve ileostomy as a neotherminal part of the small intestine and for the stopping the passage along the intestine till the function of the sphincter normalizes.

**Key words:** Crohn’s disease, surgical treatment.

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>