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

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

### УДК 616.345-035-089

##### ПОСТОЛЕНКО Микола Дмитрович

**ВИБІР ТЕРМІНУ І МЕТОДУ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ**

14.01.03 - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового

ступеня кандидата медичних наук

# **Запоріжжя**

2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Милиця**

**Микола Миколайович**, Запорізька медична

академія післядипломної освіти МОЗ України,

завідувач кафедри хірургії і проктології

**Офіційні опоненти**: доктор медичних наук, професор **Тамм Тамара**

**Іванівна,** Харківська медична академія

післядипломної освіти МОЗ України,

завідувач кафедри хірургії і проктології

доктор медичних наук, професор **Сирбу Іван**

**Федорович**, Запорізький державний медичний

університет МОЗ України, професор кафедри

загальної та оперативної хірургії з

топографічною анатомією, анестезіологією та

доглядом за хворим.

Захист дисертації відбудеться „\_22\_” „\_квітня\_\_\_\_\_” 2009 року о\_\_\_15\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 17.600.01 при Запорізькій медичній академії післядипломної освіти (69096, м.Запоріжжя, бул.Вінтера, 20).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Запорізької медичної академії післядипломної освіти (69096, м.Запоріжжя, бул.Вінтера, 20).

Автореферат розісланий „\_12\_\_” „\_\_березня\_\_\_\_\_\_\_” 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент С.Є.Гребенніков

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Останнє десятиріччя, не дивлячись на удосконалення методів діагностики захворювань органів черевної порожнини, характеризується ростом ускладнених форм раку товстої кишки 41,6 – 88,9 % (Бондар Г.В. та ін., 1996; Башеєв В.Х. та ін., 2000; Гюльмамедов Ф.І. та ін., 2004), серед яких гостра обтураційна товстокишкова непрохідність складає 75,6 % (Панов Ф.І. та ін., 2001; Грубник В.В. та ін., 2003). Як наслідок цього, в ургентній ситуації найбільш частим оперативним втручанням є обструктивна резекція типу Гартмана (Васильєв С.В. та ін., 1987; Кукоб В.І. та ін., 2000; Міміношвілі А.О. та ін., 2004).

Наявність протиприродного відхідника призводить до стійкої трудової і соціальної інвалідизації, а інколи й моральної деградації пацієнта (Псарас Г.Г. та ін., 2001; Бухтєєв А.В., 2004). Постійне і нерегульоване відходження кишкового вмісту, складності догляду за стомою нерідко виключає хворих, особливо молодого віку, із соціального і сімейного життя (Воробьев Г.И. и др., 1992; Книш В.І. та ін., 1999; Шальков Ю.Л. та ін., 2005). Тому однією з проблем хірургічної реабілітації хворих з колостомою є своєчасна ліквідація стоми і відновлення безперервності товстої кишки .

Відновлення безперервності товстої кишки – одне із складних оперативних втручань в сучасній колопроктології, яке поряд з відновленням “анатомічного” пасажу вмісту, повинне забезпечити і задовільний функціональний результат. Останній проблемі, нажаль, в аналізуємій літературі приділено недостатньо уваги (Даценко Б.М. та ін., 1998; Бондар Г.В. та ін., 2002; Гюльмамедов Ф.І. та ін., 2004). В той же час нерідко можна зустріти повідомлення про наявність післяопераційних ускладнень у вигляді атонії та інших розладів моторної діяльності кишечнику (Хавіна Є.М. та ін., 2000; Бічурін Н.Р. та ін., 2005; Запорожченко Б.С. та ін., 2006).

Дискутабельними залишаються питання про терміни виконання реконструктивно-відновних втручань після операції Гартмана. Ряд авторів вважає можливим проведення відновлення безперервності товстої кишки через 3 місяці після первинної операції (Мустяц А.П. та ін., 1999; Гамідов А.Н. та ін., 2006), інші – віддають перевагу більш пізньому періоду – (6-12 місяців), вважаючи, що до цього часу значно зменшується вираженість запальних явищ в стінці кишки і черевній порожнині (Воробьев Г.И. и др., 1999; Бондар Г.В. та ін., 2005).

В зв’язку з цим проблема комплексної реабілітації хворих з колостомою шляхом оптимізації терміну і методу відновлення безперервності товстої кишки набуває особливої актуальності.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Наукова робота виконана відповідно до тематики НДР кафедри хірургії і проктології Запорізької медичної академії післядипломної освіти “Оптимізація діагностики та лікування гострої обтураційної товстокишкової непрохідності у пацієнтів похилого і старечого віку” (державний реєстраційний номер 0104U002143).

Тема дисертації затверджена вченою радою Запорізької медичної академії післядипломної освіти 29.04.2005 года (протокол № 3) і на засіданні проблемної комісії за спеціальністю “Хірургія” (протокол № 4 від 17.03.2005).

**Мета дослідження.** Покращення якості життя хворих з колостомою шляхом визначення оптимальних термінів і методу операції.

**Задачі дослідження:**

1. Оцінити характер періодичної моторної діяльності товстої кишки у хворих з колостомою в динаміці до і після реконструктивно-відновних операцій.

2. Вивчити в динаміці морфологічні особливості відключеного відділу товстої кишки у хворих з колостомою.

3. Визначити стан мікробіоценозу товстої кишки після стомування і реконструктивно-відновної операції.

4. Вивчити в динаміці якість життя хворих з колостомою.

5. Обґрунтувати вибір методу операції при відновленні безперервності товстої кишки.

6. На підставі отриманих результатів визначити оптимальні терміни відновної операції.

*Об’єкт дослідження* – пацієнти з функціонуючою одностовбурною колостомою.

*Предмет дослідження* – періодична моторна діяльність (ПМД), морфоструктура, мікрофлора товстої кишки і кукси прямої кишки до і після реконструктивно-відновних операцій з приводу функціонуючої одностовбурної колостоми.

*Методи дослідження* – загальноклінічні та біохімічні, рентгенологічні, ультразвукове дослідження, ендоскопічні, дослідження періодичної моторної діяльності, морфологічні, мікробіологічні, математичної статистики.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше вивчено особливості періодичної моторної діяльності товстої кишки у хворих після операції Гартмана в різні терміни післяопераційного періоду.

Вперше вивчено періодичну моторну діяльність товстої кишки у пацієнтів після проведених реконструктивно-відновних операцій з урахуванням кількісної і якісної їх оцінки в залежності від термінів післяопераційного періоду.

Вперше отримано дані про розвиток дисбактеріозу кишечнику і ступеня його вираженості у хворих після операції Гартмана і реконструктивно-відновних операцій в залежності від термінів їх виконання.

Науково обґрунтовано застосування методики виконання реконструктивно-відновної операції у пацієнтів з короткою куксою прямої кишки.

Вперше отримано дані про вибір оптимального терміну виконання реконструктивно-відновної операції, основані на результатах морфологічних, функціональних і мікробіологічних досліджень товстої кишки і кукси прямої кишки в різні терміни після операції Гартмана.

**Практичне значення отриманих результатів.** Впровадженя в практику дослідження періодичної моторної діяльності товстої кишки методом “відкритих” катетерів дозволило отримати повну кількісну оцінку показників моторної активності товстої кишки в різні строки після операції Гартмана і реконструктивно-відновної операції.

Вивчення зміни морфоструктури стінки кукси прямої кишки в різні терміни після накладання колостоми дозволило визначити оптимальний час для реконструктивно-відновного етапу.

Визначення кількісного і якісного складу мікрофлори товстої кишки в різні терміни після колостомії дозволило оцінити ступінь дисбіозу і провести його корекцію.

Розроблена і застосована методика виконання реконструктивно-відновної операції у пацієнтів з короткою куксою прямої кишки (позитивне рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель на заявку № u 2008 15200 від 14.01.2009).

Оптимізовано терміни хірургічної реабілітації хворих з колостомою шляхом їх скорочення до 3 місяців, що підвищує основні сфери життєдіяльності хворих, і тим самим достовірно покращує якість життя.

Практичні рекомендації дослідження впроваджено в клінічну практику і застосовуються в хірургічних відділеннях 9-ї, 5-ї, 3-ї міських лікарнях і в Запорізькій центральній районній лікарні. А також застосовуються в учбовому процесі на кафедрі хірургії і проктології Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

**Особистий внесок здобувача.** На підставі аналізу літературних даних і патентного пошуку за темою роботи автором сумісно з науковим керівником була обґрунтована мета і задачі дослідження. Самостійно були здійснені збір і обробка фактичного матеріалу, клінічного обстеження хворих, участь в 90 % операцій, ведення всіх хворих в післяопераційному періоді з щоденною реєстрацією і обробкою отриманих даних. Сумісно з співробітниками патологоанатомічної лабораторії виконав морфологічний розділ дослідження. Автору належить впровадження комп’ютеризованого дослідження періодичної моторної діяльності товстої кишки.

**Апробація роботи.** Фрагменти дисертації викладені, обговорені та ухвалені на: науково-практичній конференції молодих вчених “Актуальні питання медицини та фармації” 2004 р., м. Запоріжжя; 65-й підсумковій науково-практичній конференції Запорізької медичної академії післядипломної освіти, 2004 р.; ІІІ-й конференції молодих вчених “Актуальні питання медицини і фармації”, 2005 р., м.Запоріжжя; 66-й підсумковій науково-практичній конференції Запорізької медичної академії післядипломної освіти, 2005 р.; на засіданні Асоціації хірургів Запорізької області, присвяченому “Актуальним аспектам проктології”, 2008 р.

**Публікації за темою дисертації.** Результати дисертації опубліковані в 11 статтях. З них 6 у виданнях, рекомендованих ВАК України і 5 у вигляді тез докладів.

**Структура і об’єм дисертації.** Дисертація викладена на 163 сторінках машинописного тексту, складається із вступу, 6 розділів, висновків, практичних рекомендацій і списку літератури 274 джерел (170 вітчизняних і країн СНГ, 104 зарубіжних). Робота ілюстрована 25 таблицями і 19 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали і методи дослідження.** В клініці кафедри хірургії і проктології Запорізької медичної академії післядипломної освіти за період 1998-2007 рр. проведено аналіз результатів обстеження і лікування 120 хворих з колостомою, яким виконано реконструктивно-відновні операції на товстій кишці.

За віком і статтю хворі розподілялись наступним чином: чоловіків було 53 (43,3 %), жінок – 68 (56,7 %).

В залежності від часу, що пройшов з моменту попередньої операції типу Гартмана до реконструктивно-відновного етапу, хворі було розподілені на групи:

* основна 70 (58,3 %) – термін виконання реконструктивно-відновної операції за 3 місяці після операції Гартмана;
* контрольна група 50 (41,7%), яка була розподілена на дві підгрупи. Підгрупа А – 28 (23,3 %) хворих, у яких термін виконання реконструктивно-відновної операції склав від 6 до 8 місяців. І підгрупа Б – термін проведення реконструктивно-відновної операції від 9 місяців і більше – 22 (18,4 %) хворих.

Причиною накладення колостоми у більшості пацієнтів (90 %) було ускладнення перебігу раку товстої кишки. З непухлинних захворювань зустрічались травматичні пошкодження прямої і сігмоподібної кишки (4,1 %) та ускладнені форми дивертикульозу (перфорація) товстої кишки (5,9 %).

В результаті обстеження хворих встановлено, що у 24 (20 %) пацієнтів розмір кукси прямої кишки не перевищував 10 см, у 28 (23,3 %) – 15 см, у 43 (35,8 %) – 20 см, у 7 (5,8 %) – до 25 см і у 18 (15,1 %) – понад 25 см.

При аналізі характеру оперативного втручання при відновленні безперервності товстої кишки встановлено, що у 51 (42,5 %) накладено сігмо-сігмо анастомоз, 51 (42,5 %) були накладені сігмо-ректо- і десцендо-ректо анастомози. В 11 (9,1%) було накладено десцендо-сігмо анастомоз і у 7 (5,9 %) – трансверзо-сігмоанастомоз.

При виконанні реконструктивно-відновного етапу на товстій кишці у 94 (78,3 %) хворих застосовано ручний (одно- чи дворядний) шов і в 26 (21,7 %) – механічний із застосуванням апаратів АКА-2 і “ЕТНІСОN”.

При цьому у 74 (61,7 %) хворих анастомоз накладено за типом “кінець в кінець”, у 27 (22,6 %) - за типом “кінець в бік”, у 10 (8,2 %) - на “площадку” і у 9 (7,5 %) - за типом “бік в бік”.

Аналізуючи дані іригоскопії було встановлено, що діастаз між стомою і куксою дистального відділу кишки у 51 (42,3 %) хворих складав від 20 до 25 см, що потребувало при виконанні відновного етапу додаткової мобілізації лівих відділів ободової кишки. У 38 (31,6 %) - діастаз був в межах 15-19 см, у 31 (26,1 %) - менше 15 см.

При первинній операції всі видалені препарати піддавались гістологічному дослідженню. У всіх онкохворих виявлено аденокарциному товстої кишки з різним ступенем диференційовки: низького ступеня – у 83,2 %, помірного – у 10,3 %, високого – у 6,5 % хворих.

Об’єм досліджень включав загальноприйняті і спеціальні клінічні дослідження, такі як визначення періодичної моторної діяльності товстої кишки (реєстрацію проводили методом “відкритих” катетерів), морфологічне дослідження стінки кукси прямої кишки, дослідження мікрофлори товстої кишки, динамічне вивчення раково-ембріонального антигену, анкетування.

**Результати власних досліджень.**

Всього проведено дослідження ПМД у 71 пацієнта, з яких 39 хворих основної групи і 21 пацієнт контрольної групи. Крім того у 11 добровольців.

Так, проведені дослідження у добровольців показали, що середня тривалість циклу періодичної моторної діяльності дорівнює 122±11,2 хв., з яких період спокою складав 1/3-46,0±3,8 хв., а 2/3 циклу займали період нерегулярних скорочень і період ритмічних скорочень. При чому в повному моторному циклі фаза спокою може як починати цикл, передуючи фазі нерегулярних скорочень, так і реєструватися після неї, перед фазою ритмічних скорочень. Коефіцієнт скорочувальної активності склав 45±1,2 мм вод.ст./хв., при цьому частка слабих скорочень склала 58 %, середніх – 33 % і сильних – 8 %.

У пацієнтів з колостомами виявлено різноманітні порушення періодичної моторної діяльності, ступінь, частота і характер яких були багато в чому обумовлені терміном, що пройшов з моменту операції Гартмана і морфоанатомічними особливостями товстої кишки (стомований відрізок чи кукса прямої кишки).

Виявилось, що вже за 3 місяці після операції Гартмана в стомованій ділянці кишки відбувається відновлення загальної тривалості моторного циклу, яке зберігається протягом всього часу наступного функціонування стоми. Причому виникає відновлення не тільки тривалості фази спокою, але і періодів нерегулярних і ритмічних скорочень.

Отже, вже за 3 місяці після операції Гартмана існують функціональні умови для повторного втручання і проведення реконструктивно-відновних операцій.

Не дивлячись на уявну повноцінність відновлення ПМД в різні терміни після операції було проведено детальний аналіз функції стомованого відділу товстої кишки. Виявилось, що з часом виникає зміна кількості скорочень за хвилину в 2 фазі. За 3 місяці після накладення стоми кількість скорочень в 2 фазі за одну хвилину збільшувалась на 8,3 % в порівнянні з показниками у здорових добровольців, а за 9 місяців їх кількість стала зменшуватись. Так, якщо у здорових добровольців на протязі одного циклу кількість скорочень в 2 фазі складала 73, то за 3 місяці моторна активність в середньому складала 76, що достовірно не відрізнялось від цих показників. До 9 місяця загальна кількість скорочень за один цикл дорівнювалась вже 65, що посередньо свідчило про порушення іннервації стомованого відділу товстої кишки і погіршення умов для відновлення її моторної діяльності після реконструктивно-відновної операції.

Послаблення моторики з плином часу підтверджувалось і достовірним зменшенням коефіцієнту скорочувальної активності. У здорових добровольців параметри коефіцієнту скорочувальної активності складали в середньому 45±1,2, а за 3 місяці після операції вони зменшились на 6 %, за 9 місяців – вже на 22 %. Зниження кишкової моторики виникало в основному за рахунок хвиль середніх і сильних скорочень, кількість яких за 3 місяці зменшилась відповідно на 39 % і 25 %, а за 9 місяців – на 48 % і 50 % (p<0,05).

За 3 місяці після операції загальна тривалість циклу складала 104 хвилин. Тобто спостерігалось скорочення тривалості циклу на 15 %. До дев’ятого місяця тривалість циклу відновлювалась і досягала 121 хвилини, тобто практично не відрізнялась від нормативних показників.

Результати дослідження періодичної моторної діяльності кукси прямої кишки показали, що в цьому відділі спостерігалась виражена зміна ПМД у вигляді гіпомоторної функції, практично атонії, яка сприяла розвитку морфологічних порушень, що погіршувало регенеративно-репаративні процеси при наступних оперативних втручаннях.

Для уточнення відновних можливостей функції ПМД товстої кишки було проведено дослідження в ранньому післяопераційному періоді (1, 3, 5 доба) після реконструктивно-відновної операції.

Результати дослідження показали, що загальна тривалість одного циклу ПМД до кінця першої доби післяопераційного періоду після реконструктивно-відновної операції достовірно не відрізнялась від тривалості циклу ПМД до кінця першої доби після накладення стоми. Проте, якщо після операцій в контрольній групі різниця в тривалості циклу була практично відсутня, то при відновленні цілісності кишечнику в основній групі відмічалась тенденція до нормалізації цього показника, яка проявлялась у збільшенні тривалості циклу на 8,6 %. В першу добу після з’єднання привідного відділу з куксою відмічалась відсутність фази ритмічних скорочень.

Тривале ізольоване функціонування в різному режимі петлі, що приводить, і кукси прямої кишки призвело до того, що в першу добу після відновної операції на тлі практично незміненої загальної тривалості циклу значно скорочувалась фаза відносного спокою. Проте, якщо в основній групі період спокою складав 37,9 % від загальної тривалості одного циклу періодичної моторної діяльності, то в контрольній вже 49,1 %. Тобто достовірно встановлено чим менший період роздільного функціонування різних відділів кишки, тим менша тривалість періоду відновлення ритмічної активності кишечнику.

Тривалість фази нерегулярних скорочень також залежала від термінів проведення повторної операції. Так, при відновленні прохідності кишечнику в основній групі фаза скорочень займала 62,1 % всього часу циклу, в контрольній – на тлі подовження фази спокою спостерігається зменшення тривалості фази скорочень на 22,3 %, яка займала всього 50,9 % (p<0,05) часу циклу.

Загальна кількість скорочень кишки при відновленні її цілісності в основній групі складала 12,6 за один цикл, в контрольній – 7,8 за цикл. Підтвердженням “фізіологічності” відновних процесів в більш ранній період є і дані про загальний коефіцієнт скорочувальної активності. Так, при відновленні кишечнику за 3 місяці (основна група) коефіцієнт скорочувальної активності був в 2,1 рази меншим нормальних показників, а при відновленні за 9 місяців (контрольна підгрупа 2Б) – вже в 3 рази нижчим. При цьому в основній групі відсоток хвиль середньої амплітуди реєструвався в 4 рази частіше, ніж в контрольній.

Тобто більш ранні терміни відновлення цілісності кишечнику забезпечують і більш адекватне і раннє відновлення функції кишки (рис.1).

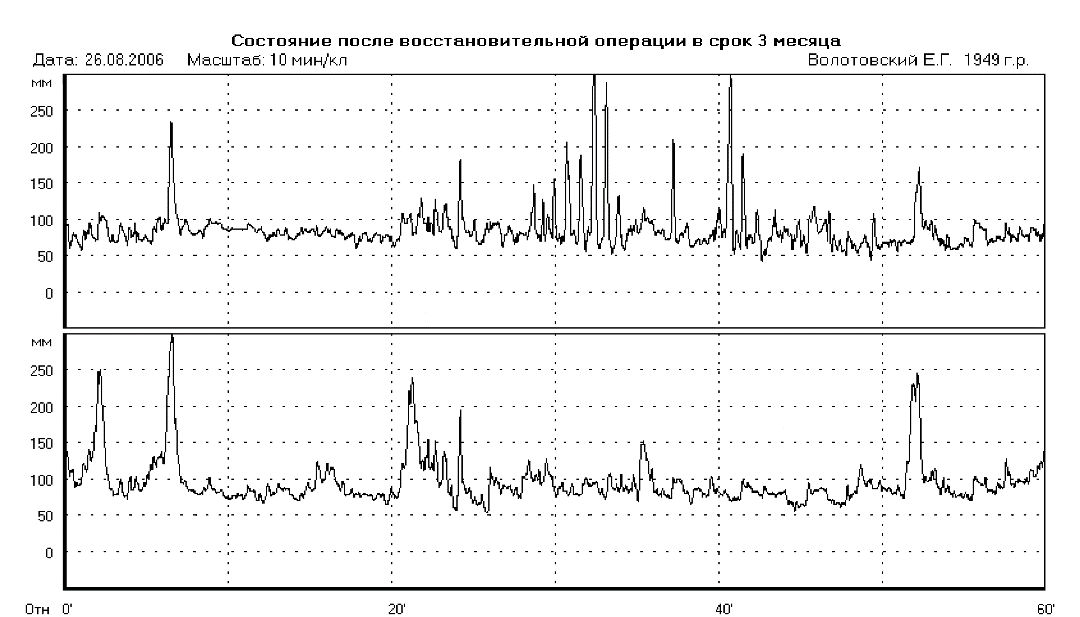


Рис. 1. Періодична моторна діяльність товстої кишки після реконструктивно-відновної операції в основній групі.

Ці дані підтверджуються і результатами досліджень проведених на 3 добу післяопераційного періоду після реконструктивно-відновної операції. Так, в основній групі до 3 доби післяопераційного періоду на тлі збільшення загальної тривалості одного циклу періодичної моторної діяльності спостерігалось відновлення 3 фази – фази ритмічних скорочень. У пацієнтів в контрольній групі до 3 доби відновлення фази ритмічних скорочень не спостерігалось.

Тривалість фази відносного покою у хворих в основній групі до 3 доби відновлювалась, практично досягаючи співвідношень показників у здорових добровольців, в той час як в контрольній А і Б підгрупах фаза спокою займала 43,3 % і 50,8 %. Середня кількість скорочень в 2 фазі в основній групі до 3 доби досягала 17,6, а в контрольній підгрупі А і Б, відповідно, 12,9 і 10,2. Загальний коефіцієнт скорочувальної активності складав від норми відповідно до строків відновлення 68,4 %, 55,5 %, 42,4 %. При цьому в основній групі до 3 доби післяопераційного періоду з’являлись вже хвилі високої амплітуди, а відсоток хвиль слабої амплітуди відрізнявся від нормальних показників на 14 %. При відновленні кишечнику в контрольній підгрупі А і Б до 3 доби хвилі високої скорочувальної активності взагалі не спостерігалися, а відсоток хвиль слабої амплітуди відрізнявся від нормативних показників, відповідно на 20,1 % і 46,6 % (p<0,05) (рис.2).

Аналіз проведених досліджень показав, що для нормалізації функціонального стану товстої кишки у хворих з колостомою більш доцільним і сприятливим періодом хірургічного відновлення його цілісності є термін 3 місяці.

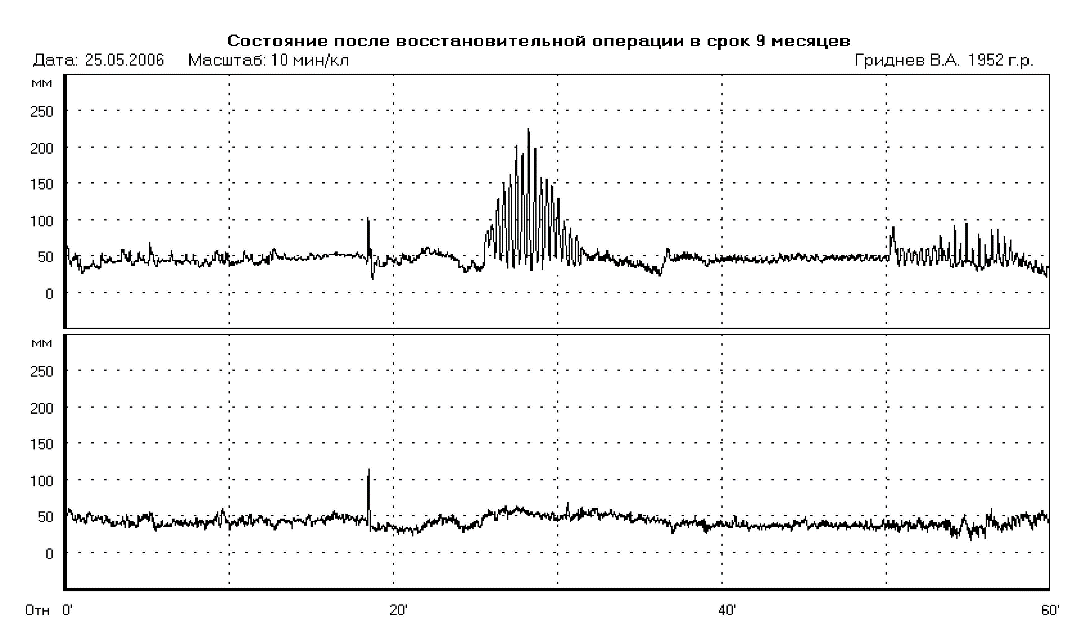


Рис. 2. Періодична моторна діяльність товстої кишки після реконструктивно-відновної операції в контрольній групі.

З метою визначення оптимальних термінів виконання відновних операцій було проведено вивчення гістологічної картини відключеного відділу товстої кишки.

У пацієнтів основної групи морфологічна картина у відключеному відділі товстої кишки була представлена переважно запальними змінами в слизовому і підслизовому шарах. М’язовий шар зберігався без змін.

При гістологічному дослідженні у хворих в контрольній підгрупі 2А спостерігали появлення атрофічних, дисбіотичних і помірно виражених склеротичних змін в слизовій оболонці і підслизовій основі.

Морфологічна картина у пацієнтів контрольної підгрупи 2Б проявлялась мікроциркуляторними порушеннями і склеротичними змінами слизової оболонки, підслизової основи і м’язового шару.

Отримані дані свідчать про наявність морфологічних змін в стінці кукси товстої кишки після накладення стоми у вигляді розвитку атрофічних, склеротичних і мікроциркуляторних порушень, які прогресують з часом існування стоми. Виявлені морфологічні зміни дозволили підтвердити одержані дані про розвиток порушень періодичної моторної діяльності з часом після операції Гартмана.

Крім того, цілком зрозуміло, що технічні можливості накладення шва і перебіг післяопераційного періоду напряму залежать як від товщини і стану кишкової стінки, так і від процесів мікроциркуляції в ній. Оскільки найменші зміни морфоструктури кишкової стінки відмічаються в терміні 3 місяці після операції Гартмана, то, відповідно, найкращі умови для стикання країв кишечнику і процесів регенерації, загоювання створюються саме в цей період.

Відомо, що від стану мікробної контамінації, виду бактерій залежать процеси репарації і функціональної активності кишечнику, що відображається на виході операції у вигляді формування спроможності чи неспроможності анастомозу товстої кишки, а також повноцінності його функції. В зв’язку з цим вивчено стан мікрофлори товстої кишки перед реконструктивно-відновлювальною операцією у хворих з колостомами і після проведення відновного етапу лікування. Для визначення ступеня дисбіозу застосовували класифікацію В.М.Бондаренко і співав.,(1991).

Результати дослідження показали, що при обстеженні пацієнтів в основній групі після накладення колостоми дисбіотичні зміни виявлені у 47,67 %. При цьому у 86,03 % пацієнтів відмічались ознаки компенсованої (І ступеня) і у 13,97 % субкомпенсованої (ІІ ступеня) форми дисбактеріозу.

При дослідженні мікрофлори у пацієнтів контрольної групи зміни були більш поліморфні. Так, у 87,04 % хворих виявили компенсовано-субкомпенсовану форму дисбіозу (ІІ-ІІІ ступеня). Виявили достовірне зниження концентрації біфідобактерій і лактобактерій (р<0,05), значне зниження загальної кількості ешеріхій. При цьому зростала концентрація кишкової палички з пониженою ферментативною активністю до 107КОЕ/г і лактозонегативних штамів – до 10 % (р<0,05). Вірогідно вищим за норму був загальний вміст стафілококів і дріжджоподібних грибів роду Candida (р<0,05), спостерігалось збільшення кількості умовно-патогенних мікроорганізмів.

З метою корекції дисбіотичних порушень в кишечнику в комплексному лікуванні застосовувався пробіотик – біфідумбактерін. Для попередження загибелі бактерій, що входять до складу пробіотика, бактеріотерапію починали тільки після закінчення курсу антибактеріального препарату.

В результаті комплексного лікування із застосуванням біфідумбактеріну у пацієнтів основної групи після проведення реконструктивно-відновлювальної операції була відмічена тенденція до відновлення нормальної мікрофлори товстої кишки вже на 7 добу застосування препарату.

Проведені дослідження показали, що у хворих контрольної групи для повної нормалізації кишкового мікробіоценозу 7-денного біктеріотерапії біфідумбактеріном виявилось недостатньо. Про це свідчили підвищена концентрація кишкової палички з пониженою ферментативною активністю і лактозонегативних штамів, а також дріжджоподібних грибів роду Candida. В зв’язку з чим курс бактеріотерапії продовжено до 14 днів.

Вивчення якості життя хворих з функціонуючою колостомою після операції Гартмана проводилось методом анкетування при виписці зі стаціонару, а також за 3, 6, 9 і більше місяців за модифікованою методикою оцінки якості життя гастроентерологічних хворих. Розраховувались наступні інтегральні показники: індекс фізичного стану (ІФС), індекс психо-емоційного стану (ІПС), індекс несприятливих факторів (ІНФ), індекс якості життя (ІЯЖ) – алгебраїчна сума балів першого і другого розділів.

Аналіз тесту показував, що у хворих обмеження переважно зумовлені відсутністю навиків догляду за колостомою.

Досліджуючи як віддалені, так і інтегральні показники пацієнтів з колостомою в динаміці було встановлено, що у пацієнтів основної групи, статистично достовірно спостерігається покращення багатьох параметрів шкали якості життя. Проте за окремими показниками – різниця не спостерігалась. Зокрема такими обмеженнями виявились зниження заробітної плати, посадового статусу, обмеження занять фізичною культурою і спортом, бюджету в зв’язку з придбанням калоприймача.

Подальший динамічний аналіз показників якості життя продовж року показував їх стабільність до 6 місяців і погіршення до кінця року.

Статистично достовірним є збільшення індексу фізичного стану і відповідно до нього індексу якості життя. На наш погляд це обумовлено адаптацією, на цей час, хворих до умов життя з колостомою. При цьому стабілізація психо-емоційного стану настала декілька раніше, зберігаючи на даному етапі свою стабільність.

Показники в термін від 9 і більше місяців були стабільними, що підтверджено статистичними розрахунками (р>0,05) (рис.3).



Рис. 3. Динаміка зміни показників якості життя у пацієнтів основної та

контрольної групи.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що колостома є визначаючим фактором в порушенні якості життя пацієнтів. Всі складові якості життя (фізичні, психічні, соціальні) при накладенні колостоми погіршуються, відповідно на 49,4 %, 52,3 % і 47 %. При цьому важливе значення мають терміни існування колостоми.

Оптимальним терміном для відновних операцій, який попереджує розвиток психо-соціальних дисфункцій, є термін 3-х місяців.

Для визначення якості життя хворих після реконструктивно-відновлювальної операції у віддаленому періоді були розіслані анкети прооперованим хворим. Для оцінки якості життя було застосовано запитальник SF-36. Рівень працездатності пацієнтів в основній групі має найбільший показник і на 25 % вищий, ніж в контрольній 2А на 41,6 % в контрольній 2Б підгрупі. Особливо це відзначають пацієнти працездатного віку.

Інтенсивність больового синдрому найбільше виражена у пацієнтів контрольної підгрупи 2Б, що в 2,3 рази вище, ніж у хворих основної групи.

Загальний рівень фізичного стану, що складався з двох вищеописаних показників, відповідно був максимальним у пацієнтів основної групи і в 3,4 рази перевищував рівень у пацієнтів контрольної підгрупи 2Б.

Показники психо-емоційного стану були значно вищими в основній групі пацієнтів і перевищували показники контрольної групи 2А і 2Б на 31 % і 49,2 % відповідно.

І, як наслідок, показник загального здоров’я, що складається з суми факторів фізичного і психічного стану, був найбільш високим у хворих основної групи і в 2,1 рази меншим в контрольній групі.

Дослідження раково-ембріонального антигену проведено у 62 стомованих онкохворих в різні терміни після операції Гартмана.

На момент реконструктивно-відновної операції у пацієнтів основної групи (в термін 3 місяці) обстежено 34 хворих. Рівень раково-ембріонального антигену у 30 хворих в стадії Т1-3 N0 і N1-2 коливався в межах норми на рівні 5,1±0,45 нг/мл. У двох пацієнтів, не дивлячись на хіміотерапію, що проводилась, рівень зріс до 12,4 нг/мл, що відповідало даним УЗД і інтраопераційній знахідці - наявності метастатичного процесу в печінці. У 2 хворих зі стадією Т3-4N1-2М1 рівень раково-ембріонального антигену також збільшився до 13,6 ± 2,1 нг/мл.

При дослідженні в контрольній групі (за 6 місяців після операції Гартмана) у 28 хворих в стадії T1-3N0 и T1-3N 1-2, що пройшли курс хіміотерапії, показники раково-ембріонального антигену коливались в межах 5,6 ± 0,69 нг/мл. У 21 пацієнта в цей термін виконана реконструктивно-відновна операція. В 9 місяців і більше рівень раково-ембріонального антигену досліджено у 7 хворих, достовірних змін в цій групі (р>0,05) не відзначено.

Проведені дослідження показали, що рівень раково-ембріонального антигену в сироватці крові хворих на пухлину товстої кишки корелює зі стадією захворювання і служить показником ефективності оперативного втручання та, хіміо- і променевої терапії. Раково-ембріональний антиген може застосовуватися в якості раннього індикатора рецидивів і метастазів.

Нормальний рівень раково-ембріонального антигену до операції з відновлення кишкового пасажу і стабільне його значення в післяопераційному періоді служили однією з відправних точок в рішенні питання про терміни проведення повторного втручання нарівні з функціональною і морфологічною готовністю кишечнику.

Для покращення результатів реабілітаційного хірургічного лікування хворих з одностовбуровими колостомами було розроблено оптимальний комплекс передопераційної підготовки, що включав в себе підбір оптимальної дієти, іригацію функціонуючих відділів товстої кишки асептичними розчинами, гідрогімнастику кукси прямої кишки, комплекс лікувальної фізкультури, спрямований на укріплення м’язів тазового дна і анального сфінктера, а також електростимуляцію відключеного відділу товстої кишки.

Вибір способу відновлення безперервності товстої кишки був індивідуальним і залежав від довжини кукси прямої кишки і топографоанатомічних взаємовідносин органів в малому тазі. При “довгій куксі” від 15 см і вище виконували формування внутрішньочеревного коло-колоанастомозу. При довжині від 10 до 15 см, накладали коло-ректоанастомоз з фіксацією очеревини над ним за впровадженій в клініці методикою, і при “короткій куксі” до 10 см – здійснювали низведення ободової кишки з формуванням підочеревинного коло-ректоанастомозу.

При розташуванні кукси прямої кишки під очеревиною, при її довжині менше 15 см, для відновлення безперервності товстої кишки накладали коло-ректоанастомоз за впровадженій в клініці методикою. Мобілізацію кукси прямої кишки проводили методом гідропрепаровки, при цьому виділяли і бокові зв’язки. Формувалась задня губа анастомозу окремими вузловими швами. Крайні нитки виводились через куксу прямої кишки назовні. Потім формувалось переднє півколо анастомозу. Виведені назовні нитки підтягувались, внаслідок чого низхідна кишка інвагінувалась в просвіт прямої кишки і, утримуючи її в такому положенні, фіксували шляхом накладення другого ряду П-подібних швів по всьому колу сформованого анастомозу. Лігатури з другого ряду швів відсікалисьсь за винятком крайніх, за які справа і зліва фіксувався анастомоз за сегменти бокових зв’язок. В результаті чого удалось сформувати додаткову точку фіксації товстої кишки з анастомозом до діафрагми тазу. Завдяки чому зменшувався об’єм порожнини, яка виникала із-за невідповідності об’єму малого тазу і діаметру низведеної кишки, що знижувало вірогідність розвитку гематом і абсцесів малого тазу в післяопераційному періоді.

Найбільш частими інтраопераційними ускладненнями при відновленні безперервності товстої кишки після операції Гартмана були ушкодження серозної оболонки кишечнику і цілісності сусідніх органів, а також розкриття абсцесів черевної порожнини і малого тазу.

Післяопераційними ускладненнями, що зустрічались найчастіше, були неспроможність анастомозу (5,7%), абсцеси черевної порожнини і малого тазу (4,2%). Оптимізація термінів проведення реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці шляхом їх зменшення до 3 місяців достовірно не призводить (р>0,05) до збільшення кількості ускладнень.

Таким чином, оптимальним терміном проведення реконструктивно-відновної операції є період 3 місяці, який проходить в умовах мінімального дисбіозу і морфологічних змін, забезпечує кращі умови для відновлення периодичної моторної діяльності, більш швидкого відновлення фізичної і соціальної активності, емоційно-психологічного статусу, тим самим достовірно покращуючи якість життя хворих.

#### ВИСНОВКИ

В дисертації проведено теоретичне і практичне обґрунтування рішення актуальної задачі сучасної хірургії щодо хірургічної реабілітації хворих з колостомою шляхом оптимізації терміну і методу операції.

1. Після накладення стоми зміни періодичної моторної діяльності товстої кишки залежать від тривалості її існування: чим більше часу проходить після операції, тим більш виражені порушення скорочувальної активності кишки, послаблення моторики у вигляді зменшення коефіцієнту скорочувальної активності (на 18 %) хвиль середніх і сильних скорочень (відповідно на 47,3 % і 50,8 %), росту хвиль слабих скорочень (на 24 %).

2. Відновлення моторики після реконструктивно-відновної операції залежить від тривалості періоду ізольованого функціонування стомованої кишки і кукси прямої кишки: чим менше період їх роздільного функціонування, тим менше тривалість періоду відновлення. Так, при відновній операції в термін 3 місяці кишкова активність практично не відрізнялась від показників здорових добровольців, а в термін 6 і 9 місяців – активність знижена відповідно на 40,9 % і 51,3 %.

3. Особливостями морфологічної структури відключеного відділу товстої кишки у хворих з стомою є розвиток на тлі хронічного запалення атрофічних, склеротичних і мікроциркуляторних порушень, прогресуючих по мірі існування стоми.

4. Накладення колостоми створює умови для розвитку дисбактеріозу кишечнику у вигляді зниження концентрації біфідо- і лактобактерій, збільшення кишкової палички, стафілококів, грибів і умовно-патогенних мікроорганізмів. Ступінь його вираженості відповідає часу наявності протиприродного відхідника. В ранні терміни частіше зустрічається дисбактеріоз І ступеня, в більш пізні – ІІ і ІІІ ступеня.

5. Колостома погіршує фізичні, психічні, соціальні показники якості життя, відповідно на 49,4 %, 52,3 % і 47 %. По мірі збільшення тривалості існування стоми відбувається покращення показників фізичного стану і погіршення психо-соціальної складової якості життя, що підтверджується збільшенням індексу фізичного стану, в середньому на 24,3 %, зниженням індексу психічного стану, в середньому на 22,6 %.

6. Вибір способу відновлення безперервності товстої кишки залежить від довжини кукси прямої кишки і топографо-анатомічних взаємовідносин органів в малому тазі, а отже повинен бути індивідуальним.

7. Оптимальним терміном проведення реконструктивно-відновної операції є період 3 місяці, який проходить в умовах мінімального дисбіозу і морфологічних змін, забезпечує кращі умови для відновлення періодичної моторної діяльності, більш швидкого відновлення фізичної і соціальної активності, емоційно-психологічного статусу, тим самим достовірно покращуючи якість життя хворих.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Постоленко Н.Д., Милица Н.Н., Мартыновский Ю.И., Милица К.Н. Особенности функционального состояния толстого кишечника при реконструктивно-восстановительных операциях// Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики (Збірник наукових статей).- Вип.13.-Запоріжжя, 2004.- С.84-89.

2. Лифенко В.В., Постоленко Н.Д. Особенности функционального состояния толстого кишечника при реконструктивно-восстановительных операциях у стомированных больных//Тезисы докладов 6-й научно-практической конференции врачей-интернов ЗМАПО.-Запорожье, 2004.-С.18-19.

3. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д. Функциональное состояние толстого кишечника при наложении толстокишечного анастомоза у больных с колостомой // Клін. хірургія.-№11-12.-2004.-С.65-66..

4. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Милица К.Н. Хирургическая реабилитация больных с колостомами// Актуальні питання медичної науки та практики (Збірник наукових праць).-Вип.66.-Кн.3.-Запоріжжя: «Дике Поле», 2004.-С.205-208.

5. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д. Использование энтерального питания после реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике // Харківська хірургічна школа.-№ 1.1.-2005.-С.236-238.

6. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Козлов В.Б. Опыт применения энтерального питания после реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике // Клін.хірургія.-№4-5.-2005.-С.19-20.

7. Восстановление непрерывности толстой кишки у колостомированных больных / Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Давыдов В.И., Козлов В.Б., Милица К.Н. // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.-Вип.14.-Кн.1.-Київ, 2005.-С.216-222.

8. Постоленко Н.Д. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с колостомами //Збірник наукових праць «Актуальні питання медичної науки та практики».- Вип.68.-Кн.2.-Запоріжжя, 2005.-С.310-313.

9. Лечение и реабилитация больных с декомпенсированной олстокишечной непроходимостью Милица Н.Н., Торопов Ю.Д., Давыдов В.И., Козлов В.Б., Мартыновский Ю.И., Постоленко Н.Д. // Збірник наукових праць «Актуальні питання медичної науки та практики».- Вип.69.-Запоріжжя, 2006.-С.241-245.

10. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д. Хирургическое лечение больных с колостомами // Матеріали ІІ з’їзду колопроктологів України за міжнародною участю.-Львів, 1-2 листопада 2006.-С.193-195.

11. Постоленко Н.Д. Особенности хирургической реабилитации больных с одноствольными колостомами // Збірник наукових праць “Актуальні питання медичної науки та практики”.- Вип.70.-Кн.1.- Запоріжжя, 2006.-С.54-59.

**АНОТАЦІЯ**

Постоленко М.Д. Вибір терміну і методу операції при відновленні безперервності товстої кишки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Запоріжжя, 2009.

В дисертації наведено теоретичне і практичне обґрунтування рішення актуальної задачі сучасної хірургії, спрямоване на хірургічну реабілітацію хворих з колостомою шляхом оптимізації терміну і методу операції.

Відновлення моторики після відновного етапу залежить від тривалості періоду ізольованого функціонування петлі, що приводить та кукси прямої кишки.

Особливостями морфологічної структури відключеного відділу товстої кишки у хворих з колостомою є розвиток на тлі хронічного запалення атрофічних, склеротичних і мікроциркуляторних порушень, прогресуючих по мірі існування стоми.

Колостома погіршує фізичні, психічні, соціальні показники якості життя. По мірі збільшення тривалості існування стоми відбувається покращення показників фізичного стану і погіршення психосоціальної складової якості життя.

Вибір способу відновлення безперервності товстої кишки залежить від довжини кукси прямої кишки і топографо-анатомічних взаємовідносин органів в малому тазі, а отже повинен бути індивідуальним.

Оптимальним терміном проведення реконструктивно-відновної операції є термін 3 місяці, який проходить в умовах мінімального дисбіозу і морфологічних змін, забезпечує кращі умови для відновлення періодичної моторної діяльності, більш швидкого відновлення фізичної і соціальної активності, емоційно-психологічного статусу, тим самим достовірно покращуючи якість життя хворих.

**Ключові слова:** одностовбурна колостома, реконструктивно-відновні операції, періодична моторна діяльність товстої кишки.

**АННОТАЦИЯ**

Постоленко Н. Д. Выбор срока и метода операции при восстановлении непрерывности толстого кишечника. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины – Запорожье, 2009.

Проанализированы результаты обследования и лечения 120 больных c колостомами, которым произведены реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке.

В зависимости от времени до реконструктивно-восстановительной операции, больные были распределены на группы: основная 70 (58,3 %) - срок выполнения реконструктивно-восстановительной операции через 3 месяца после операции Гартмана; контрольная 50 (41,7 %), разделенная на две подгруппы. Подгруппа А – 28 (23,3 %) больных, срок выполнения восстановительной операции составил от 6 до 8 месяцев. Подгруппа Б – срок проведения реконструктивно-восстановительной операции от 9 месяцев и свыше - 22 (18,4 %) больных.

Проведенные исследования ПМД у пациентов основной группы характеризовались восстановлением общей длительности моторного цикла, за счет фазы покоя, и периодов нерегулярных и ритмичных сокращений, что указывало на восстановление функции толстой кишки и возможности проведения восстановительного этапа лечения.

У пациентов контрольной группы, длительность цикла сохранялась примерно на одном уровне, однако со временем происходило уменьшение числа сокращений в минуту во 2 фазе. Ослабление моторики с течением времени подтверждалось и достоверным уменьшением коэффициента сократительной активности на 18%. Снижение моторики происходило, в основном, за счет уменьшения количества волн средних и сильных сокращений на 47,3% и 50,8% соответственно, и роста волн слабых сокращений, которое прогрессировало во времени.

Результаты исследования культи прямой кишки показали, что в этом отделе наблюдалось выраженное изменение ПМД в виде гипомоторной функции, практически атонии, которое способствовало развитию морфологических нарушений, способствующих ухудшению регенераторно-репаративных процессов при восстановительной операции.

Исследования моторики толстой кишки после реконструктивно-восстановительной операции показали, что длительность фазы нерегулярных сокращений также зависела от сроков проведения повторной операции. В основной группе фаза сокращений занимала 62,1 % всего времени цикла, в контрольной - на фоне удлинения фазы покоя наблюдалось уменьшение длительности фазы сокращений на 22,3 %, которая занимала всего 50,9 % времени цикла.

Общее число сокращений кишки, в основной группе составило 12,6 за один цикл, в контрольной – 7,8. При восстановлении кишечника через 3 месяца (основная группа) коэффициент сократительной активности был в 2,1 раза меньше нормальных показателей, а при восстановлении через 9 месяцев (контрольная 2Б) – уже в 3 раза ниже. При этом, в основной группе, процент волн средней амплитуды регистрировался в 4 раза чаще, чем в контрольной.

Морфологические изменения культи прямой кишки у пациентов основной группы были представлены преимущественно хроническими воспалительными изменениями слизистой с элементами восстановления регенераторных процессов и микроциркуляции. В контрольной группе в 6 месяцев - хроническое воспаление распространялось уже на всю толщу стенки, с умеренно выраженными атрофическими и склеротическими изменениями. В 9 месяцев превалировали грануляционно-склеротические процессы с отсутствием регенерации железистого слоя. А в 12 месяцев отмечались грубые склеротические изменения слизистой.

Полученные данные свидетельствовали о наличии морфологических изменений в стенке толстой кишки, которые прогрессировали со временем существования стомы. Эти изменения явились морфологической основой и позволили объяснить полученные данные о развитии нарушений ПМД со временем после операции Гартмана.

Проведенные бактериологические исследования показали, что наложение колостомы создает условия для развития дисбактериоза кишечника. Степень его выраженности, как правило, соответствовыала времени наличия колостомы. В срок трех месяцев (основная группа) чаще встречался дисбактериоз I степени. В период от 6 и более месяцев (контрольная группа) изменения биоценоза соответствовали II и III степеням, что обуславливало необходимость более раннего восстановления целостности кишечника и проведения специальной терапии.

Результаты исследования качества жизни свидетельствовали, что колостома является определяющим фактором в нарушении качества жизни пациентов. Все составляющие качества жизни (физические, психические, социальные) при наложении колостомы ухудшались, соответственно, на 49,4%, 52,3% и 47%. При этом, важное значение, имели сроки существования колостомы.

Для улучшения результатов реабилитационного хирургического лечения, был разработан оптимальный комплекс предоперационной подготовки включающий: диету, ирригацию функционирующих отделов толстой кишки, гидрогимнастику культи прямой кишки, лечебную физкультуру для укрепления мышц тазового дна и анального сфинктера, электростимуляцию культи прямой кишки.

Выбор способа восстановления непрерывности толстой кишки был индивидуальным и зависел от длины культи прямой кишки и топографоанатомических взаимоотношений органов в малом тазу. При “длиной культе” от 15см и выше, выполняли формирование внутрибрюшного коло-колоанастомоза. При длине от 10 до 15см, накладывали коло-ректоанастомоз, с фиксацией брюшины над ним по внедренной в клинике методике, и при “короткой культе” до 10см – осуществляли низведение ободочной кишки с формированием подбрюшинного коло-ректоанастомоза.

Наиболее часто встречаемым послеоперационные осложнения были несостоятельность анастомоза (5,7 %), абсцессы брюшной полости и малого таза (4,2 %). Оптимизация сроков проведения реконструктивно-восстановительных операций, достоверно (p>0,05) не приводило к увеличению цифр осложнений.

Таким образом, оптимальным сроком проведения реконструктивно-восстановительных операций явился период 3 месяцев, который протекал в условиях минимального дисбиоза и морфологических изменений, обеспечивал лучшие условия для восстановления периодической моторной деятельности, более быстрого восстановления физической и социальной активности, эмоционально-психологического статуса, тем самым достоверно улучшал качество жизни больных.

**Ключевые слова:**одноствольная колостома, реконструктивно-восстановительные операции, периодическая моторная деятельность толстой кишки*.*

**SUMMARY**

Postolenko M. D. Choice of term and operation method in restoration of colon continuity. - Manuscript.

The dissertation on competetion of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.01.03 - surgery. – The Medical Academy of Zaporozhye of post degree education MPH of Ukraine, Zaporozhye, 2009.

In thesises is brought theoretical and practical motivation of the decision of the actual problem to modern surgery, directed on surgical rehabilitation colostomy by sick way to optimization of the period and method to operations.

Reconstruction periodic motor activity after reconstruction stage depends on duration of the period of the insulated operation colostomy guts and cults: than period less their separate operation, that duration of the period of the reconstruction less.

The particularity of the morphological structure of the disconnected division of the large intestine, is a development on background of the chronic inflammation atrophic, sclerotic and microcirculatory of the breaches, progressing on measure of existence colostomy.

Colostomy worsens physical, psychic, social factors quality to life. On measure of the increase to duration of existence colostomy occurs the improvement of the factors of the physical condition and deterioration psycho-emotional forming quality to life.

The choice of the way of the reconstruction to continuity of the made someone look fat bowels depends on lengths cults of rectum and anatomical of the relations organ in small basin, but consequently must be individual.

The optimum period of the undertaking tear is a period 3 months, which runs in condition minimum dysbacteriosis and morphological change, provides the best conditions for recovering motor activity, more quick reconstruction physical and social activity, emotional-psychological status, hereunder realistically perfecting quality to life sick.

*The keywords*: colostomy, reconstruction-reconstruction operations, periodic motor activity of the large intestine.

Підписано до друку 12.03.2009. Формат 60х90 1/16

Ум. Друк арк.. 0,9. Друк лазерний. Зам. № 244. Тираж 120 прим.

Віддруковано в типографії ТОВ «Фінвей»

Україна, 69035, м. Запоріжжя, пр.. Леніна, 145

Тел.: (061) 213-17-44, 220-03-07

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