



В.В. Грубник, В.В. Міщенко

Одеський національний медичний
університет

© В.В. Грубник, В.В. Міщенко

**ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ТОВСТОКИШКОВОЇ
НЕПРОХІДНОСТІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ, ЯКА
УСКЛАДНЕНА ПЕРИТОНІТОМ**

Резюме. Основні принципи хірургічної тактики при гострій обтураційній товстокишечній непрохідності пухлинного генеза, ускладненої перитонітом, полягають у ретельному обстеженні хворого з рентгенографією органів грудної клітки й черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини (іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, фіброгастроуденоскопія, лапароцентез і лапароскопія – за строгими показаннями). Передопераційна підготовка повинна бути адекватною, інтенсивною й короткочасною з антибіотикопрфілактикою, патогенетичною інфузійною та антибактеріальною терапією. Операціями вибору є середина лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, встановлення причини непрохідності та ліквідації її шляхом формування зовнішніх нориць (трансверзостома, сигмостома, єюностома), санація та дренування черевної порожнини (4 дренажа). Післяопераційна летальність знижена на 10,2 %, кількість післяопераційних ускладнень на 7,8 %.

Ключові слова: хірургічна тактика, гостра обтураційна товстокишкова непрохідність.

Вступ

Гостра обтураційна товстокишкова непрохідність – це симптомокомплекс, який супроводжується частковим або повним порушенням проходження кишкового вмісту по товстій кишці у наслідок об'ємного процесу чи стороннього тіла, або здавленням зовні запальним інфільтратом, новоутвором позакишкової локалізації [1, 2].

Основною причиною гострої обтураційної товстокишкової непрохідності (ГОТКН) є рак ободової кишки, який у 15-20 % діагностується вперше. При ГОТКН післяопераційні гнійно-септичні ускладнення у вигляді розлитого гнійного перитоніта досягають 42-78 % при летальності 17-47 % [4].

Такі хворі частіше госпіталізуються у відділення загальнохірургічного профілю. Якість надання допомоги визначає долю хворого, тому що від чітких і правильних дій хірурга залежить результат лікування [3].

Хірургічне лікування ускладнених перитонітом ГОТКН пухлинного генеза до теперішнього часу запишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. Відкриті лапаротомні оперативні втручання є операціями вибору.

Основним методом лікування є термінове хірургічне втручання, яке спрямоване на усунення ознак ГОТКН та перитоніта [5]. Такі операції закінчуються формуванням, як правило, тимчасової або постійної колостоми із

санацією та дренуванням черевної порожнини [3, 4, 5]. Виконання операцій типу Гартмана та одномоментних радикальних операцій з накладенням первинного анастомозу при ГОТКН пухлинного генезу, яка ускладнена розлитим гнійним або каловим перитонітом є тактичною помилкою хірурга [2, 5, 6].

Тому вибір оперативного втручання у даній категорії хворих залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГОТКН, морфофункціональних змін у черевній порожнині і потребує чітких тактичних підходів у вирішенні даної проблеми.

Мета дослідження

На основі вивчення результатів лікування хворих з гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю пухлинного генезу, яка ускладнена перитонітом, розпрацювання тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Матеріали та методи дослідження

За період 2008-2012 рр. у клініці кафедри хірургії № 1 проходили лікування 95 хворих гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю пухлинного генезу, ускладненої перитонітом. Чоловіків було 67 (70,5 %), жінок – 28 (29,5 %) у віці від 46 до 82 років .

У 2 (2,1 %) хворих первинна пухлина локалізувалась у сліпій кишці, у 3 (3,2 %) – у



висхідній, у 6 (6,3 %) – у печінковому куті попереково-ободової кишки, у 2 (2,1 %) – у попереково-ободовій кишці, у 3 (3,2 %) – у селезінковому куті попереково-ободової кишки, у 10 (10,5 %) – у нисхідній товстій кишці, у 48 (50,5 %) – у сигмоподібній кишці, у 32 (33,7 %) – у прямій кишці. Основною причиною ГОТКН була обтурація просвіту кишки пухлиною. У 35 (36,8 %) хворих діагностовано метастатична поразка печінки. Розміри метастатичних новоутворів варіювали від 1 до 8 см.

Ознаки розлитого гнійного перитоніту діагностовано у всіх випадках. Перфорація пухлинного утвору в наслідок розпаду пухлини або перфорація товстої кишки від перерозтягання супроводжувались розвитком розлитого калового перитоніту виявлені у 32 (33,7 %) випадках, що свідчить про пізню госпіталізацію таких хворих.

Загальна діагностична програма включала клінічний аналіз крові та сечі, визначення групи крові по системі АВ0 і резус-фактора, натрія, калія, кальція сироватки крові, глюкози крові у сироватці крові, показники згортальної системи крові. Оглядова рентгенграфія черевної порожнини (до дренивання шлунка і клізми), електрокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія відносяться до першочергових методів обстеження.

ГОТКН пухлинного генезу, яка ускладнена перитонітом, є ознакою декомпенсації моторно-евакуаторної функції кишечника.

Госпіталізація таких хворих проводилась у хірургічне відділення або у відділення інтенсивної терапії для краточасної підготовки до операції протягом 1-2 годин.

Важкість стану пацієнта оцінювали за шкалою APACH I-II та прогностичною шкалою J. Ranson.

Передопераційна лікувальна програма полягала в інтубації й декомпресії шлунка, постановці газовідвідної трубки, у підготовці операційного поля.

На доопераційному етапі проводилась корекція дегідратації тяжкого ступеня шляхом внутрішньовенного крапельного введення розчинів глюкози 5 % 1000 мл, Рінгера-Локка – 1000 мл, Рінгера лактат – 400 мл, натрія хлориду 0,9 % 500 мл під контролем ОЦК і ЦВД. Обов'язковим є введення амінокислотних сумішей, антигіпооксидантів, спазмолітиків і препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію й реологічні властивості крові.

Під оптимальною за об'ємом операцією з приводу ГОТКН пухлинного генезу мається на увазі така, яка забезпечує надійне усунення ознак гострої кишкової непрохідності, видалення ракової пухлини за онкологічними принципами, адекватну санацію та дренивання черевної порожнини. При цьому бажаним є

відновлення природнього пасажу кишкового вмісту.

Однак при ГОТКН пухлинного генезу, ускладненої розлитим гнійним перитонітом оперативне втручання виконували з широкої середньої лапаротомії, проводилась ретельна ревізія органів черевної порожнини, встановлення причини непрохідності та ліквідації її шляхом формування зовнішніх норниць (трансверзостома, сигмостома, єюостома), санація та дренивання черевної порожнини (4 дренажа). Назоінтестинальна інтубація виконувалась при можливості її технічного виконання та урахуванням стану хворого. У першу добу після операції зонд виконує функцію декомпресії кишечника, починаючи з 2-3 доби його необхідно використовувати для раннього ентерального харчування.

При наявності розлитого калового перитоніта накладали лапаростому для етапних санацій черевної порожнини.

У після операційному періоді для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз. Крім того, протягом перших 3-х діб після оперативного втручання для парентерального харчування застосовуємо комбіновані препарати розчинів амінокислот та жирових емульсій. Ентеральне зондове харчування (Берламін-Модуляр) починаємо з моменту відновлення перистальтики.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих ГОТКН пухлинного генезу, ускладненої перитонітом, нами проводилась профілактика і лікування гнійносептичних ускладнень.

При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою APACH I-II менше 13 балів застосовували фторхінолони (Лефлоцин (Левефлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспорини (Цефоперазол + Сульбактам по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (орнігіл) по 100,0 3 рази на добу. При стані пацієнта за шкалою APACH I-II більше 13 балів – карбопенемі (Меропенем 500 мг, або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на



добу; Цефепім 2,0 г + Орнігіл 0,5 % 100,0 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Для санації черевної порожнини та зони операційної рани під час операції ми застосували Декасан – 0,02 % розчин декаметоксина – антисептичний препарат.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень проводилась введенням у підшкірну клітковину передньої черевної стінки Гепарин натрія 5000 ОД, Надропарин кальція 0,3 мл, Еноксапарин натрія 0,2, Далтепарин 5000 МО (перша ін'єкція – за 2 години до початку операції) та 1-2 рази на добу протягом 7 діб.

Результати дослідження та їх обговорення

Застосування загальної діагностичної та лікувальної програми у хворих з гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю пухлинного генезу, ускладненої перитонітом, дозволило отримати наступні результати.

З 95 хворих у ранньому післяопераційному періоді померло 10 (10,5 %). Основна причина

смерті – триваючий перитоніт і поліорганна недостатність.

Застосовані основні принципи хірургічної тактики при гострій обтураційній товстокишкової непрохідності пухлинного генезу, ускладненої перитонітом, дозволили знизити післяопераційну летальність на 10,2 % і значно (з 14,6 до 6,8 %) зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Висновки

1. Гостра обтураційна товстокишечна непрохідність пухлинного генезу, ускладненої перитонітом, вимагає екстреного оперативного лікування.

2. Запропоновані основні принципи хірургічної тактики при гострій обтураційній товстокишкової непрохідності пухлинного генезу, ускладненої перитонітом, можуть бути рекомендовані для практичного застосування в ургентній хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Важенин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важенин, Д.А. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 49-53.
2. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, С.Ф. Алекперов [и др.] // Колопроктология. – 2009. – № 3. – С. 17-23.
3. Ліщишина О.М. Колоректальний рак: стан медичної допомоги хворим в Україні та особливості смертності / О.М. Ліщишина, А.В. Журбенко // Онкологія: прил. к журналу «Експерим. онкологія». – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 161-163.

4. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – К.: 2006. – № 7. – 96 с.
5. Стандарты организации и профессионально ориентированные протоколы оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота / Под редак. Березницкого Я.С., Фомина П.Д. – Киев: «Здоровье Украины», 2011. – 392 с.
6. Шалімов С.О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / С.О. Шалімов, О.І. Євтушенко, Д.В. М'ясоєдов – К. : Четверта хвиля, 2004. – 248 с.



ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ
ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА,
ОСЛОЖНЕННОЙ
ПЕРИТОНИТОМ

В.В. Грубник, В.В. Мищенко

Резюме. Основные принципы хирургической тактики при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза, осложненной перитонитом, состоят в тщательном обследовании больного с рентгенографией органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости (иригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, лапароцентез и лапароскопия – по строгим показаниям). Предоперационная подготовка должна быть адекватной, интенсивной и кратковременной с антибиотикопрофилактикой, патогенетической инфузионной и антибактериальной терапией. Операциями выбора являются срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, установление причины непроходимости и ликвидации ее путем формирования внешних свищей (трансверзостома, сигмостома, еюностома), санация и дренирования брюшной полости (4 дренажа). Послеоперационная летальность снижена на 10,2 %, количество послеоперационных осложнений на 7,8 %.

Ключевые слова: *хирургическая тактика, острая обтурационная толстокишечная непроходимость.*

TACTICAL APPROACHES TO
THE TREATMENT OF ACUTE
OBSTRUCTIVE COLONIC
OBSTRUCTION OF TUMOR
GENESIS, COMPLICATED BY
PERITONITIS

V.V. Grubnik, V.V. Mishchenko

Summary. The basic principles of surgical tactics in acute obstructive colonic obstruction of tumor genesis, complicated by peritonitis, is a thorough examination of the patient – X-ray of the chest and abdomen, ultrasound of the abdominal cavities (irrigoscopy, sigmoidoscopy, fibrocolonoscopy, fibrogastroduodenoscopy, laparocentesis and laparoscopy - under strict indications). Preoperative preparation should be adequate, intensive and with short-term antibiotic prophylaxis, pathogenic fluid and antibiotic therapy. Operation of choice is midline laparotomy, revision of the abdominal cavity, the determination of cause of obstruction and eliminate it by forming external fistula (transverse colostomy, sigmoidostoma, jejunostomy), sanitation and drainage of the abdominal cavity (4 drainages). Postoperative mortality was reduced by 10.2%, the number of postoperative complications in 7.8%.

Key words: *surgical approach, acute obstructive colonic obstruction.*