



С. Н. Завгородний,
А. И. Рылов,
В. Ситхарам,
М. Б. Данилюк

КУ «ГКБЭ и СМП,
г. Запорожье»

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Резюме. При перфорации опухоли толстого кишечника 27 пациентам выполнено удаление опухоли с наложением первичного анастомоза. У 8 больных (29,6 %) выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по типу «бок в бок» и выведением декомпрессионной подвесной илеостомы. У 5 больных (18,5 %) выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза по типу «бок в бок» с декомпрессионной колостомой из проксимальной культы анастомоза. У 14 больных (51,9 %) выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением У-образного десцендосигмоанастомоза по типу «конец в бок» с выведением колостомы проксимальной культы анастомоза. Летальный исход в послеоперационном периоде наблюдался у 3 пациентов (11,1 %), непосредственной причиной смерти являлись интоксикация на фоне разлитого перитонита и развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Несостоятельности анастомоза не наблюдали. Закрытие колостомы проводили на (11 ± 2) сутки, после разрешения симптомов перитонита.

Наложение анастомоза с декомпрессионной стомой и интубацией кишечника предупреждало развитие несостоятельности анастомоза. А закрытие стомы в раннем послеоперационном периоде избавляет пациента от повторной госпитализации через длительный период времени и предупреждает развитие осложнений связанных со стомой.

Ключевые слова: анастомоз, опухоль, интубация кишечника, стома.

Введение

Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются: обтурационная кишечная непроходимость (20–85,5 %); перфорация кишки на фоне распада опухоли или проксимальнее ее за счет перерастяжения (диастатическая) — 0,39–18 %; кровотечение (0,78–14,7 %); прорастание опухоли в соседние органы и ткани (1,5–44,2 %); перифокальные воспалительные-гнойные процессы (5–29,9 %).

При раке толстого кишечника осложненно-непроходимостью кишечника и перфорацией кишечной стенки в ряде случаев используется первичная резекция. Однако всякая резекция кишечника при перфорации рака толстой кишки должна заканчиваться выведением отрезков кишки в виде одностольного или двустольного противоестественного заднего прохода. Данная тактика оправдана наличием перитонита, высокого риска развития несостоятельности анастомоза. При выполнении первичной резекции по поводу рака толстой кишки, осложненного непроходимостью и перфорацией кишечной стенки, следует отказаться от первичного восстановления

кишечной непрерывности независимо от локализации опухоли. Восстановление кишечной непрерывности должно производиться вторым этапом операции через 2 месяца, когда полностью будут ликвидированы последствия перитонита и наступит относительная нормализация общего состояния больного. Именно такая тактика лечения рекомендуется множественством ведущих онкологических центров, приостановила поиск новых тактических решений по данной проблеме.

Не смотря на немногочисленные публикации о наложении первичного анастомоза при перитоните, развившемся вследствие перфорации опухоли толстого кишечника, все настойчивее раздаются призывы в пользу радикальных вмешательств с наложением первичного анастомоза уже на первом этапе оперативного лечения данной категории больных [3, 5]. Сейчас уже очевидно, что при обоснованном подборе больных, тщательной интраоперационной декомпрессией кишечника на фоне адекватной коррекции метаболических процессов можно ожидать удовлетворительных результатов после наложения первичного анастомоза [3, 5].



С целью оценки результатов хирургического лечения и определения перспектив для его улучшения проведен анализ комплексного лечения больных с перитонитом вследствие перфорации опухоли толстого кишечника.

Цель работы

Оценка результатов методики первичного наложения межкишечного анастомоза во время оперативного лечения по поводу перфорации опухоли толстого кишечника. Определение эффективности данной методики в ургентной хирургии.

Материалы и методы исследования

Проведено лечение 48 больных с перфорацией опухоли толстого кишечника (мужчин — 19 (39,6 %), женщин — 29 (60,4 %)) в возрасте от 42 до 85 лет (средний возраст $(68,3 \pm 11)$ лет), наблюдаемых в ГКБЭ и СМП г. Запорожье в течение 3 лет (с 2011 по 2013 гг.). Рак ободочной кишки $T_3N_1M_0$ — 4 больных (8,3 %), $T_4N_1M_0$ — 23 больных (47,9 %), $T_4N_2M_0$ — 12 больных (25 %), $T_4N_1M_1$ (Mts в печень) — 7 больных (14,6 %), $T_4N_2M_1$ (Mts в печень) — 2 больных (4,2 %). Метастазы в печень были выявлены у 9 пациентов (18,8 %). У 75 % больных диагностировали сопутствующую патологию: у 23 пациентов выявлена сердечно-легочная патология (63,9 %), у 9 пациентов — заболевания со стороны гепато-билиарной системы (25 %), у 4 пациентов — болезнь почек (11,1 %).

Для проведения исследования пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от времени госпитализации с момента наступления перфорации.

Первая группа — пациенты, которые поступили до 12 часов с момента перфорации опухоли толстого кишечника (9 ± 3). Данная группа составила 27 человек (56,3 %) от общего количества больных. Из них 17 женщин (63 %), 10 мужчин (37 %). Рак слепой и восходящей ободочной кишки у 8 пациентов (29,6 %). Рак селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки — 5 пациентов (18,5 %). Рак сигмовидной кишки — 14 пациентов (51,9 %).

Во вторую группу вошли больные, поступившие в клинику через 12–48 часов с момента наступления перфорации опухоли. Данная группа представлена 21 (43,75 %) больным, из них 12 женщин (57,1 %) и 9 мужчин (42,9 %). Рак слепой и восходящей ободочной кишки у 6 пациентов (28,6 %). Рак селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки — 4 пациента (19 %). Рак сигмовидной кишки — 11 пациентов (52,4 %).

Все больные доставлены в клинику скорой медицинской помощью. После установления диагноза и проведения предоперационной подготовки, основным этапом которой была

инфузионная терапия, направленная в первую очередь на коррекцию нарушений центральной и периферической гемодинамики путем восполнения объема циркулирующей крови, улучшение реологических свойств крови, возмещение энергетического дефицита, коррекцию водно-электролитных нарушений, дезинтоксикацию. Конкретная реализация поставленных задач должна исходить из определения величины и характера дефицита, суточные потребности в воде и электролитах.

Гиповолемию устраняли инфузией препаратов, способствующих увеличению объема циркулирующей крови — стабизол, гелофузин (10–15 мл/кг), плазмы (5–10 мл/кг), альбумина (3–5 мл/кг). После этого назначали препараты, улучшающие реологические свойства крови и обладающие дезинтоксикационным действием (гекодез, реосорбилакт, реамберин). Энергетический дефицит обеспечивали 10 % раствором глюкозы с инсулином. Для коррекции нарушений водно-электролитного обмена вводили 5 % раствор глюкозы с добавлением солей натрия, калия.

Всем больным выполнено оперативное лечение в ургентном порядке.

Результаты исследований и их обсуждение

Пациенты обеих групп прооперированы в ургентном порядке с удалением опухоли и лимфодиссекцией. Всем пациентам выполняли назогастральную декомпрессионную интубацию тонкого кишечника, которая способствовала восстановлению перистальтики, существенно снижала уровень эндогенной интоксикации, способствовала профилактике кишечной непроходимости [1, 6].

Учитывая современные подходы к наложению первичных анастомозов во время ургентных оперативных вмешательств, мы использовали эту методику при выполнении резекции толстого кишечника с опухолью, осложненной перфорацией у пациентов первой группы (поступивших до 12 часов с момента наступления перфорации опухоли). С целью декомпрессии, мы выводили проксимальную культю кишечника в виде илеостомы (при правосторонней гемиколэктомии) и выведение колостомы (при выполнении левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки).

У 8 (29,6 %) больных выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзо анастомоза по типу «бок в бок» и выведением декомпрессионной подвесной илеостомы. У 5 больных (18 %) выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза по типу «бок в бок» с декомпрессионной колостомой из проксимальной культы анастомоза. У 14 больных (51,9 %) выполнена резекция сигмовидной



кишки с наложением У-образного десцендо – сигмо анастомоза по типу «конец в бок» с выведением колостомы проксимальной культы анастомоза.

Осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, мы не наблюдали. Шести пациентам (22,2 %) (2 после правосторонней гемиколэктомии, 4 после резекции сигмовидной кишки) выполнялась санационная релапаротомия на 2–4 сутки послеоперационного периода.

Закрытие стомы выполняли на (11 ± 2) сутки, после разрешения симптомов перитонита. Что предупреждало развитие осложнений связанных со стомой [2,4]. Продолжительность стационарного лечения больных составила (18 ± 3) койко–дня.

Летальный исход в послеоперационном периоде констатирован у 3 пациентов (11,1 %). Непосредственной причиной смерти являлись: раковая интоксикация, интоксикация на фоне разлитого перитонита и острая сердечно–сосудистая недостаточность.

Пациентам второй группы выполнено удаление опухоли с лимфодиссекцией и выведением стомы, без накладывания первичного анастомоза.

У 6 пациентов (28,6 %) выполнена правосторонняя гемиколэктомия с выведением илеостомы. Левосторонняя гемиколэктомия с выведением трансверзостомы выполнена 4 пациентам (19 %). Операция Гартмана выполнена 6 пациентам (52,4 %) Санационная релапаротомия выполнялась шести пациентам (28,57 %).

Продолжительность лечения больных составила (12 ± 3) дня. Пациенты второй группы выписаны с функционирующей стомой, с рекомендациями выполнения реконструктивного этапа через 4–6 мес.

Во второй группе летальный исход зарегистрирован у 8 больных (38,1 %). Причиной смерти в данной группе, как и у предыдущей, являлись: раковая интоксикация, интоксика-

ция на фоне перитонита и острая сердечно–легочная недостаточность.

Анализируя причину летальности, мы отметили, что возрастной фактор не был ведущим, поскольку средний возраст в группе умерших $(72,5 \pm 1,2)$ года не отличался существенно от такового во всей выборке ($p < 0,05$). При этом время от появления симптомов перитонита до операции в группе умерших значительно превышало среднее значение в выборке $(28,2 \pm 3,6)$ ч и (12 ± 6) , соответственно ($p > 0,05$), так и по сравнению групп: первая (до 12 часов) — 11,1 %, вторая (12–48 часов) — 38,1 %. Данное наблюдение доказывает то, что интоксикация и перитонит являются основными причинами послеоперационной летальности больных.

Выводы

Основной причиной летальности у пациентов с перфорацией опухоли толстого кишечника является поздняя госпитализация, и как следствие — выраженная интоксикация на фоне разлитого перитонита.

Декомпрессионная стома во время наложения первичного анастомоза при перфорации опухоли толстого кишечника снижает нагрузку на анастомоз, и тем самым, предотвращает развитие несостоятельности последнего.

Время до 12 часов с момента наступления перитонита, по результатам нашего исследования, является оптимальным для наложения первичного анастомоза.

Назогастральная интубация тонкого кишечника способствует раннему восстановлению перистальтики, существенно снижает уровень эндогенной интоксикации, способствует профилактике кишечной непроходимости.

Закрытие колостомы в раннем послеоперационном периоде, не требует повторной госпитализации пациентов через длительный период времени, тем самым предупреждает развитие осложнений связанных со стомой и улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гузев А. И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии / А. И. Гузев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 2002. — Т. 161, № 2. — С. 92–95.
2. Косован В. Н. Параколостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака толстой кишки / В. Н. Косован // Медичні перспективи. — 2012. — № 1. — Ч. 2. — С. 168–170.
3. Матвійчук Б. О. Класифікація ускладнень ентерота колостомії / Б. О. Матвійчук // Клінічна хірургія. — 2011. — № 12. — С. 17–21.
4. Неотложная резекция толстой кишки с применением компрессионного анастомоза и приводящей ко-

- лостомы / Б. К. Гиберт, В. Э. Гюнтер, Е. Ю. Зайцев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2005. — № 10. — С. 8–11
5. Профилактика возникновения несостоятельности швов межкишечных анастомозов в неотложной хирургии: зб. науч. работ / науч. ред. А. В. Алексеев. — Киев — Донецк : Науч. кн., 1998. — 501 с.
6. Шукалин Б. К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б. К. Шукалин, А. П. Фаллер, В. А. Горский // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 2. — С. 24–28.



ОСОБЛИВОСТІ
НАКЛАДАННЯ
ПЕРВИННОГО
АНАСТОМОЗУ ПРИ
ПЕРФОРАЦІЇ ПУХЛИНИ
ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА

*С. М. Завгородій, А. І. Рілов,
В. Сітхарам, М. Б. Данилюк*

Резюме. При перфорації пухлини товстого кишечника 27 пацієнтам виконано видалення пухлини із накладанням первинного анастомоза. У 8 хворих (29,6 %) виконана правостороння геміколектомія з накладанням ілеотрансверзоанастомозу «бік у бік» і виведення декомпресійної підвісної ілеостоми. У 5 хворих (18,5 %) виконана лівостороння геміколектомія з накладанням трансверзосигмоанастомозу по типу «бік у бік» з декомпресійною колостою із проксимальної культі анастомоза. У 14 хворих (51,9 %) виконана резекція сигмовидної кишки з накладанням У-подібного десцендосигмоанастомоза по типу «кінець у бік» з виведенням колостоми проксимальної культі анастомоза. Летальний результат у післяопераційному періоді спостерігався у 3 пацієнтів (11,1 %), безпосередньою причиною смерті були інтоксикація на фоні розлитого перитоніту і розвиток гострої серцево-судинної недостатності. Неспроможності анастомозу не спостерігалось. Закриття колостоми виконували на (11 ± 2) доби, після розрешення симптомів перитоніту.

Накладання анастомозу із декомпресійною стоною та інкубацією кишечника попереджувало розвиток неспроможності анастомоза. А закриття стоми у ранньому післяопераційному періоді позбавляло пацієнта від повторної госпіталізації через тривалий проміжок часу та попереджувало розвиток ускладнень, що пов'язані зі стоною.

Ключові слова: *анастомоз, пухлина, інтубація кишечника, стома.*

FEATURES OF PLACING
PRIMARY ANASTOMOSIS
IN COLONIC TUMOR
PERFORATION

*S. N. Zavgorodniy, A. I. Rilov,
V. Seetharam, M. B. Danylyuk*

Summary. 27 patients underwent resection with primary anastomosis in colonic tumor perforation. In this 8 patients (29,6 %) underwent right sided hemi - colectomy with ileo-transverse anastomosis side to side with ileostomy for decompression effect. And 5 patients (18,5 %) underwent left sided hemi colectomy with transverso-sigma anastomosis side to side with colostomy of proximal stump of anastomosis for decompression effect. And 14 patients (51,9 %) underwent resection of sigmoid colon with placement of Y shaped decendo sigma anastomosis end to side with placement of colostomy of proximal stump. Result observed in 3 patients (11,1 %) in postoperative period, were cause of death was due to intoxication due to peritonitis and Cardio vascular insufficiency. Anastomotic leak was not recorded. Colostomy was closed around (11 ± 2) days after resolution of peritonitis and improvement of general condition of patient.

Anastomosis with placement of stoma and intubation of intestine for decompression effect prevented development of anastomotic leak and closure of stoma in early post-operative period relieves the patient from re-hospitalization and helps to avoid complications related to stoma.

Key words: *anastomosis, tumor, intestinal intubation, stoma.*