

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ

В. І. Кустря, О. В. Лангазо

Берегівська центральна районна лікарня, Закарпатська область

SURGICAL TREATMENT OF AN ACUTE OBTURATION OF LARGE BOWEL ILEUS

V. I. Kustryo, O. V. Langazo

Хірургічне лікування ускладненого раку товстого кишечника є однією з складних проблем невідкладної хірургії захворювань органів черевної порожнини. Одним з найбільш частих ускладнень пухлин ободової кишки є ГОНТК, яка виникає у 20 — 85% хворих.

Основним методом лікування цього ускладнення є оперативне втручання. Виконання радикальних оперативних втручань з відновленням цілісності ободової кишки шляхом накладання первинного товсто—товстокишкового анастомозу не завжди можливе через давність непрохідності кишечника. Зважаючи на це, деякі автори рекомендують виконувати багатоступінчасті операції типу Цейдлера—Шлоффера. Першим етапом накладають цекостому, другим — здійснюють радикальну операцію, третім — закривають цекостому [1]. В той же час, інші дослідники багатоступінчасті операції вважають невиправданими, оскільки за період між виведенням колостоми та радикальним етапом втручання відбуваються прогресування росту пухлини, метастазування та генералізація процесу, особливо при виникненні гнійно—запальних ускладнень як у черевній порожнині, так і в параколомній зоні, внаслідок інфікування шкірно—кишкових швів калом при відкритті просвіту виведеного на передню черевну стінку проксимального відділу кишки, що значно відтермінує радикальний етап операції та значно зменшує резектабельність пухлини [2, 3]. За даними літератури, частота параколомних ускладнень при ГОНТК стано-

Реферат

Проаналізовані результати лікування 47 хворих з приводу операбельного раку лівої половини товстої кишки, ускладненого гострою обтураційною непрохідністю товстої кишки (ГОНТК), у яких виконана радикальна обструктивна операція типу Гартманна. У 26 хворих (1—ша група) здійснена типова обструктивна радикальна операція типу Гартманна, у 21 (2—га група) — радикальна обструктивна операція за запропонованою нами методикою. У 1—й групі ускладнення після операції виникли у 7 (26,9%) хворих, тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 19 днів; у 2—й групі — ускладнення спостерігали у 2 (9,5%) хворих, тривалість лікування у стаціонарі — 13 днів. Отже, застосування запропонованого методу хірургічного лікування ГОНТК дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень у 2,8 разу, летальність — у 2,4 разу, тривалість лікування у стаціонарі — в 1,4 разу, потребу у перев'язках та витрати перев'язувального матеріалу після операції — у 10 разів.

Ключові слова: гостра обтураційна непрохідність товстої кишки; хірургічне лікування; попередження післяопераційних ускладнень.

Abstract

The results of treatment were analyzed in 47 patients, suffering operable cancer of left half of large bowel, complicated by an acute obturation ileus of the large bowel (AOILB), in whom radical obstructive operation of the Hartmann type was performed. In 26 patients (the 1—st group) a typical obstructive operation of Hartmann type was accomplished, and in 21 (2—nd group) — a radical obstructive operation in accordance to the method proposed. In a 1—st group postoperative complications have occurred in 7 (26.9%) patients, duration of stay in stationary was 19 days on average; in the 2—nd group the complications were observed in 2 (9.5%) patients. Duration of treatment in stationary was 13 days. Thus, application of the method of surgical treatment of the AOILB proposed have permitted to reduce postoperative morbidity rate in 2.8 times, the lethality — in 2.4 times, duration of a stationary treatment — in 1.4 times, necessity in postoperative wound dressing procedures and expenditure on dressing material — in 10 times.

Key words: acute obturation large bowel ileus; surgical treatment; prophylaxis of postoperative complications.

вить 17,5 — 52% [4]. Крім того, при гнійно—запальних параколомних ускладненнях можливе втягнення колостоми у черевну порожнину внаслідок неспроможності швів з виникненням калового перитоніту [5], що потребує виконання релaparотомії та ще більшого відтермінування радикального етапу операції. Тому деякі автори рекомендують у невідкладному порядку здійснювати радикальні (обструктивні) оперативні втручання типу Гартманна з накладанням колостоми та подальшим виконанням реконструктив-

но—відновної операції у плановому порядку [6, 7]. Проте, за такої тактики також можливе виникнення гнійно—запальних параколомних ускладнень, неспроможності швів з подальшим втягуванням колостоми у черевну порожнину, появою перитоніту, що значно відтермінує виконання відновного етапу операції, збільшує інвалідизацію хворих, летальність, погіршує якість їх життя, трудову та соціальну реабілітацію.

Мета роботи: поліпшення результатів хірургічного лікування

хворих з приводу ГОНТК шляхом впровадження нових методів та попередження післяопераційних ускладнень після обструктивних оперативних втручань типу Гартманна.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 47 хворих з приводу операбельного раку лівої половини товстої кишки, ускладненого ГОНТК, виконана радикальна обструктивна операція типу Гартманна. Віком від 40 до 59 років було 11 хворих, від 60 до 74 років — 31, старше 75 років — 5. У 33 (70,2%) хворих — в анамнезі були повідомлення про періодичні невиражені кишкові розлади, з них у 22 (66,6%) — минали самостійно, 11 (33,3%) — застосовували послаблювальні засоби. В усіх пацієнтів діагностовані одне або кілька соматичних захворювань у стадії компенсації або субкомпенсації.

Хворі розподілені на дві групи залежно від методу обструктивної операції.

У 26 хворих (1—ша група) виконана типова радикальна обструктивна операція типу Гартманна, у 21 (2—га група) — радикальна обструктивна операція за запропонованою нами методикою [8, 9].

Виконували серединну лапаротомію. За загальноприйнятими онкологічними принципами мобілізували ліву половину ободової кишки. На дистальну частину мобілізованої кишки накладали апаратний шов та пересікали її. Прошиту кукусу перитонізували за допомогою кисетного шва. Дистальний кінець мобілізованої кишки разом з пухлиною виводили за межі операційного поля, на 4 см проксимальніше пухлини вскривали кишку і видаляли її вміст шляхом "зцідження", починаючи від сліпої кишки до межі мобілізації ободової кишки, не доходючи до пухлини 40 см, при цьому вміст тимчасово збереженої мобілізованої частини кишки через розріз вище пухлини видаляли за межі операційно-

го поля у підготовлену ємність. За необхідності через утворений розріз у кишечник вводили поліхлорвінілову трубку, промивали його просвіт з подальшою аспірацією залишків промивних вод. Таким чином, раніше мобілізований відділ кишечника використовували для тимчасового природного інтраопераційного видалення вмісту за межі операційного поля. Після випорожнення кишечника на рівні мобілізації проксимального відділу ободової кишки накладали апаратний шов, кишку пересікали й видаляли разом з пухлиною. Прошитий випорожнений оральний кінець ободової кишки через окремий розріз виводили на передню черевну стінку і фіксували окремими пошаровими вузловими швами, залишали надлишок до 4 см. Черевну порожнину пошарово зашивали. Танталовий шов відсікали. Виведений у вигляді стоми кінець ободової кишки зшивали з гумовим еластичним циліндричним протезом довжиною 15 — 17 см кінець у кінець [8], або в просвіт кишки вводили опірне кільце у вигляді циліндра, діаметр якого відповідав діаметру кишки, з насадженням на дистальний кінець гумовим відводом для видалення вмісту довжиною 15 — 17 см. Конструкцію фіксували у просвіті кишки шляхом перев'язування її на опірному кільці лігатурою [9]. Дистальний кінець гумового протеза—відводу довжиною до 15 см вміщували у ємність для збирання вмісту кишки. На 7 — 8-му добу після операції на рівні шкіри відсікали та видаляли надлишок виведеної кишки разом з гумовим протезом — відводом вмісту.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих 1—ї групи стоми відкривали на 2 — 3-тю добу після операції, внаслідок постійного потрапляння вмісту кишечника на шви та шкіру навколо стоми необхідно було проводити до 12 перев'язок на

добу, постійну гігієнічну обробку шкіри. Витрати перев'язувального матеріалу становили у середньому 200 — 300 см² на добу.

Ускладнення після операції виникли у 7 (26,9%) хворих: параколостомні гнійно—запальні ускладнення — у 4 (15,3%), з них в 1 — втягування стоми у черевну порожнину, післяопераційна пневмонія — в 1, гостра серцево—судинна недостатність — у 2. Померли 3 (11,5%) хворих, 2 — внаслідок гострої серцево—судинної недостатності, 1 — від перитоніту. Тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 19 днів.

У хворих 2—ї групи внаслідок відведення вмісту кишечника за межі операційного поля, через гумовий протез—відвод здійснювали одну перев'язку на добу, витрати перев'язувального матеріалу становили у середньому 20 — 30 см². Стома функціонувала з першої доби. Ускладнення після операції виникли у 3 (9,5%) хворих: запальний інфільтрат в ділянці стоми — в 1, пневмонія — в 1, гостра серцево—судинна недостатність — в 1. Помер 1 (4,7%) хворий внаслідок гострої серцево—судинної недостатності. Тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 13 днів.

ВИСНОВКИ

1. Удосконалення та розробка нових методів хірургічного лікування ГОНТК сприяли попередженню або зменшенню частоти післяопераційних ускладнень.

2. Застосування запропонованого методу хірургічного лікування ГОНТК дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень у 2,8 разу, післяопераційну летальність — у 2,4 разу, тривалість лікування хворого у стаціонарі — в 1,4 разу, зменшити частоту перев'язок та матеріальні витрати на перев'язувальний матеріал після операції у 10 разів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Anselmetii G. La chirurgia d'urgenza nelle neoplasie del colon / G. Anselmetii // Chir.Gastroenterol. — 1992. — Vol. 26, N 3. — P. 409 — 418.
2. Шулуток А. М. Субтотальная колэктомия при obturационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / А. М.

Шулуток, А. Ю. Мойсеев, В. Ю. Зубцов // Хирургия. — 2000. — № 2. — С. 14 — 16.

3. Пойда А. И. Восстановительные операции на толстой кишке: автореф. дис. ... д—ра мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / А. И. Пойда; Киев. мед. ин—т. — К., 1993. — 40 с.

4. Профілактика параколомостомічних гнійно—запальних ускладнень з застосуванням сорбенту нового покоління / О. О. Біляєва, Р. Р. Процюк, С. М. Нечипорук [та ін.] // Клін. хірургія. — 2008. — № 11—12. — С. 30.
5. Бочар В. Т. Профілактика післяопераційних гнійно—септичних параколомостомічних ускладнень / В. Т. Бочар // Там же. — С. 32—33.
6. Юхтин В. И. Хирургия ободочной кишки / В. И. Юхтин.— М.: Медицина, 1988. — 320 с.
7. Gebhardt C. Differenzierte chirurgische Therapie des Dickdarmileus / C. Gebhardt, W. Meyer, K. H. Schultheis // Caduceus news. — 1998. — Vol. 1. — P. 1—4.
8. Патент на корисну модель 66696 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб відведення кишкового вмісту після резекції кишки при гострій кишковій непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо (Україна): заявник і власник патенту В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо. — № u 201108558; заявл.07.07.11; опубл. 10.01.12. Бюл. № 1.
9. Патент на корисну модель 35797 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Кустрьо (Україна): заявник і власник патенту В. І. Кустрьо, О. В. Кустрьо. — № u2008 04079; заявл.01.04.08; опубл. 10.10. 08. Бюл. № 19.

