

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

© Лыхман В. Н.

УДК 616.351-089.87-06

Лыхман В. Н.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины»

(г. Харьков)

Работа выполнена в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» и составляет фрагмент комплексной научно-исследовательской работы «Дослідити механізми розвитку післяопераційних ускладнень при гострій ішемії кишечника в умовах хірургічної корекції кровопостачання та резекційних методів оперативних втручань», № гос. регистрации 0111U009981, шифр П 04.12.1.08.

Вступление. В настоящее время, рак прямой кишки занимает 3-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта, составляет 45% среди новообразований кишечника и 4-6% в структуре злокачественных новообразований всех локализаций. Основным методом лечения данного заболевания является хирургический. В большинстве клиник чаще всего выполняется передняя резекция прямой кишки. Однако после резекции пораженного опухолью участка и восстановления непрерывности кишечной трубки в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов возникают различные осложнения.

Частичная или полная несостоятельность швов анастомоза 5-8%, нарушение резервуарной и эвакуационной функции неоректум 30-60%, стриктура зоны анастомоза 6-10%.

Все эти осложнения ухудшают результаты лечения, этапы реабилитации и психоэмоциональное состояние данной категории больных.

Таким образом предупреждение и борьба с осложнениями в послеоперационном периоде является важным этапом в лечении больных раком прямой кишки.

Объект и методы исследования. В клинике ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМНУ» с 2007г по 2011 г. выполнено 211 передних резекций прямой кишки. Нами предложен способ колопластики с

формированием триампулярного толстокишечного резервуара. На толстой кишке вдоль свободной линии, отступая от резецированного края 3см выполняем продольный разрез длиной 3см, рассекая при этом лишь серозный и мышечный слой. Продольный разрез сшиваем непрерывно в поперечном направлении, тем самым выполняем колопластику и формируем три идентичные ампулы толстокишечного резервуара. Формируем колоректальный анастомоз при помощи одноразового циркулярного эндостеплера. За линию проксимальнее сформированной ампулы трансанально заводим зонд. Операцию завершаем экстраперитонизацией анастомоза с дренированием.

Результаты исследования и их обсуждение. У 194 больных после резекции формировали анастомоз «конец в конец». 136(70,1%) больных в послеоперационном периоде отмечали увеличение частоты опорожнения кишечника до шести-восьми раз в сутки с ночными непроизвольными дефекациями, 12(6,2%) около пяти, лишь 33(17,0%) больных отмечали полностью контролируемый трех-четырёх разовый стул. У 10(5,2%) наблюдалась частичная несостоятельность анастомоза, которая под воздействием консервативных мероприятий была ликвидирована и не повлекла дополнительных оперативных вмешательств. Стриктура зоны анастомоза в сроки от 2х до 4х месяцев была диагностирована в трех (1,5%) случаях – ликвидирована путем баллонной дилатации

У 17 больных использовали предложенную нами методику формирования триампулярного толстокишечного резервуара. 13(76,5%) больных в послеоперационном периоде отмечали оформленный, контролируемый двух-трех разовый стул в сутки, у 4(23,5%) трех-четырёх разовый, а к концу первого года 88% отмечают одно-двух разовый стул, что в два раза меньше чем при традиционных методиках.

Признаков несостоятельности и стриктуры анастомоза у этих больных не выявлено.

Таким образом данная методика позволяет предупредить осложнение в виде нарушения резервуарной и эвакуационной функции неоректума, что в свою очередь улучшает послеоперационную реабилитацию и в дальнейшем качество жизни.

Выводы

1. Предложенный способ прост в выполнении.
2. Способствует уменьшению частоты осложнений.
3. Улучшает послеоперационную реабилитацию и качество жизни пациентов.

Литература

1. Генри М. М. Колопроктология и тазовое дно / М. М. Генри, М. Свощ. – М., 1988. – С. 64–71.
2. Комбинированное лечение рака прямой кишки / Г. В. Бондарь [и др.] // Матер. IX съезда онкологов Украины. – К. : 2006. – С. 129–130.
3. Мельник В. М. Реконструктивно–восстановительные операции при удалении функционально–активных отделов толстой кишки : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14. 01. 17 «Хирургия» / В. М. Мельник. – Киев, 2008. – 40 с.
4. Тотальные эвисцерации малого таза при местно–распространенном раке прямой кишки / Ю. М. Тимофеев, В. Б. Матвеев, Ю. А. Барсуков, К. М. Фигурин // Российский онкологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 25–27.
5. Чиссов В. И. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. / В. И. Чиссов; под ред. В. И. Старинского, Г. В. Петровой. – М., 2008. – 386 с.
6. Шалимов А. А. Хирургия кишечника / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. К. –К. : «Здоровье», 1977. – 248 с.
7. Lidder P. G. Rectal cancer: the role of radiotherapy / P. G. Lidder, K. B. Hosisic // Dis. Surg. – 2005. – Vol. 22. – P. 41–48.

УДК 616.351-089.87-06

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ КІЛЬКОСТІ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ

Лихман В. М.

Резюме. В даній роботі наведено досвід профілактики ускладнень при низьких резекціях прямої кишки. В клініці за період з 2007 по 2011 рік було виконано 211 передніх резекцій. На основну частину ускладнень при оперативних втручаннях припали часткова чи повна неспроможність швов анастомозу, стриктури зоні анастомозу, малопродуктивні до 10-12 разів у добу дефекації. У 17 хворих використовували запропоновану нами методику колопластики з формуванням триампулярного товстокишкового резервуару, що знизило частоту спорожнювання кишечника до двох-трьох разів на добу. Так само не було відзначено інших ранніх та пізніх ускладнень, характерних для таких операцій.

Ключові слова: рак прямої кишки, низька передня резекція прямої кишки.

УДК 616.351-089.87-06

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Лыхман В. Н.

Резюме. В данной работе приведен опыт профилактики осложнений при низких резекциях прямой кишки. В клинике за период с 2007 по 2011 год было выполнено 211 передних резекций. На основную часть осложнений при таких оперативных вмешательствах пришлось, частичная или полная несостоятельность швов анастомоза, стриктуры зоны анастомоза, малопродуктивные до 10-12 раз в сутки дефекации. У 17 больных использовали предложенную нами методику колопластики с формированием триампулярного толстокишечного резервуара, что снизило частоту опорожнения кишечника до двух-трех раз в сутки. Так же не было отмечено других ранних и поздних осложнений, характерных для таких операций.

Ключевые слова: рак прямой кишки, низкая передняя резекция прямой кишки.

UDC 616.351-089.87-06

Possible Ways to Reduce the Number of Complications at Low Resections of the Rectum

Lykhman V. N.

Abstract. Currently, colorectal cancer occupies the third place in the structure of malignant tumors of the gastrointestinal tract, is 45% of bowel tumors and 4-6% of the malignant tumors in all locations. The main method of treatment of this disease is surgical.

The main part of such complications in surgical interventions had partial or complete failure of anastomotic sutures, stricture of the anastomosis area, unproductive up to 10-12 times a day stool.

Prevention and management of complications in the postoperative period is an important step in the treatment of patients with rectal cancer.

The clinic state Institution «Zaycev V. T. institute of general and urgent surgery of National academy of medical sciences of Ukraine» from 2007 to 2011 carried out 211 anterior resection of the rectum. We have proposed a method for the formation of coloplasthy thryampulare colonic reservoir. On the colon along the free line, stepping

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

back from the edge of the resected 3cm perform a longitudinal incision 3cm, cutting with only serous and muscular layer. Longitudinal section sews continuously in the transverse direction, thereby fulfilling coloplasty and form three identical vials colonic reservoir. Form a colorectal anastomosis using a single circular endosteppler. Proximal to the line formed ampoule thransanales we start the probe. The operation is completed extraperitonization anastomosis with drainage.

In 194 patients after resection anastomosis formed the "end to end". 136 (70.1%) patients in the postoperative period, there was an increase in the frequency of bowel movements for up to six to eight times a day with night involuntary defecation, 12 (6.2%), about five, only 33 (17.0%) patients noted fully controlled three or four one-time chair. In 10 (5.2%) showed partial anastomotic leakage, which is under the influence of conservative measures was eliminated and did not result in additional surgical interventions. Stricture of the anastomosis zone during the period from 2 to 4 months was diagnosed in three (1.5%) cases – by balloon dilatation eliminated

17 patients have used our proposed method of forming thryampulyares colonic reservoir. 13 (76.5%) patients in the postoperative period, there was a comfortable, controlled by two or three one-time chair in the day, in 4 (23.5%) three or four times a day, and by the end of the first year, 88% say one -two one-time chair, which is two times less than traditional methods. Signs of insolvency and anastomotic stricture in these patients are not revealed.

Thus, this technique can prevent a complication in the form of violation of the reservoir and evacuation function neorectum, which in turn improves the postoperative rehabilitation in the future quality of life.

Keywords: cancer of the rectum, low anterior resection of the rectum.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 06. 02. 2015 р.