

© Л. Я. КОВАЛЬЧУК, А. Д. БЕДЕНЮК, Т. Ю. УГЛЯР

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Хірургічна тактика при діастатичних розривах товстої кишки на фоні обтураційної кишкової непрохідності

L. YA. KOVALCHUK, A. D. BEDENIUK, T. YU. UNLYAR

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

SURGICAL TACTICS IN DIASTATIC RUPTURES OF THE COLON ON THE BACKGROUND OF OBSTRUCTIVE ILEUS

Проаналізовано результати хірургічного лікування 112 хворих, оперованих із приводу обтураційної кишкової непрохідності на ґрунті обструкції товстої кишки пухлиною, у 19 пацієнтів захворювання ускладнилось діастатичною перфорацією кишки або її діастатичними надривами, що становило 16,96 % від загальної кількості хворих. Всіх пацієнтів було поділено на 2 групи. До першої групи ввійшли хворі з діастатичною перфорацією товстої кишки (повний розрив), до другої – з діастатичними надривами (неповний розрив) товстої кишки. Для оцінки тяжкості перитоніту та його прогнозу використовували розрахунковий індекс Манхаймера. Для оцінки ризику виконання невідкладного оперативного втручання при колоректальному раку у хворих із діастатичними розривами ободової кишки використовували шкалу CTES. У всіх хворих при госпіталізації в стаціонар для встановлення діагнозу проводився діагностичний комплекс, що включав в себе детальний збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, комплекс загальних клініко-інструментальних, лабораторних обстежень. Результати дослідження показали, що при діастатичних розривах на фоні пухлинної товстокишкової непрохідності виконання симптоматичних оперативних втручань призводить до несприятливих наслідків, пухлину необхідно видаляти у всіх випадках, коли це можливо. Головна мета операції при діастатичних розривах – врятувати життя хворого, чому повною мірою відповідають всі види симптоматичних втручань, але така категорія хворих потребує в подальшому повторного циторедуктивного оперативного втручання, яке супроводжується підвищеним ризиком летальності та ускладнень. Первинне ж видалення пухлини супроводжується кращими безпосередніми результатами.

There were analyzed the results of surgical treatment of 112 patients operated on ileus on the basis of obstructive colon tumor, in 19 patients the disease was complicated by diastatic bowel perforation or ruptures, that made 16,96 % of the all patients. All patients were divided into 2 groups. The first group included patients with diastatic perforation of the colon (complete rupture), the second – with diastatic tears (incomplete rupture) of the colon. To assess the severity of peritonitis and its prediction the index of Manheimer was estimated. To assess the risk of urgent surgery for colorectal cancer in patients with colon diastatic breaks the CTES scale was used. In all patients at admission to hospital, diagnostic complex that included detailed collection of complaints, history, objective examination, general clinical and instrumental, laboratory examinations was carried out. The results showed that symptomatic surgery of the diastatic ruptures caused by malignant colorectal obstruction leads to unfavorable consequences, one should remove the tumor in all cases when it is possible. The main goal of surgery for diastatic ruptures is to save the life of the patient, all kinds of symptomatic interventions meet that aim, but this category of patients requires further cytoreductive surgery, which is accompanied by the increased risk of mortality and complications. Primary tumor removal is accompanied by better immediate results.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Кишкова непрохідність продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної хірургії, що зумовлено її стабільно високою частотою в структурі ургентної хірургічної патології, яка сягає 27,1 %, та рівнем летальності від 7 до 32 % [2], а в осіб похилого віку, які складають до 31 % серед пацієнтів із даною патологією [10, 11], – і до 50 % [11]. Грiзним ускладненням, що виникає при товстокишковій непрохідності на фоні

високих показників внутрішньокишкового тиску, є виникнення діастатичних розривів товстої кишки [1]. Частота цього ускладнення коливається в межах 2,1–27 %, післяопераційна летальність сягає 26–100 %, причому вона є особливо високою після паліативних та симптоматичних операційних втручань. За даними окремих авторів, діастатичні розриви складають 50–60 % перфорацій товстої кишки на фоні пухлинного процесу [7]. Більшість авторів [1, 2, 6] розрізняє два види перфорації: перфо-

рацію пухлини і діастатичний розрив кишкової стінки проксимальніше пухлини. Найбільш часто діастатичні розриви відбуваються на стінці сліпої кишки у хворих із лівосторонньою локалізацією пухлини ободової кишки, тоді як перфорація кишкової стінки в зоні пухлини не залежить від її локалізації і спостерігається однаково часто у хворих із лівобічним і правобічним пухлинним ураженням.

Розвиток діастатичних розривів ободової кишки вирізняється поліморфізмом клінічної картини, тому багато авторів відмічає значні труднощі в діагностиці даного ускладнення пухлинної товстокишкової непрохідності [1]. На думку більшості авторів [6, 7], у механізмі діастатичної перфорації кишкової стінки obturaційна непрохідність як провідний механічний патогенетичний фактор не викликає сумнівів, адже діастатична перфорація здебільшого відбувається на фоні високих показників внутрішньокишкового тиску. Проте на сьогодні встановлено, що лише механічним фактором неможливо пояснити багатогранні зміни, які виникають у стінці кишки при її непрохідності, зокрема ускладненій діастатичними розривами [5].

У питаннях хірургічної тактики при obturaційній непрохідності і діастатичних розривах ободової кишки до сьогодні немає єдності думок. Окремі автори, [5] враховуючи високу частоту летальності після паліативних втручань, є прихильниками радикальної операції – резекції сегмента кишки разом з перфоративною пухлиною і накладення первинного анастомозу. Більшість хірургів [7, 10] рекомендує резекцію кишки з пухлиною без відновлення кишкового пасажу. Інші допускають можливість виконання первинної резекції при відносно задовільному стані хворого, у молодому віці, при відсутності розлитого перитоніту і метастазів пухлини [7]. Деякі хірурги вважають, що обсяг оперативного втручання при перфорації пухлини повинен бути мінімальним [12] і підкреслюють доцільність використання перфоративного отвору як декомпресивної колостоми з подальшим видаленням пухлини, інші рекомендують ушивання перфоративного отвору з оментопластикою та дренажуванням черевної порожнини. При перфорації кишкової стінки проксимальніше зони пухлинного росту більшість хірургів резектує ділянку кишки з перфоративним отвором без відновлення кишкової безперервності [4].

Одним із найбільш цікавих напрямків в екстерній хірургії ободової кишки є розробка та впровадження в клінічну практику нового методу хірургічного втручання при лікуванні хворих з obturaційною непрохідністю лівої половини ободової кишки пухлинного генезу – одномоментної тотальної і субтотальної колектомії з відновленням безперервності шляхом накладення первинного ілеодесцендо-, ілеосигмо- або ілеоректоанастомозу [6]. Післяопера-

ційна летальність у такому разі становить 11,5–13,8 % [6]. Будучи первинно-відновним втручанням, дана операція вирізняється високим онкологічним радикалізмом, а також можливістю ранньої соціальної та трудової реабілітації оперованих. Крім того, автори вважають, що застосування тотальної і субтотальної колектомії знижує ризик рецидиву пухлини й усувається необхідність виконання повторних втручань. Частота післяопераційних ускладнень і летальність при виконанні цієї операції значно нижчі порівняно з аналогічними показниками після багатоетапних втручань, а віддалені результати кращі. Крім того, даний тип оперативних втручань є патогенетично обґрунтованим у випадку наявності діастатичних розривів товстої кишки. На думку більшості вчених [8, 5], хірургічна тактика при раку товстої кишки, ускладненому діастатичною перфорацією, в кожному конкретному випадку має індивідуальний характер залежно від загального стану хворого, вираження перитоніту, локалізації та стадії пухлини і розміщення діастатичного отвору. В доступній нам літературі не вдалось знайти єдиної думки стосовно питань щодо хірургічної тактики у даної категорії хворих.

Рідкість описання у вітчизняній та зарубіжній літературі даних про лікування хворих із діастатичними розривами, відсутність єдиної думки щодо лікувальної тактики, об'єму та виду оперативного втручання роблять цю проблему надзвичайно актуальною.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 112 хворих, оперованих із приводу obturaційної кишкової непрохідності на ґрунті обструкції товстої кишки пухлиною, у 19 пацієнтів захворювання ускладнилось діастатичною перфорацією кишки або її діастатичними надривами, що становить 16,96 % від загальної кількості хворих. Чоловіків було 8, жінок – 11. Вік пацієнтів перебував у межах 38–82 роки. Більшість хворих склали пацієнти похилого та старечого віку.

Всіх пацієнтів було поділено на 2 групи. До першої групи ввійшли хворі з діастатичною перфорацією товстої кишки (повний розрив), до другої – з діастатичними надривами (неповний розрив) товстої кишки (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за строками виникнення діастатичних розривів

Строки	Діастатичні розриви		Разом
	повні	неповні	
До 12 год	3	2	5
12–24	1	1	2
Більше 24	5	7	12
Всього	9	10	19

Як видно з таблиці, в двох групах пацієнтів тривалість існування розривів або перебувала в межах 12 год, або перевищувала 1 добу. Цей факт можна пояснити різним механізмом розвитку діастатичної перфорації. Найімовірніше, у хворих із ранньою тривалістю цього ускладнення воно формувалось за рахунок судинного компонента (некрозу стінки кишки), тоді як при довготривалому існуванні кишкової непрохідності на перший план виходило поступове механічне перерозтягнення проксимального відрізка товстої кишки.

За локалізацією пухлинного процесу обстежувані хворі були розподілені таким чином (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих залежно від виду розриву та локалізації пухлини товстої кишки

Локалізація пухлини	Діастатичні розриви		Разом
	повні	неповні	
Печінковий кут	-	-	
Поперечноободова кишка	-	2	2
Селезінковий кут	1	1	2
Низхідний відділ	1	-	1
Сигмоподібна кишка	1	2	3
Пряма кишка	6	5	11
Всього	9	10	19

Із таблиці видно, що локалізації пухлини в ділянці печінкового кута не спостерігалось в жодного хворого в обох групах, це, ймовірно, можна пояснити невеликою кількістю спостережень.

Локалізація пухлини в ділянці поперечноободової кишки у пацієнтів першої групи не відмічена, а пухлинний процес в ділянці селезінкового кута, низхідного відділу товстої кишки та сигмоподібної кишки відзначений по 1 пацієнту відповідно, кількість хворих із локалізацією пухлини в прямій кишці становила 6. Стенозуюча пухлина в 10 пацієнтів другої групи в 2 випадках локалізувалась у поперечноободовій кишці, в 2 – у селезінковому куті, в 1 – у низхідному відділі, у 2 – в сигмоподібній кишці і в 5 – в прямій кишці.

Повні діастатичні розриви локалізувались проксимальніше пухлини в ділянці сигмоподібної кишки у 5 хворих або в ділянці сліпої кишки у 2 пацієнтів;

значно рідше ми спостерігали наявність діастатичних перфорацій у ділянці селезінкового кута та низхідного відділу товстої кишки – по 1 хворому. Множинні неповні перфорації виявлено у 2 випадках, даним хворим проведена колектомія. Неповні діастатичні розриви найчастіше локалізувались у сліпій кишці – 3 пацієнти, в ділянці висхідного відділу ободової кишки – 2 пацієнти. По одному спостереженню було в ділянці печінкового кута ободової кишки, низхідній та сигмоподібній кишках (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл хворих за локалізацією діастатичних розривів ободової кишки

Локалізація діастатичного розриву	Діастатичні розриви		Разом
	повні	неповні	
Сліпа кишка	2	3	5
Висхідна		2	2
Печінковий кут		1	1
Поперечноободова кишка			1
Селезінковий кут	1		4
Низхідна кишка	1	1	2
Сигмоподібна кишка	5	1	6
Множинні		2	
Всього	9	10	

Для оцінки тяжкості перитоніту та його прогнозу використовували розрахунковий індекс Манхаймера (Єрмолов А. С., 1996), згідно з яким хворі розподілились таким чином (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл хворих згідно з індексом Манхаймера

Групи хворих	Кількість балів	Кількість хворих
I група	Менше 20	2
II група	21–29	6
III група	30 і більше	1

Для оцінки ризику виконання невідкладного оперативного втручання при колоректальному раку у хворих з діастатичними розривами ободової кишки використовували шкалу CTES [13]. За даними авторів шкали CTES [13], наводимо рекомендації на основі отриманих ними даних (табл. 5).

Таблиця 5. Оцінка ризику виконання невідкладного оперативного втручання за шкалою CTES

Індекс CTES	Очікувана летальність	Частота ускладнень	Вид оперативного втручання
CTES<4	4,3 %	21,7 %	Видалення пухлини з первинним анастомозом
CTES від 4–12 балів (середній ризик)	24 %	60 %	Видалення пухлини з накладанням колостоми
CTES>12	88,9 %	88,9 %	Виведення колостоми

У всіх хворих при госпіталізації в стаціонар для встановлення діагнозу проводився діагностичний комплекс, що включав в себе детальний збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, комплекс загальних клініко-інструментальних, лабораторних обстежень, оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, ультразвукове обстеження. У 5 пацієнтів, незважаючи на відсутність вільного газу в черевній порожнині, виявлено перитонеальні симптоми, що потребувало невідкладного оперативного втручання. У 15 пацієнтів виявлено множинні або поодинокі горизонтальні рівні рідини в кишечнику при оглядовій рентгенографії. Ультразвукове обстеження виконано в 11 пацієнтів. Воно виявило наявність вираженої пневматизації кишечника, маятниковоподібних перистальтичних рухів, у 2 хворих діагностовано вільну рідину в черевній порожнині, причому в усіх обстежених була наявна супутня хронічна патологія шлунково-кишкового тракту.

Результати досліджень та їх обговорення.

Передопераційну підготовку проводили всім хворим. Вона включала комплекс заходів, спрямованих не тільки на ліквідацію порушень, викликаних супутніми серцево-легеневими захворюваннями (серцеві глікозиди, спазмолітики, гіпотензивні препарати), а й на поліпшення моторно-евакуаторної функції кишечника (назогастральна декомпресія верхніх відділів ШКТ), корекцію функціонального стану органів та систем (введення адекватної кількості рідини та електролітів), антибактеріальну профілактику післяопераційних інфекційних ускладнень [3]. Ступінь ендогенної інтоксикації визначали за концентрацією молекул середньої маси в крові хворих [9]. Хірургічні втручання виконували під загальною ендотрахеальною анестезією із середньої лапаротомії. Особливу увагу приділяли інтубації тонкої кишки. Інтубаційний зонд по можливості проводили за баугінієву заслінку для усунення внутрішньокишкової гіпертензії, видалення

токсичного вмісту з просвіту кишечника, що було спрямовано на профілактику неспроможності швів анастомозу. Спосіб інтубації кишки вибирали залежно від віку хворого, тяжкості його загального стану, супутньої патології дихальної та серцево-судинної систем. Перевагу віддавали назогастроінтестинальній інтубації (НГІ). Обмеженням у застосуванні НГІ вважали старечий вік хворих, виражений спайковий процес у черевній порожнині, декомпенсовану супутню патологію дихальної та серцево-судинної систем. У таких випадках застосовували ретроградний спосіб інтубації.

У післяопераційному періоді в комплекс лікувальної програми включали заходи для усунення ендогенної інтоксикації, токсемії, корекцію метаболічних порушень, боротьбу з післяопераційним парезом шлунково-кишкового тракту (ШКТ), профілактичне введення антикоагулянтів, антибактеріальну терапію. Динамічний контроль стану оперованих хворих здійснювали на основі клініко-інструментальних даних та показників лабораторних досліджень.

При лікуванні даної категорії хворих були застосовані види оперативних втручань, представлені в таблиці 6.

Пацієнту з локалізацією пухлини в низхідному відділі товстої кишки та перфорацією стінки в селезінковому куті проведено лівобічну геміколектомію, трансверзостомію, НГІ, що завершили накладанням програмованої лапаростоми.

У хворого з локалізацією пухлини в ректосигмоїдному куті прямої кишки та повним діастатичним розривом сліпої кишки виконано колектомію з ілеоректоанастомозом. Слід відмітити, що післяопераційний період перебігав без ускладнень, на 9-ту добу пацієнт виписаний зі стаціонару.

Колектомія проведена в одному випадку у хворого з діастатичним надризом сліпої кишки при локалізації пухлини в селезінковому куті ободової кишки, післяопераційний період – без особливостей, ліжко-день склав 8 дів.

Таблиця 6. Розподіл хворих за видами оперативних втручань

Вид операції	Повний розрив	Неповний розрив	Разом
Операція за типом Гартмана	3	3	6
Лівобічна геміколектомія	2		2
Резекція прямої кишки з первинно-нефункціонуючим анастомозом, трансверзостомія	2		2
Колектомія	1	1	2
Колостомія	1	2	3
Субтотальна колектомія		1	1
Резекція поперечноободової кишки		1	1
Резекція сигмоподібної кишки		1	1
Правобічна геміколектомія з резекцією сигмоподібної кишки, ілеотрансверзо- та сигмо-ректоанастомозом		1	1
Всього	9	10	19

У хворого при локалізації пухлини в середній третині поперечноободової кишки та з множинними неповними діастатичними розривами від рівня obturatorії до сліпої кишки виконано субтотальну колектомію, ускладнену у післяопераційному періоді не спостерігали.

У хворих, яким було проведено симптоматичне оперативне втручання, виведення колостоми, післяопераційний період перебігав з ускладненнями, середній ліжко-день становив 12–18 діб, у 3 випадках спостерігалось нагноєння післяопераційної рани в ділянці колостоми.

Хворому з локалізацією пухлини в ділянці сигмоподібної кишки та неповними діастатичними перфораціями в ділянці висхідного відділу товстої кишки було проведено правобічну геміколектомію з ілеотрансверзоанастомозом та резекцію сигмоподібної кишки із сигморектоанастомозом. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, ліжко-день становив 14 діб.

Найбільш частим післяопераційним ускладненням було нагноєння післяопераційної рани, що спостерігалось у 3 хворих, другим за частотою – рання післяопераційна пневмонія, що розвинулась у 2 хворих, один з яких був пацієнтом старечого віку, в зв'язку з чим рання активізація та активне ведення післяопераційного періоду були утрудненими. В іншій хворій виникнення пневмонії пов'язуємо з подовженням ліжкового режиму внаслідок накладання програмованої лапаростоми, у неї ж і спостерігався тромбоз глибоких вен, ймовірно, з тієї ж причини. У пацієнта, якому було проведено симптоматичне операційне втручання, – накладання колостоми, на 11-ту добу

спостерігалась евентрація, що потребувало повторного оперативного втручання. Летальних наслідків не спостерігалось в жодному з випадків.

Результати дослідження показали, що при діастатичних розривах на фоні пухлинної товстокишкової непрохідності виконання симптоматичних оперативних втручань призводить до несприятливих наслідків. На нашу думку, пухлину необхідно видаляти у всіх випадках, коли це можливо, за винятком ситуацій, коли діагностуються канцероматоз очеревини, ендотоксичний шок і показаний мінімальний об'єм операції. При лівобічній локалізації пухлини і діастатичному розриві проксимальніше пухлини доцільна операція за типом Гартмана або лівобічна геміколектомія з ушиванням та екстраперитонізацією діастатичного розриву. При лівобічній локалізації пухлини і діастатичних розривах правої половини ободової кишки допустимим є виконання розширених оперативних втручань до тотальної та субтотальної колектомії. При локалізації пухлини в ділянці прямої кишки та діастатичного розриву в ділянці сигмоподібної кишки доцільним є виконання резекції прямої кишки з первинно-нефункціонуючим анастомозом.

Висновки. Головна мета операції при діастатичних розривах – врятувати життя хворого, чому повною мірою відповідають всі види симптоматичних втручань, але така категорія хворих потребує в подальшому повторного циторедуктивного оперативного втручання, яке супроводжується підвищеним ризиком летальності та ускладнень. Первинне ж видалення пухлини супроводжується кращими безпосередніми результатами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Неотложная хирургия при раке толстой кишки / [Александров Н. Н., Литкин М. И., Петров В. П. и др.]. – Минск : Беларусь, 1980. – 303 с.
2. Гордійчук П. І. Кишкова непрохідність пухлинного генезу як проблема невідкладної хірургії (патогенез, діагностика, клініка, лікування, хірургічна реабілітація) : клінічне дослідження : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук : 14.01.03 / П. І. Гордійчук. – К., 2002. – 32 с.
3. Запороженко Б. С. Лечебно-диагностический алгоритм при ранней острой непроходимости кишечника / Б. С. Запороженко, В. И. Шишлов, И. Е. Бородаев, В. Н. Качанов // Клініч. хірургія. – 2005. – № 11/12. – С. 74.
4. Золотухин С. Э. Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака ободочной кишки / С. Э. Золотухин, А. В. Борота, А. И. Ладур // Тезиси докл. 2-го съезда онкологов СНГ. – К., 2005. – 731 с.
5. Пархомова Г. В. Выбор объема оперативного вмешательства при obturatorной непроходимости ободочной кишки / Г. В. Пархомова, Н. С. Утешев, Т. Г. Подловченко // Хирургия им. Пирогова. – 2003. – № 4. – С. 54–55.
6. Пархомова Г. В. Субтотальная колонэктомия: 20 летний опыт / Г. В. Пархомова, Т. Г. Подловченко // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 63–65.
7. Саенко В. Ф. Сучасні підходи до проблеми гострої обструкції ободової кишки / В. Ф. Саенко, Л. С. Білянський,

- А. С. Лаврик // Шпит. хірургія. – 2005. – № 1. – С. 10–14.
8. Тодуров И. М. Выбор способа завершения операции при острой непроходимости кишечника в условиях перитонита / И. М. Тодуров, Л. С. Белянский, А. А. Пустовит // Клініч. хірургія. – 2007. – № 11/12. – С. 60–61.
9. Чемоданов Е. Б. Клинико-лабораторные показатели эндогенной интоксикации у больных с ранней послеоперационной непроходимостью кишечника / Е. Б. Чемоданов // Клініч. хірургія. – 2005. – № 11/12. – С. 102.
10. Шудрак А. А. Шляхи покращення результатів лікування хворих на колоректальний рак, ускладнений гострою непрохідністю товстої кишки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.01.03 / А. А. Шудрак. – К., 2000. – 20 с.
11. Шалимов С. А. Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями / С. А. Шалимов, З. П. Федоренко, Л. О. Гулак // Онкология. – 2001. – № 2–3. – С. 91–96.
12. Emergency operation in carcinomas of the left colon: Value of Hartmann's procedure / F. Meyer, F. Marusch, A. Koch [et al.] // Tech. Coloproctol. – 2004. – Vol. 8, Suppl. 1. – P. 226–229.
13. Surgical treatment of left colon malignant emergencies: A new tool for operative risk evaluation / F. Ceriati, G. D. Tebala, E. Ceriati [et al.] // Hepatogastroenterology. – 2002. – Vol. 49, № 46. – P. 961–966.
14. Ермолов А. С., Багдашев В. Е. Оценка индекса перитонита Манхаймера // Вестник хирургии. – 1996. – Т. 155, № 3. – С. 22–23.

Отримано 27.06.11