

© В. О. ШАПРИНСЬКИЙ, С. М. ШАЛИГІН, Є. В. ШАПРИНСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Відновлювальні операції на товстій кишці у хворих після операції Гартмана

V. O. SHAPRYNSKYI, S. M. SHALYHIN, YE. V. SHAPRYNSKYI

Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov

RESTORATIVE OPERATIONS ON THE COLON IN PATIENTS AFTER HARTMAN'S OPERATION

Проаналізовано результати лікування 81 колостомованих хворих, яким були виконані реконструктивно-відновлювальні операції. Встановлено, що оптимальним строком відновлення безперервності товстої кишки є 2,5–3 місяці після формування колостоми, а запропонований новий спосіб візуалізації залишеної частини прямої чи ободової кишки за допомогою фіброколоноскопа сприяє зменшенню інтра- та післяопераційних ускладнень.

Results of treatment of 81 patients with colostomy, who underwent reconstructive restorative operations were reviewed. Optimal time of restoration of colon continuity was 2,5-3 months after colostomy formation. Suggested new method of visualization of residual portion of colon and means of fibrocolonoscopy leads to decrease of intra- and postoperative complications.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. За останнє десятиріччя невпинно збільшується онкологічна патологія товстої кишки. Рак ободової кишки більш ніж у 80 % випадків ускладнюється гострою кишковою непрохідністю [1]. Часто хірургам доводиться оперувати форми раку, ускладнені параколичним абсцесом, перитонітом, які вимагають на першому етапі накладання колостоми через високий ризик неспроможності швів анастомозу, який зустрічається від 21,2 до 30 % із летальністю від 2,5 до 4,8 % [2]. Крім цього, наявність нескорегованої супутньої патології на тлі кишкової непрохідності також не дає можливості проведення первинно-відновлювальної операції та змушує хірургів виконувати оперативне втручання по типу обструктивної резекції за Гартманом. Це зменшує ризик розвитку тяжких післяопераційних ускладнень [4, 5, 6]. Але наявність колостоми прирікає хворих на фізичне і психічне страждання, змушуючи їх до самоізоляції [3, 6].

Незважаючи на те, що в літературі широко висвітлюються різноманітні способи виконання реконструктивно-відновних операцій (РВО) після операції Гартмана, впровадження їх у практичну колопроктологію залишається досить проблематичним, особливо в осіб похилого і старечого віку [5, 6]. Залишаються невирішеними питання часу прове-

дення повторної операції, формування анастомозу, його захищення від неспроможності. Тому актуальність проблеми РВО на товстій кишці зберігається до сьогодні.

Мета роботи: проаналізувати результати реконструктивно-відновних операцій у колостомованих хворих.

Матеріали і методи. Проведено аналіз реконструктивно-відновних оперативних втручань після обструктивних резекцій товстої та прямої кишки за типом Гартмана з приводу колоректального раку в 81 хворого, які були прооперовані в строки від 1 місяця до 1,7 року від початку першої операції.

За локалізацією пухлини хворих поділили таким чином: рак поперечноободової кишки відзначено у 10 хворих, рак низхідного відділу – в 9, рак сигмоподібної кишки – у 47 пацієнтів, ректосигмоїдного кута – у 10, верхньоампулярного відділу прямої кишки – у 5 хворих.

Згідно з Міжнародною класифікацією за TNM у 26 хворих розповсюдженість процесу відповідала II стадії, у 44 – III стадії, IV стадія відмічена у 11 пацієнтів.

При виконанні РВО в 20 хворих накладено трансверзосигмоанастомоз, сигмосигмоанастомоз – у 44 пацієнтів, сигморектоанастомоз – у 17 хворих. В основному використовували два основних

типи формування міжкишкового співустя: “кінець в кінець” – у 65 хворих, термінолатеральний – у 14, “бік в бік” – у 2 пацієнтів із застосуванням дворядного ручного шва.

Для знеболювання оперативного втручання у 29 випадках застосовували спинномозкову анестезію, у решти 52 пацієнтів – загальний комбінований ендотрахеальний наркоз.

Перед виконанням реконструкції з відновлення безперервності товстої кишки за операційними протоколами вивчали особливості першої операції. Всебічно обстежували хворих на предмет рецидиву або ж пролонгації ракового процесу. Виконували загальнолабораторні, біохімічні дослідження крові. Також застосовували ендоскопічне та рентгеноконтрастне дослідження кишечника, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, заочеревинного простору, комп’ютерну томографію. Враховували топографо-анатомічні характеристики проксимального і дистального відрізків кишки, вираження спайкового процесу, супровідну патологію, яка корегувалась згідно з рекомендаціями суміжних спеціалістів.

Крім підготовки кишечника, який забезпечували традиційним способом (per os фортранс), обов’язково виконували санацію дистального відділу товстої кишки, в якій нерідко були наявні калові камінці. У 12 хворих після первинних операцій мали місце лігатурні нориці післяопераційного рубця та післяопераційні вентральні грижі. Їм були виконані симультанні операції, що включали висічення нориць із післяопераційним рубцем та грижопластику сітчастим імплантатом.

Основними етапами РВО були: лапаротомія з висіченням старого післяопераційного рубця, виділення та відсічення колостоми, ревізія органів черевної порожнини, заочеревинного простору, виділення зі спайкового процесу і ревізія всієї тонкої кишки, мобілізація проксимального і дистального відділів товстої кишки, формування анастомозу, по можливості заочеревинне укладання останнього (профілактичні заходи спрямовані на можливу неспроможність швів). При наявності метастатичних уражень печінки – виконання криодеструкції або резекція частки печінки з метастатичним ураженням.

Результати досліджень та їх обговорення. Найбільші труднощі на початковому етапі оперативного втручання створював спайковий процес, особливо в ділянці стоми різного ступеня вираження, який спостерігали майже у 90 % хворих. У 44 (54 %) хворих застосовували традиційні технічні прийоми з відновлення топографо-анатомічного розташування

анастомотичних ділянок кишки для формування анастомозу. У 37 (45 %) випадках використовували власну методику з візуалізації анастомотичних ділянок кишки, згідно з якою через анус заводився товстий зонд або фіброколоноскоп. Орієнтуючись на товстий зонд або на джерело світла, вільно розсікали злуки тканин, очеревину таза та мобілізували дистальну ділянку кишки на відстані, достатній для формування анастомозу. Даний метод дозволяє зменшити тривалість оперативного втручання, зберегти адекватне кровопостачання кишки та знизити ризик пошкодження судин малого таза, структур сечовидільної системи.

Аналізуючи інтраопераційні ускладнення, у 6 хворих спостерігали кровотечу з яєчникових, передміхурових, пресакральних судин, яку було зупинено. У 3 пацієнтів мала місце нестабільність гемодинаміки, зниження систолічного артеріального тиску менше 90 мм рт. ст. У 9 хворих в післяопераційному періоді спостерігали затяжний газовий період. У 2 (2,46 %) прооперованих хворих на 4-й і 6-й день відповідно виникла неспроможність швів анастомозу. В кожному випадку довелось накладати повторну колостому, проводити санацію і дрениувати черевну порожнину. Причиною неспроможності був некроз частини привідної кишки і ділянки анастомозу. Часткову неспроможність швів співустя спостерігали у 7 (6,7 %) пацієнтів, яка закрилась самостійно через 2–3 тижні.

Згідно з нашими клінічними спостереженнями встановлено, що найбільш оптимальним терміном для виконання реконструктивно-відновних операцій є 2,5–3 місяці від початку першої операції. У всіх пацієнтів похилого і старечого віку, незалежно від інтраопераційних умов та стану супровідної патології, сформований анастомоз доцільно укладати екстраперитонеально, що дозволяє локалізувати ймовірні гнійно-септичні ускладнення.

Крім цього, в 14 хворих виконана термодеструкція метастатичних процесів у печінці та у 8 – крайова і сегментарна її резекція. У 8 пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді перебіг загоєння післяопераційної рани ускладнився серомою. Летальних випадків не було.

Висновки. 1. Виконання реконструктивно-відновних операцій необхідно проводити через 2,5–3 місяці після формування колостоми з обов’язковим інтраопераційним проведенням гістологічного дослідження анастомозованих ділянок кишки.

2. По можливості анастомоз доцільно укладати екстраперитонеально, що дозволяє локалізувати гнійно-септичні ускладнення у разі виникнення часткової неспроможності.

3. У разі наявності метастатичних уражень печінки проводити їх деструкцію або видалення разом із тканиною печінки.

Перспективи подальших досліджень. Надалі доцільними є вивчення причин неспроможності товстокишкових анастомозів та розробка шляхів їх профілактики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки / Н. В. Бондаренко, Г. Г. Псарас, Н. Г. Семикоз [и др.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 10. – С. 44–47.
2. Воробьев Г. И. Лапароскопически-ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп / Г. И. Воробьев, С. И. Ачкасов, З. А. Степанова // Хирургия им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 9. – С. 72–76.
3. Несостоятельность швов анастомозов при операциях на кишечнике / О. И. Миминошвили, О. С. Антонюк, С. В. Ярошак, В. П. Сопельняк // Клінічна хірургія. – 2004. – № 11. – С. 67.
4. Павленко С. Г. Реконструктивная хирургия толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста / С. Г. Павленко, С. А. Яргунин, М. М. Физулин // Клінічна хірургія. – 2005. – № 4–5. – С. 28.
5. Пойда А. И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки / А. И. Пойда // Здоров'я України. – 2009. – № 12/1. – С. 44–45.
6. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / Т. И. Тамм, Б. М. Даценко, С. Г. Белов, А. В. Кириллов // Хірургічна перспектива. – 2010. – № 1. – С. 173–175.

Отримано 20.09.11