УДК 616–089+616.34–007.272
DOI 10.11603/1681-2778.2015.4.5604

© І. М. ШЕВЧУК, О. В. НОВИЦЬКИЙ, М. Г. ШЕВЧУК, А. Л. ШАПОВАЛ

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Хірургічне лікування хворих на гостру товстокишкову непрохідність

I. M. SHEVCHUK, O. V. NOVYTSKYI, M. H. SHEVCHUK, A. L. SHAPOVAL

SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH AN ACUTE COLORECTAL OBSTRUCTION

Проведено аналіз результатів лікування 85 хворих із гострою товстокишковою непрохідністю пухлинної і непухлинної етіології, які перебували на лікуванні впродовж 2007–2014 рр. Серед них 48 (56,5 %) чоловіків, 37 (43,5 %) жінок, віком від 22 до 88 років, у віці 60 і більше років – 52 (61,2 %) хворих. У 54 (63,5 %) пацієнтів діагностовано обтураційну гостру товстокишкову непрохідність на ґрунті колоректального раку. При декомпенсованій гострій товстокишковій непрохідності колоректальний рак діагностовано у 72,4 % пацієнтів. Для ліквідації декомпенсованої кишкової непрохідності застосовували накладання розвантажувальної колостоми на різному рівні – у 58,6 %, обхідних міжкишкових анастомозів – у 24,1 %, правобічну геміколектомію – у 13,8 % хворих. Етапні хірургічні втручання виконано у 55,1 % із 29 хворих з декомпенсованою непрохідністю. У 56 (65,9 %) з 85 пацієнтів консервативними заходами вдалося ліквідувати гостру кишкову непрохідність і провести радикальне операційне втручання у плановому порядку. В ранньому післяопераційному періоді померли 3 (3,5 %) хворих.

There were analyzed results of treatment of 85 patients with an acute colorectal obstruction neoplastic and non–neoplastic etiology, who passed treatment in period of 2007–2014. Among them 48 (56.5 %) patients were men, 37 (43.5 %) patients were women, 52 (61.2 %) patients were older 60 years. 54 patients (63.5 %) had obstructive colorectal obstruction because of colorectal cancer. With signs of decompensated colorectal obstruction there were 34.1 % of patients, among them 72.4 % of patients as a backstage had cancer of colon. For elimination of decompensated colorectal obstruction were used discharged stoma in 58.6 % patients, round about anastomoses between intestines in 24.1 % patients, right-sided hemicolectomy – in 13.8 % of patients. Phase radical surgical operations were performed for 55.1 % of patients with decompensated colorectal obstruction. 56 (65.9 %) patients passed effective concervative treatment for colorectal obstruction elimination with disappearing of acute colorectal obstruction signs and performing of one–stage surgical operation in planned order. After surgical operations 3 (3.5 %) patients died.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. В останнє десятиріччя відзначають зростання числа колопроктологічних захворювань та їх ускладнених форм [1]. Гостра товстокишкова непрохідність (ГТН) залишається одним із найбільш частих ускладнень, питома вага якого коливається в широких межах – від 12,2 до 86 % [2].

Найчастішою причиною ГТН є злоякісні пухлини товстої кишки [3]. Серед причин колоректальних захворювань злоякісні новоутворення займають четверте місце [4]. За даними більшості авторів, частота обтураційної ГТН при колоректальному раку становить від 30 до 77 % [1, 3, 4]. Число хворих на рак даної локалізації неухильно зростає, а пацієнти, старші 60 років, складають 80–90 % [5]. За медичною допомогою 60–90 % хворих на обтураційну ГТН при колоректальному раку звертаються у строки три і більше діб, що визначає високі показники летальності, яка становить 23–52 % [6].

Незважаючи на постійне вдосконалення методів діагностики, питання своєчасного виявлення та вибору раціональної хірургічної тактики у хворих на ГТН непухлинної етіології також залишаються остаточно невирішеними, про що свідчать високі показники післяопераційних ускладнень, які сягають 38,6–80 %, і летальності – на рівні 25,1–46,1 % [1, 4, 5].

Мета роботи: проаналізувати особливості хірургічного лікування хворих на гостру товстокишкову непрохідність пухлинної і непухлинної етіології та оцінити його результати.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 85 хворих із гострою товстокишковою непрохідністю пухлинної і непухлинної етіології, які перебували на лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 2007–2014 рр. Серед них 48 (56,5%) чоловіків, 37 (43,5%) жінок, віком

від 22 до 88 років, з них у віці 60 і більше років – 52 (61,2%) хворих.

У 54 (63,5 %) пацієнтів діагностовано обтураційну ГТН на ґрунті колоректального раку. В правій половині ободової кишки пухлину діагностовано в 11 (20,4 %), в лівій половині – у 23 (42,6 %) хворих (табл. 1).

У 31 (36,5 %) хворого ГТН виникла при непухлинних захворюваннях товстої кишки. ГТН на рівні правої половини ободової кишки діагностовано у 9 (20 %) хворих, поперечноободової кишки – у 8 (25,8 %), лівої половини ободової кишки – у 14 (45,2 %), ректосигмоподібного відділу ободової кишки – в одного хворого (табл. 2).

Серед обстежених 85 хворих перфорацію стінки товстої кишки в ділянці пухлини діагностували у 6 (7,1 %), параколічний абсцес при хворобі Крона – у 3 (3,5 %), діастатичні розриви при неспецифічному виразковому коліті в одного, а також анемію тяжкого ступеня (гемоглобін нижче 60 г/л) – у 26 (30,6 %) пацієнтів.

У 57 (67,1 %) хворих діагностовано різноманітні супутні захворювання, переважно серцево-судинної, ендокринної, сечовидільної системи та органів дихання. Серед супутніх захворювань явища поліморбідності мали 12 (21,1 %) хворих (системні прояви атеросклерозу, ішемічна хвороба серця, перенесений інфаркт міокарда, атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок, доброякісна гіперплазія передміхурової залози та ін.). Коморбідність встановлено в 17 (29,8 %) пацієнтів. По одному супутньому захворюванню мали 28 (49,1 %) обстежених хворих.

Таблиця 1. Локалізація колоректального раку

Рівень локалізації	Число випадків	
	N	(%)
Ректосигмоподібний відділ	15	27,8
Селезінковий згин	9	16,7
Сигмоподібна кишка	8	14,8
Низхідний відділ	6	11,1
Поперечноободова кишка	5	9,3
Висхідний відділ	4	7,4
Печінковий згин	4	7,4
Сліпа кишка	3	5,5

Таблиця 2. Причини гострої товстокишкової непрохідності при непухлинних захворюваннях

Характер захворювань	Число випадків	
	N	(%)
Дивертикулярна хвороба	13	41,9
Хвороба Крона	5	16,1
Поліпоз товстої кишки	4	12,9
Мегаколон	4	12,9
Неспецифічний виразковий коліт	3	9,7
Хвороба Гіршпрунга	2	6,5

Діагностику ГТН пухлинної і непухлинної етіології здійснювали на підставі даних об'єктивного і лабораторного обстеження, пальцевого обстеження прямої кишки, аналізу результатів оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, іригоскопії (-графії), ректороманоскопії, колоноскопії та ультразвукового дослідження. Ступінь порушення кишкової прохідності визначали за класифікацією Э. Г. Топузова (1989) [7].

Результати досліджень та їх обговорення. Відповідно до класифікації Э. Г. Топузова (1989), серед 85 обстежених хворих компенсований ступінь порушення кишкової прохідності встановлено у 6 (7,1 %) пацієнтів, субкомпенсований – у 50 (58,8 %), декомпенсований – у 29 (34,1 %) хворих.

Клінічна симптоматика ГТН відрізнялася залежно від локалізації захворювання у відділах ободової кишки. Незалежно від етіології ГТН, при локалізації патологічного процесу в правій половині ободової кишки для 20 (23,5 %) із 85 хворих найбільш постійними клінічними ознаками захворювання були втрата маси тіла у 16 (80 %), вторинна анемія (гемоглобін нижче 60 г/л) – у 17 (85 %), метеоризм – у 15 (75 %), порушення випорожнень – у 12 (60 %), натомість патологічні виділення з калом спостерігали лише у 3 (15 %) пацієнтів.

При ГТН на рівні поперечноободової кишки для 12 (14,1 %) із 85 хворих найбільш характерними були метеоризм – у 11 (91,7 %), переймоподібний біль – у 10 (83,3 %), порушення випорожнень – у 8 (66,7 %), втрата маси тіла – у 6 (50 %) та вторинна анемія – у 5 (41,7 %) хворих.

При ГТН лівої половини ободової кишки серед 37 (43,5 %) із 85 хворих порушення випорожнень реєстрували у 34 (91,9 %) пацієнтів, біль – у 31 (83,7 %), метеоризм – у 18 (48,6 %), патологічні виділення з калом – у 17 (45,9 %) хворих, втрату маси тіла та вторинну анемію відзначено в 11 (29,7 %) пацієнтів.

При ГТН на рівні ректосигмоподібного відділу та прямої кишки серед 16 (18,9 %) хворих переважали патологічні виділення з калом – у 14 (87,5 %), порушення випорожнень – у 12 (75 %). Втрату маси тіла та вторинну анемію відзначено у 9 (56,3 %) хворих.

Об'єм операції залежав від причини ГТН, локалізації патологічного процесу, ступеня порушення кишкової прохідності, ефективності лікві-

дації ГТН консервативними заходами, тяжкості загального стану хворого, віку і характеру супутніх захворювань.

Серед 85 обстежених на ГТН 29 (34,1 %) хворих були госпіталізовані в ургентному порядку, переважно на 3–5-ту добу від початку захворювання. У зв'язку з неефективністю консервативних заходів ліквідації декомпенсованої ГТН операційне втручання у цих хворих проводили після короткочасної передопераційної підготовки і консультацій суміжних спеціалістів у перші 6 год з часу госпіталізації. Причинами декомпенсованої ГТН серед 29 хворих були колоректальний рак у 21 (72,4 %) пацієнта, хвороба Крона – у 3 (10,3 %), дивертикулярна хвороба товстої кишки – у 2 (6,9 %), хвороба Гіршпрунга – у 2 (6,9 %), мегаколон – в одного хворого.

Для ліквідації декомпенсованої ГТН застосували накладання розвантажувальної колостоми на різному рівні у 17 (58,6 %) пацієнтів, обхідних міжкишкових анастомозів – у 7 (24,1 %), правобічну геміколектомію – у 4 (13,8 %), операцію Гартмана – в одного хворого. При пухлинах правої половини товстої і сліпої кишки виконували правобічну геміколектомію. За наявності поодиноких метастазів у печінці їх видаляли. При множинному ураженні печінки метастазами накладали ілеотрансверзоанастомоз. Хворим з локалізацією декомпенсованої ГТН на ґрунті раку в ділянці ректосигмоподібного кута або дистального відділу сигмоподібної кишки, з огляду на можливість проведення в подальшому радикальної операції, перевагу віддавали формуванню трансверзостоми. У 3 (10,3 %) пацієнтів при розповсюдженні пухлинного процесу на інші органи черевної порожнини додатково виконали резекцію петлі тонкої кишки (2 хворих), спленектомію (1 хворий).

Етапні хірургічні втручання виконано у 16 (55,1 %) із 29 хворих. На першому етапі формували розвантажувальну колостому для ліквідації декомпенсованої ГТН, на другому етапі, не раніше ніж через місяць за відсутності ускладнень, проводили радикальні втручання на товстій кишці з формуванням первинного товстокишкового анастомозу. Закриття розвантажувальної колостоми виконували за відсутності ознак рецидиву пухлинного росту через 3–6 міс.

У 56 (65,9 %) з 85 хворих консервативними заходами вдалося ліквідувати ГТН і провести радикальне операційне втручання у плановому порядку. Серед радикальних операційних втручань правобічну геміколектомію виконано у 14 (25 %) пацієнтів, лівобічну геміколектомію – у 19 (33,9 %), резекцію поперечної ободової кишки – у 7 (12,5 %), резекцію сигмоподібної кишки – у 7 (12,5 %), резекцію ректосигмоподібного відділу – в 6 (10,7 %), колектомію – у 3 хворих.

При гістологічному дослідженні у прооперованих пацієнтів із пухлиною ободової кишки найбільш часто верифікували аденокарциному різного ступеня диференціації (83,4 % спостережень).

Ускладнення виникли в 11 (12,9 %) хворих. Аналізуючи ускладнення, ми встановили вплив характеру товстокишкової непрохідності і методу застосованого операційного втручання на частоту їх виникнення. При декомпенсованій ГТН ускладнення виникли у 9 (31 %) із 29 хворих, в т. ч. нагноєння лапаротомної рани – у 5 (17,2 %), неповна евентрація – у 3 (10,3 %), парастомічна флегмона – в одного хворого. Серед 56 (65,9 %) пацієнтів, прооперованих у плановому порядку з причини компенсованої ГТН, ускладнення мали тільки 2 (3,6 %) хворих у вигляді нагноєння післяопераційної рани.

У ранньому післяопераційному періоді померли 3 (3,5 %) пацієнтів. З них при раку сигмоподібної кишки, ускладненому декомпенсованою ГТН з перфорацією стінки кишки і поширеним калових перитонітом (2 хворих), при раку селезінкового згину ободової кишки, ускладненому декомпенсованою ГТН (один хворий).

Висновки. 1. Гостра товстокишкова непрохідність пухлинної і непухлинної етіології залишається одним із найбільш частих ускладнень в колопроктології. У 63,5 % хворих діагностовано обтураційну товстокишкову непрохідність на ґрунті колоректального раку. Кожний третій хворий був госпіталізований у пізні строки розвитку цього ускладнення з явищами декомпенсованої товстокишкової непрохідності, з них на ґрунті раку товстої кишки – 72,4 % пацієнтів. Для ліквідації декомпенсованої товстокишкової непрохідності застосували накладання розвантажувальної колостоми у 58,6 % хворих, обхідних міжкишкових анастомозів – у 24,1 % пацієнтів, правобічну геміколектомію – у 13,8 % осіб. Етапні радикальні хірургічні втручання виконано у 55,1 % хворих із декомпенсованою товстокишковою непрохідністю. Померли 3 (3,5 %) із 85 обстежених пацієнтів.

2. Наведені факти свідчать про актуальність питань ранньої діагностики захворювань товстої кишки на догоспітальному рівні надання медичної допомоги. Разом з тим, сучасні можливості хірургії та інтенсивної терапії дозволяють розширити показання до радикальних операцій при товстокишковій непрохідності, незважаючи на поширеність процесу, зменшити післяопераційну летальність і поліпшити якість життя хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиев С. А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп / С. А. Алиев // Рос. онкологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 21–29.
2. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки / В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, К. Э. Зураев [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 51–54.
3. Сидоренко Ю. С. К вопросу о тактике лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки на современном этапе / Ю. С. Сидоренко, С. А. Грушко, В. П. Назаренко // Проблемы колопроктологии : сб. тр. – Вып. 18. – М., 2002. – С. 432–438.
4. Соловейчик А. С. Острая кишечная непроходимость при раке толстой кишки / А. С. Соловейчик, Н. Н. Свистунов, А. В. Пирогов // Материалы международного конгресса хирургов. – Петрозаводск, 2002. – Т. 2. – С. 112–113.
5. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 51–55.
6. Опыт хирургического лечения диастатических разрывов ободочной кишки / А. А. Курыгин, С. И. Перегудов, Г. И. Синенченко, А. В. Пирогов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – № 3. – С. 49–53.
7. Топузов Э. Г. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки / Э. Г. Топузов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1989. – № 12. – С. 76–78.

Отримано 26.08.15