

УДК 616.348–006–0.89.86

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ У–ПОДІБНОГО АНАСТОМОЗУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

В. М. Косован

Одеська обласна клінічна лікарня

EXPERIENCE WITH Y–SHAPED ANASTOMOSIS IN SURGICAL TREATMENT OF ACUTE COLONIC OCCLUSION ILEUS OF TUMOR GENESIS

V. N. Kosovan

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати застосування У-подібного анастомозу під час здійснення резекції лівої половини товстої кишки з операбельною пухлиною на тлі гострої обтураційної непрохідності (ГОНТК) у 35 хворих. Післяопераційні ускладнення виникли у 16 хворих. Частота ранніх параколомних ускладнень залежала від виду колостоми. Формування У-подібного анастомозу є операцією вибору при застосуванні резекційних методів лікування раку товстої кишки (РТК), ускладненого ГОНТК. Застосування такого втручання створює переваги під час виконання другого (відновного) етапу хірургічного лікування РТК.

Ключові слова: рак товстої кишки; обструктивна резекція товстої кишки; У-подібний анастомоз; післяопераційні ускладнення.

SUMMARY

The results of the Y-shaped anastomosis during resection of the colon left half with a resectable tumor on a background of acute colonic occlusion ileus in 35 patients were analyzed. Postoperative complications occurred in 16 patients. The Y-shaped anastomosis formation is an operation of choice during the resection treatment of colon cancer complicated by occlusion ileus. Carrying out such interventions poses a number of benefits when the second (recovery) stage of colon cancer surgical treatment.

Key words: colon cancer; obstructive colon resection; Y-shaped anastomosis; postoperative complications.

Можливості сучасної діагностики не дозволяють своєчасно виявляти РТК у ранніх стадіях. Майже у 60% спостережень РТК діагностують при виникненні його ускладнень. Найбільш частим ускладненням РТК є ГОНТК, яку діагностують у 15–49% хворих [1, 2]. Пізня діагностика зумовлює високу частоту виконання симптоматичних та багатоетапних операцій на товстій кишці [3–5].

Все більше дослідників схиляються до думки про хибність багатоетапних та симптоматичних втручань. За період (нерідко кілька місяців) між виведенням симптоматичної колостоми та здійсненням радикального втручання (резекції кишки) відбувається прогресування пухлини, метастазування, збільшення тяжкості ракової інтоксикації, що вдвічі зменшує резектабельність у порівнянні з такою за первинного видалення пухлини [4].

Виконання радикальних оперативних втручань на товстій кишці за наявності ускладнень злоякісного утворення можливе лише у 30–40% хворих [2, 4].

Зазначені обставини навели дослідників на думку про обов'язкове видалення резектабельної пухлини, незалежно від вираженості ускладнень захворювання [6].

Найбільш часто виконують обструктивну резекцію товстої кишки [1, 7]. Незважаючи на переваги такого втручання (первинне видалення пухлини тощо), наявність колостоми значно погіршує якість життя хворого, обмежує можливості соціальної та трудової реабілітації, потребує у подальшому виконання складної реконструктивно–відновної операції (РВО). При здійсненні відновного етапу виникають тяжкі післяопераційні ускладнення, зокрема, неспроможність швів анастомозу – у 8,4–22,6% хворих, гнійно–септичні ускладнення – у 25–60%, летальність становить від 5,2 до 19,5% [1, 3, 5, 7].

Таким чином, під час виконання радикального хірургічного втручання виникає потреба у створенні

сприятливих умов для здійснення подальшої РВО.

Для уникнення складного відновно–реконструктивного етапу деякі дослідники пропонують виконувати одномоментну лівобічну геміколектомію чи резекцію сигмоподібної ободової кишки (СОК) з первинним відновленням прохідності кишечнику та формуванням У–подібного (Т–подібного) анастомозу з утворенням превентивної плоскої колостоми [6].

Здійснення у подальшому відновної операції з усунення превентивної стоми за такої ситуації технічно простіше, дозволить виконати його позаочеревинно, уникнути тяжких післяопераційних ускладнень, притаманних РВО після обструктивної резекції товстої кишки.

Мета роботи: вивчити та порівняти результати оперативних втручань при ГОНТК пухлинного генезу після стандартної обструктивної резекції та резекції кишки з формуванням У–подібного анастомозу з превентивною одноствовбуровою колостомою.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включені 67 хворих віком від 34 до 80 років з операбельним раком лівої половини товстої кишки, ускладненим ГОНТК.

Обов'язковою умовою виконання хірургічного втручання була відсутність віддалених метастазів та резектабельність пухлини.

Більшість пацієнтів похилого та старечого віку, у середньому ($72,2 \pm 4,7$) року, в усіх діагностоване одне або кілька соматичних захворювань у стадії компенсації чи субкомпенсації, що визначало вибір хірургічної тактики.

Хворі з ГОНТК пухлинного генезу залежно від типу виконаної радикальної одномоментної операції на

лівій половині товстої кишки розподілені на дві групи.

У 35 (52,2%) хворих (I група) виконано лівобічну геміколектомію – у 13 (37,1%) та резекцію СОК – у 22 (62,9%) з формуванням У–подібного анастомозу та превентивної одноствовбурової колостоми.

У 32 (47,8%) хворих (II група) виконано обструктивну лівобічну геміколектомію – у 15 (46,9%) та обструктивну резекцію СОК (типу Гартманна) – у 17 (53,1%).

Після виконання основного етапу операції (лівобічна геміколектомія, резекція СОК) здійснювали евакуацію вмісту кишки та декомпресію привідних відділів товстої кишки за допомогою товстого зонда, введеного ретроградно.

На проксимальній частині поперечної ободової кишки (або на низхідній ободовій кишці) на 5–7 см дистальніше місця пересічення кишки формували У–подібний анастомоз бік у кінець з СОК чи внутрішньочеревною частиною прямої кишки. Невелика відстань від сформованого У–подібного анастомозу до кінцевої превентивної одноствовбурової стоми ефективно перешкоджає підвищенню внутрішньокишкового тиску, створює сприятливі умови для загоєння анастомозу. Дистальну частину (по відношенню до анастомозу) кишки виводили у вигляді одноствовбурової плоскої колостоми. При цьому лінії швів сформованого анастомозу підшивали до передньої черевної стінки.

Обструктивну лівобічну геміколектомію та резекцію СОК виконували за загальноприйнятими методиками.

Статистична обробка результатів проведена з використанням методів частотного аналізу за допомогою програми Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Післяопераційні ускладнення у хворих, оперованих з приводу ГОНТК

Ускладнення	Кількість спостережень в групах			
	I (n=35)		II (n=32)	
	абс.	%	абс.	%
Загальні	2	5,72	2	6,25
тромбоемболія гілок легеневої артерії	1	2,85	–	–
післяопераційне запалення легень	1	2,85	2	6,25
Внутрішньочеревні	1	2,85	1	3,13
кровотеча	1	2,85	1	3,13
Параколомостні	3	8,57	7	21,88
Ранні	2	5,72	3	9,38
ретракція колостоми	–	–	1	2,28
парастомний дерматит	2	5,72	–	–
абсцеси та ф легмони	–	–	1	2,28
некроз колостоми	–	–	1	0,91
Віддалені	1	2,85	4	12,5
параколомост на нориця	1	2,85	1	3,12
стриктура колостоми	–	–	1	3,12
параколомостна грижа	–	–	2	6,25
Разом ...	6	17,14	10	31,25

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Завдяки застосуванню правильно обраної хірургічної тактики, комплексному обстеженню та передопераційній підготовці після виконання оперативних втручань всі пацієнти живі.

Тривалість лікування у стаціонарі хворих I групи становила у середньому ($10 \pm 2,4$) днів, II групи — ($9 \pm 3,1$) днів.

Післяопераційні ускладнення, що виникли у хворих, оперованих з приводу ГОНТК, наведені у *таблиці*.

Післяопераційні ускладнення виникли у 6 (17,14%) пацієнтів I групи та у 10 (31,2%) — II групи. Ускладнення розподілені на загальні, внутрішньочеревні, параколомні (ранні й віддалені). Загальні ускладнення відзначені в 1 (2,8%) хворого I групи та у 2 (6,2%) — II групи, внутрішньочеревні — відповідно в 1 (2,8%) і 1 (3,13%); параколомні — у 3 (8,6%) і 10 (31,2%) ($P < 0,05$).

Слід відзначити, що частота параколомних ускладнень становила 50% — у I групі і 70% — у II групі. Частота ранніх параколомних ускладнень різнилася в обох групах залежно від виду сформованої колостоми за кількістю та строками появи.

Реабілітацію хворих, яким виконано резекцію лівої частини товстої кишки з формуванням У-подібного анастомозу з превентивною одноствуровою колостою, розпочинали вже через 2–3 тиж після операції, вона передбачала поступове тренування анастомозу для транзиту вмісту кишки звичним шляхом. Для цього щоденно на 3–4 год хворі закривали колостому серветкою, змоченою вазеліновим маслом, щільно фіксували пов'язку лейкопластирем до шкіри. Після тренування анастомозу протягом 1 тиж таку пов'язку можна накладати на цілий день.

Потребують аналізу результати виконання РВО на товстій кишці у хворих, яким здійснено резекцію товстої кишки з пухлиною після формування первин-

ного У-подібного анастомозу з превентивною одноствуровою колостою.

ВИСНОВКИ

1. Формування У-подібного анастомозу є операцією вибору при застосуванні резекційних методів лікування РТК, ускладненого ГОНТК.

2. Ускладнення після резекції товстої кишки з формуванням первинного У-подібного анастомозу з превентивною одноствуровою колостою істотно різняться від таких після її обструктивної резекції за видом і строками появи.

3. Виконання втручань з формуванням У-подібного анастомозу має переваги при виконанні другого (відновного) етапу хірургічного лікування РТК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза: принципы выбора тактики хирургического лечения / С. С. Маскин, А. М. Карсанов, З. М. Шамаев, О. Ю. Долгих // Материалы междунар. хирург. конгр. — М., 2003. — С. 131.
2. Яицкий Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 376 с.
3. Косован В. М. Хірургічна реабілітація хворих з тимчасовими одноствуровими колостомами після обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки / В. М. Косован // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 2011. — № 4. — С. 46–49.
4. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский [и др.] // Новоутворення. — 2009. — № 3–4. — С. 85–91.
5. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2006. — № 7. — С. 35–40.
6. Малахов Ю. П. Опыт применения У-образного анастомоза при хирургическом лечении острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Ю. П. Малахов, П. Г. Брюсов // Воен.-мед. журн. — 2003. — № 12. — С. 25–29.
7. Косован В. Н. Параколомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В. Н. Косован // Мед. перспективи. — 2012. — Т. 17, № 1, Ч. 2. — С. 168–170.

