

УДК 616.345—089.87—089.844

РЕКОНСТРУКТИВНО—ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Б. С. Запорожченко, В. И. Шишлов, А. А. Горбунов, В. В. Колодий, А. Ю. Корытная

*Одесский областной медицинский центр,
Одесский национальный медицинский университет*

RECONSTRUCTION—RESTORATION OPERATIONS IN PATIENTS AFTER OBSTRUCTIVE RESECTION OF LARGE BOWEL

B. S. Zaporozhchenko, V. I. Shishlov, A. A. Gorbunov, V. V. Kolodiy, A. Yu. Koritnaya

РЕФЕРАТ

Представлены результаты лечения 85 больных, у которых выведена колостома после обструктивной резекции толстой и прямой кишки (операции типа Гартманна). Предложены оптимальные сроки (2 мес после первого этапа) выполнения реконструктивно—восстановительной операции как важный фактор психологической и социальной реабилитации больных. Несостоятельность швов анастомоза возникла у 3 (3,5%) больных, умерли 2 больных.

Ключевые слова: обтурационная непроходимость толстого кишечника; колостома; реабилитация больных.

SUMMARY

There were analyzed the results of treatment of 85 patients, in whom colostomy with obstructive resection of large bowel (Hartmann type operations) was performed. Optimal terms (two months after the first stage) of reconstruction—restoration operations were proposed as an important factor of social and psychological rehabilitation of the patients. The anastomosis sutures insufficiency have had occurred in 3 (3.5%) patients, two patients died.

Key words: the obturation large bowel ileus; colostoma; rehabilitation of patients.

В последние годы отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком толстой кишки, сегодня рак прямой и ободочной кишки занимает первое место в структуре всех опухолей пищеварительного канала [1]. Наиболее частым и опасным осложнением опухолевых заболеваний толстой кишки является ее обтурационная непроходимость (ОНТК), которую диагностируют у 75% больных [2]. Обтурационная непроходимость при раке левой половины толстой кишки возникает в 4–5 раз чаще, чем при раке ее правой половины, рак сигмовидной ободочной кишки выявляют у 40–41% больных, ректосигмоидного отдела прямой кишки — у 33–34%.

Больных с ОНТК госпитализируют, как правило, в общехирургические стационары, и от квалификации дежурной бригады зависит лечебная тактика у таких больных. Большинство хирургов, занимающихся колопроктологией, считают, что у больных этой группы наилучшие результаты обеспечивают двухэтапные операции. Первым этапом производят обструктивную резекцию толстой кишки с выведением одностольной колостомы, дистальный конец зашивают наглухо (операция типа Гартманна). Из этапных операций это единственная, которая позволяет одновременно решить две проблемы: устранить непроходимость кишечника и радикально удалить опухоль. Вторым этапом восстанавливают непрерывность толстой кишки.

Целью исследования было установление оптимальных сроков выполнения восстановительного этапа операции и методов, обеспечивающих уменьшение частоты возникновения осложнений, с учетом факторов риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 5 лет реконструктивно—восстановительные операции выполнены у 85 больных в возрасте от 30 до 88 лет. Мужчин было 48 (56,5%), женщин — 37

(43,5%). Большинство (74) больных были оперированы ранее по поводу ОНТК.

При наблюдении за больными с колостомой выявлены психологическая дезадаптация, отсутствие навыков по уходу за колостомой, регуляции опорожнения кишечника. Больные редко посещают общественные места из-за нерегулярного стула, частого поноса, депрессии, ощущения физической неполноценности, причем, до 75% из них — трудоспособного возраста. Это вынуждает больных изменить привычный образ жизни, характер питания, профессию и т. д. Таким образом, хирургическая реабилитация, а главное — сроки восстановления пассажа по кишечнику имеют для больных важное психологическое и социальное значение.

Хирургическая реабилитация больных является сложной клинической проблемой. Формирование кишечного анастомоза при расположении культи кишки выше тазовой брюшины, как правило, не представляет особых технических трудностей. При расположении культи прямой кишки ниже тазовой диафрагмы, особенно если больным проводили курс послеоперационной лучевой терапии, выделение культи прямой кишки и формирование анастомоза представляют непростую задачу.

В настоящее время оптимальные сроки проведения хирургической реабилитации не установлены. Некоторые авторы [3] считают оптимальным сроком 3–6 мес с момента формирования колостомы, другие [4] — 1 год. Мы считаем оптимальными сроки 2–3 мес после осуществления первого этапа. За этот период происходят адекватное восстановление всех функций организма и массы тела, стабилизация адгезивного и спаечного процесса, а сформированные в эти сроки анастомозы в функциональном отношении наиболее полноценны. При выполнении операции в эти сроки возможно осуществление тщательной ревизии внутренних органов, особенно печени, для выявления метастазов и их удаления, что позволяет скорректировать дальнейшее лечение больных.

Выбор способа реконструктивно-восстановительной операции зависит от индивидуальных особенностей больного, длины приводящего участка толстой кишки, размеров культи прямой кишки. Кроме того, проблема несостоятельности кишечных швов при наложении анастомоза не теряет актуальности. Исследования, направленные на уменьшение частоты возникновения несостоятельности швов, посвящены в основном разработке новых методов формирования анастомозов, использованию сшивающих аппаратов и т. д., однако факторам риска, в частности, нарушению метаболизма в зоне швов, нарушению местного кровотока уделяется недостаточное внимание [5]. Перед операцией больным проводим адекватную коррекцию нарушений, выявленных во

время обследования. Обязательно назначаем аминокислотные смеси и комплекс витаминов. Для очистки проксимального отдела кишечника используем Фортранс или ортоградное промывание раствором полиэтиленоксида. Важное значение имеет тренировка сфинктеров заднего прохода и увеличение длины культи прямой кишки. С этой целью больным до операции назначаем ежедневные теплые клизмы, рекомендуя как можно дольше задерживать жидкость в культе прямой кишки, то есть проводим определенный тренинг мышц прямой кишки.

Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке относятся к операциям высокой степени инфицированности, поэтому пред- и интраоперационную антибиотикофилактику и антибактериальную терапию проводим обязательно. Больным в течение 5 сут перед операцией назначали ципрофлоксацин внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки, интраоперационно — зинацеф или фортум. После операции назначали метрогил 500 мг внутривенно 2 раза в сутки и антибиотики в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры.

Важными факторами во время операции являются достаточная мобилизация проксимального отдела толстой кишки и разъединение сращений. Трудности возникают после обширной резекции ободочной кишки, при короткой культе прямой кишки, наличии рубцово-спаечного конгломерата, включающего культю кишки, заднюю стенку влагалища, мочевого пузыря и мочеточников. Поэтому введение катетера в мочевой пузырь и зонда в культю прямой кишки обязательно.

В целях профилактики анастомозита накладывали ручной термино-терминальный двухрядный шов с использованием рассасывающихся синтетических нитей. Ручной шов наложен у 84% больных, у остальных — использованы сшивающие аппараты. Для декомпрессии после наложения анастомоза продвигали зонд, ранее введенный в культю прямой кишки, на расстояние 10–15 см выше анастомоза. Важное значение имеет экстраперитонизация анастомоза, для чего мобилизуем передне-боковой листок брюшины, анастомоз укладываем забрюшинно и в таком положении фиксируем узловыми швами. Через контрапертуру к забрюшинно расположенному анастомозу подводим дренаж на 6–9 сут и дренируем полость малого таза. Экстраперитонеальное расположение анастомоза позволяет избежать калового перитонита при возможном возникновении несостоятельности швов и, таким образом, значительно снизить послеоперационную летальность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 9 больных во время восстановительного этапа операции выявлены синхронные метастазы в печени,

всем произведена их криодеструкция с использованием принятой в клинике методики.

У 4 больных произведено низведение ободочной кишки, так как при выполнении первого этапа операции был оставлен только заднепроходный канал.

Из 85 оперированных больных несостоятельность швов анастомоза возникла у 3 (3,5%), умерли 2 больных.

Выводы

1. Оптимальным сроком выполнения реконструктивно—восстановительной операции у больных с колостомой считаем 2 мес и более после осуществления первого этапа операции.

2. Предоперационный тренинг мышц прямой кишки обеспечивает более раннее восстановление ее функциональной полноценности.

3. Экстраперитонеальная фиксация анастомоза позволяет избежать калового перитонита при возможном возникновении несостоятельности швов.

4. Хирургическая реабилитация способствует медико—социальной реабилитации больных, что улучшает качество их жизни, способствует возвращению к привычному образу жизни и профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захараш М. П. Вступне слово на II з'їзді колопроктологів України / М. П. Захараш // Матеріали II з'їзду колопроктологів України з міжнар. участю. — К., 2006.
2. Дужий І. Д. Відновно—реконструктивні втручання на товстому кишечнику / І. Д. Дужий, В. П. Шевченко // Клін. хірургія. — 2005. — № 4—5. — С. 9 — 10.
3. Даценко Б. М. Реконструктивно—восстановительные операции в колопроктологии / Б. М. Даценко, Т. И. Тамм, А. Я. Бардюк // Клін. хірургія. — 2003. — № 11. — С. 151 — 152.
4. Наврузов С. Н. Оптимальные сроки хирургической реабилитации больных после резекции толстой кишки с выведением колостомы / С. Н. Наврузов, С. Б. Абдужарпов // Матеріали II з'їзду колопроктологів України з міжнар. участю. — К., 2006. — С. 202.
5. Сигал М. З. Способ определения жизнеспособности стенки кишки в зоне формирования анастомоза / М. З. Сигал, М. Р. Рамазанов // Клін. хірургія. — 1991. — № 2. — С. 6 — 7.

