

УДК 616.348-006.6-089.843/.844-06

АНАЛІЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНВАГІНАЦІЙНОГО АНАСТОМОЗУ

В. А. Левашов, В. А. Пустовойт, С. С. Павлов

Дорожня лікарня № 2 на станції Ясинувата Донецької залізниці

Ключові слова: рак товстої кишки, первинно-відновні операції, дуплікатурно-інвагінаційний анастомоз, ускладнення.

У лікуванні ободової кишки проблема відновлення безперервності кишкового каналу після резекції і післяопераційних ускладнень і досі залишається актуальною.

Ступінь ускладнень і післяопераційна летальність прямо залежать від обсягу втручання. Виконують велику кількість нефункціональних обструктивних резекцій, пов'язаних як із давнішою раковою хворобою, так і з ускладненнями після первинно-відновних операцій. Кількість останніх може сягати 94,7%, а частота неспроможності анастомозу — 4,1% [3]. Летальність після паліативних і радикальних операцій коливається від 5 до 13,4% [3]. За даними інших авторів, летальність у разі цих видів операцій з формуванням первинного анастомозу становить 6,3–17,1% [4], загальні післяопераційні ускладнення — 21,3–45,7% [1, 2, 5, 6].

Ми проаналізували 46 історій хвороби хворих на рак ободової кишки, які лікувалися в нашому відділенні з 1997 по 2001 рік. Усім хворим після резекції ділянки кишки з пухлиною виконано первинно-відновні операції із застосуванням дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу за методикою професора Г. В. Бондаря. Радикальних операцій виконано 36 (78%), паліативних резекцій — 10 (22%). Планово прооперовано 38 хворих (82,5%), на тлі обтураційної непрохідності — 8 (17,5%).

До категорії хворих із паліативними резекціями віднесено тих, у кого виявлено метастази в печінку (9), печінку та легені (1 випадок).

Групу хворих з гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю склали пацієнти, у яких не було випорожнень і не відходили гази понад 3 доби. Живіт був здутий, а іноді й асиметричний. Вони скаржилися на постійний біль, блювання. Симптоматика підтверджена рентгенологічно: у товстій кишці виявлено рівні рідини і газів. Консервативна терапія, що тривала понад 4 год, виявилася неефективною. Хворих готували до планового оперативного лікування. Їм вливали глюкозоелектролітні розчини, білкові суміші, коригували діяльність серцево-судинної системи.

Хворі у загальній групі розподілилися за віком і локалізацією пухлини в товстій кишці так (табл. 1).

У пацієнтів до 50 років гостра товстокишкова непрохідність не спостерігалася, дані про виникнення її в інших вікових групах наведено в табл. 2.

Обсяг оперативної допомоги під час екстрених втручань був таким. Після ревізії черевної порожнини і визначення локалізації пухлини вміст перерозтягнутих привідних відділів тонкої, товстої кишки евакуювали електровідсосом чи кишковим зондом і зціджували за межами операційного поля. Резектували кишку з пухлиною за звичайною методикою, з накладенням на завершальному етапі дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу. Зовнішню лінію швів захищали підшиванням жирових підвісків [3]. Якщо давала змогу рухливість анастомозу, то і в разі планових, і в разі екстрених операцій останній екстраперитонізували.

Структуру загальних післяопераційних ускладнень і летальності наведено в табл. 3.

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і локалізацією пухлини в товстій кишці

Локалізація	Вік, роки					%
	< 40	41–50	51–60	61–70	> 70	
Права половина з печінковим згином	2	2	3	3	6	34,8
Поперечна ободова	0	1	1	1	0	6,5
Ліва половина із селезінковим згином	1	2	2	0	5	21,8
Сигмоподібна з ректосигмоїдним відділом	0	3	7	2	5	36,9

Причинами летальності були: абсцес лівого піддіафрагмового простору після планової операції і гостра нирково-печінкова недостатність після ургентної резекції сигмоподібної кишки. Характер ускладнень після планових і екстрених операцій описано в табл. 4.

В обох випадках в разі розвитку неспроможності анастомозу первинно виконано резекцію сигмоподібної кишки. У післяопераційний період зроблено релапаротомію: ушивання дефекту анастомозу, екстраперитонізацію останнього, накладення трансверзостоми, яку закривали через 1–4 місяці після першої операції.

Тож загальні післяопераційні ускладнення становили 17,3%. З них неспроможність анастомозу — 4,4%, летальність — 4,4%.

Таким чином, можна говорити про надійність відновлення цілісності кишечника як завершення основного етапу планових і екстрених оперативних втручань у разі раку ободової кишки за описаною вище методикою професора Г. В. Бондаря. Слід враховувати, що хворим проводили первинно-відновні операції в екстрених ситуаціях внаслідок розвитку гострої товстокишкової недостатності.

Без сумніву, якість життя після такого оперативного лікування вища, ніж після обструктивних чи багатоетапних втручань. На підставі власного

Таблиця 2
Види обтураційної непрохідності
у хворих різного віку

Вік, роки	Правий бік	Лівий бік
51–60	0	2
61–70	0	1
> 70	3	2

досвіду ми пропонуємо застосовувати цей варіант в онкологічній практиці як один із надійних методів відновлення цілісності кишечника, що поліпшує якість життя хворих у період реабілітації.

Таблиця 3
Структура загальних післяопераційних
ускладнень і летальності

Операція	Кількість				Післяоперац.	
	операцій		ускладнень		летальність	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Правобічна геміколектомія	16	34,8	3	6,5	0	0
Резекція попереч. ободової кишки	3	6,5	1	2,2	1	2,2
Лівобічна геміколектомія	10	21,7	0	0	0	0
Резекція сигмоподібної кишки	17	37,0	4	8,6	1	2,2
Разом	46	100,0	8	17,3	2	4,4

Таблиця 4
Характер ускладнень
після планових і екстрених операцій

Ускладнення	Кількість ускладнень		Післяоперац. летальність	
	абс.	%	абс.	%
<i>Планові операції</i>				
Гостра ниркова недостатність	1	2,2	0	0
Нагноєння післяоперац. рани	3	6,4	0	0
Неспроможність анастомозу	2	4,3	0	0
Абсцес черевної порожнини	1	2,2	1	2,2
<i>Екстрені операції</i>				
Гостра ниркова недостатність	1	2,2	1	2,2
Нагноєння післяоперац. рани	0	0	0	0
Неспроможність анастомозу	0	0	0	0
Абсцес черевної порожнини	0	0	0	0
Разом	8	17,3	2	4,4

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С. А., Амирафов А. А. Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском // Вестн. хирургии.— 1997.— № 1.— С. 46–49.
2. Алиев С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Там же.— 1998.— № 6.— С. 34–39.
3. Бондарь Г. В., Башеев В. Х., Золотухин С. Э. и др. Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака толстой кишки // Арх. клин. и эксперим. медицины.— Донецк, 2000.— № 4.— С. 552–555.
4. Бубликов И. Д., Куликов Е. П. Паллиативные резекции при раке толстой кишки // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. V Всерос. конф. по колопроктологии.— Ростов н/Д, 2001.— С. 110.
5. Кохнюк В. Т., Колядин Т. И., Машевский А. А., Рвин А. А. Частота невозможности сигморектального анастомоза при чрезбрюшинной резекции прямой кишки // Там же.— С. 110.
6. Рождественский А. И., Турутин А. Д., Шуменов А. В. и др. Сравнительная оценка разных видов оперативных вмешательств при обструктивном колоректальном раке // Там же.— С. 110.

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНВАГИНАЦИОННОГО АНАСТОМОЗА

В. А. Левашов, В. А. Пустовойт, С. С. Павлов

В статье проанализированы истории болезни больных со злокачественными опухолями (раком толстой кишки), оперированными за период 1997–2001 гг. с применением первично-восстановительного метода дубликаторно-инвагинационного анастомоза. Получен низкий процент послеоперационных осложнений, из которых несостоятельность анастомоза составила 4,4%, абсцесс брюшной полости 2,2%, послеоперационная летальность — 4,4%.

Сравнительно низкие показатели осложнений позволяют говорить о преимущественном выборе данного вида анастомоза по сравнению с другими как надежного способа восстановления целостности толстой кишки после операций по поводу рака.

THE ANALYSIS OF OPERATIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH COLON CANCER WITH APPLICATION OF INVAGINATIONAL ANASTOMOSE

V. A. Levashov, V. A. Pustovojt, S. S. Pavlov

The article presents the analysis of patients, operated to cure the cancer disease of large intestine with application of invaginational anastomose.

The article under consideration represents the analysis of the history of disease of patients with malignant tumours (cancer of large intestine) being operated during the period of 1997-2001 with the application of primary-restorational method of duplicatory-invaginational anastomose. The obtained results show post-operational complications, of which insufficiency occupies 4,4 %, festering of post-operational wound - 6,5 %, acute kidney - liver deficiency - 4,4 %, abscess of abdominal cavity - 2,2 %, post-operational lethality - 4,4 %.

Comparatively low indexes of complications allow to conclude the treatment can be the primary choice of the given anastomose is a reliable way of restoring the uninterruptedness of impassability of large intestine after performed operations concerning cancer.