

УДК 616.348-006.6-089.843-06:616.345-007.271-036.11

ДУПЛІКАТУРНО-ІНВАГІНАЦІЙНИЙ АНАСТОМОЗ У ХІРУРГІЇ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ ТОВСТОКИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

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

Дорожня лікарня № 2 на станції Ясинувата Донецької залізниці

Ключові слова: рак ободової кишки, гостра товстокишкова непрохідність, дуплікатурно-інвагінаційний анастомоз.

У лікуванні пухлин ободової кишки, ускладнених розвитком гострої товстокишкової непрохідності, актуальною залишаються проблеми встановлення безперервності кишкового тракту і післяопераційних ускладнень. Зберігається велика кількість нефункціональних обструктивних резекцій, пов'язаних як із за давненістю хвороби, так і з ускладненнями, що виникають у післяопераційному періоді після виконання первинно-відновних операцій. В оптимальному варіанті резектабельність може досягати 82,6%. Частка неспроможності анастомозу не перевищує 4,1%, летальність після описаних вище операцій не перевищує 5% [1, 2]. За даними інших авторів, летальність у разі операцій, спрямованих на формування первинного анастомозу, сягає 17,1%, післяопераційні ускладнення 21,3–45,7%.

Мета дослідження: вивчити ефективність і надійність дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу як заключного методу на завершальному етапі операції після резекції різних відділів ободової кишки в умовах obturaційної товстокишкової непрохідності, що виникла у хворих на рак ободової кишки.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати лікування 65 хворих за період 1997–2002 рр., прооперованих терміново чи у пізніші терміни в хірургічному й онкологічному відділеннях, що були госпіталізовані з діагнозом гостра товстокишкова непрохідність (ГТКН) або перебували на підготовчому етапі до оперативного лікування з установленим діагнозом рак ободової кишки.

Вік хворих від 51 до 76 років. У хворих до 50 років ГТКН не спостерігали. Стадія процесу T4N0-2M0-1. Тривалість прояву перших симптомів ГТКН не перевищувала 3 діб. Проведено R-логічну діагностику (оглядова R-графія живота, ургентна іригографія). Тривалість консервативного лікування не перевищувала 4 годин. Якщо за цей час спостерігали позитивний ефект, то після кон-

трольно-діагностичних заходів переводили хворих до онкологічного відділення, де проводили передопераційну підготовку, яка тривала не більше 2 діб. За відсутності позитивного ефекту від консервативних заходів лікування ГТКН протягом 4 годин, виконували оперативне лікування. Виконано 19 (29,2%) термінових оперативних втручань, 46 (70,8%) — відкладених.

У радикальному обсязі прооперовано 51 (78,5%) хворого, у паліативному — 14 (21,5%), хворі останньої групи мали МТС: у печінку 13 осіб, у легені 1 особа.

Результати та обговорення

Залежно від локалізації процесу обсяг оперативної допомоги був таким:

— Правобічна геміколектомія — 22, або 33,8% (пухлина сліпої кишки — 13, пухлина висхідного відділу — 6, пухлина печінкового згину — 3).

— Лівобічна геміколектомія — 14, або 21,5% (пухлина селезінкового згину — 2, пухлина низхідного відділу — 12).

— Резекція поперечної ободової кишки — 3, або 4,6%.

— Резекція сигмоподібної ободової кишки — 26, або 40,0% (пухлина сигми — 21, пухлина ректосигмоподібного відділу — 5).

— У 58 хворих (89,2%) операція закінчилася первинно-відновним способом, із накладенням дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу.

— П'ятьом хворим (7,7%) із локалізацією пухлини в ректосигмоподібному відділі виконано операцію Гартмана.

— Двом хворим (3,1%) із локалізацією пухлини в сигмоподібній кишці проведено операцію типу Мікулича — Грекова.

— Трьом хворим після операції Гартмана здійснено реконструкцію прохідності кишечника в післяопераційному періоді через 3 місяці зазначеним способом дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу. Двом іншим проведено операцію Дюамеля. Після операції Мікулича — Грекова віднов-

лення прохідності проведено дуплікатурно-інвагінаційним способом.

Зміст методу, запропонованого професором Г. В. Бондарем, полягає в тому, що після резекції ураженої ділянки вміст проксимального відділу кишки евакуюють за межі операційного поля. Після того, як кишка спадається, звільняють брижовий край кишки від жирових привісок для формування ділянки завдовжки 4–5 см. Накладають перший ряд серозно-м'язових швів, вільний проміжок, що далі залишився, дистальне першого ряду з'єднують 2–3 швами, після чого накладають ряд швів на задню губу, із розтином стінок кишок уздовж, у середині ряду, на глибину 1,5 см, що надалі забезпечує легкість інвагінації. Накладають ряд швів на передню губу і вправляють проксимальний відділ анастомозу в дистальну частину, при цьому формується інвагінат, що складається зі стінки привідної кишки і дуплікатури стінки відвідного відділу кишки, який зміцнюється по передньому півколу серозно-м'язовими швами. Обов'язковою умовою є підкріплення лінії швів жировими привісками. Якщо пухлина локалізується на правій і лівій половині, анастомоз екстраперитонізується, що дає змогу локалізувати запальний процес і уникнути летального кінця в рідкісних випадках виникнення неспроможності швів.

До накладення превентивних стом ми вдавалися у хворих, що мають МТС у печінку: двом хворим після резекції поперечної ободової кишки виконали підвісну цекостомию за В. І. Юхтиним [3]; трьом хворим після лівобічної геміколектомії — площинну трансверзостому. Після резекції сигми чотирьом хворим накладено площинну трансверзостому, у 2 випадках з них — через виникнення неспроможності швів. Після правобічної геміколектомії превентивних стом не накладали.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Бондарь Г. В.* Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, С. Э. Золотухин и др. // *Арх. клин. и эксперим. медицины.* — Донецк, 2000. — № 4. — С. 552–556.
2. *Бондарь Г. В.* Хирургическое лечение рака толстой

У післяопераційному періоді померло троє хворих (4,6%): 1 — гостра нирково-печінкова недостатність, 1 — гостра серцево-судинна недостатність, і в одного хворого сформувався лівобічний піддіафрагмовий абсцес. Незважаючи на розкриття останнього, настав летальний кінець. Смертей від неспроможності анастомозу не було.

Функція кишечника у післяопераційному періоді відновлювалася на 2–4 добу після операції.

У 4 хворих трансверзостомі було закрито оперативно протягом 2–4 місяців, в інших вони закрилися самі в період 6–8 місяців.

Жодний з хворих у віддаленому періоді не відчував симптомів кишкового дискомфорту (запори, проноси тощо).

Хворі, які мали МТС у печінку, померли через 8–14 місяців після операції. Ми маємо дані про 39-х з решти хворих. У жодного з них функція товстої кишки не порушена.

Висновки

На підставі даних літератури і власних спостережень доходимо висновку, що метод дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу має переваги в хірургії раку ободової кишки серед методів вибору завершального етапу операції, оскільки завдяки розташуванню рядів швів на різних рівнях виникає різниця тиску в кишці й відбувається розвантаження швів.

Немає сумніву, що якість життя хворих після таких оперативних утручань вища, ніж у хворих після обструктивних і багатоступінчастих операцій.

Технічна простота накладення дуплікатурно-інвагінаційного анастомозу і низький ризик ускладнень дають можливість застосовувати цей метод у широкій лікувальній мережі.

кишки, осложненного кишечной непроходимостью / Г. В. Бондарь, Ю. И. Яковец, В. Х. Башеев и др. // *Хирургия.* — 1990. — № 7. — С. 94–97.

3. *Юхтин В. И.* Хирургия ободочной кишки. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.

ДУПЛИКАТУРНО-ИНВАГИНАЦИОННЫЙ АНАСТОМОЗ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

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

Проанализированы результаты лечения 65 больных, оперированных в срочном и отсроченном порядке с диагнозом острая обтурационная толстокишечная непроходимость на фоне рака ободочной кишки. Приведенные результаты применения на заключительном этапе операции дубликатурно-инвагинационного анастомоза, простота технического исполнения, малый риск послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни больных, в сравнении с пациентами, перенесшими обструктивные резекции и многоэтапные операции, — позволяют рекомендовать применение этого способа даже в неспециализированных отделениях.

DYPLICATORY-INVAGINATIONAL ANASTOMOSIS IN THE SURGERY OF COLON CANCER, COMPLICATED WITH ACUTE COLONIC OBSTRUCTION

A. V. Borota, V. A. Levashov, V. A. Pustovoi, S. S. Pavlov

The results of treatment of 65 patients, undergone the urgent and delayed surgery due to diagnosis of acute colonic obstruction against the background colon cancer, were analyzed. The received results of duplicatory-invagination anastomosis application on the final surgery stage, simplicity of technical performance, low risk of post-operational complications and improvement of quality of life of the patients in comparison with the same patients, undergone obstructive resection and multistage operations, enable to recommend this method even in the nonspecialized departments.