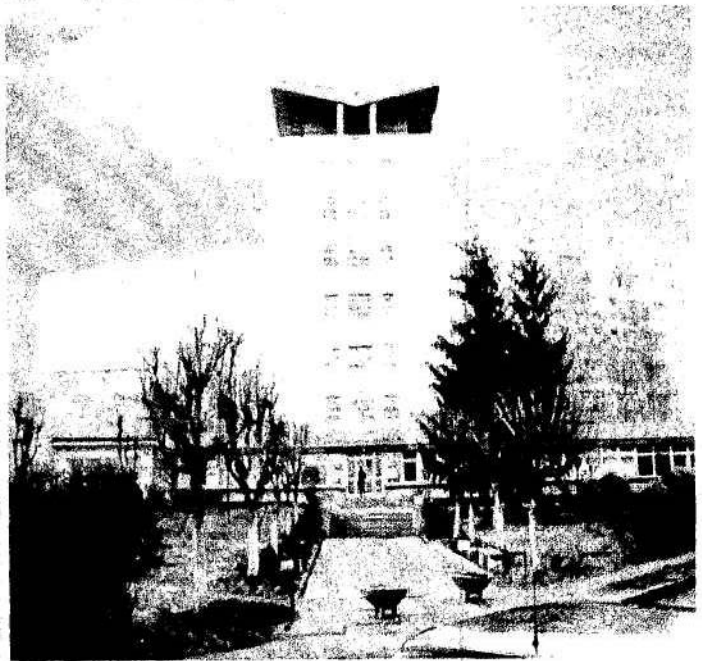




ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА



1'2006



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
"АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕВІДКЛАДНОЇ
ХІРУРГІЇ"

НАКЛАДЕННЯ СТОМИ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ІНТУБАЦІЇ ЯК СПОСОБИ ДЕКОМПРЕСІЇ КИШЕЧНИКУ НА ТЛІ ПУХЛИННОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ

С. С. Подпратов, Д. А. Харченко, С. С. Подпратов, І. М. Слободянюк, В. Г. Зубарев, В. П. Корчак

Київська міська клінічна лікарня №1

Вступ

Тривале заповнення ободової кишки (ОК) рідким або твердим вмістом, яке відбувається за її пухлинної непрохідності (ПН), може спричинити перерозтягнення стінки кишки (СтК) з втратою її тону та бар'єрної функції [2]. Свідченням життєздатності СтК є її міоелектрична активність [1]. Характер та частоту скорочень СтК визначають власна активність міоцитів та модулююча дія вегетативної нервової системи, шлунково-кишкових поліпептидів, стан хімусу та бактеріальний метаболізм [4,5]. Після очищення поліетиленгликолем, механічного розтягнення СтК активність міоцитів підвищується [6,7].

За наявності НТК, після видалення пухлини, здійснюють інтраопераційне відмивання просвіту розтягнутої кишки та формують первинний анастомоз або здійснюють тотальну чи субтотальну колектомію за наявності значного розтягнення СтК ОК [10]. Прямих показів до накладення стоми немає [14]. Накладення стоми при виконанні операції з приводу ПН товстої кишки є вимушеним заходом, виправданим у хворих з перитонітом, кахексією, нестабільною інтраопераційною гемодинамікою, місцевим поширенням раку або технічними труднощами формування анастомозу в малій мисці [8]. Накладення «захисної» петльової колостоми після здійснення резекції ОК показане за наявності ПН з метою запобігання неспроможності швів сформованого анастомозу [11], яку спостерігають у 25-30% хворих [9]. Водночас, накладення відключаючої трансверзостоми не знижує ризик неспроможності швів міжкишкового анастомозу, а лише обмежує обсяг обумовлених нею ускладнень та знижує післяопераційну летальність [12].

Ускладненнями накладення колостоми є її некроз, звуження рубцем, випадіння кишки через стому назовні, параколомостомальна грижа [14]. Як альтернатива накладанню відключаючої стоми, з метою уникнення неспроможності швів міжкишкового анастомозу може бути застосована інтубація (ІН) кишечника [9], після здійснення якої частота неспроможності швів коло-ректального анастомозу складає 5,2% [9]. Частота ларингофарингіту у хворих після трансназальної (ТН) ІН збільшується на 23,1% [13].

Отже, за наявності розтягнення СтК ОК під час виконання операції з причини НТК застосовують інтраопераційне відмивання просвіту ОК або поширену її резекцію. Критерії оцінки розтягнення, покази, межі та ефективність тривалої післяопераційної ІН кишечника не встановлені.

Мета роботи: уточнити показання до здійснення інтубації кишечника та накладення стоми при виконанні операції з приводу ПН товстої кишки.

Матеріал та методи

Нами здійснений аналіз результатів хірургічного лікування ПН товстої кишки у 60 хворих, оперованих в Київській міській клінічній лікарні №1 та Глобинській центральній районній лікарні впродовж 2000-2005 рр. До дослідження включені тільки ті хворі, у яких при виконанні оперативного втручання була усунена причина виникнення кишкової ПН. Чоловіків було 33, жінок — 27 віком від 43 до 84 р., середній вік 67,1±2,1 р. Причинами НТК були: рак сліпої кишки — 3 спостереження, рак висхідної ОК — 6, рак поперечної ОК — 8, рак низхідної ОК — 10, рак сигмоподібної кишки — 21,

рак ректосигмоїдного згину — 4, рак прямої кишки — 8. Середня тривалість повної НТК становила 3,2±1,2 дня (від 1 до 9). За наявності пухлини у сліпій або висхідній ОК виконували правобічну геміколектомію, у поперечній ОК — резекцію поперечної ОК або правобічну геміколектомію, у низхідній ОК — лівобічну геміколектомію, сигмоподібній — резекцію сигмоподібної кишки або лівобічну геміколектомію, у ректосигмоїдному згині або прямій кишці — резекцію прямої кишки з дистальним відділом сигмоподібної.

Для встановлення рівня та оцінки вираженості ПН перед операцією здійснювали ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини за допомогою апарату Aloka-4000 з конвексним датчиком та рентгеноскопічне оглядове дослідження (РС) кишечника.

Під час УЗД визначали наявність та активність скорочення стінки тонкої кишки (ТнК) біля зв'язки Трейтца (точка Т1) та ілеоцекального кута (точка Т2). Під час здійснення РС оцінювали форму та активність скорочення стінок розтягнутої газом або рідиною ТнК.

Усім хворим здійснювали передопераційну підготовку протягом 6-30 годин з метою компенсації водно-сольових розладів, корекції порушення згортання та циркуляції крові, зниження рівня інтоксикації, очищення кишечника, компенсації супутніх захворювань.

Вирізняли 4 варіанти поширення ПН відповідно до меж розтягнутої ділянки кишечника: компенсована ПН ОК без розтягнення ілеоцекальної затулки (29 хворих, група 1), ПН правої половини (висхідної або висхідної та поперечної ділянок) ОК в поєднанні з розтягненням здухвинної кишки (12 хворих, група 2), ПН всієї ОК з розтягненням здухвинної кишки (10 хворих, група 3) та ПН ОК з розтягненням всієї тонкої кишки (9 хворих, група 4).

Після усунення причини ПН шляхом виконання резекції ділянки кишки з пухлиною звільняли кишечник від вмісту, застосовуючи зціджування та череззондове відсмоктування. У брижу випорожненої розтягнутої ділянки ОК вводили 100 мл 0,25% розчину лідокаїну, по тому промивали 30-50 см просвіту проксимального відрізка кишки 200 мл розчину декаметоксину (декасану), який мав температуру 18-24 °С. У разі появи скорочення м'язового шару СтК ОК після виконання проби вважали за достатнє обмежитися здійсненням промивання кишки. У разі відсутності скорочення СтК прилеглої до місця виконання резекції ділянки ОК після здійснення проби застосовували зондову декомпресію. Для декомпресії привідної частини кишечника застосовували ТН, трансанальну (ТА) ІН кишечника, або накладення стоми.

За відсутності скорочення м'язового шару СтК ОК після проби або за появи поодиноких слабких непослідовних скорочень в ньому, в післяопераційному періоді, додатково до зондової або стомальної декомпресії, здійснювали катетеризацію епідурального простору та подальшу епідуральну блокаду (ЕБ) до відновлення пропульсивної перистальтики (виходу газів через стому або відхідник).

Результати дослідження та їх обговорення

У 1 групі під час здійснення УЗД в Т1 та Т2 у всіх хворих знаходили тонку кишку звичайного діаметру, хвилеподібні скорочення СтК; під час РС перистальтика не візуалізувалася через відсутність розтягнення

ТнК. Під час операції перерозтягнення СтК ОК визначили у 14 (70%) хворих. ТА-ІН здійснили шляхом уведення зонду до рівня формування анастомозу 8 хворим, вище рівня перерозтягненої ділянки кишки — 6, наклали колостому — 7. Неспроможність швів анастомозу не спостерігали. Появу перистальтики у всіх хворих групи спостерігали на 2-3 післяопераційну добу. Вихід газів відзначили у всіх хворих на 3—4 добу. У 2 групі у всіх хворих спостерігали скорочення ТнК в Т1 та Т2 під час здійснення УЗД та її пропульсивну або активну міжсегментарну перистальтику за даними РС. Інтраопераційно скорочення ОК після здійснення проби не спостерігали у 8 (66,7%) хворих. ТН-ІН здійснили шляхом уведення зонду до рівня ілеоцекального кута 3 хворим (з них 2 наклали трансверзостому, 1 — сформували анастомоз), до рівня резекції — 3. ТА-ІН до рівня анастомозу здійснили 2 хворим. ЕБ застосували 3 хворим. Неспроможність швів анастомозу не спостерігали. Відновлення перистальтики у всіх хворих групи спостерігали на 2-3 післяопераційну добу. Вихід газів відзначили на 3-4 післяопераційну добу у хворих з ТН-ІН, на 4-5 — з ТА-ІН. У 3 групі під час здійснення УЗД спостерігали слабкі скорочення ТнК в Т1 та Т2 у всіх хворих та слабку непропульсивну перистальтику за даними РС. Скорочення СтК ОК після інтраопераційного здійснення проби не виявили у жодного з хворих. ТА-ІН здійснили, увівши зонд до рівня формування анастомозу — 3 хворим, правого згину ОК — 3, наклали колостому — 4 (у 2 з причини фібринозно-гнійного перитоніту, у 2 — з причини значного перерозтягнення СтК). У 3 хворих, яким здійснили ЕБ, в першу післяопераційну добу спостерігали пневматоз кишечника. Подальшому збереженню пневматозу запобігли промиванням інтубаційного зонда 50 мл декасану, яке повторювали тричі на добу до дня початку відходження газів. Повторення пневматозу не відзначали. Появу перистальтики у всіх хворих групи спостерігали на 2-4 післяопераційну добу. Вихід газів відзначили на 4-5 післяопераційну добу у хворих із здійсненою ТА-ІН до правого згину ОК та у хворих з накладеною колостою, на 5-6 добу — із здійсненою ТА-ІН до рівня анастомозу. У 4 групі під час УЗД спостерігали слабкі скорочення ТнК в Т1 у всіх хворих та у 2 (22,2%) — у Т2. Під час виконання РС перистальтику ТнК не спостерігали або зазначали поодинокі непропульсивні скорочення. Після інтраопераційного здійснення проби перерозтягнення СтК ОК визначили у всіх хворих. ТН-ІН здійснили, ввівши зонд до рівня ілеоцекальної затупки 2 хворим, до рівня резекції — 3 (після виконання правобічної геміколіектомії або резекції попереочної ОК). Ретроградну ІН ТнК через накладену пристінкову цекостому здійснили 2 хворим, ТА-ІН до рівня правого згину ОК — 2. У всіх хворих 4 групи застосували ЕБ. Неспроможність швів анастомозу не спостерігали. Перистальтика у всіх хворих з'явилася на 3-5 післяопераційну добу. Вихід газів відзначили на 3-4 післяопераційну добу у хворих із здійсненою ТН-ІН, на 5-7 добу — у хворих з ТА-ІН. Анастомоз нижче рівня тазової очеревини наклали 10

хворим після видалення пухлини прямої кишки, ректосигмоїдного згину або сигмоподібної кишки. Неспроможність швів анастомозу спостерегли у 4 хворих на рак прямої кишки, ускладнений паратуморозною інфільтрацією тканин малої миски, місцевим перитонітом, гострою формою ПН ОК та з анатомічно вузьким тазом. Зовнішня нориця на передню черевну стінку через дренажний отвір сформувалася у 1 хворого, з дебитом кишкового вмісту до 5 мл на добу; вона закрилася без втручання через місяць після операції. Релапаротомію виконали 3 хворим після спостереження виходу 30 мл кишкового вмісту; їм наклали кінцеву колостому.

У 2 хворих під час операції відбувалося зниження артеріального тиску нижче 80 мм рт. ст. протягом відповідно 20 та 30 хв. У одного з них кишка була перерозтягнена, йому наклали кінцеву колостому. У обох хворих спостерегли некроз краю проксимального відрізка СТ в післяопераційному періоді. Хворому зі сформованим анастомозом здійснена релапаротомія з причини наростаючої інтоксикації; йому роз'єднали анастомоз та вивели його у вигляді колостоми на передню черевну стінку; подальшого поширення некрозу не спостерігали.

З причини наявності ознак порушення мікроциркуляції в товстій кишці (потемніння СтК, точкові крововиливи) як наслідку тривалої непрохідності, наклали кінцеву колостому на рівні продовження брижової артерії 4 (6,7%) хворим (2 — з групи 1, по 1 — з груп 2 та 3), дистальний відрізок кишки зашивали. У всіх хворих спостерегли некроз краю СтК ОК в стомі, перенакладення стоми з причини циркулярного поширення некрозу до рівня апоневрозу черевної стінки без виконання серединної лапаротомії здійснили 1 хворому.

Висновки

1. Виділення видів непрохідності за ознакою перерозтягнення прилеглої до місця резекції ділянки кишечника дозволяє обґрунтувати вибір способу його декомпресії.
2. За наявності перерозтягнення ОК показане здійснення інтраопераційного відмивання і ТА-ІН всієї ОК вище місця формування анастомозу.
3. У разі ускладнення товстокишкової ПН заповненням просвіту ТнК газом з рідиною вище рівня здувальної кишки показане здійснення ТН-ІН кишечника до ілеоцекального кута.
4. Для запобігання газоутворення в кишечнику у післяопераційному періоді показане здійснення його промивання через інтубаційний зонд розчином декаметоксину до відновлення пропульсивної перистальтики.
5. Накладення колостоми на тлі кишкової ПН показане в разі: важкого загального стану хворого, зниження артеріального тиску нижче 80 мм рт. ст. протягом 20 хв під час операції, наявності фібринозно-гнійного перитоніту, гострої форми ПН у хворих з поширенням пухлини прямої кишки в клітковині малої миски, що зумовлює технічну складність її видалення та створення анастомозу.

edn. — Heidelberg: Springer-Verlag, 1989. — 825 p.

4. *Misiewicz J.J.* Human colonic motility // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1984. — N 19 (supp 93). — P. 43-51.

5. *Lemann M., Flourie B., Picon L., Coffin B., Jian R., Rambaud J.C.* II Motor activity recorded in the unprepared colon of healthy humans. // *Gut* — 1995. — N 37 (5). — P. 649-653.

6. *Shafik A.* Study of the electrical and mechanical activity of the rectum. Experimental study. // *Eur. Surg. Res.* — 1994. — N 26. — P. 87-93.

7. *Beck D.E., Wexner S.D.* (Ed.) Fundamentals of anorectal surgery. — New York: McGraw Hill, 1992. — 509 p.

8. *Klein P., Immler F., Sterk P., Schubert F.* Secure

ЛІТЕРАТУРА

1. *Алешин И.А., Ноздрачев А.Д., Климов П.К.* (1983) Очерки частной электрофизиологии желудка. — Л.: Наука. — 203 с.
2. *Тамм Т.І., Бардюк О.Я., Даценко О.Б., Богун О.А.* Діагностика і тактика лікування хворих на гостру кишкову непрохідність. — Харків: ХМАПО, 2003. — 124 с.
3. *Schmidt R.F., Thews G.* (Eds.) Human physiology. 2nd

anastomoses of the large intestine (especially with transanal drainage). // Zentralbl. Chir. — 1997. — N 122(7). — P. 528-534.

9. *Patrascu T, Doran H, Musat O.* Protective transanal tube in colorectal anastomosis. // Chirurgia (Bucur). — 2004. — N 99(1). — P. 75-78.

10. *Giglio D, Di Muria A, Marano A, done G, Arciero G, Rossi R, Aveta M, Formisano V.* Urgent management of obstructing colorectal cancer: authors' experience. // Ann Ital Chir. — 2004. — N 75(1). — P. 35-39.

11. *Becmeur F., Sava G., Grenier J.F.* Role of protective colostomy in colorectal surgery. Apropos of 68 cases. // J. Chir. (Paris). — 1987. — N 124(2). — P. 93-98.

12. *Delaini G.G., Dagradi V, Piccinelli D, Zanotti M, Lolli P, Nicoli N.* The role of decompressive transversostomy in surgery of the left colon and rectum (personal experience). // Chir. Ital. — 1980. — N 32(6).

—
P. 1622-1629.

13. *Lei W.Z., Zhao G.P., Cheng Z. LiK., ZhouZ.G.* Gastrointestinal decompression after excision and anastomosis of lower digestive tract. // World J. Gastroenterol. — 2004. — N 10(13). — P. 1998-2001.

14. *Burcos T, Popa E, Jitea N, Mihai D, Pociovalisteanu E, Angelescu N.* The complications of colostomies. // Chirurgia (Bucur). — 2004. — N 99(3). — P. 151-157.