

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ОБОДОВОЇ КИШКИ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

*Радзіховський А.П., Мироненко О.І., Знаєвський М.І., Болотських М.О.
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Вступ. Останнім часом значно зросла частка обтураційної непрохідності ободової кишки пухлинного генезу серед усіх форм непрохідності кишкового тракту і по даним деяких авторів складає до 42%. Історія надання медичної допомоги нараховує кілька підходів-передусім, усунення непрохідності, видалення пухлини, за тим - відновлення перервності кишкового тракту. З розвитком науки хірургічна тактика в теперішній час зводиться до виконання радикальних та первинно-відновних операцій, звісно мова не йде про занедбані випадки. Але для виконання первинно-відновних операцій існують певні вимоги. Саме створення умов для формування первинно-відновного товстокишкового анастомозу в умовах кишкового стазу і є потребою сьогодення.

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих з обтураційною непрохідністю ободової кишки пухлинного генезу, шляхом удосконалення діагностики та тактики лікування.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано досвід хірургічного лікування 674 хворих з обтураційною непрохідністю ободової кишки пухлинного генезу, доставлених в міський центр невідкладної медичної допомоги з непрохідністю кишкового тракту за період з 2002 до 2008 р. Чоловіків було 366(54,3%), жінок - 308 (45,7%), середній вік становив 63,2+/-6,4 роки.

Крім загальних лабораторно-клінічних методів обстеження та оглядової рентгенографи черевної порожнини, усім хворим виконували сонографічне дослідження органів черевної порожнини. Зважаючи на клінічний перебіг захворювання та стан хворого, інструментальні методи доповнювали іригоскопією, колоноскопією.

За результатами дослідження пацієнтів розподілили на три групи. В першій та другій групах клінічний перебіг захворювання дозволяв провести додаткове інструментальне дослідження (іригоскопію, колоноскопію) для визначення локалізації та ступеня розповсюдженості пухлинного процесу.

Першу групу склали 127 (18,8%) хворих з порушенням пасажу та локалізацією кишкового стазу в межах ободової кишки. Клінічний перебіг субкомпенсованої обтурації ободової кишки та позитивний результат протизапальної консервативної терапії дало змогу для відстрокованого виконання радикального оперативного лікування. В цій групі виконано 109 (85,8%) первинно-відновних операцій, у решти 18 пацієнтів - паліативно-симптоматичні.

Другу групу склали 445 (66%) хворих, у яких локалізація кишкового стазу виходила за межі ободової кишки і розповсюджувалася та тонку кишку. В 206 випадках виконано радикальні операції, серед них 126 первинно-відновних.

Третю групу склали 102 (15,1%) хворих з наявністю кишкового стазу ободової та тонкої кишки і секвестрації рідини в черевній порожнині. Клінічний перебіг обтурації ободової кишки був ускладнений перитонітом. В 86 випадках виконано паліативно-симптоматичні операції, іншим 16-радикальні.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед загально оперативних втручань радикальних операцій виконано 331, що складає менше половини (49,1%). Більше третини від операцій становлять первинно-відновні (34,8%). Вважаємо, що ці показники досягнуто завдяки удосконаленню діагностично-лікувальної програми. В основі діагностичної програми є рентгенологічне та сонографічне дослідження кишкового стазу, проявів ентеральної недостатності, сонографічне та ендоскопічне встановлення локалізації та ступеня розповсюдженості пухлинного процесу. Лікувальна програма включає проведення корекції водно-електролітних порушень, дезінтоксикаційної та протизапальної терапії на етапі передопераційної підготовки та під час операції, інтраопераційну декомпресію та іригацію просвіту кишкового тракту ізотонічним розчином NaCl, селективною деконтамінацією, формування первинно-відновного товстокишкового інвагінаційного анастомозу, післяопераційну корекцію гомеостазу. Окремо слід зазначити, що інтраопераційна декомпресія в першій та другій групах відрізнялася варіантами евакуації кишкового вмісту з проксимальних відділів. Якщо в першій групі для виконання первинно-відновних операцій достатньою була інтраопераційна декомпресія та іригація просвіту ізотонічним розчином NaCl за допомогою назогастроінтестинальної інтубації, то в другій групі виконували евакуацію кишкового вмісту та іригацію просвіту супрастенотичних відділів відкритим способом (за методикою клініки) з запобіганням бактеріального забруднення черевної порожнини.

Летальність після радикальних операцій склала 12,7%, з них - 14% після первинно-відновних. Післяопераційні ускладнення становили 21,8%, з них - 20,4% після первинно-відновних. Після паліативно-симптоматичних операцій летальність була найвищою і дорівнювала 23,6%. Загальна післяопераційна летальність склала 18,2%.