

© Сенютювич Р.В., Іващук О.І., Гонца А.О., Бабін В.Д., Крушніцький В.Д., 2013

УДК 616.345-066-037-055.2

НЕКРОЗ ТОВСТОКИШКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПІСЛЯ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРЯМОЇ КИШКИ

Р.В.Сенютювич, О.І.Іващук, А.О.Гонца, В.Д.Бабін, В.Д.Крушніцький

*Кафедра онкології та радіології (зав. – проф. О.І.Іващук) Буковинського державного медичного університету,
Чернівецький обласний онкологічний диспансер*

Резюме. Проаналізовані ранні ускладнення черевно-анальних резекцій прямої кишки у 125 хворих. Некрози трансплантата виявлені у 13,5% хворих.

Ключові слова: черевно-анальна резекція, товстокишковий трансплантат, некроз.

В останні роки спостерігається значне зростання кількості органозберігальних операцій при низькому раку прямої кишки. Хірургічні втручання в різних медичних центрах суттєво різняться. Використовуються такі операції: наднизькі передні резекції зі степлерною технікою, колоанальні анастомози з ілеостомією і без неї, черевно-анальні резекції (ЧАР) за різними методиками. Останній тип оперативних втручань досить поширений в Україні, тому й цікавість вітчизняних хірургів до проблеми некрозів товстокишкових трансплантатів [1, 2] при ЧАР цілком зрозуміла.

Мета дослідження: провести аналіз ускладнень операції Нісневича-Петрова-Холдіна, зокрема, недостатності товстокишкового трансплантата.

Матеріал і методи. Вивчені ранні ускладнення ЧАР (у період стаціонарного лікування) у 56 хворих, оперованих у клініці онкології БДМУ протягом 1996-2000 рр., та 69 хворих, оперованих протягом 2001-2007 рр. (таблиця).

Результати дослідження та їх аналіз. Найнебезпечнішим ускладненням ЧАР є некроз виведеної товстої кишки, який поширюється на стінки того сегмента кишки, що розміщений у малому тазу. Особливо небезпечно так зване високе змертвіння – вище рівня відхідникового каналу (на 5 см вище від відхідника). Ми спостерігали ці ускладнення у 5 хворих. Діагностика їх не проста і не завжди своєчасна. Першим сигналом тривоги є зміна життєздатності тієї частини

кишки, яка виступає назовні за межі відхідника. При таких змінах через 16-18 год після закінчення операції ми проводили ректороманоскопію, досліджуючи стан товстої кишки, колір слизової оболонки. Такі обстеження проводили і в наступні дні.

Обмежений некроз, який виникає в тій частині кишки, що виступає назовні і підлягає плановому відсіченню, нерідко може прогресувати, тому потребує посиленої уваги хірурга. Вагання з вибором активної хірургічної тактики може стати фатальним. Тільки одній хворій при високому змертвінні товстокишкового трансплантата повторна операція була виконана наступного дня (через 24 год після ЧАР). Ще 2 хворих з явищами некрозу виведеної кишки оперовані на 3-й день після ЧАР. У першій хворій наступного дня після ЧАР хірург виявив частковий некроз задньої стінки «вільного» кінця виведеної кишки, яка почорніла до рівня шкіри. Виявлена синюшність у тазовому відділі товстої кишки, однак цьому симптому не було приділено увагу. Під час повторної операції констатовано тотальний некроз трансплантата.

В одного хворого тільки на 6-й день після операції були виявлені порушення кровопостачання тієї частини виведеної кишки, яка містилася у відхідниковому каналі; виведена назовні «вільна» ділянка товстої кишки була життєздатною. На 6-ту добу після втручання у дренажній рані виявлено кал. При ректороманоскопії конс-

**Характеристика хворих, яким виконана черевно-анальна резекція
(за Нісневичем-Петровим-Холдіним)**

Аналізовані параметри		Роки, кількість хворих	
		1996-2006, 56 хворих	2001-2007, 69 хворих
Вік хворих (років)	31-40	4	5
	41-50	10	15
	51-60	18	25
	61-70	21	23
	> 70	3	1
Локалізація пухлини	Нижньоампулярний відділ	27	34
	Середньоампулярний відділ	29	35
Відстань від нижнього краю резекції до пухлини	< 1 см	-	2
	1-2 см	3	4
	2-3 см	12	18
	3-5 см	21	45
	> 5 см	20	-
Макропрепарат (величина пухлини)	< 2 см	4	4
	2-5 см	21	33
	> 5 см	16	18
	не вказано	15	14
Стадії	I	2	6
	II	31	26
	III	23	37

татовано некроз кишки на 5 см вище від відхідника. Хірургом проводилося консервативне лікування ускладнення шляхом промивання малого таза. З 10-го дня некротизовані частини кишки почали виділятися самостійно. На 14-й день хірург затискачем видалив близько 7-8 см некротизованої тазової частини товстокишкового трансплантата. До цього дня хворий перебував у дуже тяжкому (септичному) стані. На 2-й день після цієї “безкровної” некректомії хворий помер.

Повторні операції при некрозах виведеної товстої кишки хворі переносили важко. В однієї оперованої жінки через 24 год післяопераційний період ускладнився евентерацією, а згодом і нагноєнням рани, випаданням сальника біля колостоми. Обсяг повторних операцій включав лапаротомію, резекцію товстокишкового трансплантата, накладання протиприродного відхідника, видалення через промежину некротизованої кишки, повторне зашивання тазової очеревини, дренивання малого таза через відхідник.

У 3 хворих через 4-5 днів після операції спостерігали підвищення температури тіла до 39°. Через 7 і 9 днів констатовано виділення калових

мас з дренажної рани. За допомогою ректороманоскопії виявити розташування місця некрозу кишки не вдалося в жодному випадку. Виведені назвні сегменти сигмоподібної ободової кишки при ректороманоскопії мали звичайний вигляд. В однієї хворої калова нориця закрилася самостійно. Другу хвору повторно оперували на 17-й день у зв'язку з загрозою сепсису – накладена трансверзостома.

Менш небезпечні некрози виведеної кишки на рівні відхідникового каналу (4-5 см від відхідника). Хворих з такими ускладненнями лікували консервативно. Некротичні ділянки кишки були поетапно висічені до 6-8 дня, рани промивалися. Але подібне лікування дуже важко переноситься навіть дуже фізично міцними людьми. Утворюються флегмони і гнійні затікання у м'які тканини промежини та в малий таз. Лікування потребує інтенсивної дезінтоксикаційної терапії та дороговартісних антибіотиків. Віддалені функціональні результати у 2 хворих з такими ускладненнями незадовільні. Одному з них періодично (раз у 2-3 місяці) проводиться бужування відхідникового каналу, другому хворому щоденно виконують клізми для випорожнення товстої

кишки у зв'язку із стенозом відхідникового каналу. Ще 2 хворим накладено трансверзостоми.

Високе пересікання нижніх брижових судин ми не проводили. Мобілізацію трансплантата виконували відповідно до рекомендацій Донецького онкологічного диспансеру. Досвідом «дозвешення» трансплантата ми не володіємо, хоча результати такої тактики у донецьких онкохірургів дуже переконливі.

Небезпеку викликають щільні дренажні трубки в малому тазу, кінці яких можуть справляти тиск на кишкову стінку. До трубки приєднується відсмоктувальна груша, ексудат видаляється активно. Але недолік цієї процедури полягає в тому, що кишкова стінка може проникнути в отвір трубки, спричиняючи виникнення локальних субперитонеальних некрозів (з каловими норицями).

Наявний клінічний матеріал не дає змоги встановити причини некрозу товстокишкового трансплантата в кожному конкретному випадку. Це стосується анатомічних варіантів кровопостачання товстої кишки (магістральний, розгалужений типи), особливостей технічного виконання операцій. Непереконливі і клінічні дані (вік хворих, ожиріння, поєднана патологія), не пояснюють причин некрозу і результати патологоанатомічних досліджень.

Наведені нами дані свідчать про безпечність операції ЧАР. Летальність після втручання в наших спостереженнях становить 1,5%, частота не-

крозів – 13,5%. Від цього ускладнення помер один хворий через неправильну тактику (консервативна терапія замість невідкладної операції). Врешті-решт, при інтраопераційних сумнівах хірург може відмовитися від ЧАР і перейти на радикальну операцію з накладанням пахвинної колостоми (при цьому відхідниковий канал можна не видаляти).

Підходи до профілактики недостатності товстокишкових трансплантатів мають бути комплексні – раціональна стандартизована хірургічна техніка, підготовка кишечника, антикоагуляційна терапія тощо. За кордоном розробляються методи доопераційного визначення функціональної топографії судин товстої кишки. Триває пошук нових методів «тазового» етапу ЧАР («наданальний» спосіб ЧАР, розроблений донецькими вченими). Перспективними можуть виявитися методи протягування товстої кишки через відхідниковий канал без демукозації та евагінації з пересіканням прямої кишки безпосередньо над м'язом-підіймачем відхідника, а також лапароскопічна та роботехніка. Актуальним є визначення кровообігу в трансплантаті під час операції та прогнозування можливого його порушення.

Висновки. 1. Найнебезпечнішими і частими ускладненнями ЧАР є некроз виведеної сигмоподібної ободової кишки. 2. Некроз тазової частини трансплантата є прямим показанням для його видалення.

Список використаної літератури

1. Бондарь Г.В. Методи хірургічної корекції некрозів зведеної кишки після виконання сфінктерозберігаючих операцій / Г.В.Бондарь, В.Х.Башеев, С.Е.Золотухін [та ін.] // Шпит. хірургія. – 2002. – № 1. – С. 128-131.
2. Ерко Н.П. Результаты лечения некроза низведенной ободочной кишки после сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки / Н.П.Ерко, А.А.Молошок // Экспер. онкол. – 2000: тез. II съезда онкологов стран СНГ. – К., 2000. – № 726.

НЕКРОЗ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы ранние осложнения брюшно-анальных резекций прямой кишки у 125 больных. Некрозы трансплантата обнаружены у 13,5% больных.

Ключевые слова: брюшинно-анальная резекция, толстокишечный трансплантат, некроз.

NECROSIS OF THE COLONIC GRAFT FOLLOWING ABDOMINOANAL RESECTIONS OF THE RECTUM

Abstract. The early complications of abdominoanal resections of the rectum have been analyzed in 125 patients. Necrose of the transplantats have been revealed in 13,5% of the patients.

Key words: abdominoanal resection, colonic transplant, necrosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 09.10.2012 р.
Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек (Чернівці)