

Р.С. Шевченко, С.А. Міцан

ПРОВІДНІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ПУХЛИННОГО ҐЕНЕЗУ

Національний медичний університет, Харків

Реферат. В роботі представлені результати аналізу обстеження та лікування 96 хворих з непрохідністю кишечника пухлинного ґенезу, які були оперовані в 17-й міській клінічній лікарні м.Харкова спільно з кафедрою загальної хірургії ХНМУ в період з 2010 по 2012 р. Більшість хворих – 60 (62,5% від загальної кількості пацієнтів) – надійшли в стаціонар за екстремними показаннями, решта – 36 (37,5%) – в плановому порядку. Визначено провідні післяопераційні ускладнення у хворих на гостру кишкову непрохідність, якими були неспроможність анастомозу, яка спостерігалась у 20,3% хворих, гнійно-септичні ускладнення в операційній рані у 17,5% пацієнтів. Кишкові норці та післяопераційні кровотечі були у 8,2% випадків.

Ключові слова: післяопераційні ускладнення, гостра кишкова непрохідність пухлинного ґенезу, неспроможність анастомозу

Кишкова непрохідність належить до найважливіших проблем невідкладної хірургії. У структурі ургентних хірургічних захворювань гостра кишкова непрохідність пухлинного ґенезу (ГКНПГ) займає одне з провідних місць [1-3]. Післяопераційні ускладнення, незважаючи на удосконалення хірургічної тактики і застосування сучасних ліків, досягають 52,5%, а летальність залишається на досить високому рівні – до 20,7% випадків [3,4]. На думку багатьох дослідників, незадовільні результати лікування хворих на ГКНПГ залежать від післяопераційних ускладнень. Провідними ускладненнями на сьогодні залишаються неспроможність кишкових анастомозів, гнійно-септичні ускладнення, поліорганна недостатність [5-7].

Недостатність кишкових анастомозів є типовим ускладненням оперативного втручання у хворих на ГКНПГ, за даними різних авторів, від 4,3% до 69%. У структурі післяопераційної летальності на частку неспроможності швів припадає 27,5-66,7% випадків [7-9]. Багато дослідників приділяють увагу причині неспроможності кишкових анастомозів у хворих на гостру кишкову непрохідність пухлинного ґенезу, оскільки внаслідок цього часто виникають летальні ускладнення [2,4,7-9]. Імовірність неспроможності швів зростає в технічно складних умовах накладання кишкових анастомозів. Такі ускладнення як перитоніт, інтраопераційне інфікування, кишкова непрохідність ставлять під питання ефективне функціонування анастомозів. Серед причин неспроможності швів анастомозів виділяють порушення кровообігу та інфекцію [10-11]. На сьогодні аналіз післяопераційних ускладнень має велике значення для визначення об'єму та виду оперативного втручання, а також вибору лікувальної тактики в післяопераційному періоді.

Метою роботи було визначення провідних післяопераційних ускладнень у хворих на гостру кишкову непрохідність пухлинного ґенезу.

Матеріал та методи

Було проаналізовано дані 96 хворих з непрохідністю кишечника пухлинного ґенезу, які були оперовані в 17-й міській клінічній лікарні м. Харкова спільно з

кафедрою загальної хірургії ХНМУ в період з 2010 по 2012 р. Більшість хворих – 60 (62,5% від загальної кількості пацієнтів) – надійшли в стаціонар за екстремними показаннями, решта – 36 (37,5%) – в плановому порядку. Середній вік пацієнтів склав $54,7 \pm 5,9$ року. З числа всіх прооперованих жінок було 53 (55,2%), чоловіків – 43 (44,8%).

Дотримуючись класифікації порушення кишкової прохідності, запропонованої Е.Г. Топузовим [8], за ступенем вираженості явищ кишкової непрохідності пацієнтів розділили наступним чином: І-група – хворі з компенсованою і субкомпенсованою формами порушення кишкової прохідності – 50 осіб (51,8%), ІІ-група – 46 (46,2%) пацієнтів з декомпенсованою непрохідністю кишечника.

Результати та обговорення

Клінічна симптоматика у післяопераційному періоді складалася з трьох умовно визначених груп симптомів. Першу склали симптоми, що характеризували ознаки післяопераційного парезу, другу – клінічні ознаки ендогенної інтоксикації і третю – клінічні ознаки супровідної патології. Симптоми супровідної патології мали пряму залежність від прояву симптомів двох перших груп. Виявлена клінічна семіотика в залежності від груп дослідження мала різний ступінь прояву та термін визначення. У хворих основної групи вони діагностувалися протягом перших двох діб післяопераційного періоду, тоді як у хворих групи порівняння мали виражений характер і зберігалися протягом 5-7 діб післяопераційного періоду. В структурі післяопераційних ускладнень переважали неспроможність кишкових анастомозів – 31,5% хворих, перитоніт – 9,3% з формуванням кишкової норці у 4 пацієнтів, решта 5,3 % мали симптоми поліорганної недостатності. Хірургічні ускладнення були у 39 (40,8 %), у той час як ускладнення, пов'язані з некомпенсованою адаптаційною реакцією (терапевтичні ускладнення), склали 5,3 % (4 пацієнти). В основній групі було 22 випадки післяопераційних ускладнень ($44,00 \pm 6,20$ %); у групі порівняння – 17 випадків ($24,52 \pm 6,50$ %). У 13 осіб ($5,22 \pm 1,75$ %) зустрічались гнійні хірургічні післяопераційні

Таблиця 1. Характер післяопераційних ускладнень у хворих на ГКНПГ

Характер післяопераційних ускладнень	Основна група n=50	Група порівняння n=46
	абс. / %	абс. / %
неспроможність анастомозу	11 8,0±2,4	2 3,63±1,2
перитоніт	2 4,0±1,5	1 1,81±0,6
флегмона заочеревинної клітковини	1 2,0±0,8	1 2,0±0,8
нагноєння післяопераційної рани	2 10,0±2,8	4 7,27±2,2
некроз зведеної кишки	2 4,0±1,5	1 1,81±0,75
урологічні	1 3,63±1,5	1 3,63±2,5
пневмонії	1 2,0±0,8	1 2,0±0,8
серцево-судинні	2 4,0±1,8	1 1,81±1,15
кровотеча внутрішньоочеревинна	1 2,0±0,8	1 2,0±0,8
усього ускладнень	22 44,0±6,20	17 20,0±6,10

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення у хворих на ГНПГ в залежності від типу анастомозу

Тип анастомозу	Кількість ускладнень	Летальність
	абс. / %	абс. / %
Терміно-термінальний	5 (22,5%)	1 (9,2%)
Латеро-латеральний	4(24,7%)	2(18,4%)
Інвагінаційний	2(17,1%)	0
Інші	0	0
Всього	11 (27,3%)	3 (10,3%)

ускладнення у вигляді нагноєння рани. Нагноєння промежнинної рани з порівняною частотою зустрічались в усіх групах: основна – 5 (10,0±2,8%); група порівняння – 4 (7,55±2,10%); $p>0,05$ (табл. 1).

Післяопераційний перитоніт розвинувся у 4 осіб (5,3 %) в основній групі – 3 (4,0±1,5%), у групі спостереження – 1 в (1,32±0,21%), $p>0,05$. Ускладнення у вигляді некрозу зведеної кишки досить актуальне при виконанні оперативних втручань на товстому кишечнику. У нашому дослідженні воно зустрічалось у 4-х пацієнтів (2,53±1,4%) і зареєстровано у кожній групі. Флегмона заочеревинної клітковини була у двох пацієнтів (1,26±0,60%), по одному в кожній групі. Неспроможність анастомозу була у 30 осіб (31,5±1,5 %), $p\leq 0,05$.

Неспроможність кишкових анастомозів, за результатами нашого дослідження, є провідним післяопера-

ційним ускладненням. Показаннями для накладення анастомозу були резектабельність пухлини та кишкова непрохідність без явищ перитоніту. Післяопераційні ускладнення, обумовлені патологією кишкових анастомозів, спостерігалися у 11 (27,3%) хворих, 3 (12,5%) з яких померли (табл. 2). Серед ускладнень переважала неспроможність швів анастомозу – 11 випадків (2 хворих померли від перитоніту).

З 46 первинно-відновлювальних радикальних операцій 12 втручань включали інтраопераційний лаваж кишечника: правобічна геміколектомія – 3, резекція поперечно-ободової кишки – 2, лівостороння геміколектомія – 3, резекція сигмоподібної ободової кишки – 4.

Висновки

Провідними післяопераційними ускладненнями у хворих на гостру непрохідність кишечника були не-

спроможність анастомозу, яка спостерігалась у 20,3% хворих, гнійно-септичні ускладнення в операційній рані у 17,5% пацієнтів, кишкові нориці та післяопераційні кровотечі відмічались у 8,2% випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдужаппаров С.Б. Роль эндогенной интоксикации в комплексном лечении больных колоректальным раком / С.Б. Абдужаппаров, Л.В. Ким, Э.А. Даминова // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ (14-16 мая 2008 г.). Ташкент, 2008. – С. 266.
2. Беляев А.М. Анализ результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза / А.М. Беляев, С.Ю. Дворецкий // Вестник Российской Военно-Медицинской академии. – 2007. – №1 (17), приложение (часть 2). – С. 694-695
3. Бойко В.В. Интенсивная послеоперационная терапия больных колоректальным раком, осложнённым частичной кишечной непроходимостью / В.В. Бойко, И. В. Белозёров, В. Г. Грома [и др.] // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2010. – № 2. – С. 143-146
4. Гордійчук П. І. Прогнозування післяопераційних ускладнень та летальності у хворих на гостру товстокишкову непрохідність пухлинного походження по системі SAPS-II / П.І. Гордійчук // Галицький лікар. вісн. – 2000. – Т. 7, № 4. – С. 30-32.
5. Дворецкий С.Ю. Хирургическая реабилитация колостомированных больных после операции по поводу рака ободочной кишки / С.Ю. Дворецкий, А.М. Беляев // Медицинский академический журнал. – 2007. – Том 7, №3, приложение 10. – С. 272.
6. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. – 2004. – №2. – С. 4-7
7. Курбонов К.М. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза / К.М. Курбонов, О.К. Кандаков // Колопроктология. – 2006. – № 1. – С. 27-32.
8. Топузов Э.Г. Отсроченное иммунокорректирующее действие предоперационной энтеро- и колоносорбции у больных раком толстой кишки / Э.Г. Топузов, А.В. Соломенников, И.В. Станци, М.Э. Топузов, Н.А. Арсениев, Г.А. Шишкина, М.А. Абдуллаев // Эфферентная терапия. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 69-72.
9. Ahmed H.U Focal therapy for localized unifocal and multifocal prostate cancer: a prospective development study / H.U. Ahmed, R.G. Hindley, L. Dickinson // Lancet Oncol. – 2012. – Vol. 13 (6). – P. 622-632. Epub 2012 Apr 17.
10. Emmertsen K.J, Laurberg S.M. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer // Ann. Surg. – 2012. – Vol. 255 (5). – P. 922-928.

Р.С.Шевченко, С.А.Мищан

Основные послеоперационные осложнения у больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза

В работе представлены результаты анализа обследования и лечения 96 больных с непроходимостью кишечника опухолевого генеза, которые были прооперированы в 17-й городской клинической больнице г. Харькова совместно с кафедрой общей хирургии ХНМУ в период с 2010 по 2012 г. Большинство больных – 60 (62,5 % от общего количества пациентов) – поступили в стационар по экстренным показаниям, остальные – 36 (37,5 %) – в плановом порядке. Установлены основные послеоперационные осложнения у больных с острой непро-

ходимостью кишечника, которыми по нашим данным были: несостоятельность анастомозов, наблюдавшаяся у 20,3 % больных, гнойно-септические осложнения в операционной ране у 17,5 % пациентов, кишечные свищи и послеоперационные кровотечения отмечались в 8,2% случаев.

REFERENCES

1. Abduzhapparov SB, Kim LV, Daminova JeA. Rol' jendogennoj intoksikacii v kompleksnom lechenii bol'nyh kolorektal'nym rakom. Proceedings of the Conference «V s'ezd onkologov i radiologov SNG»; 2008 May 14-16; Tashkent; 2008:266.
2. Beljaev AM, Dvoreckij SJu. Analiz rezul'tatov lechenija bol'nyh s ostroj kishečnoj neprohodimost'ju opuholevogo geneza. Vestnik Rossijskoj voenno-Medicinskoj akademii. 2007;17(1), part 2:694-5
3. Bojko VV, Belozorov IV, Groma VG, et al. Intensivnaja posleoperacionnaja terapija bol'nyh kolorektal'nym rakom, oslozhnjonnym chastichnoj kishečnoj neprohodimost'ju. Eksperimental'na i klinichna medicina. 2010;(2):143-6.
4. Gordijchuk PI. Prognozuvannya pisljaoperacijnyh uskladnen' ta letal'nosti u hvoryh na gostru tovsstokyskhovu neprohidnist' puhlynnoho pohodzhennja po systemi SAPS-II. Galyc'kyj likar visn. 2000;7(4):30-2.
5. Dvoreckij SJu, Beljaev AM. Hirurgicheskaja rehabilitacija kolostomirovannyh bol'nyh posle operacii po povodu raka obodochnoj kishki. Medicinskij akademicheskij zhurnal. 2007; 7(3), prilozhenie 10:272.
6. Ermolov AS, Rudin JeP, Ojun DD. Vybor metoda hirurgicheskogo lechenija obturacii neprohodimosti pri opuholjah obodochnoj kishki. Hirurgija. 2004;(2):4-7.
7. Kurbonov KM, Kandakov OK. Tolstokishechnaja neprohodimost' opuholevogo geneza. Koloproktologija. 2006;(1):27-32.
8. Topuzov JeG, Solomennikov AV, Stanchic IV, Topuzov MJe, Arseniev NA, Shishkina GA, et al. Otsrochnoe immunokorrigirujushhee dejstvie predoperacionnoj jentero-i kolonosorbicii u bol'nyh rakom tolstoj kishki. Jefferentnaja terapija. 2003;9(4):69-72.
9. Ahmed HU, Hindley RG, Dickinson L. Focal therapy for localized unifocal and multifocal prostate cancer: a prospective development study. Lancet Oncol. 2012;13(6):622-32.
10. Emmertsen KJ, Laurberg SM. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. Ann Surg. 2012;255(5):922-8.

R.S.Shevchenko, S.A.Mischenko

Major postoperative complications in patients with acute intestinal obstruction of tumor genesis

The results of the analysis of the evaluation and treatment of 96 patients with ileus of tumoral origin who were operated in the 17th city hospital of Kharkov with the Department of General Surgery KhNMU in the period from 2010 to 2012 are presented in the article. The majority of patients – 60 (62.5 % of all patients) – were hospitalized urgently, the rest of subjects – 36 (37.5 %) – in a planned manner. The major postoperative complications in patients with acute bowel obstruction were defined, which were anastomosis failure, which was observed in 20.3 % of patients, purulent-septic complications in the operating wound in 17.5% of patients. Intestinal fistula and postoperative bleeding were recorded in 8.2% cases. **Key words:** postoperative complications, acute intestinal obstruction of tumor genesis, anastomosis failure

Поступила в редакцию 25.11.2013