

УДК 616.348-007.272-089

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОНАННЯ ПЕРВИННО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ОБСТРУКТИВНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Я.С. Березницький¹, А.В. Гапонов¹, В.М. Турчин²

Дніпропетровська державна медична академія¹
Дніпропетровський національний університет²

Реферат. Існує багато невирішених питань лікування обструктивної непрохідності ободової кишки (ОНОК). Метою роботи був аналіз результатів лікування хворих з ОНОК різних стадій для вдосконалення вибору обсягів радикальних операцій. Під наглядом знаходилося 328 хворих, які за характером виконаних оперативних втручань розподілені на 2 групи: операції з анастомозом (1 група, 217 хворих, яким виконано первинно-відновні операції - ПВО) або без нього (2 група, 111 пацієнтів). Фактори, що можуть суттєво впливати на наслідок оперативного втручання та на вибір типу операції, були оброблені за допомогою математичних методик. При розв'язанні задачі використовувалась модель логістичної регресії, за допомогою якої було встановлено зв'язок між значеннями факторів і ймовірністю прийняти рішення, тобто ймовірністю віднесення хворого до 1 або 2 групи. Були отримані наступні оцінки коефіцієнтів: вільний член -2,75, вік +0,16, перитоніт +0,75, розмір кишки +0,64. Збільшення віку пацієнта на 10 років дає збільшення ризику операції без анастомозу в середньому на 0,01. Збільшення показників розміру кишки та перитоніту на 1 умовну одиницю збільшує ризик обструктивного втручання на 0,14 кожний. Таким чином, вибір обсягу операції при ОНОК зумовлений багатьма факторами, серед яких особливо важливі вік та загальний стан хворого, стадія пухлинного процесу, виявлені під час операції патологічні зміни в ОК та черевній порожнині. При прийнятті рішення про виконання ПВО особливу увагу слід надавати характеру перитоніту та співвідношенню розмірів супрастенотичного та субстенотичного відділів ОК, а також враховувати присутність щільних калових мас вище міста обструкції.

Ключові слова: непрохідність ободової кишки, вибір методу операції

В останні роки в протилежність багатоетапним втручанням при обструктивній непрохідності ободової кишки (ОНОК) має місце перегляд поглядів на обсяги оперативних втручань, з'явилася тенденція до виконання первинно-відновних операцій (ПВО) у хворих цієї категорії [1,3,4]. В той же час існує багато невирішених питань при виборі лікувально-діагностичної тактики - вибір строків та оптимального методу оперативного втручання, особливості техніки операції, профілактика ускладнень [2,6,8]. Одними з важких та грізних ускладнень після таких операцій є неспроможність швів при накладанні товстокишкових анастомозів. Все це вимагає розробки та удосконалення вибору методу хірургічного втручання при

ОНОК, подальшої розробки засобів профілактики післяопераційних ускладнень [5,7,9].

Метою роботи був аналіз результатів лікування хворих з ОНОК різних стадій для вдосконалення вибору обсягів радикальних операцій.

Під наглядом знаходилося 328 хворих, яким виконано радикальні втручання. Всі хворі за характером оперативних втручань розподілені на 2 групи: операції з анастомозом (1 група, 217 хворих) або без нього (2 група, 111 пацієнтів). Середній вік хворих, яким виконано радикальні втручання, склав $(64,05 \pm 0,58)$ років та коливався від 28 до 91 року. Середній вік пацієнтів в 1 та 2 групах складав відповідно $(63,32 \pm 0,71)$ та $(65,47 \pm 0,97)$ років. Характер радикальних оперативних втручань по розподіленню групам наведено в таблиці.

В 1 групі більшість склали резекції сигмоподібної кишки (106, або 48,85%). В 2 групі резекції цього відділу ОК виконані у 95 осіб (85,59%). Кількість резекцій сигмоподібної кишки переважала над іншими втручаннями в обох групах, що зумовлено стенозуючим характером росту новоутворень лівої половини ОК, її анатомічними особливостями та характером вмісту. На відміну від лівобічних новоутворень при локалізації патологічного процесу в правій половині ОК кількість резекції була в 3 рази меншою (73 випадки, 22,26%).

Більшість хворих була госпіталізована в терміни від 1 до 8 діб з моменту розвитку явищ ОНОК. Клінічна картина відповідала субкомпенсованій та декомпенсованій стадіям захворювання. Обстеження пацієнтів обох груп включало клінічні та лабораторні методи. Для підтвердження НК та з'ясування її причини в залежності від стану пацієнтів їм ургентно виконувались оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, іригографія, ендоскопічне (ректоромано-, сигмо- або фіброколоноскопія) та ультразвукове обстеження. Тривалість передопераційної підготовки та місце її проведення в обох групах залежали від загального стану хворого та наявності перитоніту. Обсяг оперативних втручань був загальноприйнятним, з урахуванням вимог при онкологічних захворюваннях. Хворим 1 групи після

Характер оперативних втручань (резекційні методи) у хворих з ОНОК

Таблиця

| | Оперативні втручання | 1 група | 2 група | Всього |
|---|------------------------------------|---------|---------|--------|
| 1 | Правобічна геміколектомія | 71 | 2 | 73 |
| 2 | Резекція поперечної ободової кишки | 12 | 7 | 19 |
| 3 | Лівобічна геміколектомія | 23 | 7 | 30 |
| 4 | Резекція сигмоподібної кишки | 106 | 95 | 201 |
| 5 | Субтотальна колектомія | 5 | - | 5 |
| | Всього | 217 | 111 | 328 |

видалення вражених сегментів було накладено анастомози «кінець в кінець» (153 випадки, 70,51%), «бік в бік» (53 або 24,42%) чи «кінець в бік» (11 випадків, 5,07%).

У хворих другої групи виконувались обструктивні резекції ОК з виведенням одностовбурової (74 випадки, 22,56% від всіх радикальних втручань) або двостовбурової (37 хворих, 11,28%) колостоми, тобто виконувались операції типу Гартмана чи Мікулича. В цілому радикальні операції з виведенням стом склали 33,84% від всіх резекційних втручань.

Крім зазначених вище сегментарних резекцій ОК, у 5 хворих 1 групи було виконано субтотальну колектомію. Показаннями для неї були подвійні новоутворення та наявність супутньої патології – дивертикульозу лівої половини ОК (2 випадки), розриви серозної оболонки правих відділів ОК при декомпенсованій непрохідності з приводу лівобічних новоутворень (2), розповсюдження новоутворення сигмоподібної кишки на сліпу кишку (1). У всіх цих випадках ОК була переповнена токсичним кишковим вмістом, перерозтягнута та функційно неспроможна. Морфологічні дослідження підтвердили суттєві зміни всіх прошарків усіх видалених відділів привідного відрізка ОК.

Для розробки математичного підтвердження вибору методу завершення операції серед усіх хворих для контролю сліпим методом було обрано 10% пацієнтів, які в подальшому були використані для перевірки отриманих результатів. Таким чином, статистична обробка охоплювала 295 хворих, серед яких у 195 було зроблено операцію з анастомозом і 100 – без анастомозу.

Факторами, що можуть суттєво впливати на наслідок оперативного втручання, а, отже, і на вибір типу операції нами були запропоновані вік хворого (x_g), наявність у нього перитоніту з урахуванням ступеня тяжкості і поширеності (x_n), розмір ОК (x_p), наявність супутніх хвороб – гіпертонічної, ішемічної хвороби серця, цук-

рового діабету, а також анемії. Кожен з факторів було розбито на кілька підгруп з урахуванням тяжкості процесу. При розв'язанні задачі використовувалась модель логістичної регресії, за допомогою якої було встановлено зв'язок між значеннями факторів і ймовірністю прийняти рішення, тобто ймовірністю віднесення хворого до 1 або 2 групи. За вибірковими даними були отримані наступні оцінки коефіцієнтів: вільний член $-2,75$, вік $+0,16$, перитоніт $+0,75$, розмір кишки $+0,64$. Тоді функція ризику прийняла вигляд: $y = -2,75 + 0,16x_g + 0,75x_n + 0,64x_p$.

Отримані коефіцієнти можна інтерпретувати наступним чином: збільшення віку пацієнта на 10 років дає збільшення ризику операції без анастомозу в середньому на 0,01. Збільшення показника перитоніту на 1 (тобто факт більш тяжкої форми перитоніту по розповсюдженості та характеру внутрішньочеревного вмісту) збільшує ризик обструктивного втручання на 0,14. Аналогічним чином факт збільшення показника розміру кишки на 1 збільшує ризик проведення операції без анастомозу на 0,14. Перевірка життєздатності запропонованої формули на відібраній для контролю сліпим методом групі з 10% пацієнтів підтвердила справедливість математичних розрахунків та довела, що очікувана та фактична кількість випадків виконання обструктивних оперативних втручань у обстежених хворих повністю співпали.

Розроблена методика оцінювання ймовірності вибору операції без анастомозу залежно від параметрів стану хворого дає можливість хірургові дійти остаточного рішення щодо вибору типу оперативного втручання. Суттєвими факторами, які впливають на вибір типу операції, є вік хворого, характер перитоніту та розмір товстої кишки. Наявність калового перитоніту та збільшення діаметру привідного відділу кишечника в 2,5-3 рази, за нашими даними, є протипоказанням для накладання анастомозів у хворих з ОНОК.

Таким чином, вибір обсягу оперативних втручань при ОНОК зумовлений багатьма факторами, серед яких особливо важливі вік та загальний стан хворого, стадія пухлинного процесу, виявлені під час операції патологічні зміни в ОК та черевній порожнині. При прийнятті рішення про виконання ПВО особливо увагу слід надавати характеру перитоніту та співвідношенню розмірів супрастенотичного та субстенотичного відділів ОК, а також присутності щільних калових мас в просвіті ТК.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Я.С. Березницький, А.В. Гапонов, В.Н. Турчин

Резюме. Существует много нерешенных вопросов лечения обструктивной непроходимости ободочной кишки (ОНОК). Целью работы был анализ результатов лечения больных с ОНОК разных стадий для усовершенствования выбора объемов радикальных операций. Под наблюдением находилось 328 больных, которые по характеру выполненных оперативных вмешательств разделены на 2 группы: операции с анастомозом (1 группа, 217 больных) или без анастомоза (2 группа, 111 пациентов с обструктивными вмешательствами). Факторы, которые могут существенно влиять на выбор типа оперативных вмешательств и их результаты, были обработаны математическими методами. При решении задачи использовалась модель логистической регрессии, с помощью которой была установлена связь между значениями факторов и вероятностью принятия решения, т. е. отношением больного к 1 или 2 группе. Были получены следующие коэффициенты: свободный член -2,75, возраст +0,16, перитонит +0,75, размер кишки +0,64. Увеличение возраста пациента на 10 лет дает увеличение риска выполнения обструктивной операции в среднем на 0,01. Увеличение показателей размера кишки и перитонита на 1 условную единицу увеличивает риск обструктивного вмешательства на 0,14 каждый. Таким образом, выбор объема операции при ОНОК обусловлен многими факторами, среди которых особенно важными являются возраст и общее состояние больного, стадия опухолевого процесса, выявленные во время операции патологические изменения в ОК и брюшной полости. При принятии решения о выполнении ПВО особое внимание необходимо уделять характеру перитонита и соотношению размеров супрастенотического и субстенотического отделов ОК, а также учитывать наличие плотных каловых масс выше места обструкции.

Ключевые слова: непроходимость ободочной кишки, выбор метода операции.

GROUNDING OF PERFORMING INITIAL RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AT OBSTRUCTION OF COLON

Y.S. Berezniyskiy, A.V. Gaponov, V.N. Turchin

Abstract. There are many unsolved issues in treatment of obstructive impassability of colon (OIC). The purpose of the present work was to carry out the analysis of results of treatment in patients with OIC at different stages for improving selections of the extent of radical operations. 328 patients were under observation. Operations, performed on them, were divided into 2

groups: operations with anastomosis (1st group, 217 patients) or without it (2nd group, 111 patients with obstructive medical interventions). Factors, which can significantly influence the selection of operation type were studied with the help of mathematical methods. While solving the task, we used a model of logical regression with the help of which we determined the connection between values of factors and probability of making a solution, i.e. putting the patient into the 1st of the 2nd group. The following coefficients were received: absolute term -2.75, age +0.16, peritonitis +0.75, size of intestine +0.64. Risk function was as the following: The increase of a patient's age for 10 years results in a double increase of performing obstructive operation on average for 0.01. An increase of indices of intestine size and peritonitis for 1 standard unit increases the risk of obstructive intervention for 0.14 each. Thus the selection of extent of operation in case of patients with OIC is determined by many factors, among which the most crucial are age, general condition of a patient, stage of tumor, discovered pathological changes in colon and abdominal cavity during the operation. When making a decision about carrying out IRO, much attention should be paid to a type of peritonitis and a ratio of sizes in suprastenic and substenic parts of colon as well as to take into consideration presence of dense faeces above obstruction level.

Key words: impassibility of colon, selection of operation type.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ангеловський І.М. Сучасні підходи до лікування обтураційної товстокишкової непрохідності. Автореф. Дис. К.м.н. Запоріжжя, 2005. – 20с.
2. Белянский Л.С. Современные принципы формирования и закрытия толстокишечных стом при обтурационной непроходимости толстой кишки // Харківська хірургічна школа. – 2006. - №1. – С.7-8
3. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г. и др. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника. Часть II. Лечение / Кліні. хірургія. - 2000. - №9. - С. 20-21.
4. Гавриков О.Є. Субтотальна і тотальна колектомія при непрохідності лівої половини ободової кишки пухлинної етіології. Автореф. Дис. К.м.н. Харків, 2004. – 20с.
5. Годлевский А.И., Вознюк Д.И., Багрий А.С. Выбор хирургической тактики у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью кишечника // Кліні. хірургія.-2003.-№11.-С.73-74.
6. Гордійчук П.І. Чинники формування хірургічної тактики при обтураційній товстокишкової непрохідності / В кн.: Матеріали ХХ1 з'їзду хірургів України. Запоріжжя, 2005. Т.1, 330-332.
7. Кондратенко П.Г., Мумров Е.А., Элин Ф.Э., Белозерцев О.А. Особенности хирургического лечения больных с непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза // Харківська хірургічна школа.-2004.-№1-2.-С.30-32.
8. Милица Н.Н., Торопов Ю.Д. Тактика лечения острой обтурационной непроходимости толстой кишки. Клиническая хирургия. – 2002. - №3. – С.29-32
9. Саенко В.Ф., Білянський С.Л., Лаврик А.С. Сучасні підходи до проблем гострої обструкції ободової кишки // Шпитальна хірургія. – 2005. - №1. – С.10-14.