

12. The SCOTIA Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation // Br J Surg 1995 Dec Vol. 82(12)P. 1622-1627.

SUMMARY

ILEO- AND COLOSTOMY IN EMERGENCY COLOPROCTOLOGY

Matvijchuk B.O., Pater Y.Z., Bochar V.T.

The results of treatment of 107 patients, who undergone urgent operation for complicated colon cancer with either ileo- or colostomy, were evaluated. Stoma necrosis and phlegmon of anterior abdominal wall are the typical complication of ileo- and colostomas. Urgent ileostomy has the highest rate of complications. "Stump" colostomy without suturing to skin is the method of choice in urgent colostomy.

Key words: complicated colon cancer, emergency surgical treatment, ileostomy, colostomy

УДК 616.34-008.64.085

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В., Андрієць В.В., Бродовський С.П., Максим'юк В.В., Снігуряк М.М

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, синдром реперфузії, закріплення швів

Вступ. Підвищення ефективності лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю (ГКН) є однією з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії. Зумовлено це високою частотою виникнення ГКН, відсутністю єдиної загальноприйнятної лікувальної тактики, різноплановістю методів оперативного втручання [1, 2]. Стандартизації комплексного лікування хворих з ГКН перешкоджає ще й те, що багато аспектів багатогранного патогенезу кишкової непрохідності вивчені недостатньо повно [3, 4, 5], що затруднює не тільки вибір адекватного об'єму оперативного втручання, а й комплексного післяопераційного лікування [6, 7].

Матеріали та методи. Об'єктом експериментальних досліджень стали 147 тварин, серед яких – 118 самців та самок білих шурів та 29 безпородних собак. Умови утримування тварин відповідали необхідним вимогам. При виконанні експериментів витримувались основні вимоги Гельсінської декларації прав людини (1975) та Ванкуверської конвенції (1979, 1994) про біомедичні експерименти. Кишкову непрохідність моделювали за власною методикою (заявка на патент України № 9605342 від 22.02.97).

Для оцінки активності пероксидного окиснення та стану антиоксидантних систем в тканинах визначали вміст малонового альдегіду (МА) та дієнових кон'югатів [8], активність глутатіонпероксидази (ГП), супероксиддисмутази (СОД) [9] і каталази (КТ) [10]. Рівень ендотоксикозу визначали за концентрацією в крові середньомолекулярних пептидів [11].

Клінічний матеріал склали 55 хворих з різними видами гострої механічної кишкової непрохідності віком від 16 до 75 років.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що основними факторами пошкодження при розвитку механічної перепони пасажу кишкового вмісту є порушення інтрамурального кровопостачання перерозтягнутої кишки, активація процесів пероксидного окиснення, мікробна контамінація шарів стінки вірулентними штамами. Ці процеси виражені, в осно-

вному, в оральному відділі кишки. Усунення перепони призводить до попадання токсичного вмісту в абдоральні відділи, в яких проходить інтенсивне всмоктування токсичних речовин. Нами виявлено значне зростання токсичної крові ворітної вени вже через 15 хв з часу відновлення прохідності кишки, що в подальшому може призводити до розвитку печінкової недостатності.

В оральних ділянках після декомпресії кишки відновлення кровопостачання призводить до різкої активації процесів пероксидного окиснення ліпідів, доказом чому є зростання в тканинах стінки малонового альдегіду, дієнових кон'югатів. Характерно, що активність системи антиоксидантного захисту при цьому значно знижується – виявлено зменшення активності ферментів СОД, КТ, ГП. Відмічається залежність вираженості порушень про- та антиоксидантних систем з глибиною морфологічних змін у стінці кишки, особливо слизовому та м'язовому шарах.

У зв'язку з цим, нами розроблений спосіб профілактики печінкової недостатності (заявка на патент України № 9607387 від 29.08.96) в основі якого лежить локальна сорбція токсинів з ворітної вени, що дає змогу зменшити згубний вплив токсинів на паренхіму печінки.

Вторинне ураження стінки кишки в наслідок синдрому реперфузії зумовлює необхідність перегляду методів оцінки життєздатності кишки для визначення об'єму її резекції. Нами розроблений спосіб визначення життєздатності тканин, в основі якого лежить вимірювання питомої їх електропровідності. Встановлено, що через 15-20 хвилин з часу відновлення кровопостачання кишки зона нежиттєздатних тканин де-що збільшується. Використання способу дало змогу поточнити об'єми резекцій, формувати анастомози на життєздатних ділянках кишки.

В сумнівних випадках, для динамічної оцінки життєздатності стінки кишки та спроможності накладених швів і анастомозів використовуємо діагностично – лікувальну запрограмовану лапароскопію – повтор-

ні розкриття очеревинної порожнини за розробленою методикою (патент України № 50932 А). У хворих похилого віку та при наявності поєднаної патології покази до застосування цього методу розширюються. Метод з успіхом використаний у 23 хворих і дозволяв у 7 хворих уникнути резекції кишки, у 12 – поточнити її об'єм, у 4 – ліквідувати початкові ознаки біологічної неспроможності лінії швів.

Декомпресію кишечника вважаємо невід'ємною складовою комплексного лікування кишкової непрохідності. Нами розроблено багатоканальний зонд, який дає змогу не тільки евакуювати вміст просвіту кишки, а й локально до різних відділів підводити медикаментозні препарати, що вкрай необхідно для захисту лінії швів та анастомозів на змінній кишці. Тотальна інтубація кишечника без порушення функції баугінієвої заслонки дозволяє проводити активну ентеросорбцію, санацію просвіту кишки, раннє ентеральне харчування.

При відновленні прохідності абсорального відділу товстої кишки на фоні виражених змін у привідному її відрізку формуємо У-подібні анастомози з виведенням у вигляді одностовольної стоми привідної кишки.

Лінія швів при формування анастомозів у несприятливих умовах потребує додаткового захисту. Для цього нами використовуємо розроблені методи (патент РФ № 2027407 та заявка на патент України № 96072913 від 19.07.96), в основі яких лежить покриття лінії швів консервованими ембріональними тканинами (твердою мозковою оболонкою та перикардом плодів). В процесі консервації трансплантатам надаються наведені антимікробні властивості. Як свідчать результати експериментальних досліджень та клініч-

них спостережень, консервовані ембріональні тканини не тільки попереджують порушення біологічної герметичності лінії швів, а й прискорюють регенерацію. Із 32 хворих, у яких використана така методика закріплення лінії швів, неспроможність не виявлена в жодному випадку.

Таким чином, розроблений на базі досліджень патогенезу гострої кишкової непрохідності комплекс лікувальних засобів, направлених на зниження реперфузійних пошкоджень стінки кишки, декомпресію та санацію її просвіту за допомогою зонду оригінальної конструкції, впровадження методів вірогідного визначення життєздатності тканин, закріплення лінії швів, використання плануємих повторних розкриттів очеревинної порожнини дозволяють значно покращити результати лікування таких хворих.

Висновки. 1. Відновлення кровопостачання ішемізованої стінки кишки супроводжується розвитком синдрому реперфузії з вторинним ураженням тканин за рахунок активації процесів пероксидного окиснення.

2. Відновлення прохідності кишечника призводить до всмоктування токсичного вмісту абсоральними відділами кишки, зростання токсемії в системі ворітної вени, що потребує застосування засобів попередження уражень печінки.

3. Для профілактики неспроможності швів і анастомозів ефективними є розроблені методи визначення життєздатності тканин, закріплення лінії швів консервованими ембріональними тканинами, використання запрограмованих повторних розкриттів очеревинної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильєва Н.В. Стан оксидантної та захисної глутатионової системи крові хворих в різні періоди мозкового інсульту // 1998.-Т.2, № 2. С. 80-84.
2. Габрислянд Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. и др. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях // Клини. мед.- 1991. – Т.59. – №3. С.50-54.
3. Давыдовский И.В. Общая патология человека. /2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1969. – 611 с.
4. Дубинина Е.Е. Антиоксидантная система плазмы крови // Укр. биохим. журн.- 1992.Т.64, № 2.-С.3-15.
5. Запорожец А. А. Механизм возникновения и профилактика перитонита после операций на желудочно-кишечном тракте / Автореф. дис... докт. мед. наук. – Минск, 1984. – 38 с.
6. Мешищен.І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми (сироватки) крові // Буковинський медичний вісник.- 1998.-Т.2, № 1.-С.156-158.
7. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990.- 560с.
8. Неотложная абдоминальная хирургия / Под.ред А.А. Гринберга. – М.: Трилада-Х, 2000. -496 с.
9. Острый разлитой перитонит / Под ред. А. Й. Струкова, В. Й. Петрова, В. С. Паукова. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
10. Caron R., Gorla C., Florianello F. Il riassorbilite nella sutura della parete abdominale // Minerva Chir.- 1988. – V. 43, N 19. – P.1605-1607.
11. Kressner U., Antonsson J., Ejerblad S., Gerdin B., Pahlman L. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis- an alternative to Hartman procedure in emergency surgery of the left colon // Eur. J. Surg.- 1994.- V. 160, N 5.- P.287- 292.

SUMMARY

THE OPTIMIZATION OF COMPLEX APPROACH TO THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Polyansky I.Y., Grinchuk F.V., Andrietz V.V., Brodovskyy S.P., Maximyuk V.V., Sniguryak M.M.

On the basis of acute intestinal obstruction pathogenesis study treatment complex has been worked out with the aim to reduce intestinal wall reperfusion injury, its lumen cleansing and decompression by means of originally constructed sound. In the course of operative interventions newly developed methods of intestinal wall viability assessment, anastomosis creating and suture line defending were applied. Efficacy of planned "second looked" abdominal interventions to assess organs viability, suture line leakage prophylaxis and peritonitis management has been shown.

Key words: acute intestinal obstruction, syndrome reperfusion, suture line defending