

СТАН ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З ОДНОСТОВБУРОВОЮ КОЛОСТОМОЮ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Ф.І. Гюльмамедов, Г.Є. Полунін, Є.Г. Макієнко

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Кафедра загальної хірургії і хірургічних хвороб стоматологічного факультету (зав. - проф. Ф.І. Гюльмамедов)

Реферат

Об'єктивна оцінка функціонуючих і відключених відділів товстої кишки у хворих, які перенесли операцію Гартмана, має принципове значення для визначення термінів і методу реконструкційно-відновної операції. Перед відновною операцією чітко уявлення про локалізацію проксимального і дистального відділів товстої кишки, розміри діастази між ними, рухливість кишкових сегментів, а також стан функціонуючих, так і відключеного відділів товстої кишки можна отримати за допомогою рентгенологічного дослідження. Проаналізовано результати рентгенологічного дослідження 119 хворих у віці від 18 до 78 років, що перенесли операцію Гартмана. Чоловіків серед них було 67 (56,3±4,5%), жінок - 52 (43,7±4,5%). Показання до операції Гартмана послужили різні захворювання і травми товстої кишки. Найбільшу групу становили 49 (41,2±4,5%) пацієнтів, оперованих з приводу раку товстої кишки. Окрім оцінки загального стану, клінічних і біохімічних показників вивчали, як функціонуючий, так і відключений відділ товстої кишки методом пальцевого дослідження прямої кишки і колоостоми, ректоскопії, рентгенологічного методу і фіброколоноскопії. У процесі рентгенологічного дослідження ретельно вивчали форму, розмір, положення, контури, гаустрацію, рельєф слизової оболонки, еластичність, тонус, мобільність, як відключеного так і функціонуючого відділів товстої кишки. У відключених відділах товстої кишки грубих органічних і функціональних порушень не виявлено, за винятком тих випадків, коли післяопераційний період перебігав з ускладненнями. Ці висліди дозволяли намітити план передопераційної підготовки і спосіб реконструкційно-відновної операції.

Ключові слова: товста кишка, колостома, рентгенологічне дослідження

Abstract

COLON FUNCTION IN PATIENTS WITH SINGLE-BARRELLED COLOSTOMY BASED ON X-RAY EXAMINATION DATA

F.I. GYUL'MAMEDOV, G.E. POLUNIN, E.G. MAKIENKO
The M. Gorky National Medical University in Donetsk

The objective assessment of the function of the colon in patients who have undergone Hartmann's operation is important for planning reconstructive-restorative operations. Before the restorative operation, clear information on the localization of the proximal and distal segments of the colon, the sizes of the diastases between them, the mobility of intestinal segments, and the state of both the functioning and the defunctioned segments

of the colon can be obtained through diagnostic imaging data. The results of X-ray examinations of 119 patients, ranging in age from 18 to 78 years, who underwent Hartmann's operation were analyzed. There were 67 (56.3%) men and 52 (43.7%) women. Hartmann's operation was performed for different diseases and trauma to the colon, with colon carcinoma being the most common. The form, size, position, contours, haustration, relief of mucous membrane, elasticity, tone, and mobility of both the defunctioned and functioning segments of the colon were studied in detail on X-ray examination. This information allowed the development of a plan of preoperative preparation and a method for reconstructive-restorative surgery. It should be noted that the efficiency of roentgenologic research is highly dependent on the use of correct methods. In 19 (16.0%±3.4%) patients who had postoperative complications, different changes in the defunctioned segment of the colon were identified, which appear to depend on how the colon was handled and held. Intestinal continuity was restored from 3 months to 4 years after the first operation. The timing of the restoration surgery was decided individually, taking into account the character of the patient's underlying disease, the patient's general condition, the presence of concomitant pathology, and the intensity of the inflammatory process in the abdominal and pelvic regions. The optimal time for reconstructive surgery after radical interference and following an uneventful postoperative period is 6-12 months. This time is needed for the recovery of the patient after the first operation and resolution of inflammation in the pelvic and abdominal regions.

Key words: colon, stoma, roentgenologic research

Вступ

Об'єктивна оцінка функціонуючих і відключених відділів товстої кишки (ТК) у хворих, які перенесли операцію Гартмана (ОГ), має принципове значення для визначення термінів і методу виконання реконструкційно-відновної операції. Перед відновною операцією чітко уявлення про локалізацію проксимального і дистальних відділів ТК, розміри діастази між ними, рухливість кишкових сегментів, а також стан функціонуючого, так і відключеного відділів ТК можна отримати за допомогою рентгенологічного дослідження. Проте, цьому питанню у джерелах літератури приділяють необґрунтовано мало уваги - є лише поодинокі праці, присвячені опису рентгенологічної картини ТК при кишкових норицях [1-3]. Не існує і одностайної думки і

про характер рентгенологічних ознак у функціонуючому і відключеному відділах ТК, залежно від перенесеного захворювання і терміну, що минув після операції. Джерела літератури і наш досвід свідчать про чималі методичні труднощі, що виникають під час рентгенологічного дослідження хворих із колостою. Ці труднощі пов'язані, головним чином, із уведенням контрастних речовин (барієва суспензія і повітря) через колостому, особливо у разі різних параколомічних ускладнень (параколомічна кила, стриктура колостоми, випадання стомованої кишки). Із цією метою для рентгенологічного дослідження ТК у таких хворих запропоновано спеціальні пристрої [4], принцип дії яких базується на обтурації колостоми для попередження витікання контрастної речовини й утримання її у просвіті кишки за допомогою катетера із надувними балонами на кінці.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати рентгенологічного дослідження 119 хворих у віці від 18 до 78 років, що перенесли ОГ. Чоловіків серед них було - 67 (56,3±4,5%), жінок - 52 (43,74,5%). Показанням до ОГ служили різні захворювання і травми ТК. Найбільшу групу становили 49 (41,2±4,5%) пацієнтів, оперованих з приводу раку ТК.

Перед відновною операцією хворих ретельно обстежували. Окрім оцінки загального стану, клінічних і біохімічних показників вивчали, як функціонуючий, так і відключений відділ ТК методом пальцевого дослідження прямої кишки і колостоми, ректоскопії, рентгенологічного методу і фіброколоноскопії.

При рентгенологічному дослідженні ретельно вивчали форму, розмір, положення, контури, гаустрацію, рельєф слизової оболонки, еластичність, тонус, мобільність, як відключеного, так і функціонуючого відділів ТК. Ці висліди дозволили намітити план передопераційної підготовки і спосіб реконструкційно-відновлювальної операції. Слід зазначити, що ефективність рентгенологічного дослідження уцілілих після ОГ відділів ТК багато в чому залежить від правильного виконання методики.

Результати й обговорення

Аналіз вислідів рентгенологічного дослідження

після ОГ показав, що у більшості хворих кукса відключеної кишки розташовувалася на рівні LV або SI-SII, а довжина її вкладалася в межі 6-32 см. При великій довжині відключеної кишки в проксимальній її частині визначали декілька додаткових вигинів. Ширина просвіту відключеної частини ТК була близькою до нормальної: прямої кишки - від 2,5 до 3,5 см, сигмоподібної - від 6 до 8 см. Контури кишки були чіткі і рівні. У всіх хворих відмічали повне спорожнення відключених відділів кишки від барієвої суспензії, рельєф слизової оболонки в більшості випадків був нормальний. У процесі дослідження пацієнтів, у яких післяопераційний період перебігав без ускладнень, ми не виявили вираженого звуження і зниження тонусу відключеної кишки. У 23 (19,3±3,6%) хворих із довгою куксою ТК спостерігали рентгенологічні ознаки гіпертонусу відключеної кишки, особливо у ранній термін після операції. Причому підвищення тонусу збільшувалося, чим довше був відключений відділ ТК.

Із 19 (16,0±3,4%) пацієнтів, у яких виникли післяопераційні ускладнення (неспроможність швів ушитої кукси, тазовий абсцес, перитоніт), при обстеженні виявлено різні зміни у відключеному сегменті ТК. Так, у 7 хворих встановлено виражену фіксацію із перегином проксимального сегменту кишки, у 3 - рубцеву стриктуру проксимальної частини кукси на відстані 3-5 см, у 3 - норицевий хід, який сполучався із порожниною абсцесу у малому тазі, у 3 - норицевий хід між прямою кишкою і органами малого тазу (сечовий міхур, шийка матки і піхва). У 3 хворих відзначили рецидив раку у ділянці кукси відключеної кишки. Лише після усунення ускладнень вирішували питання про виконання реконструкційно-відновлювальної операції.

При ретроградному контрастуванні функціонуючих відділів ТК кінцева колостома зазвичай визначалася у лівій половині живота у проекції дистального відділу низхідної або проксимального відділу сигмоподібної кишки. Форма і розташування збережених відділів ободової кишки, зазвичай, не змінювалися, рельєф слизової оболонки був без особливостей. Лише у 3 хворих сигмоподібна кишка перед стомою утворювала додаткову петлю зі стійким вигином у центрі. Водночас, у переважної більшості хво-

рих у лівих відділах ободової кишки виявлено виражені ознаки гіпертонусу у вигляді нерівномірного звуження просвіту кишки, прискореної, безладної, глибокої гаустрації. Періодично у цих відділах виникали спастичні зрощення, що перешкоджали ретроградному введенню барієвої суспензії або інсуфляції повітря. Причому в 48 (40,3±4,5%) хворих всі ці явища були особливо різко виражені поблизу колостоми. У 22 (18,5±3,6%) пацієнтів у лівих відділах тонус кишки будь-яких порушень не зазнавав, а у 7 (5,9±2,2%) - спостерігали ознаки гіпотонії, що виявлялися слабо вираженою гаустрацією і помірним розширенням просвіту кишки. У 67 (56,3±4,5%) із 119 хворих відмічали повне спорожнення кишки через стому, у 32 (6,9±4,1%) - затримка великої кількості контрастної речовини у правих відділах ободової кишки, у 16 (13,4±3,1%) - у лівих її відділах й у 4 (3,4±1,7%) - над колостомою.

Досить часто у хворих із колостомою мав місце цекоілеальний рефлюкс. Так, при ретроградному введенні навіть невеликої кількості барієвої суспензії частина її вільно надходила у термінальну петлю клубової кишки у 44 (37,0±4,4%) із 119 хворих, а у 23 (19,3±3,6%) - рефлюкс виникав при спорожненні кишки.

На наш погляд, виявлені у хворих після ОГ функціональні порушення у вигляді гіпертонусу лівих відділів ободової кишки і недостатності баугиневої заслінки можна розглядати, як компенсаційний механізм функції "тримання" кишки після такого виду операції, коли хворий позбавляється природного замикального апарату.

Кишкову безперервність відновлювали у термін від 3 місяців до 4 років після першої операції. Питання про термін відновної операції вирішували індивідуально із урахуванням характеру перенесеного захворювання, загального стану пацієнта, наявності супровідної патології та запального процесу в черевній порожнині і малому тазі. Оптимальним терміном реконст-

рукційної операції після радикального втручання за умови гладкого перебігу післяопераційного періоду слід вважати 6-12 міс. Саме стільки часу необхідно для відновлення сил хворого після першої операції і ліквідації явищ запалення у малому тазі та черевній порожнині.

Висновки

1. Після операції Гартмана рентгенологічне дослідження товстої кишки за допомогою контрастної клізми є одним із основних діагностичних методів, який дозволяє оцінити стан функціонуючих і відключених відділів товстої кишки і намітити план відновної операції.
2. У процесі рентгенологічного дослідження хворих із колостомою у функціонуючих відділах кишки визначається ціла низка змін, які можна розглядати як елемент пристосувально-компенсаційного механізму функції "тримання" ободової кишки.
3. У відключених відділах товстої кишки грубих органічних і функціональних порушень не виявлено, за винятком тих випадків, коли післяопераційний період характеризувався із ускладненнями.
4. Достатньо велика кількість хворих із цією патологією вимагає подальшого проведення досліджень щодо покращення результатів відновних операцій у стомованих хворих.

Література

1. Волков П.Т. Оперативное лечение наружных свищей желудочно-кишечного тракта / П.Т. Волков. - СПб., 2003. - 160 с.
2. Гвасалия Г.Н. Некоторые биохимические сдвиги и изменения функции внутренних органов при наружных кишечных свищах и их лечение : автореф. дис. на получение ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.03 "хирургия" / Г.Н. Гвасалия. - Тбилиси, 2000. - 34 с.
3. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. / П. Д. Колченогов. - М., 2001. - 234 с.
4. Шнигер Н.У. Методические указания по рентгенологическому исследованию прямой и толстой кишок. / Н. У. Шнигер. - М., 2000. - 40 с.