

არჩვაძე ბ.,² ბერიშვილი კ.,¹ გრიგალაშვილი ზ.,² ლომსაძე გ.,² ჟიჟინი ი.²

მსხვილი ნაწლავის ანასტომოზის ფორმირების ტექნიკური საკითხები სიმსივნური ობტურაციული გაუვალობის პირობებში

¹ თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი; ² შპს „ჯეო ჰოსპიტალსი“

მიუხედავად იმისა, რომ მსხვილი ნაწლავის რეზექციის წარმოების ტექნიკა ძალიან განვითარდა, ოპერაციის შემდგომი მაჩვენებლები დიდად არ გაუმჯობესებულა, რასაც მოწმობს ოპერაციის შემდგომი მაღალი ლეტალობა, რომელიც 15%-ზე მეტია (5.6). ამიტომ მსხვილი ნაწლავის რეზექციის შემდგომ ნაწლავების გამტარიანობის აღდგენის მეთოდების შერჩევა ყოველთვის იყო აქტუალური და დღესაც ეთმობა სათანადო ყურადღება (1-3,8,9).

კვლევის მიზანი იყო მსხვილი ნაწლავის ანასტომოზის ნაკერთა უკმარისობის სიხშირის შემცირება ნაწლავის დეკომპრესიის ოპტიმალური მეთოდების შერჩევით.

კვლევის მასალას წარმოადგენდა მსხვილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობის გამო ნაოპერაციევი ავადმყოფობის ისტორია 85 ავადმყოფის, რომლებიც კლინიკაში იმყოფებოდნენ 1995-2015 წლებში. სიმსივნური ობტურაციული გაუვალობის დიაგნოზის მქონე 85 ავადმყოფიდან ქალი იყო 34, მამაკაცი - 51. მათი ასაკი იყო 32-82 წელი. აღნიშნული ავადმყოფები, სათანადო კვლევის შემდეგ, სასწრაფო ჩვენებით იქნენ ოპერირებულები. ყველა შემთხვევაში წარმოებული იყო შუა ლაპარატომია ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ. 25 შემთხვევაში გაკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილიოტრანსვერზოანასტომოზით, მათ შორის 6 შემთხვევაში - პირით-პირში, 2 შემთხვევაში - გვერდით-გვერდში, ხოლო 17 შემთხვევაში - პირით-გვერდში. 10 ავადმყოფს გაუკეთდა განივი კოლინჯის და ელენტის კუთხის რეზექცია, ღვიძლის კუთხის მობილიზების შემდეგ, ტრანსვერზო დესცენდო ანასტომოზით პირით-პირში; მსხვილი ნაწლავის განტვირთვა მოხდა ცეკოსტომიდან გატარებული მსხვილი 10 მმ მილით. 11 ავადმყოფს გაუკეთდა მარცხენამხრივი სუბტოტალური კოლექტომია ასცენდე-რექტო ანასტომოზით პირით- პირში, აღმავალი კოლინჯის თემოს ნაწლავის ჯორჯალში გატარებით (უმოკლესი გზით). ოპერაცია გაკეთდა ნაწლავის სანათურის დრენირების გარეშე.

ორ შემთხვევაში წარმოებული იყო სიგმური კოლინჯის რეზექცია დესცენდე-რექტო ანასტომოზით პირით-გვერდში. ორივე შემთხვევაში დაედო ცეკოსტომა. 37 ავადმყოფს გაუკეთდა მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრანსვერზო-რექტო ანასტომოზით, მათ შორის 22 ავადმყოფს ანასტომოზი დაედო პირით-გვერდში ანასტომოზის სანათურის გადავადებული გახსნით, ჩვენს მიერ მოწოდებული მეთოდით (9).

როგორც ირკვევა, მსხვილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობის დროს, ყველა შემთხვევაში, ოპერაცია წარმოებული იყო ერთ ეტაპად. მრავალეტაპიანი ოპერაციების წარმოება ისე, როგორც მოწოდებული იყო ერთი საუკუნის წინ ცეიდლერისა და შლოფერის მიერ, ხშირ შემთხვევაში უარყოფილია და არაერთი ქირურგია გადასული ერთეტაპიანი ოპერაციის წარმოებაზე (1.3.4). ერთ ეტაპიანი ოპერაციის წარმოების გაზრდა, ხშირ შემთხვევაში, შესაძლებელია განსაკუთრებით მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა მხარეს განვითარებული პათოლოგიის დროს, ვინაიდან რეზექციის შემდეგ ანასტომოზი ედება ფაქტიურად ცარიელი მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა მხარეს. რაც შეეხება მარცხენამხრივ ჰემიკოლექტომიას, აქაც, რეზექციის შემდეგ, შესაძლებელია მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნაწილის დაცლა „კონტინერში“ და შემდეგ ანასტომოზის დადება ისე, როგორც ამას ახერხებს ზოგიერთ ქირურგი (4). გარდა ამისა, ბევრი ავტორისგან განსხვავებით, ჩვენ ყველა შემთხვევაში ვახდენთ ნაწლავის განუწყვეტელ დრენირებას ენტერალური მილით, რომლის ამოღების შემდეგაც სტომა იხურება რამდენიმე დღეში.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა სხვადასხვაგვარად. ნაწლავის მყარი პარეზი განვითარდა 20 შემთხვევაში, რაც ძირითადად დაკავშირებული იყო მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის და მინერალური ბალანსის დარღვევასთან, რომლის გამოსწორებასაც დასჭირდა სათანადო მკურნალობა. ორ ავადმყოფს განუვითარდა თირკმლის უკმარისობა, რომლებიც გადაყვანილი იყვნენ დიალიზზე; ოთხ ავადმყოფს - ოპერაციის შემდგომი ბრონქოპნევმონია. 2 შემთხვევაში განვითარდა წვრილი ნაწლავის შეხორცებითი გაუვალობა, რის გამოც იქნენ ოპერირებულები. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის დეკომპრესია ნაზოგასტრული ზონდიდან. ერთ ავადმყოფს განუვითარდა მექანიკური სიყვითლე სანაღვლე სადინარში არსებული კონკრემენტის გააქტიურების შედეგად. წარმოებული იქნა ქოლედოქის დრენირება. ერთ ავადმყოფს მე-8 დღეს განუვითარდა ანასტომოზის ნაკერების უკმარისობა, გაკეთდა რელაპარატომია. ავადმყოფი დაიღუპა პერიტონიტით. ერთ ავადმყოფს განუვითარდა ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია; ორ ავადმყოფს - ნაწლავების ევენტერაცია, ორს ლაპარატომიული ჭრილობა დაუჩირქდა.

გარდაიცვალა 5 ავადმყოფი: ორი - თირკმლის უკმარისობით, ერთი - ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიით, ერთი - პერიტონიტით, ერთი - გულსისხლძარღვთა უკმარისობით. ლეტალობამ შეადგინა 6%.

დასკვნები:

1. მსხვილი ნაწლავის მწვავე ობტურაციული გაუვალობის ქირურგიული მკურნალობის ეფექტიანობას განსაზღვრავს რადიკალური ჩარევები; სიმსივნის მოცილება და ნაწლავის გამტარიანობის აღდგენის ადეკვატური მეთოდების შერჩევა;

2. როგორც ჩვენმა კვლევებმა აჩვენა, მსხვილი ნაწლავის ერთეტაპიანი ოპერაციის წარმოება ნაკლებად სახიფათოა ნაწლავის დრენირების მეთოდების გამოყენებასთან ერთად, ძალზე მნიშვნელოვანია როგორც ავადმყოფის მატერიალური და ფიზიკური შესაძლებლობიდან გამომდინარე, ასევე ფსიქოემოციური განწყობის მხრივაც.

Key words: ობტურაცია, კოლოსტომა, დეკომპრესია.

ლიტერატურა:

1. Ермолов А.С. Ярцев П.Ц. Гуляев А. А и др. - Одноэтапное радикальное хирургическое лечение больных с осложненным раком толстой кишки. Хирургия 2012 №8с-24-26
2. Павлов Е.В. - Два случая резекции кишки // Протоколы общества русских врачей в Петербурге ст. 5. 1987 г.
3. Корякин А.М. Иванов М.А. Конце - концевой анастомоз при правосторонней гемиколектомию Вестник Хирургии 1998 №12 с.21-23.
4. Эктов В.Н. - Применение межкишечного анастомоза в Хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии // Хирургия 2017 №9 ст.43-46.
5. Costi R., Leonardo F., Zinoni D. et all – Palliative care and stage colorectal cancer management: the surgeon meets the oncologist. World J gastroenterol. 2014, 20 (24): 7602-7621.
6. Setti Carraro P.V. Segale M. et all – Obstructed colon cancer. failure and survival pattern over a ten-year follow – up after one-stage curative surgery. Dis colon Rectun. 2001; 44:76-81.
7. Tekkis P.P. klasman R et all - The association of coloproctocogy of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer. Ann Surg. 2004: 209; 76-81.
8. Ansaloni L. Anderson R.E et all - Guidelines in the managment of obstructed cancer of the colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society World J Emerg surg 2010; 5:291
9. ბ. ქ. არჩვაძე, ი. მ. ჭანუყვაძე და სხვ. მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომიის ორიგინალური მეთოდი. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა. თბილისი 2010 წ. № 4; გვ. 26-28

Archvadze B., Berishvili K., Grigalashvili Z., Lomsadze G., Zhizhin I.

TECHNICAL ISSUES OF ANASTOMOSIS FORMATION IN THE CONDITIONS OF OBTURATIONAL OBSTRUCTION

TSMU, PROPAEDEUTIC SURGICAL DEPARTMENT ; “GEO HOSPITALS” LTD

The authors have studied the history of 85 patients who have been operated due to obturation ileus. Among the patients women were 34, men 51. The age range was 32-82 years. On the background of the obstruction the following was implemented with urgent indications: in 25 cases the right-sided hemicolectomy, in 10 cases the resection of the transverse colon and spleen angle. 11 patients underwent subtotal colectomy with recto-ascending anastomosis after passing the intestine through the mesentery of ileum. Resection of the sigmoid was performed in 2 cases, while to the remaining 37 patients left-sided hemicolectomy was carried out, including 22 patients with transverso-rectal anastomosis, with the postponed opening of anastomosis. In the majority of cases, the intestinal decompression and continuous drainage was carried out in the subsequent period after the operation. In the postoperative period, 5 patients died of various complications. Only one of them died due to anastomosis suture insufficiency. As seen from the results, the decrease in the frequency of anastomosis suture insufficiency depends on the selection of adequate methods of anastomosis and intestinal drainage. Key words: obturation, colostoma, decompression.