

УДК 616-002-089

Ю. В. Грубнік, *д-р мед. наук, проф.*,  
А. Д. Нетков,  
А. Н. Юзвак

## УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВИКОНАННІ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

*Одеський національний медичний університет*

### Вступ

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) — синдромна категорія, що об'єднує ускладнення протягом різних за етіологією захворювань і патологічних процесів, які формують морфологічний субстрат ГКН. За даними ВООЗ, ГКН становить 3,8 % від усіх невідкладних захворювань черевної порожнини. У структурі ГКН розрізняють гостру obturaційну кишкову непрохідність (ГОКН), однією з причин виникнення якої є колоректальний рак [1; 2; 6]. За останні 40 років питома вага ГОКН у структурі всіх форм ГКН збільшилася з 2–5 до 20–24 % [7]. Загальна післяопераційна летальність серед хворих з ГОКН коливається від 21 до 44 % [4; 5], а післяопераційні запально-гнійні ускладнення при виконанні операції на висоті непрохідності досягають 40 % [3].

Дана група хворих надходить, як правило, ургентно у тяжкому стані, й у зв'язку з цим виробляються тримоментні та двомоментні оперативні втручання. Проведення одномоментних оперативних втручань є небезпечним через високий ризик неспроможності швів анастомозів. Ця група хворих потребує

інфузійної передопераційної терапії, корекції водно-електролітного балансу. Найбільш поширеними методами нормалізації товстокишкового пасажу є відновлення просвіту прямої кишки шляхом ендоскопічної реканалізації та накладення колостоми з лапаротомного доступу або лапароскопічно.

**Мета** роботи — дослідження результатів малоінвазивних методів лікування пухлин товстого кишечника, ускладнених кишковою непрохідністю.

### Матеріали та методи дослідження

Період роботи охоплює 2009–2014 рр. За цей час надійшло 120 хворих на рак товстого кишечника, ускладненого кишковою непрохідністю. Чоловіків було 50, жінок 70. Вік досліджуваних коливався від 47 до 95 років. Із 120 хворих 53 госпіталізовані в декомпенсованій стадії ГОКН, 67 — у стадії компенсованої та субкомпенсованої кишкової непрохідності. У 17 випадках після ендоскопічної реканалізації вдалося провести під контролем ендоскопа двопротівний зонд через зону obturaції з подальшим відмиванням калових мас. У 5 випадках стент проведено через ділянку

obturaції. При стиханні явищ непрохідності хворі були прооперовані за 2–4 доби після інтенсивної передопераційної підготовки.

Ендоскопічну комбіновану реканалізацію товстої кишки виконували із застосуванням монополярної діатермокоагуляції, високоенергетичного лазера і фіброколоноскопа GF-301 “Olympus” (Японія). На першому етапі цим пацієнтам просвіт товстої кишки відновлювали методом монополярної діатермокоагуляції, формуючи канал за допомогою ендоскопічних інструментів у ділянці стенозованої зони. Подальше відновлення просвіту товстої кишки поєднували із застосуванням лазерної фотодеструкції пухлинної тканини, чергуючи сеанси реканалізації з 24-годинною паузою для відторгнення некротизованих фрагментів новоутворення. Обов'язковим компонентом при виборі методу оперативного втручання була комп'ютерна томографія органів черевної порожнини; магнітно-резонансна томографія; ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з метою визначення метастатичного ураження парієтальної та вісцеральної очеревин, парен-

хіматозних органів, локальної розповсюдженості новоутворення. Одержані дані, безумовно, впливали на вибір подальшої тактики лікування пацієнта. Після відновлення пасажу кишкового вмісту створювалася можливість для виконання як лапаротомних, так і лапароскопічних операцій з урахуванням сучасних онкологічних протоколів.

Лапароскопічні операції виконували з допомогою ендорургічного комплексу ("Olympus", Японія), набору лапароскопічних інструментів, апарата LIGASURE, а також лапароскопічних зшивачів. Показаннями до накладання колостоми лапароскопічно слугували розвиток повного пухлинного стенозу і неможливість проведення ендоскопічної реканалізації. Після створення карбоксиперитонеума (тиск CO<sub>2</sub> = 11–12 мм рт. ст.) у черевну порожнину вводили три троакари діаметром 10 мм: у параумбілікальній ділянці для прямої оптики, у лівій мезогастральній ділянці для ендоскопічних ножиць або ендоскопічного гачка, у правій клубовій ділянці для введення дисектора. Мобілізацію товстої кишки виконували із застосуванням інструментів та апарата LIGASURE. Після мобілізації ділянки товстої кишки кишкову петлю, захоплену затискачем, виводили на передню черевну стінку і фіксували окремими монофіламентними швами, що абсорбуються розміром 4-0, відкривали колостому. Після відновлення пасажу калових мас і проведення корекції водно-електролітного балансу, стабілізації стану хворих, через 7–10 діб більшості хворих проводили повторне оперативне лікування. Виконували як лапароскопічну резекцію ділянки товстого кишечника з накладанням пер-

винного анастомозу, лапароскопічну мануально асистовану резекцію з накладанням анастомозу, так і традиційні лапаротомні операції з видаленням пухлини та накладанням кишково-го анастомозу.

Нами прооперовано 120 хворих з кишковою непрохідністю пухлинного генезу. Виконано 90 операцій шляхом лапаротомії і 30 лапароскопічних операцій: це резекції ділянки кишки з пухлиною і накладанням первинного анастомозу, а також операції типу Гартмана.

Традиційні лапаротомні операції такі: 24 правосторонніх геміколектомій, 12 лівосторонніх геміколектомій; 44 операції Гартмана, а також у 10 випадках виконано накладання колостоми. Із загальної кількості 90 хворих, оперованих лапаротомно, у 60 випадках були проведені екстрені операції, зважаючи на наростаючі явища непрохідності, клініку перфорації кишки і явища перитоніту. Серед них у 37 осіб проведено резекцію кишки з пухлиною і виведенням колостоми. У 23 випадках, зважаючи на розповсюджений перитоніт при пухлинах сліпої та висхідної кишок, проведено видалення пухлини і накладання ілеостоми.

За допомогою методу комбінованої реканалізації товстої кишки просвіт органа був відновлений у 30 пацієнтів, нормалізований пасаж калових мас. У 5 випадках метод доповнений стентуванням кишечника нітиноловими стентами. У подальшому, через 4–5 діб, цим хворим виконані лапароскопічні операції з видаленням пухлини та накладанням анастомозу. У 7 випадках спроба комбінованої реканалізації пухлинного стенозу прямої кишки закінчилася невдало, тому що у процесі реканалізації відбувалося по-

стійне підтікання калових мас з верхніх відділів товстої кишки та крові з ділянки новоутворення. Цим пацієнтам була виконана лапароскопічна колостома, причому в трьох випадках вона доповнена методикою "Hand Assistent". Після стабілізації стану хворих на 5–7-й добі їм була виконана лапароскопічна резекція кишки з пухлиною. У 18 випадках проведена реканалізація з подальшою одномоментною лапароскопічною резекцією та накладанням анастомозу. У найближчому післяопераційному періоді у пацієнтів, яким були виконані комбінована реканалізація пухлинного стенозу, ендоскопічне стентування з подальшою лапароскопічною резекцією, лапароскопічна колостома, ускладнень і летальності не зареєстровано. При проведенні лапароскопічної резекції з накладанням первинного анастомозу користувалися циркулярними зшивачами CDH29-33 ETHICON (США).

Хворі після лапароскопічних операцій значно менше (у 1,5 рази) потребували наркотичного знеболювання. Активізація пацієнтів після лапароскопічних операцій наставала на 1–2-й добі, тимчасом як після лапаротомних операцій — за 3–4 доби. Середній термін перебування на ліжку після лапароскопічних операцій становив 5–7 діб, після лапаротомії — 8–10 діб. Кількість ускладнень після лапароскопічних операцій була значно меншою. Після лапаротомних операцій зафіксовано 18 випадків нагноєння операційних ран, 3 випадки післяопераційної пневмонії, і в 2 випадках — неспроможність швів з подальшим розвитком розповсюдженого перитоніту. Після лапароскопічних операцій, нагноєння операційних проколів

трапилося у 4 випадках, в одному випадку — післяопераційна пневмонія. Неспроможність швів відмічена в одному випадку, це ускладнення зумовлене тим, що хворого оперували з приводу ГКН із різко вираженою анемією і низьким рівнем білка. Після діагностування неспроможності проведена лапаротомія з резекцією місця анастомозу і виведенням проксимального відділу кишечника як колостоми на передню черевну стінку. Післяопераційний період ускладнився розвитком нагноєння післяопераційної рани, пневмонією, ерозивною кровотечею зі шлунка і дванадцятипалої кишки.

Летальний кінець після лапаротомних операцій зареєстровано у 5 випадках: 2 випадки після розвитку неспроможності швів анастомозу і розповсюдженого калового перитоніту; у 2 випадках — після гострої серцево-судинної недостатності, зумовленої раніше перенесеним інфарктом міокарда; в одному випадку внаслідок післяопераційної пневмонії. У групі хворих після лапароскопічних операцій летальності не зафіксовано. Цей факт можна пояснити тим, що лапароскопічні операції проводилися у хворих з менш вираженою супровідною патологією. Віддалені результати виживання хворих цих

двох груп достовірно не відрізнялися. Проте у групі хворих, оперованих лапаротомним доступом, у 12 випадках утворилися післяопераційні вентральні грижі. У групі хворих, оперованих лапароскопічно, післяопераційні грижі не спостерігалися.

### Висновки

Таким чином, на підставі одержаних результатів можна зробити такі висновки. Ендоскопічна реканалізація товстої кишки і лапароскопічна колостомія є ефективними способами відновлення пасажу калових мас, що дозволяє застосувати одномоментний і двоментний методи лікування раку товстої кишки. Лапароскопічні операції дозволяють провести не тільки ревізію черевної порожнини, але й адекватно виконати оперативне лікування згідно з онкологічним протоколом. Також значно знижується кількість післяопераційних ускладнень, утворення післяопераційних гриж, зменшується операційна травма, скорочуються терміни лікування, зменшується потреба у використанні наркотичних анагетиків. Після проведення лапароскопічних операцій відзначалося більш раннє відновлення перистальтики кишечника вже на 1-шу–2-гу добу. Результати лапаротомних операцій достовірно не відрізня-

ються від результатів лапароскопічних операцій.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Алієв С. А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном obturационной кишечной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста / С. А. Алієв // Російський онкологічний журнал. – 1998. – Т. 8. – С. 23–27.
2. Брискин Б. С. Obturационная кишечная непроходимость при раке ободочной кишки / Б. С. Брискин // Хирургия. – 1999. – Т. 5. – С. 37–40.
3. Буянов В. М. Интраоперационная профилактика нагноений послеоперационных ран / В. М. Буянов, С. С. Маскин // Хирургия. – 1990. – № 9. – С. 132–135.
4. Выбор шовных материалов и сшивающих аппаратов в хирургии колоректального рака / В. М. Буянов, С. С. Маскин, В. П. Сажин, А. И. Наумов // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. 3-й конф. колопроктологов. – Волгоград, 1997. – С. 47–48.
5. Маскин С. С. Диагностика, тактика и хирургическое лечение опухолевой obturационной толстокишечной непроходимости: современное состояние проблемы / С. С. Маскин, Я. В. Неделюк, А. М. Карсанов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2008. – № 3. – С. 15–21.
6. Эктон В. Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении obturационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Н. Эктон. – Воронеж, 1995. – 30 с.
7. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость : рук. для врачей / И. А. Ерюхин. – СПб. : Питер, 1999. – 448 с.

УДК 616-002-089

Ю. В. Грубнік, А. Д. Нетков, А. Н. Юзвук

#### УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВИКОНАННІ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Наводяться результати лікування 120 хворих з пухлинною товстої кишки, ускладненою кишковою непрохідністю, у період з 2009 по 2014 рр. Проаналізовані результати лікування 90 хворих, оперованих традиційним лапаротомним доступом, і 30 хворих, оперованих лапароскопічно, серед яких у 5 випадках лікування було доповнене стентуванням товстої кишки. Показана методика виконання ендоскопічної реканалізації пухлинного стенозу кишки. Проведено порівняння ефективності відкритих і лапароскопічних операцій.

**Ключові слова:** рак товстої кишки, гостра кишкова непрохідність, лапароскопічні операції.

UDC 616-002-089

Yu. V. Grubnik, A. D. Netkov, A. N. Yuzvak

#### COMPLICATIONS ARISING AT MINI-INVASIVE SURGERY IN TREATMENT OF MALIGNANT ILEUS

The results of treatment of 120 patients with colonic cancer, complicated by intestinal obstruction during 2009–2014 period were set out. The results of treatment of 90 patients operated on with traditional laparotomy which constituted the basic group were analysed. It was also analysed 30 patients operated on laparoscopically, in 5 of which the treatment was added by stenting of the intestine. The efficacy of endoscopic recanalization was investigated. Traditional laparotomic and laparoscopic surgery were compared.

**Key words:** colon cancer, acute intestinal obstruction, laparoscopic surgery.