



О. Ю. Іоффе, Г. В. Буренко, М. М. Стець,
В. М. Перепадя, О. П. Стеценко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕКОМПЕНСОВАНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих з декомпенсованою обтураційною непрохідністю дистальних відділів лівої половини товстої кишки шляхом впровадження вдосконаленого алгоритму лікувально-діагностичної тактики.

Матеріали і методи. Представлено результати лікування 25 хворих з декомпенсованою непрохідністю лівої половини товстої кишки. Для декомпресії товстої кишки застосовано стентування пухлин під контролем фіброколоноскопа нітиноловими колоректальними стентами з покриттям (Hanarostent), які самі розкриваються, електрохірургічну реканалізацію пухлин та заведення зонда для декомпресії проксимальніше за стеноз під контролем фіброколоноскопа.

Результати та обговорення. В 11 (44 %) пацієнтів явища декомпенсованої непрохідності кишечника малоінвазивно лікувати не вдалося. Їм виконано операції Гартмана або за типом Гартмана в терміни від 2 до 8 год перебування хворих у стаціонарі. Летальність становила 18 % (2 пацієнти). Із 14 (56 %) пацієнтів на тлі ефективності консервативних заходів 10 проведено резекцію сигмоподібної кишки, решті — передню резекцію прямої кишки з лімфодисекцією D2 та накладанням первинних механічних анастомозів. Летальних наслідків у цій групі не було.

Висновки. Етапний підхід та використання малоінвазивних методик декомпресії кишечника дали змогу збільшити частку відтермінованих оперативних втручань (до 56 %). Застосування принципів fast track у хірургії товстої кишки має незаперечні переваги у лікуванні хворих із зазначеною патологією.

■

Ключові слова: кишкова непрохідність, рак товстої кишки, fast track хірургія.

Декомпенсована товстокишкова непрохідність належить до гострих хірургічних захворювань, актуальних навіть на сучасному етапі розвитку медичних технологій [1—7]. З огляду на вікові особливості зазначеної патології, наявність у більшості хворих пухлинної етіології захворювання, виражені патологічні зміни функцій життєво важливих органів і систем, хірургічна тактика при декомпенсованій непрохідності лівої половини товстої кишки є не вирішеною проблемою невідкладної хірургії [3, 6, 7]. Цей факт пов'язаний насамперед з тим, що, незважаючи на досягнення медицини у галузі інтенсивної терапії та застосування малоінвазивних способів відновлення пасажу кишкового вмісту, лише хірургічний метод дає пацієнту надію на оду-

жання. Проте результати хірургічного лікування хворих із зазначеною патологією незадовільні. Так, рівень летальності, за різними даними, в середньому становить 9,4—18,5 % [3, 5—7], а частота післяопераційних ускладнень — 14,6—30,2 % [1, 6, 7]. Удосконалення етапного підходу та сучасне технічне забезпечення хірургічного втручання сприятимуть поліпшенню кінцевих результатів лікування хворих із зазначеною патологією [1, 3, 6].

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих з декомпенсованою обтураційною непрохідністю дистальних відділів лівої половини товстої кишки шляхом впровадження вдосконаленого алгоритму лікувально-діагностичної тактики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Серед хворих з патологією товстої кишки, які проходили лікування в хірургічній клініці Київської міської клінічної лікарні № 3 у 2010—2014 рр., декомпенсовану непрохідність дистальних відділів виявлено у 25. Етіологічними чинниками обтурації просвіту товстої кишки у 12 (48 %) хворих була пухлина сигмоподібної кишки, у 5 (20 %) — проростання пухлин матки або яєчників у дистальні відділи товстої кишки. У 8 (32 %) хворих перешкода локалізувалася на рівні верхньо-, середньо- та нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Проведено аналіз результатів лікування хворих для розроблення лікувально-діагностичного алгоритму етапності надання хірургічної допомоги пацієнтам з декомпенсованою непрохідністю лівої половини товстої кишки. Основна причина незадовільних результатів лікування зазначених хворих — прогресування поліорганної недостатності на тлі інтоксикаційного синдрому та ракової хвороби — спонукала до пошуку засобів та методик, які б допомогли збільшити частку пацієнтів з відтермінованим хірургічним лікуванням для компенсації вираженої супутньої патології, а отже, для поліпшення умов проведення оперативного втручання і результатів хірургічного лікування.

У всіх хворих відразу після госпіталізації лікування розпочинали із заходів, спрямованих на відновлення водно-електролітного балансу, корекцію функції серцево-судинної системи, декомпресію проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту, та спроб консервативними заходами і малоінвазивними методиками перевести декомпенсовану непрохідність у субкомпенсовану (проведення спазмолітичної терапії, постановка сифонних клізм, перидурального катетера, обов'язкове проведення фіброколоноскопії). Фіброколоноскопія давала змогу не лише визначити рівень та характер перешкоди, ступінь звуження просвіту кишки, а й обрати варіант доопераційної декомпресії товстої кишки, що було головною метою доопераційної підготовки.

Для декомпресії відділів товстої кишки проксимальніше за стеноз було запропоновано та застосовано на практиці стентування пухлин дистальних відділів сигмоподібної кишки під контролем фіброколоноскопа нітіноловими колоректальними стентами з покриттям (Hanarostent), які самі розкриваються (у 2 хворих). Двом пацієнтам з пухлинами верхньоампулярного відділу прямої кишки виконано електрохірургічну реканалізацію пухлин. У 10 пацієнтів вдалося провести декомпресію кишечника шляхом заведення зонда проксимальніше за стеноз під контролем фіброколоноскопа. В усіх зазначених випадках малоінвазивні методики дали змогу шляхом фракційного промивання здійснити адекватну декомпресію супрастенотичних відділів товстої кишки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Незважаючи на обсяг проведених лікувальних заходів, в 11 (44 %) пацієнтів явища декомпенсованої непрохідності кишечника ліквідувати не вдалося. Це змусило провести ургентні оперативні втручання в терміни від 2 до 8 год перебування хворих у стаціонарі. Всім пацієнтам виконано операцію Гартмана або за типом Гартмана. Летальність у цій групі хворих становила 18 % (2 пацієнти). Основною причиною незадовільних результатів лікування було прогресування поліорганної недостатності на тлі інтоксикаційного синдрому та ракової хвороби.

У 14 (56 %) пацієнтів на тлі ефективності консервативних заходів лікування оперативні втручання проведено в терміни від 2 до 6 діб, що дало змогу здійснити корекцію гіповолемії та супутньої патології, а також провести адекватну декомпресію кишечника. У цій групі 10 хворим виконано резекцію сигмоподібної кишки, решті — передню резекцію прямої кишки з лімфодисекцією D2 та накладанням первинних механічних анастомозів. Летальних наслідків не було.

Поява нових технологій у хірургії створила передумови для переходу її на принципи fast track — швидкого відновлення пацієнтів після хірургічних втручань. Порівняння результатів використання традиційного хірургічного лікування та сучасного технічного забезпечення виявило перевагу останніх, про що свідчили безпосередні результати лікування. Незаперечним є факт, що зменшення травматичності, об'єму інтраопераційної крововтрати та тривалості операції позитивно впливають на результати лікування. Застосування ультразвукових ножниць Ultracision (Ethicon) та апарата для електрозварювання тканин LigaSure (Covidien) у 14 хворих дало змогу скоротити тривалість оперативних втручань з $(3,5 \pm 0,2)$ до $(1,5 \pm 0,4)$ год. Зменшення часу та підвищення надійності накладання первинних анастомозів досягали використанням сучасних зшивальних апаратів Echelon 60 (Ethicon) для відсічення кишки та циркулярних степлерів (Ethicon) для формування анастомозів, що було застосовано в 11 (78,6 %) хворих при традиційних доступах. У 3 випадках пухлин сигмоподібної кишки застосовано лапароскопічні методики з використанням зазначених інструментів. Застосування перидуральної анестезії в до-, інтра- та післяопераційний період дало змогу досягти адекватного знеболювання та швидкого відновлення перистальтики. На тлі застосування лапароскопічних доступів відновлення пропульсивної активності кишечника у вигляді появи випорожнення відзначено в 1-шу добу післяопераційного періоду.

Таким чином, розроблений етапний підхід, застосування сучасних технологій і принципів fast track (адекватне знеболювання на всіх етапах лікування, використання малоінвазивних технологій,

формування механічних анастомозів, рання (переведення хворого у вертикальне положення через 1—2 год після операції) активізація пацієнтів, пероральне харчування в першу добу після операції) у хірургічному лікуванні декомпенсованої обтураційної непрохідності дистальних відділів лівої половини товстої кишки дає змогу збільшити частку відтермінованих операцій, суттєво зменшити травматичність і тривалість операції, що має важливе значення у цієї категорії хворих, підвищити надійність гемостазу та зони первинних анастомозів, полегшити технічні аспекти виконання хірургічного втручання, що поліпшує результати лікування хворих. Проблема полягає у доступності зазначеного високотехнологічного забезпечення для лікарів у хірургічних стаціонарах України.

ВИСНОВКИ

Етапний підхід та використання малоінвазивних методик декомпресії кишечника дають змогу збільшити частку відтермінованих оперативних втручань (до 56 %) у пацієнтів з декомпенсованою непрохідністю дистальних відділів лівої половини товстої кишки шляхом переведення декомпенсованої непрохідності в субкомпенсовану.

Застосування принципів fast track у хірургії товстої кишки має незаперечні переваги у лікуванні хворих із зазначеною патологією: зменшує больову імпульсацію в післяопераційний період, пришвидшує відновлення пасажу по шлунково-кишковому тракту і зменшує тривалість перебування пацієнта в стаціонарі. Це дає змогу швидко поліпшити якість життя хворого в післяопераційний період.

Література

1. Бондарь Г. В., Башеев В. Х., Яковец Ю. И. и др. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью // Укр. журн. хір. — 2009. — № 1. — С. 16—18.
2. Денисенко В. Л., Гаюн Ю. М. Паллиативное лечение пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью // Укр. журн. хір. — 2014. — № 1 (24). — С. 94—98.
3. Иоффе И. В., Хунов Ю. А., Шор Н. А. и др. Особенности клинического течения и хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости // Укр. журн. хір. — 2009. — № 5. — С. 97—100.
4. Калинин А. Е., Калинин Е. В. Выбор метода устранения обтурационной толстокишечной непроходимости // Клин. онкол. — 2013. — № 3 (11). — С. 1—6.
5. Мидленко В. И., Баринев Д. В., Зайцев А. В. и др. Периоперационные осложнения в хирургии рака толстого кишечника // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 5. — С. 96—100.
6. Милица Н. Н., Ангеловский И. Н., Козлов В. Б. и др. Выбор тактики хирургического лечения больных с осложненными формами колоректального рака // Сучасні медичні технології. — 2013. — № 1 (17). — С. 14—17.
7. Мищенко В. В., Пустовойт П. І., Величко В. В., Вододюк Р. Ю. Гостра товстокишкова непрохідність — діагностика, тактика, вибір способу та об'єму хірургічного втручання // Укр. журн. хір. — 2009. — № 1. — С. 97—100.

А. Ю. Иоффе, Г. В. Буренко, Н. М. Стець, В. Н. Перепадя, А. П. Стеценко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных с декомпенсированной обтурационной непроходимостью дистальных отделов левой половины толстой кишки путем внедрения усовершенствованного алгоритма лечебно-диагностической тактики.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 25 больных с декомпенсированной непроходимостью левой половины толстой кишки. Для декомпресии толстой кишки применили стентирование опухолей под контролем фиброколоноскопа нитиноловыми саморасправляющимися колоректальными стентами с покрытием (Hanarostent), электрохирургическую реканализацию опухолей и заведение зонда для декомпресии проксимальнее стеноза под контролем фиброколоноскопа.

Результаты и обсуждение. У 11 (44 %) пациентов явления декомпенсированной непроходимости кишечника малоинвазивно ликвидировать не удалось. Им выполнены операция Гартмана или по типу Гартмана в сроки от 2 до 8 ч пребывания больных в стационаре. Летальность составила 18 % (2 пациента). Из 14 (56 %) пациентов на фоне эффективности консервативных мероприятий 10 проведена резекция сигмовидной кишки, остальным — передняя резекция прямой кишки с лимфодиссекцией D2 и наложением первичных механических анастомозов. Летальных случаев в этой группе не было.

Выводы. Этапный подход и использование малоинвазивных методик декомпресии кишечника позволили увеличить долю отсроченных оперативных вмешательств (до 56 %). Применение принципов fast track в хирургии толстой кишки имеет неоспоримые преимущества в лечении больных с упомянутой патологией.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, рак толстой кишки, fast track хирургия.

O. Yu. Ioffe, H. V. Burenko, M. M. Stets, V. M. Perepadya, O. P. Stetsenko
O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

IMPROVED SURGERY RESULTS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED LEFT-SIDE DISTAL COLON OBSTRUCTION

The aim — to improve the surgical treatment results in patients with decompensated distal obstruction of the left half of the colon by improved treatment-diagnostic tactic algorithm implementation.

Materials and methods. This paper presents the treatment results of 25 patients with the left half-colon decompensated obstruction. In order to decompress the colon tumour stenting with nitinol coated self-expanding colorectal stents (Hanarostent), electrosurgical tumour recanalization and the decompression probe introduction for proximal stenosis under fibrocolonoscopy control were applied.

Results and discussion. In 11 (44 %) patients the decompensated bowel obstruction signs elimination by minimally invasive technic failed. Hartmann's or the modified Hartmann's operation was performed in them during the period from two to 8 hours after admission. Mortality was 18 % (2 patients). According to the conservativity measures effectiveness 10 patients of 14 (56 %) were performed the sigmoid colon resection and four patients — the anterior rectal resection with lymph node dissection D2 and the primary mechanical anastomoses imposition. Deaths in this group of patients was not.

Conclusions. Phased approach and minimally invasive colon decompressive methods allowed increasing the delayed surgery percentage (up to 56 %). The principles of «fast track surgery» applying in colon surgery has undeniable advantages in the this pathology treatment.

Key words: bowel obstruction, colon cancer, «fast track» surgery.