

© Волошин С.П.

УДК: 616-002.4:616.352-089

Волошин С.П.

КЛПУ "Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполь" (пр. Миру, 80, м. Маріуполь, 87500, Україна)

## СПОСОБИ ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НЕКРОЗУ НИЗВЕДЕНОЇ КИШКИ ПІСЛЯ СФІНКТЕРОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ

**Резюме.** У статті розроблено нові способи поліпшення результатів лікування некрозу низведеної кишки після сфінктерозберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки.

**Ключові слова:** рак прямої кишки, сфінктерозберігаючі операції, некроз низведеної кишки, лікування.

### Вступ

Рак прямої кишки (ПК) посідає одне з провідних місць у структурі онкологічних захворювань у багатьох країнах світу [1, 8]. Протягом останніх 10 років в Україні відзначається невелике зменшення захворювань на рак даної локалізації, що спостерігається серед чоловіків і жінок. Якщо у 2006 році цей показник складав 19,6 (грубий показник), в тому числі 22,4 для чоловіків, 17,2 для жінок [2], то у 2016 році він складав 18,8; 21,5 і 16,4, відповідно [1]. На сьогодні основним методом лікування хворих на рак ПК є хірургічне втручання [9, 11]. Одним з найбільш поширених видів хірургічного втручання при діагнозі рак ПК є передня резекція (у тому числі низька передня резекція) із загальним виконанням тотальної мезоректумектомії [9, 11] і, якщо це можливо, відновленням кишкової безперервності [11]. Існують два основні способи відновлення кишкової безперервності при виконанні резекції ПК - це формування колоректального анастомозу (апаратного або вручну) та низведення ободової кишки в промежину з утворенням колоанального анастомозу. З функціональної точки зору найбільш вигідно є формування колоректального анастомозу із застосуванням апаратного шва. Негативні пункти цього варіанту включають високу вартість зшиваючих апаратів, необхідність формування протективної стоми, неможливість формування апаратного анастомозу за наявності запальних змін кишкової стінки, тощо. У зв'язку з цим, в деяких випадках хірург змушений з метою встановлення кишкової безперервності користуватися способом низведення ободочної кишки на промежину. Метод низведення на промежину пов'язаний з Hochenegg J., який модифікував трансакральне висічення ПК методом Kraske та запропонував для виконання сфінктерозберігаючої операції використання технології протягування - так званої pull-through procedure [7], яку вдосконалив W. Babcock [3]. Згідно з даними Remzi F.H. et al. [12], функціональні результати застосування цього методу можна порівняти з результатами прямого колоректального анастомозу, при цьому неспроможність скласти лише 3,0%. Відповідно до даних Biondo S. et al. [5], метод може використовуватися при лікуванні хворих з ускладненням рака ПК, не існує потреби у протективній стомі. У 1999 році Vaillieux J. et al. [4] розробив метод резекції ПК з протаскуванням ободової кишки через анальний канал і

формуванням колоанального анастомозу у 2 етапи, що використовували інші автори [6, 10]. Одне з найбільш важких ускладнень резекції прямої кишки з низведенням ободової кишки на промежину є некроз низведеної кишки (ННК). Незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених цьому ускладненню, питання лікування ННК досі залишаються не вирішеними. Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування хворих з некрозом низведеної кишки.

### Матеріали та методи

Матеріалом для роботи слугували дані 271 хворого з ННК, які лікувалися в період з 1990 до 2014 року. Всіх хворих з ННК розділили на дві групи: контрольну, в якій використовували стандартні схеми лікування ННК і досліджувану, в якій використовували розроблений комплекс лікувальних заходів. До контрольної групи увійшли 176 пацієнтів, яких прооперували в період з 1990 по 1999 рік, до досліджуваної групи увійшли 95 пацієнтів, яких прооперували в період з 2000 по 2014 рік.

Чоловіків було 53,5±3,0%, жінок 46,5±3,0%. У віці 60 років було прооперовано 59,4±3,0% пацієнта. У 44,7±3,0% пацієнтів пухлина локалізувалася у проксимальних відділах прямої кишки, у 41,3±3,0% у середньоампулярному відділі. Найбільш рідко спостерігалася поразка нижньоампулярного відділу прямої кишки. Аденокарцинома ПК спостерігалася у 84,5±2,2% випадках, інші форми пухлин зустрічалися значно рідше. Більшість пацієнтів було прооперовано у локально-розподіленому пухлинному процесі (T4) - 88,9±1,9% спостережень. Метастатичні ураження регіонарних лімфатичних вузлів різних рівнів спостерігалися у 36,5±2,9% пацієнтів. Віддалені метастази спостерігалися у 12,5±2,0% хворих, найбільш поширеною локалізацією віддалених метастазів виявилася печінка. Частіше поширеність пухлинного процесу відповідала T4N0M0 - 144 (53,1±3,0%) спостереження. При аналізі клінічного матеріалу у 73 (26,9±2,7%) пацієнтів відмічається 86 різних ускладнень пухлинного процесу, частіше спостерігалася кишкова непрохідність різного ступеня - у 63 (73,3±4,8%) пацієнтів. Супроводжувальні захворювання були відмічені у 169 (62,4±2,9%) хворих, частіше зустрічалися захворювання серцево-судинної і дихальної систем. Частіше пухлина мала змішану форму зрос-

тання і спостерігалася у 184 (67,9±2,8%) пацієнтів, рідше зустрічалися ендофітна та екзофітна форми - 65 (24,0±2,6%) і 22 (8,1±1,7%) відповідно.

При лікуванні хворих на рак ПК, разом з іншими видами операцій, ми використовували три види хірургічних втручань з низведенням ободочної кишки на промежину - це проксимальна резекція ПК з низведенням (ПРН), черевно-надальна резекція ПК (ЧНР) та черевно-анальна резекція ПК (ЧАР). У всіх випадках, рівень перев'язування судин не змінявся - нижню брижову артерію і вену перев'язували нижче відходження лівої ободочної артерії. При ПРН виконували часткову мезоректумектомію (ЧМЕ), при ЧНР та ЧАР - тотальну мезоректумектомію (ТМЕ). При ПРН ободову кишку на промежину низводили позаду кукси прямої кишки через підслизовий тунель між відсепарованою слизовою оболонкою анального каналу і заднім напівколом зовнішнього сфінктера. При ЧНР ободову кишку на промежину низводили через евагіновану та демускуляризовану куксу прямої кишки. При ЧАР ободову кишку на промежину низводили через демускуляризований анальний канал. Найбільш поширеною операцією серед пацієнтів з даним ускладненням було ЧАР - 223 (82,3±2,3%) випадка, рідко ЧНР і ПРН - 28 (10,3±1,9%) та 20 (7,4±1,6%) відповідно. З 271 пацієнтів 53,9±3,0% у передопераційний період отримали хіміо-променевою терапію у різних поєднаннях. У контрольній та досліджуваній групах цей показник склав 54,6±3,8% і 52,6±5,1% відповідно. Частіше пацієнти у неoad'ювантному режимі отримували інтенсивний курс променевої терапії - 82 (56,2±4,1%) хворих.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу, не спостерігалось ніяких істотних відмінностей стану пацієнтів у досліджуваній та контрольній групах ( $p > 0,05$  за всіма параметрами). Це дозволяє нам порівнювати результати лікування і адекватно оцінювати їхні переваги і недоліки.

При лікуванні хворих на КРР з ННК використовували тактику лікування, яка заснована на трьох базових параметрах: термін розвитку некрозу, його висота і стан хворого, зокрема, наявність або відсутність перитоніту. У своїй роботі усі випадки некрозу низведеної кишки ми розділили за рівнем його протяжності на "низький" (розташований в анальному каналі або над ним до 3 см) і "високий" (більше 3 см), а за часом його виникнення - на "ранній" (до 3 діб) та пізній (більше 3 діб). У пацієнтів з "раннім високим" ННК незалежно від типу радикального оперативного втручання (ЧАР, ЧНР або ПРН) застосовували ампутацію низведеної кишки. У пацієнтів з "раннім низьким" ННК застосовували донизведення низведеної кишки з боку промежини. Для цього, при розвитку ННК після ЧАР і ПРН під внутрішньовенним наркозом, уклавши пацієнта у позицію для каменетрощіння видаляли шви, які фіксують низведену кишку до шкіри перинагальної області, виконували пальцеву ревізію анального каналу, при цьому розриваючи

м'які зрощення між нею і анальним каналом, діставали трансплантат товстої кишки до життєздатного рівня, прошивали кишку на життєздатному рівні за допомогою апарату УО-60 і видаляли некротизовану ділянку. Після цього, трансплантат товстої кишки зачіплювали двома довгими клеммами Аліса і розташовували її до порожнини малого тазу. Виконували резекцію і санацію анального каналу та малого тазу через анальний канал - видаляли некротичні тканини, промивали порожнину малого тазу із застосуванням 400-800 мл 0,9% розчину хлориду натрію, після чого дренивали малий таз за допомогою додаткового дренажу на другій сідниці. За допомогою клем Аліса діставали життєздатний трансплантат товстої кишки до життєздатного рівня і фіксували його при надлишку 10-20 мм до шкіри періанальної області. Після ЧНР цю операцію доповнили демукозацією анального каналу і видаленням кукси прямої кишки. У хворих з "пізнім низьким" ННК, незалежно від типу радикального оперативного втручання (ЧАР, ЧНР або ПРН), донизведення трансплантату товстої кишки не представляється можливим. У таких пацієнтів показано відключення лівої половини ТК шляхом формування петельної трансверзостоми на правій половині ТК з одночасним тампонуванням порожнини тазу і армуванням анального каналу для запобігання його стенозу. У цьому випадку, ми зазвичай використовуємо трубки з медичної гуми, проводячи її через губку, форму якої моделюємо залежно від форми порожнини в області малого тазу. У випадку великої порожнини в області малого тазу, через губку поблизу армованої трубки, вводимо тонку трубку від системи для внутрішньовенних інфузій проксимальний кінець якої проводимо до порожнини, а дистальний виводимо назовні. Трубка медична гумова, перебуваючи в порожнині малого тазу виключає розвиток його стенозу, а тонка трубка використовується для зрошення порожнини малого тазу із застосуванням розчину антисептиків (хлоргексидин, декасан, тощо). "Пізнього високого" некрозу у наших пацієнтів не спостерігалось. Консервативне лікування ННК застосовували до пацієнтів з "пізнім низьким" ННК, у яких частина стіни низведеної кишки, яка розташовується в анальному каналі залишалась життєздатною і не спостерігалось ознак запального процесу в області малого тазу. Консервативне лікування полягало в очисних клізмах і введенні до анального каналу репаративних мазей (наприклад метилурацилової). Інформація про методи лікування ННК, які були проведені нашими пацієнтами представлені в таблиці 1.

Консервативне лікування було застосовано до 76 (28,0±2,7%) пацієнтів, хірургічне до 195 (72,0±2,7%) пацієнтів. Найбільш поширеним хірургічним втручанням була колостомія - у 101 (51,8±3,6%) пацієнта. Друге місце посідає донизведення трансплантату - 58 (29,7±3,2%) спостережень. Ампутація низведеної кишки відбувалась у 20 (10,3±2,2%) пацієнтів. У 12 (6,2±1,7%) випадках було виконано донизведення мобілізова-

Таблиця 1. Методи лікування ННК у хворих досліджуваної групи.

Методи лікування ННК	Контрольна група (n=176)		Досліджувана група (n=95)		Всього (n=271)	
	абс.	%±m%	абс.	%±m%	абс.	%±m%
Консервативне лікування	43	24,4±3,2	33	34,7±4,9	76	28,0±2,7
Хірургічне лікування	133	75,6±3,2	62	65,3±4,9	195	72,0±2,7
в тому числі:						
- колостомія	76	57,1±4,3	25	40,3±6,2	101	51,8±3,6
- донизведення трансплантату	37	27,8±3,9	21	33,9±6,0	58	29,7±3,2
- ампутація низведеної кишки	15	11,3±2,7	5	8,1±3,5	20	10,3±2,2
- донизведення ± колостома	5	3,8±1,7	7	11,3±4,0	12	6,2±1,7
- релапаротомія ± ренизведення	-	-	4	6,4±3,1	4	2,0±1,0
Всього:	176	100,0	95	100,0	271	100,0

ної кишки з колостомиєю, у 4 (2,0±1,0%) випадках - релапаротомія з ренизведенням. При використанні розробленої схеми лікування, способи оцінки життєздатності трансплантату, засоби захисту надлишку низведеної кишки частка пацієнтів, до яких застосовували консервативну терапію склала 34,7±4,9% (у контрольній групі - 24,4±3,2%), різниця не має статистичної значущості,  $p=0,10$ . При цьому відсоток пацієнтів, яким виконали колостомію, зменшився з 57,1±4,3% до 40,3±6,2% ( $p=0,008$ ). Таким чином, використання розробленої тактики лікування дозволило знизити частоту виконання колостоми,  $OR=0,6$  (95% ДІ 0,4-0,9) порівняно з контрольною групою.

### Результати. Обговорення

При виконанні хірургічного втручання у пацієнтів, у яких згодом розвинувся ННК, інтраопераційні ускладнення відзначалися у 28 (10,3±1,8%) з 271 хворих. В контрольній групі інтраопераційні ускладнення відзначалися у 23 (13,1±2,5%) з 176 пацієнтів, у досліджуваній - у 5 пацієнтів (5,3±2,3%), різниця не має статистичної значущості,  $p=0,06$  (точний критерій Фішера). Найбільш поширеним інтраопераційним ускладненням була перфорація пухлини, яка спостерігалася у 20 пацієнтів, що склало 71,4±8,5% у структурі інтраопераційних ускладнень і 7,4±1,6% від числа прооперованих.

У 271 пацієнта з ННК частота післяопераційних ускладнень склала 18,1±2,3% (49 пацієнтів). Таким чином, застосування розробленої тактики дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень з 21,6±3,1% (38 пацієнтів) в контрольній групі до 11,6±3,3% (11 пацієнтів) в досліджуваній групі ( $p=0,047$ , точний критерій Фішера). Застосування розробленої тактики дозволило знизити ризик післяопераційних ускладнень,  $OR=0,54$  (95% ДІ 0,29-0,99) порівняно з контрольною групою. У структурі післяопераційних ускладнень превалювали гнійно-септичні (абсцес малого тазу, перитоніт, орхоепідідиміт, ректо-вагінальний свищ, цистит, флегмона передньої черевної стінки) - 53 (71,6±5,2%) спостереження. Частка ускладнень, пов'язаних з порушенням системи ПАСК

(гострий інфаркт міокарда, пневмонія, гостра печінково-ниркова недостатність, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз мезентеріальних судин, ДВС синдром, крововиливи до наднирників) склала 17 (23,0±4,9%) випадків. Не встановлено вірогідної відмінності досліджуваної та контрольної груп щодо частоти гнійно-септичних ускладнень ( $p=0,177$ ) і ускладнень, пов'язаних з порушенням у системи ПАСК ( $p=0,180$ ).

З 271 пацієнта з ННК після операції померло 28 (10,3±1,8%) пацієнтів. При застосуванні розробленої тактики лікування післяопераційна летальність склала 6,2±2,5% (6 пацієнтів), в контрольній групі 12,5±2,5% (22 пацієнта), різниця не має статистичної значущості ( $p=0,17$  за критерієм  $\chi^2$ ). Найбільш поширеною причиною смертельних випадків був абсцес малого тазу (32,1±8,8%). Вірогідної різниці частоти абсцесу як причини смерті в досліджуваній та контрольній групах не спостерігалася ( $p=0,184$ ).

П'ятирічна виживаність хворих у контрольній та досліджуваній групах не має статистично значущого відрізнення - 54,8±8,9% та 47,8±10,3% відповідно (не виявлено відмінності виживання пацієнтів,  $p>0,05$ ). Очікувана тривалість життя також не відрізнялася і склала відповідно 3,49±0,19 та 3,33±0,19 років.

Прогресування пухлинного процесу спостерігалася у 40 (14,8±2,2%) пацієнтів. При цьому локальний рецидив спостерігався у 20 (7,4±1,6%) пацієнтів. Не спостерігається відмінності частоти прогресування захворювання між контрольною і досліджуваною групами - 13,1±2,5% та 17,9±3,9% відповідно ( $p=0,129$ ) ( $p=0,37$ , за критерієм  $\chi^2$ ). Також не виявлено відмінності частоти виникнення локального рецидиву між контрольною і досліджуваною групами - 6,8±1,9% і 8,4±2,8% ( $p=0,81$ , за критерієм  $\chi^2$ ).

Для оцінки якості життя хворих з ННК використовували метод опитування за допомогою анкет EORTC-QLQ-C30 і EORTC-QLQ-CR38. При цьому, встановлено, що відмінна, добра, задовільна та порівняно задовільна якість життя хворих на КРР з ННК спостерігався у 67,13,0% випадків. Достовірно встановлено, що кількість

пацієнтів на КРР з ННК, які оцінили якість їхнього життя на відмінно, добре, задовільно та порівняно задовільно було вище у досліджуваній групі, ніж у контрольній - 80,9 4,2% та 59,1 4,0% відповідно ( $p < 0,001$ ).

Стеноз колоанального анастомозу розвився у 39 (51,3±5,7%) хворих. Достовірної відмінності частоти стенозу анастомозу після ННК не встановлено - 53,5±7,6% і 48,5±8,7% відповідно ( $p = 0,84$ , за критерієм  $\chi^2$ ). У всіх пацієнтів лікування стенозу колоанального анастомозу почалося з консервативного лікування (щоденні бужування) протягом 1-3 місяців. Консервативне лікування стенозу було ефективним для 27 (69,2±7,4%) пацієнтів, у 12 (30,8±7,4%) випадках потрібно було хірургічне лікування - розсічення стенозу, у 4 (10,3±4,8%) випадках необхідно було повторити оперативне втручання. З 7 хворих, яким виконали стандартне розсічення стенозу анастомозу в контрольній групі, рецидив стенозу, що вимагає повторної операції, стався у 4 (57,2±18,7%) випадках. У 1 випадку стеноз розсікали двічі. З 5 пацієнтів досліджуваної групи, яким лікування стенозу колоанального анастомозу провели розробленим методом, рецидив стенозу не відзначався у будь-якому спостереженні.

З 113 хворих на КРР з ННК, яким було виконано формування колостоми згодом необхідно було розглянути питання про відновлення кишкової безперервності. Таке втручання було застосовано до 37 (32,7±4,4%) пацієнтів. У інших пацієнтів відновлення кишкової безперервності не було виконано (смерть після операції, прогресування пухлинного процесу, важка відповідна патологія, відмова пацієнтів). Не відмічалось статистично значущої різниці частоти закриття колостом у контрольній і досліджуваній групах - 23 (28,4±5,0%) і 14 (43,8%±8,8) відповідно ( $p = 0,18$ , за критерієм  $\chi^2$ ).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оптимізована тактика лікування некрозу низведеної кишки в залежності від часу її виникнення і рівня некрозу: у пацієнтів з раннім високим некрозом низведеної кишки показана ампутація низведеної кишки, у пацієнтів з раннім низьким некрозом низведеної киш-

ки показано донизведення низведеної кишки зі сторони промежини; у пацієнтів з пізнім некрозом низведеної кишки показано відключення лівої половини товстої кишки шляхом формування петельної трансверзостоми на правій половині товстої кишки з одночасним тампонуванням тазової порожнини і армуванням анального каналу для запобігання його стенозу.

2. Застосування розробленої тактики дозволило знизити ( $p < 0,05$ ) ризик післяопераційних ускладнень у цій категорії пацієнтів, ОР=0,54 (95% ДІ 0,29-0,99) порівняно з раніше використовуваною методикою (протягом періоду з 1990 по 1999 роки), післяопераційна летальність при цьому склала 6,2±2,5%. Завдяки використанню розробленої тактики лікування відмічається зменшення післяопераційної летальності у 2 рази - з 12,5±2,5% (22 пацієнта) до 6,2±2,5% (6 пацієнтів) ( $p = 0,046$ ).

3. Встановлено, що відмінна, добра, задовільна, порівняно задовільна якість життя хворих на рак прямої кишки з некрозом низведеної кишки при лікуванні за допомогою розробленої методики спостерігається у 80,9 4,2% пацієнтів (у контрольній групі - 59,1 4,0 пацієнтів) ( $p < 0,001$ ).

4. Було розроблено комплекс реабілітаційних заходів, який дозволив поліпшити якість життя пацієнтів з некрозом низведеної кишки. А саме, розроблений новий спосіб лікування стриктур колоанального анастомозу після черевно-анальної резекції прямої кишки, що дозволяє виключити можливість повторного стенозу. Нова конструкція калоприймача, що дозволяє підтікання кишкового між шкірою і кільцем калоприймача у худих пацієнтів і хворих з кахексією. Розроблено післяопераційний бандаж та притискач до нього, який дозволив виключити необхідність виконання операцій щодо післяопераційних вентральних гриж у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією, при збереженні фізичної активності.

Розроблені нами способи поліпшення результатів лікування некрозу низведеної кишки після сфінктерозберігаючих операцій є достатньо ефективними, але у перспективі є і надалі над чим працювати та вдосконалювати запропоновані нами методи оперативних втручань.

### Список літератури

1. Рак в Україні в 2015-2016 р. (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / Бюлетень національного канцер-реєстру України. - К., 2017. - №18. - 126с.
2. Рак в Україні в 2006-2007 р. (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / Бюлетень національного канцер-реєстру України. - К., 2008. - №9. - 114с.
3. Babcock W.W. Operative treatment of carcinoma of the rectosigmoid / W.W. Babcock // Surg Gynecol Obst. - 1932. - Vol. 55. - P.627-634.
4. Baulieux J. Oncologic and functional results of resections with direct delayed coloanal anastomosis in previously irradiated cancers of the lower rectum / J. Baulieux, E. Olagne, C. Ducerf et al. // Chirurgie. - 1999. - Vol. 124, №3. - (June, 1999). - P.240-250.
5. Biondo S. Post-surgical complications and mortality after two-stage coloanal anastomosis using the Turnbull-Cutait procedure / S. Biondo, L. Trenti, E. Esp?n, et al. // Cir. Esp. - 2012. - Vol.90, №4 (April, 2012). - P.248-253.
6. Evrard S. Delayed coloanal anastomosis (DCA) improves morbi-mortality without derivative stoma after total mesorectal excision (TME) - a bicentric retrospective study / S. Evrard, J.L. Faucheron, L. Etchehoury et al. // EJSO. - 2008. - Vol. 34, Issue 9 (September 2008) / Special Issue 14nd Congress of the European Society of Surgical Oncology. - P. 1069.
7. Hochenegg J. Die Sakrale Methode der Extirpation von Mastdarmkrebsen nach Prof. Kraske / J. Hochenegg // Wien Klin Wochenschr. - 1888. - Vol. 1. - S.254-258.
8. <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/>

- statistics-by-cancer-type/bowel-cancer/incidence.  
 9. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110429\\_247.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110429_247.html).  
 10. Jarry J. Delayed colo-anal anastomosis is an alternative to prophylactic diverting stoma after total mesorectal excision for middle and low rectal carcinomas / J. Jarry, J.L. Faucheron, W. Moreno, C.A. Bellera, S. Evrard // EJSO. - 2011. - Vol.37, Issue 2 (February 2011). - P.127-133.  
 11. NCCN Guidelines Version 2.2017. Rectal Cancer.  
 12. Remzi F.H. Outcomes following Turnbull-Cutait abdominoperineal pull-through compared with coloanal anastomosis / F.H. Remzi, G.El Gazzaz, R.P. Kiran, H.T. Kirat, V.W. Fazio // Br. J. Surg. - 2009. - Vol.96, №4 (April, 2009). - P.424-429.

**Волошин С.П.**

#### СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА НИЗВЕДЕНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ СФИНКТЕР-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

**Резюме.** В статье разработаны новые способы улучшения результатов лечения некроза низведенной кишки после сфинктер-сберегающих операций у больных раком прямой кишки.

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, сфинктер-сберегающие операции, некроз низведенной кишки, лечение.

**Voloshin S.P.**

#### THE WAYS IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF THE DESCENDING COLON'S NECROSIS AFTER SPHINCTER-SAVING OPERATION

**Summary.** The article devises new ways of improving the results of treatment of necrosis of the lowered intestine after sphincterstructural operations in patients with rectal cancer.

**Key words:** cancer of the rectum, sphincterosurgery, necrosis of the intestine, treatment.

Рецензент - к. мед. н., доц. **Какар'кін О.Я.**

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016р.

*Волошин Сергій Петрович* - головний лікар КЛПУ "Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполь"; klpummod@ukrnet; +38(067)5309605

© Довгань А.О., Константинович Т.В., Мостова О.П., Довгань О.В.

УДК: 616.24-002.2:616.89-08

**Довгань А.О., Константинович Т.В., Мостова О.П., Довгань О.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНИМИ СОМАТОПСИХІЧНИМИ ЗМІНАМИ

**Резюме.** З метою оцінки клініко-функціональної та психокоригуючої ефективності режиму лікування хворих на ХОЗЛ із включенням ноотропного засобу було обстежено 37 хворих на ХОЗЛ за допомогою загальноприйнятих в пульмонологічній практиці методик, а також здійснено визначення психологічного статусу з використанням стандартизованих міжнародних опитувальників визначення рівня невротизації, тривожності та депресії. Вивчалися в динаміці клінічна симптоматика, показники функції зовнішнього дихання та соматопсихічні характеристики хворих на фоні проведення комплексної терапії, що включала препарати базисного ряду (флютиказон пропіонат та сальметерол) в поєднанні з препаратом похідного ГАМК-фенібуту в дозі 250 мг двічі на добу протягом місяця. Групу порівняння склали 32 хворих на ХОЗЛ, репрезентативних до основної за віком, статтю та важкістю захворювання, що отримували лише базисну терапію. Встановлено, що пацієнти за режиму поєднаної терапії характеризувалися вірогідно кращою динамікою показників рівня контролю над ХОЗЛ (середнє значення за шкалою САТ зросло на 30,0%, а за шкалою mMRC - на 10,3% від початкового) та рівня бронхіальної обструкції (ОФВ1 зросло в середньому на 5,3%). Також спостерігалась вірогідне зниження поширеності соматопсихічних синдромів (невротизації на 43,2% ( $p=0,006$ ), реактивної тривожності - на 62,2% ( $p=0,003$ ), особистісної тривожності - на 46,0% ( $p=0,037$ ) та депресивних станів - на 24,3%) порівняно з групою порівняння. Виявлена ефективність препарату дозволяє рекомендувати його до включення у схеми комплексної терапії хворих на ХОЗЛ.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, невротизація, тривожність, депресивні стани, лікування.

### Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) входить до групи найбільш значущих патологій сучасності як за поширеністю, так і за смертністю та інвалідністю [8]. Новітні погляди на ХОЗЛ розглядають його як захворювання з системними проявами, в залежності від виразності яких виділяють окремі фенотипи його перебігу [3]. Такий підхід дозволяє індивідуалізувати та оптимізувати терапію хворих на ХОЗЛ.

Однак, в результаті концентрування уваги на діагностиці та лікуванні ХОЗЛ та нівелюванні впливу на його перебіг супутньої патології, практикуючим лікарям не вдається досягти повного контролю над захворюванням [10]. Особливо мало уваги приділяється розвитку соматопсихічних зрушень, частка яких невпинно зростає у загальній популяції, у зв'язку з чим підвищується рівень їх поширеності та обтяжливого впливу у даній категорії