УДК 616,345 - 02: 616.348/352- 089 (043.3)

Тамм Т.І., Захарчук О.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.О.

Безпосередні результати лапароскопічних операцій у хворих на рак ободової кишки

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме. Проаналізовано результати лікування 32 хворих на рак ободової кишки, оперативне лікування, яких здійснювалося за допомогою відеолапароскопічних методик. Виявлено переваги методу за рахунок меншої травматичності й крововтрати, ранніх термінів відновлення фізичної активності. Радикальність виконаного об'єму оперативних втручань підтверджена результатами морфологічного дослідження препаратів.

Ключові слова: рак ободової кишки, лапароскопічна хірургія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. На сьогодні колоректальний рак є одним з найпоширеніших захворювань і займає третє місце серед причин смерті в онкологічних хворих [1]. Перші операції при колоректальному раку почали виконувати в 90-х роках XX століття [2]. Чисельні рандомізовані дослідження довели, що лапароскопічні операції при раку товстої кишки відрізняються від відкритих меншою травматичністю, зниженням больового синдрому, скороченням термінів перебування хворого в стаціонарі й термінів відновлення фізичної активності, а також зменшенням спайкоутворення [3 – 5,6,7].

Мета дослідження: оцінка безпосередніх і найближчих результатів лікування хворих на рак ободової кишки за допомогою лапароскопічних технологій.

Матеріал і методи дослідження

За період з 2010 по 2011 рр. прооперовано 32 пацієнти на рак ободової кишки різної локалізації у віці від 51 до 85 років. Жінок було 17 (53%), чоловіків - 15 (50%). У 14 (43,7%) хворих пухлина локалізувалася в сліпій кишці, у 3 (9,4%) хворих - у висхідному, у 4 (12,5%) - в низхідному відділі ободової кишки, у 11 (34,4%) - в сигмоподібній кишці. Локалізацію пухлини визначали за допомогою ректороманоскопії, іригографії і колоноскопії. Для визначення поширення і ступеня інвазії пухлинного процесу виконували УЗД органів черевної порожнини і КТ. Оперативні втручання виконували під загальною анестезією із застосуванням відеолапароскопічної системи "Ендомедіум".

Результати дослідження

Розподіл хворих залежно від стадії захворювання відповідає патогістологічній класифікації TNM, розробленої комітетом Міжнародного протиракового союзу в 1997 р. У 17 (53,2%) пацієнтів пухлина проростала всі шари стінки товстої кишки (Т3), у 11 (34,3%) - м'язовий шар (Т2), у 4 (12,5%) хворих пухлина була місцево-поширеною (Т4) і проростала в сусідні органи: в 1 спостереженні - в тонку кишку і в 3 - в передньобокову стінку живота. Метастазування в регіонарні лімфатичні вузли виявлено у 10 (31,2%).

Мобілізація кишки здійснювалася з портів, введених в стандартних точках, залежно від локалізації пухлини. Після візуалізації кишки, ураженої пухлиною, виконували виділення магістральних судин, які кровопостачають уражений сегмент. Для цього використовували монополярний електрод та дисектор. Судини кліпували за допомогою кліпаплікатора та кліпс довжиною 8 - 10 мм. Далі здійснювали розтин листків очеревини і мобілізацію ураженої ділянки кишки в залежності від локалізації пухлини згідно онкологічнх стандартів. У пацієнтів з місцево поширеною пухлиною і проростанням її в передньобокову стінку живота, єдиним блоком видаляли тканини ураженої ділянки. У разі проростання пухлини в сегмент тонкої кишки, її мобілізація також виконувалася лапароскопічно. У пацієнтів із супутньою жовчнокам'яною хворобою на першому етапі виконували лапароскопічну холецистектомію, а потім проводили мобілізацію ураженого сегмента товстої кишки. У пацієнтки з післяопераційною вентральною грижею спочатку виконували вісцероліз, а операцію завершували аутогерніопластикою.

Після етапу мобілізації кишки з пухлиною і регіонарними лімфовузлами виконували лапаротомію довжина, якої не перевищувала 5 - 6 см з використанням ран від троакарів. Це дозволило знизити травматичність операції і досягти певного косметичного ефекту. Топографію передбачуваного операційного доступу на передній черевній стінці визначали методом транслюмінесценції в проекції формування анастомозу. При правобічній і лівобічній геміколектомії використовували параректальний розріз, а при резекції сигмоподібної кишки - косий розріз у лівій здухвинній ділянці. В рану виводили мобілізовану ділянку кишки з пухлиною, видаляли з наступним формуванням екстракорпорального міжкишкового анастомозу дворядним швом. Оперативне втручання завершували дренуванням черевної порожнини через троакарну рану і ушиванням лапаротомної рани.

Тривалість операції залежала від локалізації пухлини, її поширеності, супутньої патології і варіювала від 1,5 до 3,5 годин. З хворим було виконано перехід до відкритого оперативного втручання. Причиною у 1 пацієнта послугувала часткова кишкова непрохідність, не діагностована до операції. В 1-му спостереженні пухлина локалізувалася в селезінковому куті ободової кишки, була невеликих розмірів, що ускладнювало її візуалізацію. Причиною третьої конверсії була кровотеча з судин кишки, яка виникла при її мобілізації.

З 32 пацієнтів у 5 (15,6%) виникли ускладнення. У 2 пацієнтів - часткова неспроможність анастомозу, яка закрилася під впливом консервативної терапії. В 1 випадку - нагноєння післяопераційної рани і у 2 хворих спостерігалася тривала лімфорея. Летальних випадків не було. Середні терміни перебування хворих у стаціонарі після операції становили 5±1,5 доби. Радикальність виконаного об'єму всіх оперативних втручань підтверджено результатами морфологічного дослідження препаратів: лінія резекції кишки в межах здорових тканин, метастази в лімфатичні вузли виявлені у 31,2% випадків.

Обговорення

Отримані нами результати в лікуванні хворих з пухлиною ободової кишки дозволяють відзначити ряд переваг відеолапароскопічого методу хірургічного лікування. У першу чергу його малотравматичність, а також необмежені можливості розширення об'єму оперативного втручання в черевній порожнині, що не вимагає додаткового розширення ран. Окрім цього, технологія мобілізації сегмента кишки з пухлиною здійснюється методом електрокоагуляції і не пов'язана з травматизацією самої кишки руками хірурга. До переваг слід також віднести можливість візуалізації регіонарних лімфовузлів невеликих розмірів, що дозволяє виконати лімфодисекцію в більш повному об'ємі, а також подвійний візуальний контроль операційного поля і косметичний ефект операції. Малотравматичність операції підтверджується незначно вираженим больовим синдромом, який ліквідується ненаркотичними анальгетиками, раннім відновленням перистальтики кишечника під кінець 2-ї доби післяопераційного періоду. Відсутність великих ран на передній черевній стінці дозволяє активізувати хворих в ранні терміни і, як наслідок, скоротити терміни перебування хворих, як в палаті інтенсивної терапії, так і в стаціонарі в цілому

Висновки

1. Виконання лапароскопічних оперативних втручань на товстій кишці має незаперечні переваги: знижує травматичність втручання, зменшує терміни перебування хворого в стаціонарі, потребу в знеболюванні.

2. Застосування лапароскопічного доступу в хірургії колоректального раку дозволяє поліпшити найближчі післяопераційні результати з врахуванням онкологічного радикалізму.

Перспективи подальших досліджень

Лапароскопічний метод хірургії товстої кишки з приводу

раку є перспективним переваги при адекватному доопераційному обстеженні хворих і правильному відборі пацієнтів.

Література

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin. 2008; 58(2):71-96.

2. Phillips EH, Franklin M, Caroll BJ et al. Laparoscopic colectomy. Ann Surg 1992; 216: 703-707.

3. Kuhry E, Schwenk W, Gaupset R, Romild U, Bonjer J. Long-term outcome of laparoscopic surgery for colorectal cancer: a cochrane systematic review of randomised controlled trials. Cancer Treat Rev 2008 Oct; 34(6):498–504.

4. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, et al. Colon cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group (COLOR). Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. LancetOncol 2005 Jul;6(7):477–84.

5. Senagore AJ, Delaney CP, Brady KM, Fazio VW. Standardized approach to laparoscopic right colectomy: outcomes in 70 consecutive cases. J Am CollSurg 2004 Nov; 199(5):675–9.

6. Indar A, Efron J. Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer. The Permanent Journal/Winter 2009/V 13 No 1:47-52.

7. Plasencia G, Jacobs M. Complication of Laparoscopic Colorectal Surgery. Management of Laparoscopic Surgical Complications. Edited by Karl A. LeBLANC. 2004, Part 10, 173-188.

Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко Е.А.

Непосредственные результаты лапароскопических операций у больных раком ободочной кишки

Резюме. Проанализированы результаты лечения 32 больных раком ободочной кишки, оперативное лечение, которых осуществлялось при помощи видеолапароскопичних методик. Выявлены преимущества метода за счет меньшей травматичности и кровопотери, ранними сроками восстановления физической активности. Радикальность выполненного объема оперативных вмешательств подтверждена результатами морфологического исследования препаратов.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопическая хирургия.

Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomniaschy VV.., Kramarenko K.A.

Immediate Results of Laparoscopic Operations in Patients with Colon Cancer

Summary. Results of treatment of 32 patients with colon cancer, surgery is done by videolaparoscopic method. The advantages of the method due to less trauma and blood loss, earlier recovery periods of physical activity. Radicality of surgery performed is confirmed by the results of morphological studies of preparations.

Key words: colon cancer, laparoscopic surgery.

Надійшла 25.06.2012 року.

Фелештинський Я.П., Ватаманюк В.Ф., Свиридовський С.А., Йосипенко М.О., Сміщук В.В.

Оптимізація вибору способу алопластики при післяопераційних грижах живота гігантського розміру

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Резюме. У роботі обгрунтовано вибір способу алопластики при післяопераційних грижах живота (ПГЖ) гігантського розміру у 248 хворих віком від 30 до 80 років, які були прооперовані за період з 2006 по 2011 роки. Критеріями вибору способу алопластики були ширина діастазу прямих м'язів живота та величина внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). У 68 хворих з діастазом прямих м'язів живота 12±1,8 см та ВЧТ 10±1,2 мм рт.ст. – методика "sublay", у 117 пацієнтів з діастазом 16±1,3 см та ВЧТ 20±2,6 мм рт.ст. – за Рамірез (варіант1), у 63 пацієнтів з діастазом 20±1,2 см та ВЧТ 25±2,5 мм рт.ст. – за Рамірез (варіант 2). Оптимальним варіантом алопластики при ПГЖ гігантського розміру була модифікована нами операція за Рамірез в комбінації з сітчастими імплантантами. Інтраабдомінальна гіпертензія спостерігалась у 2 (0,8%) серед 248 пацієнта з гігантськими ПГЖ, серома - у 21 (8,5%) та нагноєння рани - у 4 (1,6%) від загальної кількості прооперованих. Померли 2 (0,8%) хворих з гігантськими ПГЖ від тромбоемболії легеневої артерії. Віддалені результати вивчені у 198 прооперованих в строки від 1 до 5 років. Хронічний біль на ділянці черевної стінки спостерігався у 7 (3,5%), рецидиви грижі - у 3 (1,5%) пацієнтів.

Ключові слова: післяопераційні грижі живота гігантського розміру, інтраабдомінальна алопластика, алопластика, методика "sublay", модифіковані операції Рамірез.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Алопластика післяопераційних гриж живота (ПГЖ) домінує над аутопластикою і є патогенетично обгрунтованою операцією. Незважаючи на широке впровадження алогерніопластики при ПГЖ, частота рецидивів тримається на рівні 10-25% [3,8]. Ускладнення з боку рани після алогерніопластики у вигляді сероми спостерігаються у 18-25% хворих, нагноєння – у 4,2-6%, хронічний біль – у 7,6-12,4% [1,2,4,5]. У хворих з великими та гігантськими ПГЖ в ранньому післяопераційному періоді часто виникає інтраабдомінальна гіпертензія (6-8%), яка стає основною причиною післяопераційної летальності [1,2,5,7]. На наш погляд, основними причинами таких незадовільних результатів хірургічного лікування ПГЖ є неадекватний вибір способу алопластики. Особливо це стосується ПГЖ великого та гігантського розмірів, коли переважно використовують методики "onlay" та "inlay", а м'язово-апоневротичні тканини зшивають з великим натягом та зменшенням об'єму черевної порожнини [9,10].

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування гігантських ПГЖ шляхом оптимізації вибору способу алогерніопластики.

Матеріал і методи дослідження

У клініці за період з 2006 по 2011 рр. з приводу гігантських ПГЖ було прооперовано 248 хворих віком від 30 до 80 років. Супутні захворювання з переважанням хронічної серцево-судинної патології спостерігалися у 142 (57,3%), ожиріння II-III ступеня - у 148 (59,7%). Відповідно до міжнародної класифікації SWR classification [6] гігантські ПГЖ розподілилися наступним чином: $M_4W_4R_0$ гігантського розміру – у 231, $M_4W_4R_{1-3}$ – у 17. Пацієнтам з ПГЖ гігантського розміру впродовж 10±3,2 днів проводилася спеціальна передопераційна підготовка. Вона включала безшлакову дієту, очисні клізми (напередодні операції фортранс), дозоване бандажування живота, підвищення резервів з боку серцево-судинної та дихальної систем (судинні препарати, дихальна гімнастика), корекцію супутніх захворювань. Антибіотикопрофілактика проводилася з використанням сульперазону 2г внутрішньовенно під час операції. З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень використовували клексан 40 мг підшкірно за 12 годин до операції та один раз на день після операції впродовж 7-9 днів. З метою знеболення використовували загальний наркоз з міорелаксантами. Вибір способу герніопластики проводили з урахуванням віку пацієнта, розмірів ПГЖ, ширини діастазу прямих м'язів живота та показників моніторингу внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) при моделюванні герніопластики.

Вимірювання ширини діастазу прямих м'язів живота виконувалося за допомогою лінійки в см. ВЧТ вимірювали за допомогою катетера Фолея, який вводився в сечовий міхур. Через цей катетер в сечовий міхур вводилося 100 мл фізіологічного розчину, потім катетер з'єднувався з прозорою трубкою, кінець якої підіймався і фіксувався перпендикулярно операційному столу. За нуль вважали лобкове зрощення. Висота стовпчика рідини в трубці була величиною ВЧТ в сантиметрах водного стовпчика (1 см вод.ст.=0,735 мм рт. ст.) [5,6]. Підвищення ВЧТ до 15 мм рт. ст. вважали граничним при моделюванні та виконанні герніопластики, оскільки тривале підвищення ВЧТ більше 15 мм рт.ст. призводить до синдрому інтраабдомінальної гіпертензії [7,8].

У 68 пацієнтів цієї групи з повздовжніми гігантськими дефектами черевної стінки від мечоподібного відростка до лобкового зрощення ширина діастазу прямих м'язів живота складала 12±1,8 см. ВЧТ при