

УДК 616.45-007.272-089

Хворостов Є. Д., Цівенко О. І., Гриньов Р. М., Бичков С. О., Шевченко Є. В.

Хірургічна тактика лікування хворих на колоректальний рак, що ускладнений гострою обтураційною кишковою непрохідністю

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Резюме. У роботі були проаналізовані результати хірургічного лікування 175 хворих на рак ободової і прямої кишки, ускладненим ГОКН, які знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №2 філії «Центр охорони здоров'я» ПАТ «Укрзалізниця» за період 2004-2015 рр., у яких в якості інтраопераційних дисекторів-коагуляторів використовувались монополярний електро- (МЕС) та ультразвуковий скальпель (УЗС). Визначення тактики хірургічного лікування має бути суто індивідуальним, ґрунтуватись на стадії онкологічного процесу, важкості ГОКН, наявності інших ускладнень і ступеня операційно-анестезіологічного ризику. Проаналізована діагностична цінність і доцільність включення в діагностичну програму УЗД ОЧП. При необхідності слід вибирати етапну тактику оперативного лікування з подальшим проведенням поліхіміо- або хіміопроменевої терапії. Індивідуалізація лікувальної програми і використання УЗС дозволили поліпшити результати лікування, післяопераційний ліжко-день складав 12±6 днів, післяопераційна летальність знизилась з 21,8% до 11,8%.

Ключові слова: рак ободової і прямої кишки, гостра кишкова обтураційна непрохідність (ГОКН), ультразвуковий скальпель (УЗС).

Вступ. Гостра обтураційна кишкова непрохідність залишається одним з найбільш поширених і важких захворювань органів черевної порожнини та складає від 9,4 до 27,1% серед усієї невідкладної абдомінальної патології, яка характеризується труднощами в діагностиці, важким перебігом і високою летальністю – до 25% серед хворих, оперованих з приводу «гострого живота». Проведені в останні роки дослідження встановили зміну структури ГКН внаслідок неухильного зростання захворюваності колоректальним раком (КРР) [3, 5, 6]. Щорічно в світі реєструється близько 1 мільйона хворих на колоректальний рак, при цьому у 20% діагностується IV стадія захворювання. Сучасна тенденція у хірургії ускладненого КРР полягає у використанні резекційних методів з формуванням первинних анастомозів, однак стримуючим фактором є високий ризик розвитку різних післяопераційних ускладнень, летальність при яких досягає 32,1—100% [1, 2, 6, 7].

За загальноприйнятою думкою ця група пацієнтів характеризується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику, що значною мірою затрудняє визначення хірургічної тактики.

Мета – покращити результати хірургічного лікування хворих на колоректальний рак, що ускладнений розвитком гострої обтураційної кишкової непрохідності.

Матеріали і методи дослідження

Робота виконана на підставі клінічного аналізу хірургічного лікування 175 хворих на рак ободової і прямої кишки, що ускладнився ГОКН, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2 Філії «Центр охорони здоров'я» Публічного Акціонерного Товариства «Українська залізниця» за період 2004–2015рр.

Для верифікації діагнозу, встановлення стадії онкологічного процесу, визначення операційно-анестезіологічного ризику та об'єму хірургічного втручання використовувались: комплексна лабораторна діагностика, ультразвукове дослідження (УЗД), оглядова рентгенографія органів черевної та грудної порожнини (ОЧП та ОГП), за показаннями рентген контрастне дослідження шлунково-кишкового тракту, ургентна колоноскопія з гістологічним вивченням отриманого матеріалу, комп'ютерна томографія (КТ) ОЧП та ОГП.

Також в якості інтраопераційних дисекторів-коагуляторів застосовувалися монополярний електро- (МЕС) і ультразвуковий скальпель (УЗС). Для об'єктивізації отриманих результатів нами були використані однакові режими роботи апаратури.

Залежно від вибраного фізичного методу коагуляції і дисекції тканин всі пацієнти були розділені на дві групи. У I – (контрольній) групі в якості інтраопераційного дисектора використовувався МЕС. У неї було включено 86 хворих, з них чоловіків було 37, жінок 49. Вік хворих, в середньому, складав $63,4 \pm 13,2$ роки. МЕС застосовували на етапах резекції товстої кишки, для розтину її просвіту з метою подальшого формування ілео-трансверзо-, трансверзо-трансверзо- або десценденс-ректоанастомозів в режимі “дисекції”, а також для зупинки кровотечі з дрібних судин в режимі “коагуляції”.

У II – (основній) групі дисекція і коагуляція виконувалися за допомогою УЗС, але II група була розділена на дві підгрупи (II – А і II – Б) залежно від того використовувався УЗС ізольовано, чи в комбінації з МЕС. У неї було включено 89 хворих (II – А – 36 і II – Б – 53 пацієнтів відповідно), з них чоловіків було 31, жінок 58. У цій групі вік хворих, в середньому, складав $59,6 \pm 11,2$ роки.

Виходячи з технічних можливостей, УЗС використовувався практично на всіх етапах операції, починаючи з мобілізації ободової або прямої кишки і закінчуючи резекцією або розтином її просвіту. Апарат працював в двох режимах: “розтин” – 100% потужності для роботи з менш васкуляризованими тканинами і “коагуляції” – 75% потужності за наявності візуально визначених судин діаметром близько 3мм, судини більшого діаметру кліпувались.

В основній і контрольній групах комплексно оцінювали особливості, переваги та недоліки використання електрохірургічного та ультразвукового скальпелів, частоту розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень.

Результати дослідження і обговорення

На підставі клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних й інструментальних методів дослідження, макроскопічної оцінки змін органів черевної порожнини при інтраопераційній ревізії, з метою об'єктивного аналізу отриманих результатів і вироблення індивідуалізованої тактики хірургічного лікування ми розділяли за ступенем тяжкості ГОКН на компенсовану, субкомпенсовану і декомпенсовану.

До хірургічного відділення більшість пацієнтів (120) госпіталізовано в 24 – 72 години від початку захворювання. В першу добу були госпіталізовані 26 хворих, а 27 після 3 днів з появи перших ознак ГОКН. Детальне опитування хворих вказувало на те, що перші прояви порушення пасажу кишкового вмісту спостерігалися за декілька тижнів, а інколи і місяців до госпіталізації.

Локалізація пухлинного процесу була наступною: у правій половині ободової кишки у 41 (23,2%) пацієнта, в поперековій ободовій кишці 12 (6,9%), в лівій половині ободової кишки 98 (56,2%) і 24 (13,7%) хворих в прямій кишці. У 28 пацієнтів, окрім ГОКН, спостерігався розвиток наступних ускладнень: параколічний абсцес (7 хворих), перфорація пухлини (9 хворих), діастатичні розриви ободової кишки (12 хворих). Згідно з міжнародною класифікацією TNM у всіх хворих пухлина була T3 – 4, що в сукупності із значеннями N і M відповідало IIIa – б або IV стадіям онкологічного процесу.

У 127 пацієнтів, за результатами клінічних проявів, лабораторних і інструментальних методів обстеження була діагностована компенсована і субкомпенсована ГОКН.

Всім хворим з підозрою на кишкову непрохідність виконували УЗД ОЧП. Ультразвукове дослідження виконувалося апаратами Sonoace 4800 фірми „Medison”, Toshiba «Nemio» і «Xario» та ультразвуковою діагностичною системою експертного класу Philips HDI 4000 конвексними датчиками з частотою від 2 до 5 МГц, в режимі реального часу. При цьому виявляли гіперпневматизацію кишок; розширення просвіту кишки з феноменом «секвестрації рідини»; потовщення стінки тонкої кишки більше 4 мм; наявність зворотно-поступаль-

ного (мятнікоподібного) руху хімусу по кишці; збільшення висоти складок Керкринга – більше 5 мм і відстані між ними – більше 5 мм; наявність рідини в черевній порожнині, що свідчить про ГКН. В деяких випадках за допомогою УЗД було встановлено локалізацію пухлини та стадію захворювання. Слід зазначити, що виразність сонографічних ознак напряму залежала від стадії компенсації ГОКН, але вони визначаються вже при компенсованій непрохідності, в той час як рентгенологічні ознаки виявляються в більш пізніх стадіях. Така діагностична тактика дозволяла на ранніх стадіях діагностувати порушення руху хімусу по кишці і починати лікування з консервативних заходів, направлених на стабілізацію гомеостазу і корекції моторно-евакуаторної функції кишечника (аспірація шлункового вмісту, багатокомпонентна інфузійна терапія, проведення новокаїнової паранефральної блокади і сифонових клізм). Дана тактика дала можливість у всіх хворих з компенсованою та субкомпенсованою гострою кишковою непрохідністю провести адекватні діагностику і передопераційну підготовку та виконати операцію в більш сприятливих умовах.

У 112 пацієнтів при проведенні ревізії черевної порожнини не були встановлені ознаки розповсюдження пухлинного процесу, що дозволило виконати радикальні хірургічні втручання з дотриманням всіх онкологічних принципів і відновленням безперервності кишечника шляхом формування анастомозів «кінець в кінець», «бік в бік» або «кінець в бік» залежно від локалізації пухлини, як за допомогою циркулярних зшиваючих апаратів, так і ручним методом. При локалізації пухлини в лівій половині ободової кишки і при неспівпаданні діаметрів проксимальної та дистальної ділянок кишки ми вдавалися до двоетапного оперативного лікування: радикальну операцію завершували формуванням У-подібного анастомозу, через 1 – 3 місяці, за сприятливого перебігу і відсутності ознак прогресу захворювання колостому закривали. Крім цього при виконанні низьких резекцій прямої кишки і формуванні анастомозів за несприятливих умов, що характеризується високим ризиком розвитку неспроможності швів анастомозу, вважаємо за необхідне формування ілеостоми. Наявність колостоми або ілеостоми, в залежності від локалізації пухлини і виду оперативного втручання, створювали сприятливі умови для репаративних процесів в зоні анастомозу. Після завершення репаративних процесів в зоні анастомозу стоми закривались у плановому порядку.

При IV стадії пухлинного процесу, але при технічній можливості видалення патологічного осередку проводили паліативне втручання (18 хворим), метою якого було попередження подальших ускладнень і створення сприятливіших умов при проведенні хіміо-променевої терапії. У 11 пацієнтів, інтраопераційно було діагностовано неоперабельні пухлини, що обумовило накладання у них обхідних анастомозів або колостом.

У 48 пацієнтів була діагностована декомпенсована ГОКН, що обумовило важкі порушення гомеостазу та високий ступінь операційно-анестезіологічного ризику. Всім хворим, після короткочасної патогенетично обґрунтованої передопераційної підготовки проводили невідкладне оперативне втручання за життєвими показами. При проведенні лабораторних і інструментальних досліджень та після ревізії органів черевної порожнини у 27 пацієнтів було встановлено IV стадію онкологічного процесу. Це визначило хірургічну тактику – формування колостоми або ілеостоми при пухлинній правій половині ободової кишки, метою яких було усунення ГОКН. У 21 хворого були виконані обструктивні резекції сигмоподібної та прямої кишки з виведенням колостоми. За показанням застосовували інтраопераційну інтубацію проксимального відділу кишки, з метою декомпресії, санації і евакуації кишкового вмісту. Після стабілізації стану, відсутності метастазування і рецидиву захворювання, через 2 – 4 місяці (до того як не розвинулися виражені атрофічні,

моторні і нейротрофічні зміни в дистальних відділах) проводили відновлення безперервності кишечника.

З 2003 року операції на шлунково-кишковому тракті виконуються з використанням УЗС, включаючи очеревику, великий чепець, судини брижі 2-го і 3-го порядків, середні і нижні ректальні артерії. Магістральні судини – нижня брижева артерія та її гілки, клубово-ободова артерія, права і середня ободові артерії та вени, що їх супроводжують після коагуляції і перетину їх УЗС додатково лігували. Аналізуючи особливості інтраопераційного застосування різних видів фізичної дисекції та коагуляції слід відзначити, що УЗС дозволяв проводити розтин тканин із забезпеченням повного гемостазу. Разом з тим, застосування УЗС для препаровки в анатомічно складних областях, при наявності запальної інфільтрації тканин і при виражених технічних труднощах, не приводило до небажаних пошкоджень анатомічних структур поза зоною дії. У основній групі ми не спостерігали інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, пов'язаних з методами інтраопераційної дисекції і коагуляції. Після впровадження в хірургічну практику УЗС післяопераційний ліжко-день склав 12 ± 6 днів, при застосуванні МЕС – 18 ± 3 днів. Найбільш позитивні результати отримані при комбінованому інтраопераційному використанні МЕС та УЗС. Застосування індивідуалізованої хірургічної тактики і диференційований підхід до використання різних методів дисекції тканин та коагуляції на різних етапах операції забезпечує найбільш ефективне та безпечне проведення оперативних втручань, з отриманням кращих результатів хірургічного лікування дуже складної категорії хворих. Так при аналізі післяопераційної летальності встановлено, що остання знизилась з 21,8% до 11,8%.

Висновки

1. У хворих з ознаками порушення пасажу кишкового вмісту слід широко використовувати УЗД ОЧП з метою встановлення діагнозу та стадії захворювання при онкопатології.
2. Визначення тактики хірургічного лікування хворих з ГОКН пухлинного генезу має бути суто індивідуальним, з урахуванням стадії онкологічного процесу, важкості ГОКН та факторів, що визначають ступінь операційно-анестезіологічного ризику та з неодмінним дотриманням всіх принципів онкохірургії.
3. При наявності високого ризику розвитку неспроможності швів анастомозу слід обирати етапну тактику оперативного лікування з подальшим проведенням патогенетично обґрунтованої терапії. Саме такий вибір дозволяє виконати первинно-радикальну операцію (обструктивна резекція ободової кишки) і після стабілізації стану відновити безперервність ободової кишки.
4. Застосування УЗС характеризується контрольованою, щадною дією на тканини та високою ефективністю, але спостерігається і низка недоліків таких як швидкість досягнення результату та недостатня ефективність при коагуляції судин діаметром більш за 3мм. Найбільш оптимальних результатів було досягнуто при комбінованому використанні різних методів фізичної дисекції та коагуляції. Така тактика дозволяє звести до мінімуму ризик можливих ускладнень і поліпшити показники лікування.

Література

1. Беденюк А. Д. Оцінка факторів ризику неспроможності швів анастомозу та інтраопераційна тактика у хворих на обтураційну товсто кишковою непрохідність / А. Д. Беденюк, Й. М. Гриценко, С. Й. Гриценко, Ю. М. Футуйма Матеріали ХХІІІ з'їзду хірургів України. – 2015. – С. 38 – 39.
2. Бондарь Г. В. Местнораспространенный рак прямой кишки у женщин / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, О. В. Совпель, А. И. Ладур, Н. В. Куприенко // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 2008. т. 144, часть 2. – с.46 – 49.
3. Гринцов А.Г. Операционный риск у больных пожилого и

старческого возраста с раком ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью /А. Г. Гринцов, В. Н. Буценко, Ю. Л. Куницкий, А. А. Христуленко, А. А. Ковалькова // Мат. II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. – 2011. – С.106 – 107.

4. Иващенко В.В. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости в условиях общехирургического стационара /В. В. Иващенко, В. С. Ковальчук // Архив клин. и экспериментальной медицины. – 2007. т. 16, №1. – С.44 – 47.

5. Boyle P. Leon M.E. Epidemiology of colorectal cancer. Brit. Med. Bull. 2002; 6 (4): 125.

6. Faivre J., Bouvier, C. Epidemiology and screening of colorectal cancer. Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2002; 16(2): 187 – 99.

7. Iarumov N., Viiachki, I., Korukov V. Tactics and operative methods in treating complicated colorectal cancer. Khirurgiia (Sofia). 1999; 55(6): 29 – 34.

Хворостов Е. Д., Цивенко А. И., Гринев Р. М., Бычков С. А., Шевченко Е. В.

Хирургическая тактика лечения больных колоректальным раком, осложненного острой obturационной кишечной непроходимостью

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Резюме. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 175 больных с раком ободочной и прямой кишки, осложнённым ООКН, находившихся на лечении в хирургическом отделении Харьковской клинической больницы на железнодорожном транспорте № 2 Филиал «Центр охраны здоровья» ПАТ «Украинская железная дорога» за период 2004–2015гг, у которых в качестве интраоперационных диссекторов-коагуляторов применялись монополярный электро- (МЭС) и ультразвуковой скальпели (УЗС). Определение тактики хирургического лечения должно быть строго индивидуальным, основываясь на стадии онкологического процесса, тяжести ОКН, наличии других осложнений

и степени операционно-анестезиологического риска. Проанализирована диагностическая ценность и целесообразность включения в диагностическую программу УЗИ ОБП. При необходимости следует избирать этапную тактику оперативного лечения с последующим проведением полихимио- либо химиолучевой терапии. Индивидуализация лечебной программы и использование УЗС позволили улучшить результаты лечения, послеоперационный койко-день составил 12±6 дней, послеоперационная летальность снизилась с 21,8% до 11,8%.

Ключевые слова: рак ободочной и прямой кишки, острая кишечная непроходимость (ОКН), ультразвуковой скальпель (УЗС).

E. D. Khvorostov, A. I. Tsyvenko, R. N. Hrynyov, S. A. Bychkov, E.V. Shevchenko

Surgical Treatment Tactic of Patients with Colorectal Cancer Complicated by Acute Obturation Intestinal Obstruction

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Abstract. The results of surgical treatment of 175 patients with colon and rectum cancer complicated by acute obturation intestinal obstruction (AOIO) were analyzed. The patients were treated at the Surgical Department of Kharkiv Railway Clinical Hospital №2 for the period from 2004 to 2015. Monopolar electrical scalpel (MES) and ultrasonic scalpel (USS) were used as intraoperative dissector-coagulators. Surgical treatment determination must be strictly individual, based on the cancer stage, the severity of intestinal obstruction, presence of other complications and the degree of surgical and anesthesiological risk. Staging operative tactic should be applied if necessary followed by chemotherapy or chemoradiotherapy. Individualization of treatment program and the use of ultrasound scanning greatly improved treatment outcomes, postoperative hospital stay was 12 ± 6 days, postoperative mortality decreased from 21.8% to 11.8%.

Keywords: colon and rectum cancer; acute obturation intestinal obstruction; ultrasonic scalpel.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК: 616.314-002 + 613.954 + 615.356

Череп'юк О. М.¹, Смоляр Н. І.²

Оцінка стоматологічного статусу дітей дошкільних закладів м. Івано-Франківська після застосування імуносимуючого та полівітамінного препарату в комбінації із глибоким фторуванням

1. Асистент кафедри дитячої стоматології, Івано-Франківський національний медичний університет

2. Доктор медичних наук, професор кафедри дитячої стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Мультифакторність карієсу підтверджується показниками інтенсивності та поширеності карієсу тимчасових зубів у дітей Прикарпаття. Висока поширеність (97%) та інтенсивність (7,1) карієсу зубів у дітей цього регіону, обумовлено негативним геохімічним впливом, а саме низьким вмістом в ґрунті та питній воді йоду, барію, кобальту і, особливо, фтору, усереднений показник якого в питній воді складає 0,86 мг/л, що значно нижче від мінімальної норми. Крім того, серед низки факторів, що впливають на показники ураженості карієсом зубів серед дітей, слід відокремити імунний статус, який займає одне із провідних місць. Так, від рівня секреторного імуноглобуліну А та лізоциму в ротовій рідині, залежить інактивування ферментативної діяльності ряду карієсогенних мікроорганізмів та їх адгезії до твердих тканин зуба. Тому пріоритетним питанням стало дослідження показників ураженості карієсом з метою аналізу їхніх якісних змін після застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу. В даній статті відображені дані, які вказують на позитивну динаміку

змін показників ураженості карієсом, а саме: низький рівень інтенсивності; вірогідне зростання відсотка дітей з низькою та середньою активністю карієсу на фоні зниження відсотку дітей з дуже високою активністю карієсу; низький приріст інтенсивності карієсу. Таким чином, у профілактичній групі запропонований ЛПК показує свою високу ефективність, як у безпосередній, так і у віддалені терміни спостереження, позитивно відображаючись на стоматологічному статусі дітей.

Ключові слова: карієс тимчасових зубів, профілактика, інтенсивність, індивідуальний рівень інтенсивності, приріст інтенсивності карієсу.

Представлене наукове дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», № державної реєстрації 018U010993