

© Тамм Т.І., Захарчук О.П., Непомнящий В.В., Полянський Д.П.

УДК: 616.345-089

Тамм Т.І., Захарчук О.П., Непомнящий В.В. Полянський Д.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії та проктології (пр. Московський, 197, м. Харків, Україна, 61037)

ВИКОРИСТАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 56 хворих, яким була виконана лапароскопічна резекція ураженої ділянки ободової кишки. Вік пацієнтів коливався в межах від 51 до 85 років. Серед досліджуваних чоловіків було 22 (42%), жінок - 34 (58%); 52 (92,8%) хворих оперовані з приводу злоякісного новоутворення ободової кишки та 4 (7,2%) - з приводу ускладнених форм дивертикулярної хвороби. У всіх випадках виконано радикальне оперативне втручання, що підтверджено результатами морфологічного дослідження. Ускладнення в післяопераційному періоді виникли у 6 (10,7%) хворих, з яких у 2 (3,5%) спостерігалася неспроможність анастомозу. Нагноєння післяопераційної рани виникло у 2 (3,5%) пацієнтів. Ще у 2 (3,5%) відзначена тривала лімфорейя. Післяопераційна летальність склала 1,7%. Її причиною став гострий інфаркт міокарда, який розвинувся на 3 добу після операції у однієї пацієнтки похилого віку. Встановлено, що лапароскопічний доступ у хірургічному лікуванні захворювань ободової кишки є найбільш прийнятним, так як об'єктивних обмежень до його використання мало. Впровадження лапароскопічних технологій у хірургічне лікування захворювань ободової кишки є досить перспективним напрямком хірургії в силу їх радикальності та малої травматичності.

Ключові слова: захворювання ободової кишки, лапароскопічна резекція ободової кишки, лапароскопічні операції.

Вступ

Серед численних захворювань ободової кишки найбільш частим показанням для оперативного втручання, якщо не брати до уваги гострий апендицит, є злоякісні пухлини і ускладнені форми дивертикулярної хвороби. Обсяг оперативних втручань при пухлинах ободової кишки передбачає видалення ураженого сегмента та лімфодисекцію. Для виконання таких втручань необхідно застосувати широкий доступ, а отже розріз на передній черевній стінці повинен бути досить великим. Від розмірів лапаротомної рани залежить інтенсивність больового синдрому та активність пацієнта в післяопераційному періоді, а також термін його реабілітації загалом. Явною перевагою перед лапаротомією на думку ряду авторів в цих випадках є лапароскопічний доступ [2, 3, 5]. Однак в клініці його використовують досить рідко. Це обумовлено, перш за все, технічною складністю лапароскопічних операцій на товстій кишці в порівнянні з лапаротомними, по-друге, неупевненістю в безпеці лапароскопічних операцій. По-третє, через відсутність відповідного досвіду [1, 4, 6]. *Мета* - вивчити ефективність лапароскопічних втручань при злоякісних захворюваннях ободової кишки і ускладнених формах дивертикулярної хвороби.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 56 хворих, яким була виконана лапароскопічна резекція ураженої ділянки ободової кишки. Вік пацієнтів коливався в межах від 51 до 85 років. Серед досліджуваних чоловіків було 22 (42%), жінок 34 (58%); 52 (92,8%) хворих оперовані з приводу злоякісного новоутворення ободової кишки та 4 (7,2%) - з приводу ускладнених форм дивертикулярної хвороби. В якості обстеження всім хворим виконували загальноклінічний та біохімічний аналіз крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Локалізацію визначали за допомогою ректоромна-

оскопії, іригографії та фіброколоноскопії. Для визначення поширеності процесу, ступеня інвазії та ураження стінки кишки виконували комп'ютерну томографію. Оперативні втручання виконували під загальною анестезією із застосуванням відеолапароскопічної системи "Ендомедіум".

Результати. Обговорення

З 52 пацієнтів із злоякісними пухлинами ободової кишки у 19 (36,5%) пухлина локалізувалася в сліпій кишці, у 3 (5,8%) - у висхідному відділі, у 1 (1,9%) в - поперечноободовій кишці, у 3 (5,5%) в селезінковому куті, у 6 (11,5%) - в низхідному відділі та у 20 (38,5%) досліджуваних пухлина знаходилася в сигмовидній кишці.

З 4 хворих з дивертикулярною хворобою у 3 перебіг захворювання ускладнився формуванням параколярного інфільтрату, та у 1 пацієнта - рецидивною кровотечею.

Одночасно з резекцією сегмента ободової кишки 7 (12,5%) хворим виконана лапароскопічна холецистектомія, у 1 (18%) одномоментна резекція сегмента тонкої кишки, у 2 (3,6%) проведений вісцероліз в зв'язку з наявністю спайкового процесу.

Складний діагностичний процес патології товстої кишки з ідентифікацією хвороби передбачає раціональне використання додаткових методів діагностики, які суттєво полегшують постановку діагнозу. Тому обстеження хворих починали з променевого методів. Найдоступнішим та неінвазивним є ультразвукове дослідження при якому 18 (32%) пацієнтів виявлено симптом "хибної" нирки, що відповідало проекції розташування пухлини та наявності параколярного інфільтрату. За допомогою УЗД у 38 (67%) хворих виявлено явища кишкової непрохідності. У 7 (12,5%) пацієнтів діагностовано супутню патологію у вигляді ЖКХ. За результатами

фіброколоноскопії остаточний діагноз встановлений у 52 пацієнтів на рак ободової кишки та у 3 хворих з ускладненнями дивертикулярної хвороби. Одному пацієнту з дивертикульозом сигмоподібної кишки, ускладненою рецидивною кровотечею застосували бар'єву клізму, яка стала не тільки діагностичним, а й лікувальним методом.

Показники клінічного та біохімічного дослідження крові відображали стан гомеостазу організму пацієнта або ступінь його порушення.

Хворим з параколярним інфільтратом в якості передопераційної підготовки призначали курс антибактеріальної терапії до повної резорбції інфільтрату, що контролювали за допомогою УЗД.

Оперативне втручання виконували під загальним знеболенням. Оперативний доступ здійснювали з портів, введених в стандартних точках в залежності від локалізації пухлини. Мобілізація кишки здійснювалася єдиним блоком з клітковиною і лімфатичними колекторами. Для цього використовували монополярний, біполярний електроди та дисктор. Обробка судин проводилася стандартним методом за допомогою кліпаплікатора і кліпс довжиною 8 - 10 мм. Після етапу мобілізації кишки з пухлиною і регіонарними лімфовузлами виконували лапаротомію розрізом 4-6 см. Його проекція на передній черевній стінці залежала від локалізації пухлини. За допомогою пластикового контейнеру в рану виводили уражену ділянку кишки. Потім проводився її перетин і формування екстракорпорального міжкишкового анастомозу. Радикальність виконаної операції оцінювалася за даними морфологічного дослідження обсягу резекції кишки і кількості видалених та уражених регіонарних лімфовузлів.

За аналогічною методикою видаляли уражені дивертикулярною хворобою сегменти сигмовидної кишки.

Необхідність виконання конверсії виникла у 5 (8,9%) пацієнтів. З них у 1 хворого не була повністю ліквідована до операції часткова кишкова непрохідність. В однієї хворої з індексом маси тіла більше 40, мала місце пухлина, що знаходилась в селезінковому вигині, яка не проростала в серозну оболонку і не визначалася візуально. В одного пацієнта на етапі освоєння методу виникла кровотеча з судин брижі ободової кишки, що зажадало конверсії. Також конверсія виконана і у 2 хворих з проростанням пухлини в стінку живота в ділянці клубових судин.

Ускладнення в післяопераційному періоді виникли у 6 (10,7%) хворих з яких у 2 (3,5%) спостерігалася не-

спроможність анастомозу. Нагноєння післяопераційної рани виникло у 2 (3,5%) пацієнтів. Ще у 2 (3,5%) відзначена тривала лімофорія.

Післяопераційна летальність склала 1,7%. Її причиною став гострий інфаркт міокарда, який розвинувся на 3 добу після операції у однієї пацієнтки похилого віку.

Аналіз результатів лікування 56 хворих на рак ободової кишки і ускладненими формами дивертикулярної хвороби показав, що лапароскопічні втручання в цих випадках мають низку переваг. По-перше мобілізація сегмента кишки з пухлиною відбувається з дотриманням принципів абластики, так як використовуються для мобілізації електроінструменти та при цьому не травмується пухлина. По-друге, виконується радикальна лімфодисекція, про що свідчать результати гістологічного дослідження. Під час морфологічного дослідження у всіх випадках уражена ділянка кишки видалена в межах здорових тканин. Кількість видалених регіонарних лімфатичних вузлів коливалася від 10 до 16. Лише в одному випадку в усіх видалених лімфовузлах виявлені ракові клітини. Про обсяг лімфодисекції свідчила тривала лімофорія, яка спостерігалась у 2 пацієнтів. По-третє, розширення об'єму оперативного втручання, що включало випадки симультанних операцій, проводять не розширюючи рани й не використовуючи додаткових розрізів. Все вище перераховане сприяє більш м'якому перебігу післяопераційного періоду, яке полягає в менш вираженому больовому синдромі і більш ранньому відновленню перистальтики.

До недоліків слід віднести тривалість оперативного втручання (1,5 - 3 години). Аналізуючи число ускладнень, слід зазначити, що 5 з 6, тобто 83% ускладнень припали на час, коли йшов процес освоєння технології лапароскопічної резекції ободової кишки.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лапароскопічний доступ у хірургічному лікуванні захворювань ободової кишки найбільш прийнятний так як об'єктивних обмежень до його використання мало.

2. Лапароскопічний вид хірургії дуже вимогливий до оснащеності операційної та кваліфікації операційної бригади.

Впровадження лапароскопічних технологій в хірургічне лікування захворювань ободової кишки є досить перспективними напрямком хірургії в силу їх радикальності та малої травматичності.

Список літератури

1. Можанов Е. В. Лапароскопический доступ в хирургическом лечении неопухлевых заболеваний толстой кишки / Е.В. Можанов, О.Ю. Карпунин, А.Ф. Шакуров // Практическая медицина. - 2015. - № 4-1. - С. 147-150.
2. Сажин В. П. Лапароскопические операции при опухолях толстой кишки / В.П. Сажин, Е.П. Куликов, И.Д. Бубликов // Актуальные проблемы колопроктологии: тезисы докладов V Всерос. конференции. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 167.
3. Хатьков И. Е. Лапароскопические циторедуктивные операции при диссеминированном раке ободочной кишки / И.Е. Хатьков, А.О. Атрощенко В.В. Цвирикун // Доктор. Ру. - 2014. - № 3 (91). - С. 90-94.
4. Benefit of laparoscopy for rectal resection in patients operated simultaneously for synchronous liver metastases: preliminary experience / F. Bretagnol, C. Hatwell, O. Farges, A. Alves [et al.] // Surgery. - 2008. - Vol. 144, № 3. - P. 436-441.
5. Laparoscopic surgery for inflammatory

bowel disease - the experience in China / Y. Han, M.B. Lin, Y.G. He [et al.] // Invest. Surg. - 2013. - Vol. 26 (4). - P.

180-185.

6. Pendlimari R. Short-term outcomes after elective minimally invasive colectomy

for diverticulitis / R. Pendlimari, J.G. Touzios, I.A. Azodo [et al.] // Br. J. Surg. - 2011. - Vol. 98. - P. 431-435.

Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Полянский Д.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 56 больных, которым была выполнена лапароскопическая резекция пораженного участка ободочной кишки. Возраст пациентов колебался в пределах от 51 до 85 лет. Среди исследуемых мужчин было 22 (42%), женщин - 34 (58%); 52 (92,8%) больных оперированы по поводу злокачественного новообразования ободочной кишки и 4 (7,2%) - по поводу осложненных форм дивертикулярной болезни. Во всех случаях выполнено радикальное оперативное вмешательство, что подтверждено результатами морфологического исследования. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6 (10,7%) больных, из которых у 2 (3,5%) наблюдалась несостоятельность анастомоза. Нагноение послеоперационной раны возникло у 2 (3,5%) пациентов. Еще у 2 (3,5%) отмечена длительная лимфорея. Послеоперационная летальность составила 1,7%. Ее причиной стал острый инфаркт миокарда, развившийся на 3 сутки после операции у одной пациентки пожилого возраста. Установлено, что лапароскопический доступ в хирургическом лечении заболеваний ободочной кишки является наиболее приемлемым, так как объективных ограничений к его использованию мало. Внедрение лапароскопических технологий в хирургическом лечении заболеваний ободочной кишки является весьма перспективным направлением хирургии в силу их радикальности и малой травматичности.

Ключевые слова: заболевания ободочной кишки, лапароскопическая резекция ободочной кишки, лапароскопические операции.

Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomniaschy V.V., Polyansky D.P.

THE USE OF MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL TREATMENT OF THE COLON DISEASES

Summary. The analysis of the treatment of 56 patients who underwent laparoscopic resection of the changed segment of the colon has been prepared. Among all patients 22 (42%) were men, 34 (58%) - women. The 52 (92.8%) patients were operated because of cancer of the colon and 4 (7.2%) - due to the complicated forms of the diverticular disease. In all cases, the radical surgery was conducted, as confirmed by the results of morphological studies. Complications in the postoperative period were observed in 6 (10.7%) cases including 2 patients that had dehiscence of the anastomosis, 2 patients with postoperative wound suppuration and another 2 had prolonged lymphorrhea. The postoperative mortality was at the level of 1.7%. The reason for that was the acute cardiac infarction that occurred 3 days after the operation to the senior patient. It was found that laparoscopic access in the surgical treatment of the colon diseases is the most acceptable since the objective limits for its use are too small. Laparoscopic technology in the surgical treatment of the colon diseases is a promising direction of surgery because of their efficacy and low morbidity.

Key words: diseases of the colon, laparoscopic colon resection, laparoscopic surgery.

Рецензент - д.мед.н, проф. Шевченко Р.С.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2016р.

Тамм Тамара Іванівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(050)6379002; tamm_ti@ukr.net

Захарчук Олександр Петрович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(067)1201872; dr-zakhar@rambler.ru

Непомнящий Валентин Володимирович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(097)2868696; surg-proct@yandex.ua

Полянский Дмитро Петрович - аспірант кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(096)4472393; surg-proct@yandex.ua

© Ярешко В.Г., Міхеев Ю.О., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М.

УДК: 616.37-002-036.12-06 [617-089.819]

Ярешко В.Г., Міхеев Ю.О., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М.

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України", кафедра хірургії та малоінвазивних технологій (бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 254 хворих з ускладненнями хронічного панкреатиту. З них малоінвазивні втручання, виконані у 106 хворих. Ендоскопічні транспаплярні втручання виконано 22 (20,7%) хворим. Показанням до їх виконання була білярна та панкреатична гіпертензія, а також зовнішні панкреатичні нориці, ефективність даних втручань становила 88,9 та 75% відповідно. Ендоскопічні трансмуральні операції виконано 9 (8,5%) хворим. Методи інтервенційної сонографії виконано 70 (66,0%) хворим. Лапароскопічні операції виконано 5 (4,7%) хворим, у тому числі один лапароскопічний повздожний панкреатоєюноанастомоз. Ендоскопічні транспаплярні втручання при достатній селекції хворих ліквідують явища білярної та панкреатичної гіпертензії, але не мають довготривалого клінічного ефекту та служать першим етапом хірургічного лікування, а ендоскопічні трансмуральні цистодігестивні анастомози при чітких показаннях є ефективними.