

- гия. - 2014. - № 20:1. - С. 116-117.
3. Дудченко М. О. Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні гострого калькульозного холециститу / М.О. Дудченко, М.І. Кравців, В.І. Ляховський // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 91-92.
 4. Комбинированное анте- и ретроградное восстановление непрерывности общего печеночного протока после сочетанного ятрогенного повреждения // Вестник хирургии. - 2016. - Т. 175, № 2. - С. 105-107.
 5. Махмадов Ф. Н. Возможности лапароскопической коррекции желчекаменной коррекции при "трудном желчном пузыре" / Ф.Н. Махмадов, С.Р. Рафиков, Ф.Х. Кудритов // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - № 20:1. - С. 259-60.
 6. Никоненко О. С. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії та хірургічні методи їх корекції / О.С. Никоненко, М.Г. Головки, Є.І. Гайдаржі // Мат. XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 146-147.
 7. Ничитайло М. Ю. Пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії / М.Ю. Ничитайло, А.В. Скумс, О.І. Литвин // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 153-154.
 8. Результаты лечения больных по поводу синдрома MIRIZZI // Клінічна хірургія. - 2016. - № 9. - С. 25-27.
 9. Сажин В.П., Юдин В.А., Сажин И.В. Операционные риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии / В.П. Сажин, В.А. Юдин, И.В. Сажин // Хирургия. - 2015. - № 6. - С. 17-20.
 10. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения / Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. - 2006. - № 11. - С. 7-10.
 11. Холедохолитиаз: диагностика и оперативное лечение / Бойко В.В., Клименко Г.А., Малоштан А.В. - Х.: Новое слово, 2008. - 214 с.
 12. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature / M. Safioleas, M. Stamatakos, C. Revenas [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 12, № 34. - P. 5579-5581.
 13. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles [et al.] // Br. J. Surg. - 1989. - Vol. 76, № 11. - P. 1139-1143.
 14. Mirizzi P. L. Syndrome del conducto hepatico / P.L. Mirizzi // J. Int. Chir. - 1948. - № 8. - P. 731-777.
 15. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy / С.К. McSherry, H. Ferstenberg, M. Virshup // Surg. Gastroenterol. - 1982. - № 1. - P. 219-225.

Греско М.М.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНО-ВЫВОДНЫХ ПУТЕЙ И СИНДРОМ МИРРИЗИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме. Проанализированы лапароскопические вмешательства у 8245 больных с ургентной и плановой хирургической патологией и определены показания для конверсии, а также ятрогенные ранения желчно-выводных путей и синдром Мирризи. Своевременный переход на конверсию - исключительно важный момент предупреждения ранений желчно-выводных путей в технически сложных случаях, а восстановление оттока желчи может быть достигнуто только тогда, когда в операционную бригаду будет включен специалист, который владеет различными методиками восстановительных и реконструктивных вмешательств.

Ключевые слов: желчекаменная болезнь, ятрогенные повреждения желчно-выводных путей, синдром Мирризи.

Gresko M.M.

IATROGENIC INJURIES OF THE BILE TRACT AND MIRIZZI SYNDROME IN SURGICAL PRACTICE

Summary. The analysis of laparoscopic surgeries in 8,245 patients with urgent and plan surgical pathology was conducted and indications for the conversion were established. The iatrogenic injuries of the common bile tract and their connection with the Mirizzi syndrome were also analyzed. Timely transition to the conversion is an extremely important aspect of preventing bile tract injury in technically difficult cases. Recovery of bile outflow can be achieved only when the operating crew includes a highly experienced specialist who knows a variety of restoration methods and reconstruction operations.

Key words: gallstone disease, iatrogenic injury of bile tract, Mirizzi syndrome.

Рецензент - д.мед.н, проф. Полянський І.Ю.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016р.

Греско Михайло Михайлович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 Вищий Державний навчальний заклад України "Буковинський Державний медичний університет"; +38(050)5700691; maryna.gresko@gmail.com

© Запорожченко Б.С., Бородаєв І.Є., Муравьов П.Т., Горбунов А.А., Колодій В.В., Бондарець Д.А.

УДК: 571.1+612.017:616.006.07

Запорожченко Б.С., Бородаєв І.Є., Муравьов П.Т., Горбунов А.А., Колодій В.В., Бондарець Д.А. Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №2, Одеський обласний клінічний медичний центр (Валіховський провулок, 1, м. Одеса, Україна, 65100)

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО СИНХРОННИМ ТА МЕТЕХРОННИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ

Резюме. Проаналізовано результат лікування 420 хворих на колоректальний рак. У 223 (53,1%) з них діагностовано метастатичне ураження печінки, в тому числі синхронне у 109 (25,9%) хворих. Метахронне ураження печінки виникло у віддалені терміни після операції (від 4 місяців до 3 років), виявлено у 202 (48,1%) хворих. Близько третини хворих (112 (26,7%)) надійшли в ургентному порядку з клінікою обтураційної кишкової непрохідності, кишковою кровотечею або перфо-

рацією пухлини. Ургентна хірургічна допомога надана 112 (26,7%) хворим. З них правобічна геміколектомія виконана у 27 (24,1%), розширена правобічна геміколектомія у 17 (15,2%), лівостороння геміколектомія у 21 (18,8%), операція типу Гартмана у 47 (42%) хворих. Летальність у цій групі склала 8,9%. У 90 (21,4%) хворих на колоректальний рак з синхронними метастазами в печінці проведені комбіновані хірургічні операції: одночасним видаленням первинної пухлини з хірургічним видаленням метастазів. Летальність склала 7,8%. З 102 хворих, що потрапили в клініку з наявністю метастатичних метастатических вузлів у печінці, 42 виконана їх лапароскопічна кріодеструкція і 14 хворим "відкрита" кріодеструкція під час реконструктивно відновних операцій після операції типу Гартмана. У даній групі хворих, які перенесли "відкриту" або лапароскопічну кріодеструкцію летальних випадків, пов'язаних з операцією, не було. Аналізуючи безпосередні результати кріо- і хірургічних втручань при метастатичному колоректальному раку печінки можна прийти до однозначного висновку - резекція печінки, особливо велика, є досить небезпечною операцією, летальність при ній склала 7,8%, на відміну від кріодеструкції, де летальних випадків не відзначається.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, рак товстої кишки, метастази в печінку, кріодеструкція.

Вступ

Згідно з численними публікаціями останніх років, спостерігається значне збільшення числа хворих на рак прямої та ободової кишок. За даними ВООЗ, рак товстої кишки займає 3-4 місце в структурі онкологічної захворюваності, а кількість хворих із запущеними формами досягає 70% [1, 2]. Внаслідок пізньої діагностики захворювання значне число хворих надходить у клініку з ускладненими формами раку, це кишкова непрохідність, запальним процесом, перфорацією і кровотечею. Незважаючи на вдосконалення ранньої діагностики і використання скринінгових програм вже на етапі постановки діагнозу у 20% хворих колоректальним раком (КРР) виявляють віддалені метастази, а у 25-30% їх виявляють при подальшому динамічному спостереженні після лікування. Найбільш частою локалізацією метастазів при КРР є печінка (більше 50%), рідше - легені (10%), очеревина (10-13%), яєчники (у 3-8% жінок) [2, 4]. Результати лікування хворих з метастатичним КРР залишаються незадовільними, оскільки 5 річний рубіж переживають не більше 5-10% хворих. Без протипухлинного лікування більшість хворих (60-70%) з віддаленими метастазами раку товстої і прямої кишки гинуть протягом року після постановки діагнозу, медіана їх виживання - близько 6 міс. [5, 6].

Наявність метастатичного процесу в печінці ставить під сумнів радикальність і, в ряді випадків, доцільність виконання оперативного втручання. Розширення обсягу оперативного втручання за рахунок видалення метастазів у печінці дозволяє домогтися цілком задовільного безпосереднього результату і пролонгування медіани життя оперованих хворих.

Мета дослідження поліпшити результати лікування хворих на колоректальний рак, ускладненого синхронним і метастатичним ураженням печінки.

Матеріали та методи

У клініці кафедри хірургії №2 за останні 10 років проведено лікування 420 хворих на колоректальний рак. У 223 (53,1%) з них діагностовано метастатичне ураження печінки, в тому числі синхронне - у 109 (25,9%) хворих. Метастатичне ураження печінки виникло у віддалені терміни після операції (від 4-х місяців до 3 років), виявлено у 202 (48,1%) хворих. Близько третини хворих (112 (26,7%) надійшли в ургентному

Таблиця 1. Основні види ускладнень КРР.

Ускладнення	Кількість хворих	
	абс.	%
Кишкова непрохідність	67	59,9
Кровотеча	12	10,7
Перфорація пухлини	10	8,9
Перифокальне запалення та утворення абсцесу	15	13,4
Генералізація процесу	8	7,1
Всього	112	100

порядку з клінікою обтураційної кишкової непрохідності, кишковою кровотечею або перфорацією пухлини. Розподіл пацієнтів за видами ускладнень представлено в таблиці 1.

Чоловіків було 217 (51,7%), жінок - 203 (48,3%) у віці від 36 до 82 років. Первинна локалізація пухлинного процесу діагностована - у сліпій кишці у 74 (17,6%) хворих, у висхідній ободовій - 22 (5,2%), у поперечній ободовій - 29 (6,9%), в низхідній ободовій - 92 (21,9%), в сигмовидній - 115 (27,4%), в прямій - 88 (21,0%).

Результати. Обговорення

Обсяг і вид оперативного втручання залежав від локалізації пухлини і поширеності онкологічного процесу, наявності ускладнень і важкості стану хворого. Ургентна хірургічна допомога надана 112 (26,7%) хворим. З них правобічна геміколектомія виконана у 27 (24,1%), розширена правобічна геміколектомія у 17 (15,2%), лівостороння геміколектомія у 21 (18,8%), операція типу Гартмана у 47 (42%) хворих.

Особливу групу склали 20 хворих, які поступили в стаціонар у вкрай важкому стані, обумовленому поєднанням кишкової непрохідності та перитоніту. Причиною перитоніту у 13 хворих виявилось перифокальне запалення з перфорацією пухлини і утворенням абсцесу, а у 7 - диастатичні супрастенотичні розриви стінки кишки. Цим хворим виконані оперативні втручання за життєвими показаннями. Виконували ретельну санацію черевної порожнини, інтраопераційну та післяопераційну декомпресію кишківника, інтенсивну антибактеріальну і дезінтоксикаційну терапію. У 7 хворих виконані повторні програмовані санаційні втручання в ранньому післяопераційному періоді. Несприят-

Таблиця 2. Безпосередні результати планових оперативних втручань.

Вид операції	Кількість хворих	Померло
Правобічна геміколектомія	53	1
Резекція поперечно-ободової кишки	29	1
Лівобічна геміколектомія	62	1
Резекція сигмовидної кишки	60	2
Передня резекція прямої кишки	44	3
БАР	33	1
Низька резекція прямої кишки	13	1
Екстирпація прямої кишки	14	2
Всього	308	12 (3,9%)

Таблиця 3. Характер виконаних оперативних втручань на печінці при синхронному метастазуванні.

Об'єм операції	Кількість хворих, абс.	Ускладнення, абс.	Померло, абс.
Атипова резекція солітарних метастазів	16	2	1
Сегментектомія	18	1	1
Бісегментектомія	19	2	1
Лівобічна гепатектомія	29	2	2
Правобічна гепатектомія	8	2	2
Всього	90	9	7

ливий результат відзначений у 10 хворих. Післяопераційна летальність в цій групі склала 8,9%. Причинами летальних випадків виявилися: прогресуючий перитоніт у 2 пацієнтів, поліорганна недостатність у 6, пневмонія у 1, тромбоемболія легеневої артерії у 1.

Окремою і дуже серйозною проблемою є можливість подавлення метастатичного процесу при синхронному метастазуванні у хворих з ургентною онкоколопроктопатологією. Зрозуміло, в даній групі хворих виконати симультанне втручання на кишці і резекцію печінки в будь-якому обсязі не є можливим в силу важкості стану хворих і занадто високого ризику оперативного втручання.

У плановому порядку оперовані 308 (73,3%) хворих. Правобічна геміколектомія виконана у 53 (17,2%) хворих, резекція поперечно-ободової кишки - у 29 (9,4%), лівобічна геміколектомія - у 62 (20,1%), резекція сигмовидної кишки - у 60 (19,4%), передня резекція прямої кишки - у 44 (14,3%), черевно-анальна резекція - у 33 (10,7%), екстирпація прямої кишки - у 14 (4,5%) хворих. Померло 12 хворих. Летальність становила 3,9% (табл. 2).

У 90 (21,4%) хворих на колоректальний рак з синхронними метастазами в печінці проведені комбіновані хірургічні операції: одночасне видалення первинної пухлини з хірургічним видаленням метастазів залежно від їх кількості, величини і локалізації, виконувалися резекції печінки в різному обсязі. Вид та характер оперативних втручань наведено в таблиці 3. У цій групі померло 7 хворих: від печінкової недостатності - 3, від розлитого жовчного перитоніту - 2, ТЕЛА

- 2. Летальність склала 7,8%.

Альтернативою хірургічного видалення метастазів у хворих з синхронним метастатичним раком, на нашу думку, є кріодеструкція, яка виконана 69 хворим. Для кріохірургічного впливу на метастатичні ураження печінки нами застосовується установка "Кріоелектроніка", як кріоагента - рідкий азот.

Перевагою методу кріодеструкції є:

1. Метод дозволяє повністю зруйнувати заданий обсяг тканини як на поверхні, так і в глибині органу.

2. Осередок кріодеструкції чітко відмежований від навколишніх тканин і володіє "біологічною інертністю", викликаючи лише мінімальну перифокальну реакцію.

3. Гемостатичний ефект методу полягає в можливості безкровно проводити маніпуляції в зоні заморожування, а також попереджати дисемінацію злоскісних клітин.

4. Можлива імунна реакція організму проти тих, що вижили або рецидивних злоскісних клітин з утворенням протипухлинних антитіл.

5. Метод можна поєднувати з іншими видами абляції метастазів і хірургічним впливом.

6. Кріодеструкція не викликає ушкодження здорової паренхіми печінки.

7. Можливе проведення багаторазових повторних циклів кріохірургічного впливу.

8. Кріохірургічний метод безпечний (відсутня летальність) і технічно просто виконується.

Все вищесказане робить привабливим та перспективним використання кріохірургічних методів в хірургії печінки. Із 102 хворих, що потрапили в клініку з наявністю метастатичних метастатических вузлів в печінці, 42 виконана їх лапароскопічна кріодеструкція і 14 хворим "відкрита" кріодеструкція під час реконструктивно відновних операцій після операції типу Гартмана. В даній групі хворих, які перенесли "відкриту" або лапароскопічну кріодеструкцію летальних випадків, пов'язаних з операцією, не було. У 9 хворих на колоректальний рак, ускладнений метастазами в печінку, лапароскопічну кріодеструкцію проводили двічі протягом 2-х років, один хворий оперований тричі. Основною причиною смерті у віддаленому періоді у хворих всіх груп була генералізація онкопроцесу.

Аналізуючи безпосередні результати кріо- і хірургічних втручань при метастатичному колоректальному раку печінки можна прийти до однозначного висновку - резекція печінки, особливо велика, є досить небезпечною операцією, летальність при ній склала 7,8%, на відміну від кріодеструкції, де летальних випадків не відзначається.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У планової хірургії КРР наявність солітарних метастатичних вузлів в печінці не є свідченням неоперабельності. В таких ситуаціях показано видалення пух-

лини по онкологічним принципам з відновленням безперервності кишківника, хірургічним видаленням або кріодеструкцією метастазів.

2. В ургентній хірургії, хворі з товстокишківниковою непрохідністю та наявністю метастазів не є приводом для відмови від резекції товстої кишки з пухлиною за онкологічними принципами і кріодеструкцією метастазів в печінці.

3. Хворі, які перенесли операцію типу Гартмана при наявності ізольованого метастатичного ураження печінки не є протипоказанням для реконструктивно-

відновного етапу хірургічного лікування з резекцією печінки або "відкритої" кріодеструкцією метастазів.

4. Метод кріодеструкції метастазів печінки, особливо лапароскопічний, має безсумнівні переваги перед великими резекціями печінки, його доцільно використовувати в комплексному хірургічному лікуванні колоректального раку, а при солітарних метастазах він може стати методом вибору із високим ступенем радикальності.

Ефективність методу кріодеструкції метастазів печінки потребує подальшого дослідження на більших вибірках пацієнтів.

Список літератури

1. Альперович А. Б. Криохірургия заболелый печени / А.Б. Альперович // Бюллетень сибирской медицины. - 2006. - № 1. - С. 13-15.
2. Бондарь Г. В. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимости / Г.В. Бондарь, Ю.И. Яковлев, В.Х. Башев // Хирургия Украины. - 2013. - № 7. - С. 4-7.
3. Даценко Б. М. Локальная криодеструкция печени / Б.М. Даценко, Б.П. Сандомирский, Т.И. Тамм // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т. 3. № 3. - С. 269.
4. Takeuchi H. Surgical results of total pelvic exenteration for locally advanced colorectal adenocarcinoma / H. Takeuchi, H. Ueo, M. Haraoka // Hepatogastroenterology. - 2005. - Vol. 52 (61). - P. 90-93.
5. Two stage liver surgery for advanced liver metastasis synchronous with colorectal tumor / N.J. Lygidakis, G. Singh, E. Bardaxoglou [et al.] // Hepatogastroenterology. - 2004. - Vol. 51 (56). - P. 413-418.

Запорожченко Б.С., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Горбунов А.А., Колодий В.В., Бондарец Д.А. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНХРОННЫМ И МЕТАХРОННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Резюме. Проанализирован результат лечения 420 больных колоректальным раком. У 223 (53,1%) из них диагностировано метастатическое поражение печени, в том числе синхронное у 109 (25,9%) больных. Метахронное поражение печени, возникшее в отдаленные сроки после операции (от 4х месяцев до 3 лет), выявлено у 202 (48,1%) больных. Около трети больных (112 (26,7%) поступили в ургентном порядке с клиникой обтурационной кишечной непроходимости, кишечным кровотечением или перфорацией опухоли. Ургентная хирургическая помощь оказана 112 (26,7%) больным. Из них правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 27 (24,1%), расширенная правосторонняя гемиколэктомия у 17 (15,2%), левосторонняя гемиколэктомия у 21 (18,8%), операция типа Гартмана у 47 (42%) больных. Летальность в этой группе составила 8,9%. У 90 (21,4%) больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени проведены комбинированные хирургические операции: одновременным удалением первичной опухоли с хирургическим удалением метастазов. Летальность составила 7,8%. Из 102 больных, поступивших в клинику с наличием метастатических узлов в печени, 42 выполнена их лапароскопическая криодеструкция и 14 больным "открытая" криодеструкция во время реконструктивно-восстановительных операций после операции типа Гартмана. В данной группе больных, перенесших "открытую" или лапароскопическую криодеструкцию летальных исходов, связанных с операцией, не было. Анализируя непосредственные результаты крио- и хирургических вмешательств при метастатическом колоректальном раке печени можно прийти к однозначному выводу - резекция печени, особенно обширная, является достаточно опасной операцией, летальность при ней составила 7,8%, в отличие от крио- деструкции, где летальных исходов не отмечается.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, рак толстой кишки, метастазы в печень, криодеструкция.

Zaporozhchenko B.S., Borodaev I.E., Muravyov P.T., Gorbunov A.A., Kolodiy V.V., Bondarets D.A. SURGICAL TREATMENT TACTICS ON THE SUBJECT OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED WITH SYNCHRONOUS AND METACHRONOUS LIVER DAMAGE

Summary. Results of 420 patients with colorectal cancer were analyzed. In 223 (53.1%) of them presence of liver metastases was detected, among them synchronous damage - in 109 (25.9%). Metachronous liver damage in distant postoperative terms (from 4 months till 3 years) was detected in 202 (48.1%) of patients. Nearly one third (112 (26.7%) of patients were admitted to the hospital urgently with acute intestinal obstruction symptoms, intestinal bleeding or tumour perforation. Urgent surgery was conducted to 112 (26.7%) patients. Right-side hemicolectomy was performed in 27 (24.1%) of patients, extended right-side hemicolectomy - in 17 (15.2%), left- side hemicolectomy- in 21 (18.8%), Hartmann's procedure - in 47 (42%) of patients. Lethality was 8.9%. In 90 (21.4%) of patients with colorectal cancer complicated with liver synchronous metastases combine surgical procedures were performed: single-staged primary tumor resection with metastases. Lethality was 7.8%. Among 102 of patients with metachronous liver damage in 42 - laparoscopic and 14 - "open" cryoablation during reconstruction after Hartmann's procedure was performed. In this group lethal cases were absent. So, liver resection, especially extended, is pretty dangerous procedure. It has been proved by lethality diversity - from 7.8% (during resectable procedures) up to its absence (during cryosurgery).

Key words: acute intestinal obstruction, liver metastases, cryosurgery.

Рецензент - д.мед.н., проф. Зубков О.Б.

Статья найдшла доредакції 04.11.2016 р.

Запорожченко Борис Сергеевич - д.мед.н., зав. кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7342764; surgery@icn.od.ua
Бородаев Игорь Евгенович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7988068, +38(048)7342764; xir31@mail.ru