УДК 616.345-007.272-089
DOI 10.11603/2414-4533.2019.2.10412

©О. Ю. ІОФФЕ, М. М. СТЕЦЬ, В. М. ПЕРЕПАДЯ, В. Р. АНТОНІВ, Ю. П. ЦЮРА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Етапний підхід у хірургічному лікуванні хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки бластоматозного генезу

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки бластоматозного генезу шляхом удосконалення алгоритму лікувально-діагностичної тактики.

Матеріали і методи. За період 2009–2018 рр. у хірургічній клініці КМКЛ № 3 проліковано 127 хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки пухлинного генезу, що складає 5,1 % (2485 пацієнтів) від загальної кількості хворих із невідкладною хірургічною допомогою. Жінки становили 66,2 % (84 хворі), чоловіки склали 33,8 % (43 пацієнти). Середній вік хворих становив (68,2±15,4) року. Етіологічно причинами обтурації просвіту кишечника в 10 (7,9 %) хворих була пухлина сліпої кишки, у 11 (8,7 %) – висхідної ободової кишки, у 5 (3,9 %) – печінкового згину ободової кишки, у 6 (4,7 %) – поперечно-ободової кишки, у 5 (3,9 %) – селезінкового згину ободової кишки, у 18 (14,2 %) – низхідної ободової кишки, у 32 пацієнтів (25,2 %) рівень перешкоди локалізувався у сигмоподібній кишці та у 30 (23,6 %) – на рівні прямої кишки. Крім цього, у 10 (7,9 %) пацієнтів непрохідність зумовили проростання пухлин матки, яєчників або сечового міхура в дистальні відділи товстої кишки.

Результати досліджень та їх обговорення. Представлено результати лікування 127 хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки пухлинного генезу, що проходили лікування в хірургічній клініці КМКЛ № 3 за період 2009 – 2018 рр. Розроблено лікувально-діагностичний алгоритм етапності надання хірургічної допомоги пацієнтам із даною патологією. Етапний підхід та використання малоінвазивних методик декомпресії кишечника у вигляді стентування, реканалізації та заведення зонда проксимальніше стенозу збільшило відсоток відтермінованих оперативних втручань (до 37,8 %) та зменшило летальність на 14 %.

Ключові слова: непрохідність кишечника; колоректальний рак; декомпресія товстої кишки.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Обтураційна непрохідність товстої кишки пухлинного генезу належить до гострої хірургічної патології, яка актуальна навіть на сучасному етапі розвитку хірургії [1–7]. Враховуючи вікові особливості даної патології, наявність онкологічного захворювання, виражені патологічні зміни функції життєво важливих органів і систем, питання оперативної тактики при непрохідності товстої кишки є невирішеною проблемою ургентної хірургії [3, 5, 7].

Сучасною тенденцією хірургічної колопроктології є виконання первинно-відновних операційних втручань з урахуванням принципів онкологічного радикалізму, що значною мірою впливає на якість життя та соціальну адаптацію хворих у подальшому [1, 2, 5]. Краєкутним каменем хірургічної тактики щодо хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки є, з одного боку, бажання хірургів виконати операційне втручання, яке не лише усуне явища непрохідності кишечника, а й збереже природний пасаж кишкового вмісту. З іншого боку, накладання первинних анастомозів на стінку кишки, що спровокована явищами непрохідності, наявність перитоніту створює високий ризик виникнення в післяопераційному періоді неспроможності швів анастомозу, що може суттєвим чином вплинути на результати лікування в цілому [5, 7].

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки бластоматозного генезу шляхом удосконалення алгоритму лікувально-діагностичної тактики.

Матеріали і методи. За період 2009–2018 р. у хірургічній клініці КМКЛ № 3 проліковано 127 хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки пухлинного генезу, що складає 5,1 % (2485 пацієнтів) від загальної кількості хворих із невідкладною хірургічною допомогою. Жінки становили 66,2 % (84 хворі), чоловіки склали 33,8 % (43 пацієнти). Середній вік хворих становив (68,2±15,4) року. Етіологічно причинами обтурації просвіту кишечника у 10 (7,9 %) хворих була пухлина сліпої кишки, у 11(8,7 %) – висхідної ободової кишки, у 5 (3,9 %) – печінкового згину ободової кишки, у 6 (4,7 %) – поперечно-ободової кишки, у 5 (3,9 %) – селезінкового згину ободової кишки, у 18 (14,2 %) – низхідної ободової кишки, у 32 (25,2 %) пацієнтів рівень перешкоди локалізувався у сигмоподібній кишці та у 30 (23,6 %) – на рівні прямої кишки. Крім цього, у 10 (7,9 %) пацієнтів непрохідність зумовили проростання пухлин матки, яєчників або сечового міхура в дистальні відділи товстої кишки.

Всі хворі були госпіталізовані до хірургічної клініки в ургентному порядку з маніфестацією

явищ непрохідності кишечника у вигляді переймоподібного болю, здуття живота, нудоти, блювання, затримки випорожнень та газів. У всіх випадках попередній діагноз підтверджено ренггенологічною картиною захворювання та УЗД-ознаками непрохідності кишечника, а в деяких випадках і КТ-ознаками порушення пасажу кишкового вмісту. Відразу після госпіталізації лікування розпочинали із заходів, спрямованих на відновлення водно-сольового балансу, корекцію функції серцево-судинної системи, декомпресію проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту та спроби консервативними засобами відновити прохідність кишечника, які передбачали проведення спазмолітичної терапії та постановку сифонних клізм. Розроблений алгоритм дій включав, крім традиційних протокольних заходів, обов'язкове проведення відеоколоноскопії. Зазначена діагностична процедура давала можливість не лише верифікувати рівень, характер перешкоди, ступінь звуження просвіту кишки, а й визначитися з можливим варіантом проведення декомпресії кишечника, що є пріоритетною метою всієї передопераційної підготовки.

З метою декомпресії відділів кишечника проксимальніше стенозу були запропоновані та застосовані в практичній діяльності наступні заходи. Стентування стенозованої ділянки сигмоподібної та прямої кишки під контролем відеоколоноскопа нитіноловими колоректальними стентами з покриттям, які самі у 4 хворих розкриваються, стентами без покриття, які самі розкриваються – в 5 хворим з локалізацією пухлин в лівій половині ободової кишки. Стосовно процедури стентування товстої кишки, вважаємо, що цей захід може бути застосованим лише за умови рентгенологічної верифікації протяжності пухлинного росту і характеру ракового каналу з обов'язковим рентгенконтролем після встановлення. В подальшому постановку очисних клізм проводили лише через добу після остаточного розкриття та фіксації стента в каналі пухлини. Стентування застосовували як з метою тимчасової декомпресії, в ході підготовки хворих до оперативного втручання, так і як шлях паліативного лікування стенозуючих пухлин товстої кишки. Останнє було здійснено у 7 випадках при наявності запущеного онкологічного процесу з подальшим проведенням симптоматичної терапії. Однак вважаємо небажане тривале застосування стентів при наявності лише зовнішньої компресії просвіту кишки патологічним процесом. У таких випадках взаємодія активно перистальтуючої стінки кишки з чужорідним матеріалом призводить до виникнення виражених явищ місцевого запалення та міграції стента, що мало місце у двох хворих через 2–3 тижні після встановлення і зумовило необхідність їх видалення.

4 хворим із раком прямої кишки та 2 хворим із локалізацією патологічного процесу в сигмоподібній кишці виконано електрохірургічну реканалізацію пухлин за оригінальною методикою [4] з подальшим проведенням консервативних заходів, це дозволило усунути явища гострої непрохідності кишечника.

У 5 хворих із пухлинами сигмоподібної та прямої кишки вдалось провести декомпресію кишечника шляхом заведення зонда діаметром 0,8–1,2 см проксимальніше стенозу під контролем відеоколоноскопу, це дозволило шляхом фракційного промивання провести адекватну декомпресію супрастенотичних відділів кишечника.

Результати досліджень та їх обговорення. Незважаючи на обсяг проведених заходів, у 79 (62,2 %) пацієнтів явища непрохідності кишечника консервативними заходами ліквідувати не вдалося. Це змусило провести ургентні оперативні втручання в терміни від 2 до 6 год перебування хворих у стаціонарі, що, безумовно, відобразилося в об'ємі останніх. Так, 26 хворим виконано операцію Гартмана або резекцію товстої кишки з накладанням моноколостоми, 11 – накладено обхідний ілео-трансверзоанастомоз, 3 – виконано правобічну геміколектомію, 39 пацієнтам накладено паліативні стоми різної локалізації. Летальність у даній групі хворих склала 14 % (11 пацієнтів). Основною причиною незадовільних результатів лікування було прогресування поліорганної недостатності на фоні інтоксикаційного синдрому та ракової хвороби.

У 48 (37,8 %) пацієнтів на тлі ефективності проведення консервативних заходів лікування, оперативні втручання були проведені в терміни від 2 до 6 діб, що дало змогу дообстежити хворих, адекватно здійснити корекцію гіповолемії і наявної супутньої патології та провести декомпресію кишечника. У цій групі 8 хворих виконано правобічну, 9 – лівобічну геміколектомії, 13 – резекції сигмоподібної кишки з накладанням первинних анастомозів та 10 хворим – передню резекція прямої кишки. 10 оперативних втручань виконали із застосуванням лапароскопічних технологій. Летальних випадків у вказаній групі пацієнтів не було. 8 пацієнтів, після усунення явищ декомпенсованої непрохідності кишечника були направлені в спеціалізовані лікувальні заклади для проходження нехірургічних спеціальних методів лікування пухлин.

Таким чином, розроблений етапний підхід та застосування сучасних технологій в лікуван-

ні хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки пухлинного генезу здатні збільшити відсоток відтермінованих операцій, а відповідно вплинути на об'єм останніх, полегшити технічні аспекти виконання хірургічного втручання, що, безумовно, позначиться на результатах лікування зазначеної категорії хворих.

Висновки. 1. Обтураційна непрохідність товстої кишки бластоматозного генезу належить до хірургічної патології, яка актуальна на сучасному етапі розвитку хірургії.

Етапний підхід та використання малоінвазивних методик декомпресії кишечника дозволяє збільшити відсоток відтермінованих операцій (до 37,8 %), а відповідно вплинути на об'єм останніх, полегшити технічні аспекти виконання хірургічних втручань, а відповідно суттєво вплинути на результати хірургічного лікування даної категорії пацієнтів, зменшивши летальність на 14 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Застосування малоінвазивних операцій у лікуванні хворих на колоректальний рак, ускладнений непрохідністю кишечника / В. В. Бойко, В. М. Лихман, А. М. Шевченко [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – № 2. – С. 16–19.
2. Малоінвазивні операції в лікуванні хворих з раком товстої кишки, ускладненого кровотечею та обтурацією / Ю. В. Грубник, А. Д. Нетков, В. В. Крижанівський [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3 (Ч 2). – С. 36–37.
3. Денисенко В. Л. Паллиативное лечение пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью / В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаюн // Український журнал хірургії. – 2014. – № 1 (24). – С. 94–98.
4. Патент 119665 Україна, МПК A61B17/94 (2006.01), A61B18/12(2006.01). Спосіб ендоскопічної реканалізації стенозуючих пухлин товстої кишки / Іоффе О. Ю., Стець М. М., Перепадя В. М. ; заявл. 08.06.2016 ; опубл. 10.10.2017, Бюл. № 19.
5. Калинин А. Е. Выбор метода устранения обтурационной толстокишечной непроходимости / А. Е. Калинин, Е. В. Калинин // Клиническая онкология. – 2013. – № 3 (11). – С. 1–6.
6. Периоперационные осложнения в хирургии рака толстого кишечника / В. И. Мидленко, Д. В. Баринов, А. В. Зайцев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5. – С. 96–100.
7. Выбор тактики хирургического лечения больных с осложненными формами колоректального рака / Н. Н. Милица, И. Н. Ангеловский, В. Б. Козлов [и др.] // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 1 (17). – С. 14–17.

REFERENCES

1. Boiko, V.V., Lykhman, V.M., Shevchenko, A.M., Merkulov, A.O., & Osmanov, R.R. (2018). Zastosuvannia maloinvazyvnykh operatsii u likuvanni khvorykh na kolorektalnyi rak, uskladnenyi neprokhidnistiu kyshechnyka [Application of noninvasive operations in the treatment of patients with colorectal cancer, complicated by intestinal obstruction]. *Mizhnarodnyi medychnyi zhurnal – International Medical Journal,* 2, 16-19 [in Ukrainian].
2. Hrubnyk, Yu.V., Netkov, A.D., Kryzhanivskyi, V.V., Kravchenko, O., Fomenko, V., & Moskovchenko, I. (2012). Maloinvazyvni operatsii v likuvanni khvorykh z rakom tovstoi kyshky, uskladnenoho krovotecheiu ta obturatsiieiu [Minor invasive operations in the treatment of patients with colon cancer complicated by bleeding and obturation]. *Halytskyi likarskyi visnyk – Galician Medicinal Journal,* 19, 3, 36-37 [in Ukrainian].
3. Denisenko, V.L., & Gayun, Yu.M. (2014). Palliativnoye lecheniye patsiyentov s kolorektalnym rakom, oslozhnennym kishechnoy neprokhodimostyu [Palliative treatment of patients with colorectal cancer complicated by intestinal obstruction]. *Ukrainskyi zhurnal khirurii – Ukrainian Journal of Surgery*, 1 (24), 94-98 [in Russian].
4. Ioffe, O.Yu., Stets, M.M., & Perepadia, V.M. (2017). Sposib endoskopichnoi rekanalizatsii stenozuiuchykh pukhlyn tovstoi kyshky [Method of endoscopic reanalization of stenotic tumors of the colon]. Patent na korysnu model 119665 Ukraina MPK A61V17/94 (2006.01), A61V18/12(2006.01). Zaiavl. 08.06.2016; Opubl. 10.10.2017. Biul. № 19 – Patent 119665, Ukraine [in Ukrainian].
5. Kalinin, A.Ye., & Kalinin, Ye.V. (2013). Vybor metoda ustraneniya obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti [Selection of a method for eliminating obstructive colonic obstruction]. *Klinicheskaya onkologiya – Clinical Oncology*, 3 (11), 1-6 [in Russian].
6. Midlenko, V.I., Barinov, D.V., Zaytsev, A.V., Smolkina, A.V., Zaytseva, O.B., Doyko, M.I., & Kazykhanov, R.I. (2013). Perioperatsionnyye oslozhneniya v khirurgii raka tolstogo kishechnika [Perioperative complications in colonic cancer surgery]. *Fundamentalnyye issledovaniya – Basic Research,* 5, 96-100 [in Russian].
7. Militsa, N.N., Angelovskiy, I.N., Kozlov, V.B., Postolenko, N.D., Militsa, K.N., & Kazakov, V.S. (2013). Vybor taktiki khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s oslozhnennymi formami kolorektalnogo raka [The choice of tactics of surgical treatment of patients with complicated forms of colorectal cancer]. *Suchasni medychni tekhnolohii – Modern Medical Technologies, 1* (17), 14-17 [in Russian].

Отримано 26.02.2019

Електронна адреса для листування: stetsmykola497@gmail.com

O. YU. IOFFE, M. M. STETS, V. M. PEREPADJA, V. R. ANTONIV, Y. P. TSIURA

O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

STAGED APPROACH IN THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OBTURATION OBSTRUCTION OF THE COLON OF BLASTOMATOUS GENESIS

The aim of the work: to improve the results of surgical treatment of patients with obturation obstruction of the large intestine of the blastomatous genesis by improving the algorithm of therapeutic and diagnostic tactics.
Materials and Methods. For the period of 2009–2018 127 patients with obturation obstruction of the large intestine of tumor genesis were treated in the Surgical Clinic of Kyiv City Clinical Hospital No. 3, which is 5.1 % (2485 patients) of the total number of patients with emergency surgery. There were 66.2 % (84 patients) women, and 33.8 % (43 patients) men. The average age of patients was (68.2±15.4) years. Etiologically, intestinal lumen obturation in 10 (7.9 %) patients was a caecum tumor, in 11 (8.7 %) – the ascending colon, in 5 (3.9 %) – hepatic flexure of the colon, in 6 (47 %) – transverse colon, 5 (3.9 %) – splenic flexure of the colon, 18 (14.2 %) – descending colon, 32 patients (25.2 %). The level of the obstruction was localized in the sigmoid colon and in 30 (23.6 %) at the level of the rectum. In addition, in 10 (7.9 %) patients obstruction caused germination of tumors of the uterus, ovaries or bladder in the distal colon.
Results and Discussion. The results of treatment of 127 patients with obturation obstruction of the colon of the tumor genesis, who were treated in the surgical clinic of the City Clinical Hospital No. 3 for the period of 2000–2018, are presented. A diagnostic and treatment algorithm was developed for the phasing of surgical care for patients with this pathology. The staged approach and the use of minimally invasive methods of intestinal decompression in the form of stenting, recanalization and insertion of the probe proximal to stenosis increased the percentage of delayed surgical interventions (up to 37.8 %) and reduced mortality by 14 %.

Key words: intestinal obstruction; colorectal cancer; decompression of the large intestine.

А. Ю. ИОФФЕ, Н. М. СТЕЦЬ, В. Н. ПЕРЕПАДА, В. Р. АНТОНИВ, Ю. П. ЦЮРА

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ЕТАПНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ БЛАСТОМАТОЗНОГО ГЕНЕЗА

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки бластоматозного генеза путем усовершенствования алгоритма лечебно-диагностической тактики.
Материалы и методы. За период 2009 – 2018 гг. в хирургической клинике КГКБ № 3 прошли лечение 127 больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза, что составляет 5,1 % (2485 пациентов) от общего количества больных с неотложной хирургической помощью. Женщины составляли 66,2 % (84 больные), мужчины составили 33,8 % (43 пациента). Средний возраст больных составил (68,2 ± 15,4) года. Этиологически причинами обтурации просвета кишечника в 10 (7,9%) больных была опухоль слепой кишки, у 11 (8,7 %) – восходящей ободочной кишки, у 5 (3,9 %) – печеночного изгиба ободочной кишки, у 6 (4 7 %) – поперечно-ободочной кишки, у 5 (3,9 %) – селезеночного изгиба ободочной кишки, у 18 (14,2%) – нисходящей ободочной кишки, у 32 пациентов (25,2 %) уровень препятствия локализовался в сигмовидной кишке и в 30 (23,6 %) – на уровне прямой кишки. Кроме этого, у 10 (7,9 %) пациентов непроходимость обусловили прорастания опухолей матки, яичников или мочевого пузыря в дистальные отделы толстой кишки.
Результаты исследований и их обсуждение. Представлены результаты лечения 127 больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза, проходивших лечение в хирургической клинике КГКБ № 3 за период 200– 2018 гг. Разработан лечебно-диагностический алгоритм этапности оказания хирургической помощи пациентам с данной патологией. Этапный подход и использование малоинвазивных методик декомпрессии кишечника в виде стентирования, реканализации и заведения зонда проксимальнее стеноза позволило увеличить процент отсроченных оперативных вмешательств (до 37,8 %) и уменьшить летальность на 14 %.

Ключевые слова: непроходимость кишечника; колоректальный рак; декомпрессия толстой кишки.