

УДК 616.149–008.341.1:347.440.32

© Ю. В. ГРУБНИК, А. Д. НЕТКОВ<sup>1</sup>, О. М. ЮЗВАКОдеський національний медичний університет  
КУ “Міська клінічна лікарня” № 11<sup>1</sup>

## Нестандартні методи при виконанні малоінвазивних операцій у лікуванні кишкової непрохідності пухлинного генезу

YU. V. HRUBNYK, A. D. NETKOV<sup>1</sup>, O. M. YUZVAKOdesa National Medical University  
MI “City Clinical Hospital” № 11

### NON-STANDARD METHODS IN PERFORMING OF MINIMALLY INVASIVE SURGERIES IN TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) – синдромна категорія, що об’єднує ускладнення протягом різних за етіологією захворювань і патологічних процесів, які формують морфологічний субстрат ГКН. За даними ВООЗ, ГКН становить 3,8 % від усіх невідкладних захворювань черевної порожнини. У структурі ГКН розрізняють гостру obturaційну кишкову непрохідність (ГОКН), однією з причин виникнення якої є колоректальний рак [1, 2, 6]. За останні 40 років питома вага ГОКН у структурі всіх форм ГКН збільшилася з 2–5 % до 20–24 % [7]. Загальна післяопераційна летальність серед хворих з ГОКН коливається від 21 до 44 % [4, 5], а післяопераційні запально-гнійні ускладнення при виконанні операції на висоті непрохідності сягають 40 % [3].

Дану групу хворих госпіталізують, як правило, ургентно у тяжкому стані, і в зв’язку з цим виконують триетапні та двоетапні операційні втручання. Виконання одноетапних операційних втручань є небезпечним через високий ризик неспроможності швів анастомозів. Ця група хворих потребує проведення інфузійної передопераційної терапії, корекції водно-електролітного балансу. Найбільш поширеними методами нормалізації товстокишкового пасажу є: відновлення просвіту прямої кишки шляхом ендоскопічної реканалізації і накладення колостоми з лапаротомного доступу або лапароскопічно.

Мета роботи полягала в дослідженні результатів малоінвазивних методів лікування пухлин товстого кишечника, ускладнених кишковою непрохідністю, із застосуванням ендоскопічної реканалізації та стентування.

Період роботи охоплює 2009–2014 рр. За цей час госпіталізовано 120 хворих з раком товстого кишеч-

ника, ускладненим кишковою непрохідністю. Чоловіків було 50, жінок – 70. Вік перебував у межах від 47 до 95 років. Зі 120 пацієнтів 53 госпіталізовані в декомпенсованій стадії гострої obturaційної кишкової непрохідності, 67 – у стадії компенсованої та субкомпенсованої кишкової непрохідності. У 17 випадках після ендоскопічної реканалізації вдалося провести під контролем ендоскопа двоприсвітний зонд через зону obturaції з подальшим відмиванням калових мас. У 5 випадках вдалося провести стент через obturaцію. Після стихання явищ непрохідності хворі були оперовані через 2–4 доби після інтенсивної передопераційної підготовки.

Ендоскопічну комбіновану реканалізацію товстої кишки проводили із застосуванням монополярної діатермокоагуляції, високоенергетичного лазера і фіброколоноскопа GF-301 Olympus (Японія). На першому етапі цим пацієнтам відновлення просвіту товстої кишки виконували методом монополярної діатермокоагуляції, формуючи канал за допомогою ендоскопічних інструментів у стенозованій ділянці. Подальше відновлення просвіту товстої кишки поєднували із застосуванням лазерної фотодеструкції пухлинної тканини, чергуючи сеанси реканалізації з 24-годинною паузою для відторгнення некротизованих фрагментів новоутворення. Обов’язковим компонентом при виборі методу операційного втручання були КТ органів черевної порожнини, МРТ, УЗД органів черевної порожнини з метою визначення метастатичного ураження парієтальної і вісцеральної очеревин, паренхіматозних органів, локальної поширеності новоутворення. Отримані дані, безумовно, впливали на вибір подальшої тактики лікування пацієнта. Після відновлення пасажу кишкового вмісту створювалася можливість виконання як лапаротомних, так

і лапароскопічних операцій з урахуванням сучасних онкологічних протоколів.

Лапароскопічні операції виконували, використовуючи ендоскопічний комплекс ("Olympus", Японія), набір лапароскопічних інструментів, апарат LIGASURE, а також лапароскопічні зшивальні апарати. Показаннями до накладання колостоми лапароскопічно були розвинення повного пухлинного стенозу і неможливість проведення ендоскопічної реканалізації. Після створення карбоксиперитонеуму (тиск CO<sub>2</sub> = 11–12 мм рт. ст.) в черевну порожнину вводили три троакари діаметром 10 мм: у параумбілікальній ділянці для скошеної оптики, в лівій мезогастральній ділянці для ендоскопічних ножиць або ендоскопічного гачка, у правій клубовій ділянці для введення дисектора. Мобілізацію товстої кишки виконували із застосуванням інструментів та апарата LIGASURE. Після мобілізації ділянки товстої кишки кишковою петлю, захоплену затискачем, виводили на передню черевну стінку і фіксували окремими монофіламентними абсорбуючими швами розміром 4-0, відкривали колостому. Після відновлення пасажу калових мас та проведення корекції водно-електролітного балансу, стабілізації стану хворих, через 7–10 діб більшості хворих проводили повторне операційне лікування. Виконували як лапароскопічні резекції ділянки товстого кишечника з накладенням первинного анастомозу, лапароскопічну мануально асистовану резекцію з накладенням анастомозу, так і традиційні лапаротомні операції з видаленням пухлини та накладенням кишкового анастомозу.

Ми прооперували 120 хворих із кишковою непрохідністю пухлинного генезу. Виконано 90 операцій методом лапаротомії і 30 лапароскопічних операцій: це резекції ділянки кишки з пухлиною і накладенням первинного анастомозу, а також операції типу Гартмана.

Традиційні лапаротомні операції були такими: 24 правосторонніх геміколектомій, 12 лівосторонніх геміколектомій; 44 операції Гартмана, а також у 10 випадках виконано накладення колостоми. Із загальної кількості 90 хворих, оперованих лапаротомно, в 60 випадках були проведені екстрені операції через наростаючі явища непрохідності, клініку перфорації кишки і явища перитоніту. З них у 37 проведено резекцію кишки з пухлиною і виведенням колостоми. У 23 випадках, зважаючи на поширений перитоніт при пухлинах сліпої і висхідної кишки, проведено видалення пухлини і накладення ілеостоми.

За допомогою методу комбінованої реканалізації товстої кишки просвіт органа був відновлений, у 30 пацієнтів нормалізований пасаж калових мас. У 5 ви-

падках метод доповнений стентуванням кишечника нітиноловими стентами. У подальшому, через 4–5 діб, цим хворим виконано лапароскопічні операції з видаленням пухлини і накладенням анастомозу. У 7 випадках спроба комбінованої реканалізації пухлинного стенозу прямої кишки не була успішною, оскільки у процесі реканалізації мало місце постійне підтікання калових мас з верхніх відділів товстої кишки і крові з ділянки новоутворення. Цим пацієнтам було виконано лапароскопічну колостомію, причому в трьох випадках її доповнено методикою "Hand Assistant". Після стабілізації стану хворих на 5–7 добу їм було виконано лапароскопічну резекцію кишки з пухлиною. У 18 випадках виконано реканалізацію з подальшою одномоментною лапароскопічною резекцією і накладенням анастомозу. Ускладнень і летальності в найближчому післяопераційному періоді у пацієнтів, яким було виконано комбіновану реканалізацію пухлинного стенозу, ендоскопічне стентування з подальшою лапароскопічною резекцією, лапароскопічну колостомію, відзначено не було. При застосуванні лапароскопічної резекції з накладенням первинного анастомозу анастомози накладали циркулярними зшивачами CDH29-33 ETHICON (США).

Хворі після лапароскопічних операцій значно менше (в 1,5 раза) потребували наркотичного знеболювання. Активізація пацієнтів після лапароскопічних операцій наставала на 1–2 добу, тоді як після лапаротомних операцій – на 3–4 добу. Середні строки перебування на ліжку склали після лапароскопічних операцій 5–7 діб, після лапаротомії – 8–10 діб. Кількість ускладнень після лапароскопічних операцій була значно менша. Після лапаротомних операцій відзначено 18 випадків нагноєння операційних ран, 3 випадки післяопераційної пневмонії, і в 2 випадках мала місце неспроможність швів із подальшим розвитком поширеного перитоніту. Після лапароскопічних операцій нагноєнь операційних проколів було 4 випадки, післяопераційних пневмоній – 1 випадок. Неспроможність швів відзначена в одному випадку, що було зумовлено тим фактом, що хворого оперували з приводу ГКН із різко вираженою анемією і низьким рівнем білка. Після діагностування неспроможності проведено лапаротомію з резекцією місця анастомозу і виведенням проксимального відділу кишечника як колостоми на передню черевну стінку. Після операційний період ускладнився розвитком нагноєння післяопераційної рани, пневмонією, ерозивною кровотечею з шлунка і дванадцятипалої кишки. Летальність після лапаротомних операцій відзначено в 5 випадках: у 2 випадках після розвитку неспроможності швів анастомозу і поширеного калового перитоніту;

## ПОВІДОМЛЕННЯ

у 2 – після гострої серцево-судинної недостатності, зумовленої раніше перенесеним інфарктом міокарда; в одному випадку через виникнення післяопераційної пневмонії. У групі хворих після лапароскопічних операцій летальності не було. Цей факт можна пояснити тим, що лапароскопічні операції проводили у хворих з менш вираженою супутньою патологією. Віддалені результати виживання цих двох груп хворих достовірно не відрізнялися. Проте в групі хворих, оперованих лапаротомним доступом, у 12 випадках утворилися післяопераційні вентральні грижі. У групі хворих, оперованих лапароскопічно, післяопераційних гриж не спостерігали.

*Висновки.* Ендоскопічна реканалізація товстої кишки і лапароскопічна колостомія, а також ендоскопічне стентування є ефективними способами відновлення пасажу калових мас, що дозволяє застосувати одноетапний і двохетапний методи лікування раку товстої кишки. Лапароскопічні операції дозволяють значно знизити кількість післяопераційних ускладнень, утворення післяопераційних гриж, зменшити операційну травму, скоротити терміни лікування, зменшити потребу у використанні наркотичних анальгетиків. Результати лапаротомних операцій достовірно не відрізняються від результатів лапароскопічних операцій.

Отримано 29.01.15