



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2(89) 2018

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р. Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 4 від 12.03.2018 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 14.03.2018 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 300 пр.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, просп. Леніна, 58, к. 106 Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2018

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасечнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Полевой
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



П. В. Свірено,
І. А. Криворучко,
К. А. Ажгібесов

Харківський національний
медичний університет

КЗОЗ «Обласна клінічна
лікарня – центр екстреної
медичної допомоги та
медицини катастроф»,
м. Харків

© Колектив авторів

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ТОВСТОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ПУХЛИННОГО ҐЕНЕЗУ

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 88 пацієнтів обох статей у віці 55-74 років з обтураційною товстокишковою непрохідністю пухлинного ґенезу, які лікувалися в клініці КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за період 2012 – 2017 рр. Для оптимізації діагностики захворювання і хірургічного лікування всім пацієнтам застосовували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і за відсутності протипоказань – фіброколоноскопію з просуненням зонду за місце звуження. Розроблена програма екстреного обстеження пацієнтів даної групи дозволила в короткі терміни визначити характер і рівень обструкції товстої кишки, об'єм і терміни виконання хірургічного втручання. Загальна тривалість перебування хворого в стаціонарі в середньому склала 23,5 ліжко-дня. Післяопераційна летальність склала 6 (6,8 %).

Ключові слова: обтураційна товстокишкова непрохідність, колоноскопія, хірургічне лікування.

Вступ

Найбільш часте ускладнення раку товстої кишки це обтураційна кишкова непрохідність (ОКН), яке зустрічається у 20-40 % пацієнтів з даною патологією [2, 9]. Післяопераційна летальність ОКН досягає 47-54 % [1, 4, 10]. Як невідкладне захворювання, ОКН диктує необхідність вибору оптимальної тактики в найкоротші терміни [3, 5, 8]. Також дане захворювання найбільш часто виникає у пацієнтів похилого і старечого віку з супутніми захворюваннями, вираженою інтоксикацією, генералізацією раку, порушеннями гомеостазу [6]. Хворі з ОКН потребують надання екстреної, кваліфікованої допомоги, метою якої є усунення даного ускладнення і при можливості радикальне хірургічне лікування. Питання вибору раціональної хірургічної тактики при ОКН в наш час залишаються актуальними, а сучасні досягнення хірургії дозволяють поліпшити результати діагностики і лікування.

Мета досліджень

Визначити оптимальні методи діагностики і лікування ОТКН.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 88 хворих з ОКН за період 2012-2017 р., оперованих в клініці КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Середній вік пацієнтів – (66,5±4,5) років. З них жінок – 52 (59,1 %), чоловіків – 36 (40,9 %). Усіх пацієнтам було прооперовано. Усім хворим проводили комплекс-

не клініко-лабораторне, рентгенологічне та ультразвукове дослідження. Рентгенологічне дослідження починали з оглядової рентгенографії черевної порожнини. Після підготовки товстої кишки колоноскопія була проведена 53 (60,2 %) хворим. Використовували класифікацію ОКН на тлі пухлини товстої кишки: I ступінь – компенсована непрохідність; запори по 2-3 доби без здуття живота, що ліквідуються за допомогою дієти і проносних; немає інтоксикації та симптомів порушення гомеостазу; при рентгеноскопії пневматоз товстої кишки незначний, при колоноскопії пухлина звужує просвіт до 1,5 см. II ступінь – субкомпенсована; стійкі запори до 3-5 діб, відсутність самостійного стільця; прийом проносних малоефективний або дає тимчасовий ефект; періодичне здуття живота з порушенням відходження газів; з'являються симптоми інтоксикації і дегідратації; рентгенологічно: розширення ободової кишки і переповнення її кишковим вмістом, можуть з'являтися рівні рідини; пухлинне звуження просвіту кишки до 1 см при колоноскопії. III ступінь – декомпенсована; постійні переймоподібні болі в животі, здуття, нудота і блювота, відсутність стільця і невідходження газів; є ознаки порушення водно-електролітного балансу, анемія, гіпопротеїнемія; рентгенологічно: розширення товстої кишки до 8-10 см в діаметрі, визначаються рівні рідини у вигляді чаш Клойбера; стеноз кишки при колоноскопії менше 1 см [7].

Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 7.0 с пакетом програм Statistica



6.0. Для аналізу результатів застосовували не-параметричну кореляцію Спірмена, критерій Манна-Уїтні, точний критерій Фішера. Результати вважалися статистично достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

У першу добу від захворювання госпіталізовано – 13 (14,8 %) хворих, на 2-3 добу – 44 (50 %). У більш пізні терміни захворювання – 31 (35,2 %) пацієнтів. У 69 (78,4 %) хворих виявлені захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця – у 50 (72,4 %), гіпертонічна хвороба – у 16 (23,2 %). Цукровий діабет виявлено у 9 (10,2 %) пацієнтів. Хронічне обструктивне захворювання легень діагностовано у 30 (34 %) хворих. У 39 (44,3 %) пацієнтів відзначено поєднання 2-х і більше захворювань. У 10 (11,3 %) випадків ОКН була ускладнена розвитком перитоніту. Вкрай важкий стан з явищами декомпенсації функцій життєво важливих органів виявлено у 4 (4,5 %) хворих, важкий – у 30 (34 %), середньої важкості – у 54 (61,5 %). Ліва половина травного каналу була переважно локалізацією пухлини у 51 (57,95 %) хворого, права – у 21 (23,86 %), попереково-ободова кишка – у 3 (3,41 %), пряма кишка – у 8 (9,1 %). У 5 (5,68 %) випадків діагностовано первинно-множинний рак товстої кишки. За даними гістологічного дослідження аденокарциному товстої кишки виявлено у 76 (86,3 %) випадків, персневоподібно-клітинний рак – у 4 (4,5 %), недиференційований рак – у 8 (9,2 %). Ознаки ОКН: горизонтальні рівні рідини і скупчення газу в кишечнику у вигляді чаш Клойбера виявлені у 63 (71,6 %) хворих. Гіперпневматоз товстої кишки виявлено у 17 (19,32 %) пацієнтів. До операції ультразвукове дослідження у 82 (93,18 %) хворих довело кишкову непрохідність. УЗД ознака ОТКН були збільшення об'єму ободової кишки з внутрішньо-просвітним депонуванням рідини, потовщенням її стінки, зниження або відсутність перистальтики, наявність випоту в черевній порожнині. За необхідності використовували динамічне інструментальне обстеження за допомогою УЗД. Великого значення надавали колоноскопії після попередньої очисної клізми. Фіброколоноскопія виконана 61 (69,3 %) хворому. Даний метод виявився інформативним лише в 55 (90,16 %) випадках, у зв'язку з недостатньою підготовкою кишки. Фіброколоноскопія у 100 % випадків дозволила ввести зонд діаметром 5 мм вище пухлинної обструкції для передопераційної підготовки та провести біопсію пухлини. ОКН (компенсована) I ст. встановлено у 15 (17 %) пацієнтів, II ст. (субкомпенсована) – у 54 (61,5 %), III ст. (декомпенсована) – у 19 (21,5 %).

Лікування ОКН починали з консервативних заходів, які одночасно були і передопераційної підготовкою при необхідності. основою їх було заповнення дефіциту об'єму циркулюючої крові, корекція гомеостазу. Об'єм інфузії становив 35-30 мл на кг ваги хворого. Обов'язково виконували декомпресію шлунка, кишечника за допомогою назогастрального зондування, клізм, закладом зонда за пухлину кишки при колоноскопії. Об'єм і тривалість передопераційної підготовки залежали від тяжкості стану хворих. Усі 10 (11,3 %) хворих з перитонітом оперовані в екстреному порядку. За відсутності ефекту від застосованої консервативної терапії у перші 6 годин оперовані 25 (28,4 %) хворих. Через 7-12 годин оперовано 36 (40,9 %) пацієнтів, через 13-24 годин – 19 (21,6 %), після 24 годин – 8 (9,1 %). Лікування ОКН передбачало корекцію гомеостазу, профілактику післяопераційних ускладнень, усунення кишкової непрохідності паліативними або радикальними способами. У 17 (19,3 %) випадках виконані мінімальні за об'ємом операції (двоствольна ілеостома, колостома, обхідний ілеотрансверзоанастомоз) в зв'язку з канцероматозом очеревини, віддаленими метастазами. За непрохідності правої половини товстої кишки ілеостомія була виконана у 3 (3,4 %) хворих, цекостомія – у 1 (1,1 %), обхідний ілеотрансверзоанастомоз – у 4 (4,5 %). При локалізації пухлини у лівій половині товстої кишки трансверзостомію виконано у 3 (3,4 %) хворих, сігмостомія – у 8 (9,1 %) хворих з пухлиною прямої кишки. У 9 (10,2 %) випадках з вираженою дилатацією товстої кишки, при субкомпенсованій і декомпенсованій стадіями кишкової непрохідності виконували операцію типу Гартмана (обструктивна резекція), інтраопераційний лаваж ободової кишки з інтестинальною інтубацією тонкої кишки. У 52 (59,1 %) випадках при компенсованій і субкомпенсованій стадіях ОКН і відсутності віддалених метастазів, перитоніту, вираженої дилатації кишки виконували резекцію кишки з пухлиною і накладенням первинного анастомозу. Лівостороння геміколектомія без анастомозу виконана у 19 (21,6 %) пацієнтів, з анастомозом – у 12 (13,6 %). У 5 (5,7 %) випадках первинного-множинного раку здійснена субтотальна колектомія. Правобічна геміколектомія без анастомозу здійснена 8 (9,1 %) пацієнтам, з анастомозом – (5,7 %). При локалізації пухлини у попереково-ободовій кишці у 3 (3,4 %) випадках виконана обструктивна резекція з накладанням анастомозу. Всім 73 (83 %) хворим із II та III ступенем важкості ОКН здійснена інтубація проксимального відділу кишки, лаваж черевної порожнини.

Післяопераційні ускладнення відзначені у 22 (25 %) хворих. Ранові ускладнення діагнос-

товано у 14 (15,9 %) хворих: з них сероми, інфільтрати – у 11 (12,5 %) пацієнтів, нагноєння рани – у 3 (3,4 %). Після операції пневмонії виявлено у 2 (2,3 %) пацієнтів. Інтраабдомінальних ускладнень не спостерігали. Причинами летального результату стали: прогресуюча поліорганна недостатність – 3 (3,4 %) пацієнта, тромбоемболія – 2 (2,2 %), інфаркт міокарду – 1 (1,1 %). Усі хворі оперовані на фоні перитоніту. Середня довготривалість стаціонарного лікування становила 23,5 ліжко-дня. Післяопераційна летальність – 6 (6,8 %).

ЛІТЕРАТУРА

1. Белянский Л. С. Хирургическое лечение больных obstructивным раком левой половины толстой кишки / Л. С. Белянский // Харківська хірургічна школа. – 2010. – №6(44). – С.11-14.
2. Белов С. Г. Тактика лечения больных повышенного операционного риска при опухолях толстой кишки, осложнённых непроходимостью / С. Г. Белов, А. Я. Бардюк, С. Б. Кутепов // Мат. ХІУ съезда хирургов Украины. – Харьков, 2000. – С.117-118.
3. Мамаков Н. А. Оптимизация хирургической тактики при осложнённом раке ободочной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Маманов. – Бишкек, 2007. – 22 с.
4. Неотложная хирургия рака ободочной кишки / Г. В. Пахомов, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]. – М. : Миклош, 2009. – 96 с.
5. Нетков А. Д. Роль и место малоинвазивных операций в диагностике и лечении больных с обтурационной кишечной непроходимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Д. Нетков. – Одесса, 2017. – 145 с.
6. Саргасян Р. С. Тактика хирургического лечения больных с острой обтурационной непроходимостью при раке прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. С. Саргасян. – Ереван, 2016. – 112 с.
7. Стан специфічної і неспецифічної імунобіологічної резистентності хворих колоректальним раком в умовах обтураційної товстокишкової непрохідності / В.В.Бойко, І.А.Криворучко, В.І.Жуков [и др.] // Клін. хірургія. – 2014. – № 8 – С. 5-9.
8. Тактика лечения больных при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с применением эндоскопических методов реканализации / А. М. Беляев, А. А. Захаренко, С. Ю. Дворецкий [и др.] // Онкология. – 2011. – Т. 12. – С. 620-630.
9. Cormann V. Colon and Rectal Surgery 6-th ed. / V. Cormann // Philadelphia: Lippincott Wilkins. – 2013. – P. 526.
10. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction / A. Gainant // Jvisc Surg. – 2012. – Vol. 149, N 1. – P. 3-10.

Висновки

1. Екстрена колоноскопія після підготовки товстої кишки хворим з ОКН дозволяє встановити причину кишкової непрохідності та забезпечити адекватну передопераційну підготовку.

2. Об'єм оперативного втручання при ОКН необхідно визначати диференційовано, в залежності від ступеня кишкової непрохідності, наявності перитоніту, розповсюдженості пухлинного процесу, тяжкості стану хворого та супутньої патології.



ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ
ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С
ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*П. В. Свирепю,
И. А. Криворучко,
К. А. Ажгибесов*

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 88 пациентов обоих полов в возрасте 55–74 лет с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, которые лечились в клинике КУОЗ «Областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» за период 2012–2017 гг. Для оптимизации диагностики заболевания и хирургического лечения всем пациентам применяли ультразвуковое исследование органов брюшной полости и при отсутствии противопоказаний фиброколоноскопию с заведением зонда за место сужения. Разработанная программа экстренного обследования пациентов данной группы позволила в короткие сроки определить характер и уровень обструкции толстой кишки, объем и сроки выполнения хирургического вмешательства. Длительность нахождения больного в стационаре в среднем составила 23,5 койко-дня. Послеоперационная летальность составила 6 (6,8 %).

Ключевые слова: *обтурационная толстокишечная непроходимость, колоноскопия, хирургическое лечение.*

THE CHOICE OF THE
OPTIMAL TREATMENT
TACTICS FOR PATIENTS
WITH COLONIC
OBSTRUCTION OF TUMOR
ORIGIN

*P. V. Svirepo,
I. A. Kryvoruchko,
K. A. Azhgibesov*

Summary. The results of surgical treatment of 88 patients of both sexes aged 55 to 74 years with obstructive colonic obstruction of tumor genesis, which were treated in the clinic Municipal founding of public health «Regional clinical hospital – The centre of extraordinary medical assistance and the medicine of catastrophe» for the period 2012 – 2017, were analyzed. To optimize the diagnosis of the disease and surgical treatment, all patients were subjected to ultrasound examination of the abdominal cavity organs and, in the absence of contraindications, fibrocolonoscopy, with the probe being placed behind the narrowing site. The developed program of emergency examination of patients of this group allowed in a short time to determine the nature and level of obstruction of the colon, the amount and timing of the surgical procedure. The length of stay of the patient in the hospital averaged 23.5 bed days. Postoperative mortality was 6 (6.8 %).

Key words: *obstructive colonic obstruction, colonoscopy, surgical treatment.*