

УДК: 616-002-089

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

MINIINVASIVE SURGERY IN THE TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

Грубник Ю.В.¹, Нетков А.Д.²¹Д. мед. н. проф., Кафедра хирургии №3 ОНМедУ²Зав. х/о КУ ГКБ №1**Резюме**

В работе представлены результаты лечения 120 больных с опухолью толстого кишечника, осложненной кишечной непроходимостью, в период с 2009 по 2014 г. Проанализированы исходы лечения 90 больных оперированных традиционным лапаротомным доступом и 30 больных оперированных лапароскопически, из которых в 5 случаях лечение было дополнено стентированием кишечника. Показана методика выполнения эндоскопической реканализации опухолевого стеноза кишечника. Проведено сравнение эффективности традиционных лапаротомных и лапароскопических операций, а также наличие ближайших и отдаленных постоперационных осложнений в обеих группах.

Ключевые слова: рак толстого кишечника, острая непроходимость кишечника, лапароскопические операции.

Summary

The results of treatment of 120 patients with colonic cancer, complicated by intestinal obstruction, during 2009 – 2014 period, were set out. There were analyzed the treatment results of 90 patients operated on, using traditional laparotomy, which formed the basic group. There were also analyzed 30 patients operated on laparoscopically, 5 of which supported treatment with intestine stent addition. The efficacy of endoscopic recanalization was investigated and effectiveness of traditional laparotomic and laparoscopic surgery and postoperative complications was compared in both groups.

Keywords: colon cancer, acute intestinal obstruction, laparoscopic surgery.

Актуальность

Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН. По данным ВОЗ, ОКН составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости. В структуре ОКН различают острую обтурационную кишечную непроходимость (ООКН), одной из причин возникновения которой является колоректальный рак [1, 2, 6.]. За последние 40 лет удельный вес ООКН в структуре всех форм ОКН увеличился с 2-5% до 20-24% [7]. Общая послеоперационная летальность среди больных с ООКН колеблется от 21 до 44% [4, 5], а послеоперационные воспалительно-гнойные осложнения при выполнении операции на высоте, непроходимости достигают 40% [3].

Данная группа больных поступает, как правило, urgently в тяжёлом состоянии и в связи с этим производятся трёхмоментные и двухмоментные оперативные пособия. Производство одномоментных оперативных вмешательств является небезопасным, из-за высокого риска несостоятельности швов анастомозов. Эта группа больных нуждается в проведении инфузионной предоперационной терапии, коррекции водно-электролитного баланса.

Наиболее распространёнными методами нормализации толстокишечного пассажа являются: восстановление просвета прямой кишки путем эндоскопической рекана-

лизации и наложение колостомы лапаротомным доступом или лапароскопически.

Цель работы заключалась в исследовании результатов малоинвазивных методов лечения опухолей толстого кишечника осложнённых кишечной непроходимостью.

Методы и материалы

Период работы охватывает 2009-2014 гг. За этот период поступило 120 больных с раком толстого кишечника, осложненного кишечной непроходимостью. Мужчин было 50, женщин – 70. Возраст колебался от 47 до 95 лет. Из 120 больных, 53 поступили в декомпенсированной стадии острой обтурационной кишечной непроходимости, 67 – в стадии компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимости. В 17 случаях после эндоскопической реканализации удалось провести под контролем эндоскопа двухпросветный зонд через зону обтурации, с последующим отмыванием каловых масс. В 5 случаях удалось провести стент через обтурацию. После разрешения явления непроходимости больные были оперированы через 2-4 сутки после интенсивной предоперационной подготовки.

Эндоскопическую комбинированную реканализацию толстой кишки проводили с применением монополярной диатермокоагуляции, высокоэнергетического лазера и фиброколоноскопа GF-301 "Olympus", Япония. На первом этапе, этим пациентам, восстановление просвета толстой кишки выполняли методом монополярной диатермоко-

агуляции, формируя канал с помощью эндоскопических инструментов, в области стенозированного участка. Дальнейшее восстановление просвета толстой кишки сочетали с применением лазерной фотодеструкции опухолевой ткани, чередуя сеансы реканализации с 24-часовой паузой для отторжения некротизированных фрагментов новообразования. Обязательным компонентом при выборе метода оперативного вмешательства являлась КТ органов брюшной полости, МРТ, УЗИ органов брюшной полости с целью определения метастатического поражения париетальной и висцеральной брюшины, паренхиматозных органов, локальной распространенности новообразования. Полученные данные, безусловно, влияли на выбор дальнейшей тактики лечения пациента. После восстановления пассажа содержимого, по кишечнику создавалась возможность производства как лапаротомных, так и лапароскопических операций, с учётом современных онкологических протоколов.

Лапароскопические операции выполняли, используя эндохирургический комплекс ("Olympus", Япония), набор лапароскопических инструментов, аппарат LIGASURE, а также лапароскопические сшивающие аппараты. Показаниями к наложению колостомы лапароскопически служило развитие полного опухолевого стеноза и невозможность проведения эндоскопической реканализации. После создания карбоксиперитонеума (давление CO₂ = 11-12 мм рт. ст.) в брюшную полость вводились три троакара диаметром 10 мм: в параумбиликальной области для прямой оптики, в левой мезогастральной области для эндоскопических ножниц либо эндоскопического крючка, в правой подвздошной области для введения диссектора. Мобилизацию толстой кишки выполняли рассечением париетальной брюшины эндоскопическими ножницами. После мобилизации участка толстой кишки, кишечную петлю, захваченную зажимом, выводили на переднюю брюшную стенку, фиксировали отдельными швами монофиламентными рассасывающимися нитями размером 4-0 и вскрывали колостому. После восстановления пассажа каловых масс и проведения коррекции водно-электролитного баланса, стабилизации состояния больных, через 7-10 дней большинству больных производилось повторное оперативное лечение. Производились как лапароскопические резекции участка толстого кишечника с наложением первичного анастомоза, лапароскопическая мануально ассистированная резекция с наложением анастомоза, так и традиционные лапаротомные операции с удалением опухоли, с наложением кишечного анастомоза.

Нами оперировано 120 больных с кишечной непроходимостью опухолевого генеза. Произведено 90 операций путем лапаротомии, и 30 лапароскопических операций: это резекции участка кишки с опухолью и наложением первичного анастомоза, а также операции типа Гартмана.

Традиционные лапаротомические операции были следующие: 24 – правосторонняя гемиколэктомия; 12 – левосторонняя гемиколэктомия; 44 – операция Гартмана, а также в 10 случаях выполнено наложение колостомы. Из общего количества 90 больных оперированных лапаротомно, в 60 случаях были произведены экстренные операции, ввиду нарастающих явлений непроходимости, клиники перфорации кишки и явлений перитонита. Из них у 37 произведена резекция кишки с опухолью и выведением

колостомы. В 23 случаях ввиду разлитого перитонита при опухолях слепой и восходящей кишки произведено удаление опухоли и наложение илеостомы.

При помощи метода комбинированной реканализации толстой кишки, просвет органа был восстановлен у 30 пациентов, нормализован пассаж каловых масс. В 5 случаях метод дополнен стентированием кишечника нитиновым стентом. В последующем, через 4-5 суток, этим больным выполнены лапароскопические операции с удалением опухоли и наложением анастомоза. В 7 случаях попытка комбинированной реканализации опухолевого стеноза прямой кишки не увенчалась успехом так, как в процессе реканализации имелось постоянное подтекание каловых масс из вышележащих отделов толстой кишки и крови из области новообразования. Этим пациентам была выполнена лапароскопическая колостомия, причем в трех случаях она дополнена методикой "Hand Assistant". После стабилизации состояния больных 5-7 суток, им была выполнена лапароскопическая резекция кишки с опухолью. В 18 случаях выполнена реканализация с последующей одномоментной лапароскопической резекцией и наложением анастомоза. Осложнений и летальности в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, которым была выполнена комбинированная реканализация опухолевого стеноза, эндоскопическое стентирование с последующей лапароскопической резекцией, лапароскопическая колостомия, отмечено не было. При применении лапароскопической резекции с наложением первичного анастомоза, анастомозы накладывались циркулярными сшивающими аппаратами CDH29-33 ETHICON США.

Больные после лапароскопических операций значительно меньше (в 1.5 раза) нуждались в наркотическом обезболивании.

Активизация пациентов после лапароскопических операций наступала на 1-2 сутки, тогда как после лапаротомных операций на 3-4 сутки.

Средние сроки пребывания на койке составили после лапароскопических операций 5-7 суток, после лапаротомии 8-10 суток.

Количество осложнений после лапароскопических операций было значительно меньше.

После лапаротомных операций было 18 случаев нагноения операционных ран, 3 случая постоперационной пневмонии, и в 2 случаях была несостоятельность швов, с последующим развитием разлитого перитонита.

После лапароскопических операций, нагноений операционных проколов было 4 случая, постоперационных пневмоний – 1 случай. Несостоятельности швов не было.

Летальность после лапаротомных операций была в 5 случаях: в 2 случаях после развития несостоятельности швов анастомоза и разлитого калового перитонита; в 2 случаях после острой сердечно сосудистой недостаточности обусловленная ранее перенесенным инфарктом миокарда; в 1 случае из-за возникшей постоперационной пневмонии.

В группе больных после лапароскопических операций летальности не было. Этот факт можно объяснить тем, что лапароскопические операции производились у больных с менее выраженной сопутствующей патологией.

Отдаленные результаты выживаемости этих двух групп больных достоверно не отличались.

В тоже время в группе больных оперированных лапа-

ротомным доступом в 12 случаях образовались постоперационные вентральные грыжи. В группе больных оперированных лапароскопически, постоперационные грыжи не наблюдались.

Выводы

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Эндоскопическая реканализация толстой кишки и лапароскопическая колостомия являются эффективными способами восстановления пассажа каловых масс, что позволяет применить одномоментный и двухмоментный метод лечения рака толстого кишечника.

2. Лапароскопические операции позволяют не толь-

ко провести ревизию брюшной полости, но и адекватно провести оперативное лечение согласно онкологическому протоколу. Также значительно снижают количество постоперационных осложнений, образование постоперационных грыж, и уменьшают операционную травму, сокращают сроки лечения, уменьшают потребность в использовании наркотических анальгетиков.

3. После проведения лапароскопических операций отмечалось более раннее восстановление перистальтики кишечника уже на 1-2 сутки.

4. Результаты лапаротомных операций достоверно не отличаются от результатов лапароскопических операций.

Литература

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста // Рос. онкол. журнал. — 1998. — Т.8. — С. 23-27.
2. Брискин Б.С. Обтурационная кишечная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия. — 1999. - Т.5. - С. 37-40.
3. Буянов В.М., Маскин С.С. Интраоперационная профилактика нагноений послеоперационных ран // Хирургия. - 1990. -№ 9. — С. 132-135.
4. Буянов В.М., Маскин С.С., Сажин В.П., Наумов А.И. Выбор шовных материалов и сшивающих аппаратов в хирургии колоректального рака // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. III конф. колопроктологов. - Волгоград, 1997. - С. 47-48.
5. Маскин С.С., Неделюк Я.В., Карсанов А.М. Диагностика, тактика и хирургическое лечение опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости: современное состояние проблемы // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2008. — № 3. - С. 15-21.
6. Эктов В.Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии: автореф. дис.... д-ра. мед. наук. - Воронеж, 1995. -30с.
7. Ерюхин И.А. и соавт. Кишечная непроходимость // Руководство для врачей. - СПб.: Питер, 1999. - 448 с.