

УДК: 616.354-007.271

ГОСТРА ТОВСТОКИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ–ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА, ВИБІР СПОСОБУ ТА ОБ'ЄМУ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

В.В. Міщенко¹, П.І. Пустовойт², В.В. Величко¹, Р.Ю. Вододюк²

Одеський державний медичний університет¹
Одеська обласна клінічна лікарня²

Реферат. Під наглядом знаходилося 95 хворих на колоректальний рак з клінікою гострої товстокишкової непрохідності. Профілактика інфекційних ускладнень і лікування перитоніту проводилося лефлоцином (левофлоксацином). Методом вибору при гострій товстокишковій непрохідності була операція типа Гартмана. При раці товстої кишки, ускладненому гострою товстокишковою непрохідністю і метастазами в печінку, виконували їх електрокоагуляцію, хірургічне видалення, кріохірургічну деструкцію та селективну поліхіміотерапію. Післяопераційна летальність склала 10,5%, кількість післяопераційних ускладнень – 6,8%.

Ключові слова: колоректальний рак, метастази печінки, гостра товстокишкова непрохідність.

В останнє десятиріччя відмічено зростання захворюваності на недоброякісні пухлинні утворення товстого кишечника [1, 7, 8].

Гостра товстокишкова непрохідність (ГТКН) пухлинного генезу складає більше 80% в структурі ускладнень раку товстої кишки при післяопераційній летальності 17-47% [2]. Такі хворі часто поступають до відділення загальнохірургічного профілю центральної районної лікарні, хірургічних стаціонарів міських лікарень та хірургічних стаціонарів, які надають ургентну допомогу хворим даного профілю. Якість надання допомоги визначає долю хворого, оскільки від чітких і правильних дій хірурга залежить результат лікування [3, 5, 6].

Як правило, причиною розвитку гострої товстокишкової непрохідності є злоякісні пухлинні утворення. В структурі частоти поразки товстого кишечника колоректальний рак (ККР) посідає четверте місце. Тактика лікування хворих з ККР, ускладненого ГТКН, неоднозначна. На думку одних хірургів, в даній ситуації основним методом лікування є термінове хірургічне втручання, направлене на усунення ознак ГТКН [3, 6]. Такі операції закінчуються формуванням, як правило, тимчасової або постійної колостоми [3, 4]. Операції типу Гартмана при ГТКН є вимушеними і інвалідизуючими. Існує точка зору про необхідність виконувати одномоментну радикальну операцію [2, 7].

При ККР, ускладненому ГТКН, в 27-46% випадків спостерігаються метастази раку в пе-

чінку [4]. Лікування метастатичного ураження печінки у даній ситуації – одна з найскладніших проблем сучасної онкопроктології. Основними методами лікування метастазів в печінці є резекція печінки, електрокоагуляція метастазів та їх хірургічне видалення. Альтернативою хірургічному видаленню метастазів може бути їх регіональна хіміотерапія, внутрішньопортальна хіміоемболізація та хіміоемболізація печінкових гілок черевного стовбура, алкоголізація невеликих метастатичних вузлів, а також імуномодельюча терапія.

М е т а

Метою нашого дослідження було досконалення принципів хірургічної тактики при гострій товстокишковій непрохідності пухлинного генезу, ускладненої метастатичним ураженням печінки.

М а т е р і а л т а м е т о д и

За період 2003-2008 рр. в обласній клінічній лікарні проходили лікування 95 хворих на гостру obturaційну кишкову непрохідність пухлинного генезу. Із загальної кількості хворих чоловіків було 67 (70,5%), жінок – 28 (29,5%) у віці від 46 до 82 років.

В алгоритм комплексного обстеження хворих входили УЗД, ФГДС, ФКС, іригоскопія, комп'ютерна томографія, що дозволило встановити первинну локалізацію пухлинного процесу. У 2 випадках первинна пухлина локалізувалася в сліпій кишці, у 2-у вихідній, у 6 – в печінковому куті поперечно-ободової кишки, у 2- у поперечно-ободовій кишці, у 3 – в селезінковому куті поперечно-ободової кишки, у 10- в низхідній товстій кишці, у 48-у сигмовидній кишці, у 32-в прямій кишці. Основною причиною ГТКН (в 92% випадків) була obturaція просвіту кишки пухлиною. У 8% хворих ГТКН була наслідком метастатичної поразки, або obturaції пухлиною з суміжних органів. У 15(15,6%) хворих діагностовано метастатичне ураження печінки.

ГТКН є ознакою декомпенсації моторно-евакуаторної функції кишечника. При цьому рівень порушень мікроциркуляції, кислотно-основної рівноваги і розвитку, на кінець, поліорганної недостатності буває різним. З метою

уніфікації тактики і оптимізації методу лікування ГТКН ми оцінюємо тяжкість непрохідності як компенсовану, субкомпенсовану і декомпенсовану.

Радикальна операція може бути виконана у переважній більшості хворих з ГТКН. Під радикальною операцією з приводу ГТКН мається на увазі така, яка забезпечує надійне усунення ознак гострої кишкової непрохідності, видалення ракової пухлини в результаті широкої анатомічної резекції товстої кишки і адекватної лімфаденектомії та видалення метастазів печінки. При цьому бажаним є відновлення природного пасажу кишкового вмісту.

Таким вимогам відповідають правобічна або лівобічна геміколектомія. Сегментарна або економна резекція не є радикальними і не відповідають онкологічним принципам.

У 15 хворих на КРР з метастазами в печінку, крім основного оперативного втручання, виконувалася електрокоагуляція і хірургічне видалення метастазів у вигляді абляції та атипної резекції печінки, кріохірургічна деструкція солітарних метастазів в печінці кріодеструктором «КАО-2», як доповнення до основного етапу операції. Розміри метастатичних новоутворень варіювали від 1 до 8 см.

Кріохірургічне втручання проводимо таким чином. Виконуємо лапаротомію. Інтраопераційно встановлюємо локалізацію, поширеність і розмір пухлини, визначаємо об'єм і вид основного оперативного втручання, встановлюємо наявність метастазів в печінці, визначаємо їх розміри, проводимо екстрене патогістологічне дослідження на предмет верифікації метастатичного ураження печінки, підбираємо аплікатор з урахуванням майбутньої зони деструкції, виводимо кріодеструктор на робочий режим роботи згідно параметрам ($t-80^{\circ}\text{C}$), встановлюємо експозицію кріодії згідно розрахункових величин пухлини і її локалізації. На метастатичний вузол в печінці накладасмо аплікатор кріодеструктора, проводимо кріодеструкцію метастаза потягом 3-5 хв. з повторним циклом кріодеструкції після спонтанного відтаювання.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих на КРР, ускладненого ГТКН пухлинного генезу і метастатичним ураженням печінки, нами проводилася профілактика і лікування перитоніта інфузійним антибіотиком лефлоцином (левофлоксацином) по 500 мг 2 рази на добу в продовж 7 днів, поєднуючи його з введенням метрогіла по 100,0 3 рази на добу.

В наслідок того, що при ГТКН спостерігається транслокація мікрофлори з кишечни-

ка у черевну порожнину, для санації черевної порожнини під час операції ми застосовували Декасан-0,02% розчин декаметоксина-антисептичний препарат, похідне бічетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, підвищуючи проникність цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів.

Для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики інфекційно-токсичного шоку, для покращення безпосередніх результатів лікування ми на протязі останніх 5 років на доопераційному та у ранньому післяопераційному періодах з успіхом застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною дією, що має протишокову дію, збільшує обсяг циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції; гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт та комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз.

Для підвищення ефективності застосування хіміопрепаратів поряд з кріодеструкцією, електрокоагуляцією і висіченням метастазів ми для проведення післяопераційної селективної поліхіміотерапії виконували катетеризацію системи а. hepatica [4, 7]. Хіміотерапію проводили призначених схем.

Результати та обговорення

Безпосередні і віддалені результати вивчені у всіх хворих.

З 95 хворих в ранньому післяопераційному періоді померло 10 (10,5%). Основна причина смерті-перитоніт і поліорганна недостатність.

Віддалені результати лікування хворих на КРР, ускладненого гострою товстокишковою непрохідністю і метастатичним ураженням печінки оцінені за тривалістю і якістю життя. У групі хворих, яким виконувалася електрокоагуляція, хірургічне видалення, кріохірургічна деструкція солітарних метастазів в печінці, проведена комплексна поліхіміотерапія, середня тривалість життя у хворих цієї групи склала $18 \pm 1,9$ місяців, якість життя у них була задовільною. Основною причиною смерті у віддаленому періоді у всіх хворих була генералізація онкопроцесу.

З а к л ю ч е н н я

На підставі аналізу представленої клінічного матеріалу нами запропоновані основні прин-

ципи хірургічної тактики при КРР, ускладненого гострою товстокишковою непрохідністю і метастатичним ураженням печінки.

1. Ретельний збір анамнезу і об'єктивне обстеження хворого.

2. Екстрена оглядова рентгенографія органів грудної клітки і черевної порожнини, яка дає можливість в більшості випадків виявити наявність чаш Клойбера або пневматизацію кишечника. При неможливості проведення фіброколоноскопії з метою уточнення локалізації пухлинного процесу необхідна екстрена іригоскопія, яку не слід виконувати за наявності у хворих перитоніту.

3. Екстрене ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини дозволяє виявити наявність метастазів і вільної рідини.

4. За допомогою екстреної фіброгастродуоденоскопії обстежується верхній відділ шлунково-кишкового тракту. Це обстеження слід виконувати з урахуванням загального стану хворого і стадії кишкової непрохідності.

5. Екстрена ректороманоскопія і фіброколоноскопія є основними методами дослідження для визначення рівня блоку товстої кишки.

6. Екстрені лапароцентез і лапароскопія дозволяють виявити наявність і характер вільної рідини в черевній порожнині і є неопційними в діагностиці ГТКН, ускладненої перитонітом.

7. Паралельно з клініко-інструментальним обстеженням хворого в максимально короткі терміни проводиться клініко-біохімічне дослідження крові, сечі, бактеріологічне дослідження випоту з черевної порожнини.

8. Катетеризація однією з центральних вен для інфузійної терапії є обов'язковою умовою в лікувально-діагностичному алгоритмі.

9. Передопераційна підготовка повинна бути інтенсивною і короткочасною. Всім хворим, що поступили в клініку, під контролем ОЦК і ЦВТ проводимо інфузійну терапію у вигляді кристалоїдів, амінокислотних сумішей, антигіпооксидантів, спазмолітиків і препаратів, які поліпшують мікроциркуляцію і реологічні властивості крові (реосорбілакт, сорбілакт). При декомпенсованій ГТКН виконуємо екстрене оперативне втручання за життєвими показниками з мінімальною передопераційною підготовкою.

10. Інтраопераційну антибіотикопрофілактику хворим проводимо шляхом внутрішньовенної інфузії лефлоцином (левофлораксацином) по 500 мг.

11. При ГТКН виконуємо широку серединну лапаротомію, ретельну ревізію органів черевної порожнини з ідентифікацією пухлини і

визначенням ступеня поширеності ракового процесу.

12. Назоінтестинальна інтубація і ентєральний лаваж є обов'язковими маніпуляціями перед основним етапом операції-видалення пухлини. Виконуємо мобілізацію 12 палої кишки за Кохером і низводимо дуоденоєюнальний перехід. При цьому значно спрощується процедура і скорочується час інтубації і самого оперативного втручання, що грає істотну роль в прогнозі захворювання.

13. Методом вибору у хворих з ГТКН є операція типу Гартмана при лівосторонньому раку товстої кишки і правобічна геміколектомія-при правосторонньому. Формування колостоми у двостовбурному вигляді виправдано при декомпенсованій ГТКН і каловому перитоніті.

14. У післяопераційному періоді хворим проводимо адекватну інфузійну і антибактеріальну терапію, ентеросорбцію через назоінтестинальний зонд.

15. Наявність у хворих ГТКН солітарних метастазів у печінці не є причиною відмови від радикального хірургічного втручання. При цьому виконується їх електрокоагуляція, хірургічне видалення, кріохірургічна деструкція.

16. У хворих ГТКН з метастатичним ураженням печінки бажано проводити селективну поліхіміотерапію шляхом катетеризації гілок печінкової артерії.

Розроблені основні принципи хірургічної тактики при КРР, ускладненого гострою товстокишковою непрохідністю і метастатичним ураженням печінки дозволили знизити післяопераційну летальність на 10,2% і значно (з 14,6% до 6,8%) зменшити кількість післяопераційних ускладнень і можуть бути рекомендовані для практичного вживання в плановій і ургентній хірургії.

ОСТРАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ-ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА, ВЫБОР СПОСОБА И ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В.В. Мищенко, П.И. Пустовойт, В.В. Величко, Р.Ю. Вододюк

Реферат. Под наблюдением находилось 95 больных колоректальным раком с клиникой острой толстокишечной непроходимости. Профилактика инфекционных осложнений и лечения перитонита проводилось лефлоцином (левофлораксацином). Методом выбора при острой толстокишечной непроходимости была операция типа Гартмана. При раке толстой кишки, усложненном острой толстокишечной непроходимостью и метастазами в печень, выполняли их электрокоагуляцию, хирургическое удаление, криохирургическую деструкцию и селективную полихимиотерапию. Послеоперацион-

ная летальность составила 10,5%, количество послеоперационных осложнений – 6,8%.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы печени, острая толстокишечная непроходимость.

ACUTE COLON IMPASSABILITY- DIAGNOSTIC,TACTIC,CHOICE OF THE METHOD AND VOLUME OF SURGICAL INTERFERENCE

*V.V. Mishchenko, P.I. Pustovoit, V.V. Velichko,
R.Y. Vododuk*

Abstract. 95 patients with colorectum cancer complicated acute obturative colon intestine was observed. The prophylaxis infectious complications and treatment peritonitis was realized by leflocin (levofloxacin). The method of choice at acute colon impassability was an operation of tape Gartman. Electro-coagulation, surgical delete, cryosurgical destruction and selective polichimiotherapy was executed at the cancer of colon, to complicated by acute colon impassability and by metastases in a liver. Postoperative fatality was 10,5% and postoperative complications–6,8%.

Key words: cancer colorectal, liver metastasis, cryo-destruction, acute colon impassability.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском / С.А. Алиев, А.А. Ашрафов // Вестн. хирургии им. Грекова.-1997.- №1.-С.46-49.
2. Балтайтис Ю. В. Компрессионные толстокишечные анастомозы в осложненных условиях / Ю.С. Балтайтис, Н.О. Кучер, В.А. Тельман // Вести, хирургии им. И. И. Грекова.-1993.-№ 5.-С. 6-9.
3. Бондарь Г. В. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного опухолевой непроходимостью / Г.В. Бондарь, Ю.И. Яковец, В.Х. Башеев // Хирургия.-1990.- № 7.-С. 94-97.
4. Гешелин С.А. Хирургическая тактика в urgentных ситуациях у онкологических больных: метод. рекомендации / Гешелин С.А.-Одесса, 1983,-43 с.
5. Конев В.Г. Внутриорганный полихимиотерапия в сочетании с химиоэмболизацией печени при ее метастатическом поражении у больных колоректальным раком / В.Г. Конев // Сборник научных работ сотрудников КМАПО им. П.Л. Шупика.-2000.-Вып.9.-Книга 4.-С.779-781.
6. Alwan M.N. Primary resection and immediate anastomosis of the unprepared colon / V.N. Alwan, M.M. Kawal, R.A. Sharif // Colo-Proctology.-1998.-Vol.4.-N2.-P.257-262.
7. Planjar M., Kukoch M. Emergency treatment of occlusive cancer of the left colon / M. Planjar, M. Kukoch // Acta Chir. Austr.-1991.- Vol. 23,- N 1. — P. 32.
8. Wiseman L.R. Oxaliplatin, a review of its use in the management of metastatic colorectal cancer / L.R. Wiseman // Drugs and Aging.-1999.-Vol.-14.-N°6.-P.459-475.