

STAGING APPROACH IN MULTIMODAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COLONIC OBSTRUCTION**ЕТАПНИЙ ПІДХІД В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ТОВСТОЇ КИШКИ****M.M. Stets**

MD, PhD, Professor at the Department of General Surgery #2. National Medical University named after O.O. Bogomolets, Ukraine. E-mail: mykolastets@mail.ru. Peter Zaporozhets st., 26, Kyiv, 02125.

R.I. Sydorчук

MD, PhD, Professor at the Department of General Surgery Higher state educational establishment Ukraine «Bukovinian State Medical University», Ukraine. A Hetman st., 2, Chernivtsi, Ukraine, 58004.

O.Y. Khomko

MD, PhD, Assoc. Professor, Department of Nursing and Higher Nursing Education Higher state educational establishment Ukraine «Bukovinian State Medical University», Ukraine. E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua F.Dostoevsky st., 25/3 Chernivtsi, Ukraine, 58029.

O.M.Plegutsa

MD, PhD, Assoc. Professor, Department of Nursing and Higher Nursing Education Higher state educational establishment Ukraine «Bukovinian State Medical University», Ukraine. E-mail: plehutsa@ukr.net Alma-Ata st., 3A / 65, Chernivtsi, Ukraine, 58029.

M.M. Стець

Доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії №2 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна E-mail: mykolastets@mail.ru вул. Петра Запорожця, буд. 26, м. Київ, 02125.

Р.І. Сидорчук

Доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Україна E-mail: rsydorchuk@ukr.net А. Гетьмана, 2, Чернівці, Україна, 58004.

О.Й. Хомко

Кандидат медичних наук, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет, Україна E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua вул. Ф. Достоевського, буд.25 кв.3, Чернівці, Україна, 58029.

О.М. Плегуца

Кандидат медичних наук, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет, Україна E-mail: plehutsa@ukr.net вул. Алма-Атинська, буд.3А кв.65, Чернівці, Україна, 58029.

Summary. The results of treatment of 77 patients with obstructive colonic failure, which were treated in a KCKH №3 during the period from 2000 to 2010 are presented. There is developed an improved algorithm of diagnostic and treatment tactics in patients with obstructive failure of the colon, which included conducting fibrocolonoscopy and implementation techniques of endoscopic decompression of the intestine as stenting, electrosurgical probe recanalization and decompression. Applications of developed tactics increased the amount of deferred surgery from 37% to 71%, increase the percentage of completed and cytoreduced radical surgery with primary overlapping anastomosis from 32% to 66% and reduce mortality from 17.5% to 14.3%. **Keywords:** colon cancer, obstructive colonic failure, stenting, electrosurgical probe recanalization, decompression of the intestine, endoscopy.

Резюме. Представлені результати лікування 77 пацієнтів з обтураційною непрохідністю товстої кишки, що проходили лікування в умовах КМКЛ №3 за період з 2000 по 2010 роки. Удосконалений алгоритм лікувально-діагностичної тактики у хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки, що включав проведення фіброколоноскопії та впровадження ендоскопічних методик декомпресії кишечника у вигляді стентування, електрохірургічної реканалізації та зондової декомпресії. Застосування розробленої тактики дозволило збільшити кількість відстрочених оперативних втручань з 37% до 71%, збільшити відсоток виконаних радикальних та циторедуктивних оперативних втручань з накладанням первинних анастомозів з 32% до 66% та зменшити рівень летальності з 17,5% до 14,3%. **Ключові слова.** рак товстої кишки, обтураційна непрохідність, стентування, електрохірургічна реканалізація, декомпресія кишечника, ендоскопія.

Вступ. Обтураційна непрохідність кишківника належить до гострих хірургічних захворювань, які не втратили свою актуальність навіть на сучасному етапі розвитку новітніх медичних технологій [3, 16-18; 5, 97-100; 9, 256-274]. Враховуючи вікові особливості зазначеної патології, наявність у переважної більшості хворих онкозахворювання, виражені патологічні зміни функції життєво важливих органів і систем, питання хірургічної тактики при обтураційній непрохідності кишківника є до кінця невирішеною проблемою ургентної хірургії [4, 73-76; 7, 63-66; 8, 97-100]. Пов'язаний цей факт в першу чергу з тим, що не зважаючи на здобутки медицини у питаннях інтенсивної терапії та застосуванні малоінвазивних способів відновлення пасажу кишечного вмісту, хірургічний метод лишається єдиним, що дає пацієнту надію на одужання [1, 9-12; 3, 16-18; 4, 73-76]. Однак, високий рівень летальності, що становить 10,5-22% [5, 97-100; 7, 63-66; 8, 97-100] та кількість післяопераційних ускладнень в межах 18,7-35% [3, 16-18; 7, 63-66] у хворих з даною патологією суттєвим чином обмежує радикалізм хірургів у виборі об'єму оперативного втручання в ургентних ситуаціях [2, 124-148; 3, 16-18; 4, 73-76; 7, 63-66; 8, 97-100].

Мета роботи - покращення результатів хірургічного лікування хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки шляхом створення та впровадження в практичну діяльність удосконаленого алгоритму лікувально-діагностичної тактики щодо пацієнтів з даною патологією.

Матеріали і методи. В хірургічній клініці КМКЛ №3 за період 2000-2008 роки пройшло лікування 63 хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки. Етіологічно причинами обтурації просвіту кишківника у 2 (3%) хворих була пухлина сліпої кишки, у 3 (5%) – висхідної ободової кишки, у 4 (6%) – печінкового згину ободової кишки, у 4 (6%) – поперечно-ободової кишки, у 5 (8%) – селезінкового згину ободової кишки, у 10 (16%) – низхідної ободової кишки, у 27 (43%) пацієнтів рівень перешкоди локалізувався у сигмоподібній кишці та у 8 (13%) – на рівні прямої кишки. У всіх хворих відразу після госпіталізації лікування починалося із заходів, спрямованих на відновлення водно-сольового балансу, корекцію функції серцево-судинної системи, декомпресію проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту та спробі консервативними засобами відновити прохідність кишківника. Останні включали проведення спазмолітичної терапії та постановку сифонних клізм [2]. Однак, не зважаючи на обсяг проведених заходів, у 40 (63%) пацієнтів явища непрохідності кишківника консервативними заходами ліквідувати не вдалося. Це зумовило проведення ургентних оперативних втручань в терміни від 2 до 6 годин перебування хворих у стаціонарі, що безумовно знайшло своє відображення у об'ємі останніх. Так, 16 хворим виконана операція Гартмана, 6 – накладений обхідний ілео-трансверзоанастомоз, 18 пацієнтам накладені паліативні стоми різної локалізації. У 23(37%) пацієнтів, на фоні ефективності проведення консервативних заходів лікування, оперативні втручання були проведені в терміни від 2 до 6 діб, що дозволило дообстежити хворих, адекватно здійснити корекцію гіповолемії і наявної супутньої патології та провести декомпресію кишківника. Серед зазначеної групи пацієнтів 3 була виконана правобічна-, 14 – лівобічна- геміколектомії та 3 – резекції сигмоподібної кишки з накладанням первинних анастомозів, що становило 32% від загальної кількості операцій. Летальність за звітний період становила 17,5% (11 пацієнтів). Основною причиною незадовільних результатів лікування було прогресування поліорганної недостатності на фоні ракової хвороби.

Результати та обговорення. Наочність причин незадовільних результатів лікування хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки спонукало до пошуку засобів та методик, що дадуть можли-

вість збільшити відсоток пацієнтів, яким можливо відстрочити хірургічне лікування до більш сприятливих термінів, а, відповідно, і умов проведення оперативного втручання. Розроблений алгоритм дій мав на увазі, крім традиційних протокольних заходів, обов'язкове проведення фіброколоноскопії. Зазначена діагностична процедура давала можливість не лише верифікувати рівень перешкоди, а й визначитися з можливим варіантом проведення доопераційної декомпресії кишківника, що є пріоритетною метою всією переопераційної підготовки. З метою декомпресії відділів кишківника проксимальніше стенозу були запропоновані та застосовані в практичній діяльності наступні заходи: стентування пухлин дистальних відділів сигмоподібної кишки під контролем ректороманоскопа ПВХ трубками діаметром 0,7-1,2 см у 3 хворих, двом пацієнтам з раком прямої кишки виконано електрохірургічну реканалізацію пухлин. У 2 пацієнтів з пухлинами сигмоподібної та низхідної ободової кишки вдалось провести декомпресію кишківника шляхом заведення зонду проксимальніше стенозу за допомогою фіброколоноскопу. У всіх зазначених випадках малоінвазивні методики дозволили шляхом фракційного промивання провести адекватну декомпресію супрастенотичних відділів кишківника.

Аналізуючи результати впровадження удосконаленої лікувально-діагностичної тактики, можна зазначити наступне. Так, за період 2009-2010 роки в клініці пройшли лікування 14 хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки. Локалізація стенозуючих пухлин була наступною: сліпа кишка – 1 випадок, печінковий згин ободової кишки – у 1 хворого, на рівні поперечно-ободової кишки – у 1 пацієнта, у селезінковому згині ободової кишки – у 2 хворих, на рівні нисхідного відділу – у 1, сигмоподібної кишки - у 4 випадках та на рівні прямої – у 2. Крім цього, у 2 пацієнтів причиною обтурації просвіту товстої кишки був заворот подовженої сигмоподібної кишки на фоні копростазу. Стосовно двох останніх випадків, проведення фіброколоноскопії дозволило відновити прохідність кишківника та провести лікування із застосуванням лише консервативних заходів. Е цілому консервативними заходами вдалось розіштити непрохідність у 10 хворих (71%). Після адекватної підготовки зазначених пацієнтів, в терміни від 2 до 5 діб були проведені 1 правобічна геміколектомія, 5 – лівобічних геміколектомій та 2 циторедуктивні резекції сигмоподібної та поперечно-ободової кишки з накладанням первинних анастомозів, що становило 66% від загальної кількості проведених операцій. В післяопераційному періоді неспроможності швів накладених анастомозів не було. В зазначеній групі померло 2 хворих (14,3%). Причиною летальних випадків були гострий інфаркт міокарда та тромбоемболія легеневої артерії.

Висновки.

1. Обтураційна непрохідність кишківника належить до хірургічної патології, яка не втратила свою актуальність навіть на сучасному етапі розвитку медичних технологій.
2. Проведення лікувально-діагностичної фіброколоноскопії перед оперативним втручанням дозволяє верифікувати рівень перешкоди в товстій кишці та визначитися з можливим варіантом застосування закритої декомпресії відділів кишківника проксимальніше стенозу.
3. Впровадження в практичну діяльність ендоскопічних методик декомпресії кишківника шляхом стентування перешкоди, заведення декомпресійного зонду за рівень стенозу та реканалізації пухлини дозволило збільшити кількість відстрочених оперативних втручань з 37% до 71%, відповідно, збільшити відсоток виконаних радикальних та циторедуктивних оперативних втручань з накладанням первинних анастомозів з 32% до 66% та зменшити рівень летальності з 17,5% до 14,3%.

Література

1. Дворниченко В.В., Шелехов А.В., Расулов Р.И., Минакин Н.И. Эндоскопические технологии в плане лечения осложненного рака прямой кишки // Российский онкологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 9-12.
Dvornichenko V.V., Shelekhov A.V., Rasulov R.I., Minakin N.I. Endoskopicheskie tekhnologii v plane lecheniya oslozhnennogo raka pryamoj kishki // Rossijskij onkologicheskij zhurnal. – 2008. – № 3. – С. 9-12.
2. Березницький Я.С., Фомін П.Д. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота.- Київ: ТОВ «Доктор-Медіа», 2007. – 470 с.
Bereznic'kij YA.S., Fomin P.D. Standarti organizacii ta profesijno orientovani protokoli nadannya medichnoї dopomogi hvorim z nevidkladnoju hirurgichnoju patologiejou organiv zhivota.- Kіiv: TOV «Doktor-Media», 2007. – 470 s.
3. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Яковец Ю.И. и др. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью // Український журнал хірургії.- №1.- 2009.- С. 16-18.
Bondar' G.V., Basheev V.H., Yakovec YU.I. i dr. Pervichno-vosstanovitel'naya taktika hirurgicheskogo lecheniya raka tolstoј kishki, oslozhnennogo polnoj kishechnoj neprohodimost'yu // Ukraїns'kij zhurnal hirurgii.- №1.- 2009.- S. 16-18.
4. Бочкарева Н.А., Напольских В.М., Камашев В.М. Анализ результатов лечения больных колоректальным раком по данным Республиканского клинического онкологического диспансера г. Ижевска // Медицинский альманах. – 2009. – №3(8). – С. 73-76.
Bochkareva N.A., Napolskih V.M., Kamashev V.M. Analiz rezul'tatov lecheniya bol'nyh kolorektal'nym rakom po dannym Respublikanskogo klinicheskogo onkologicheskogo dispansera g. Izhevskа // Medicinskij al'manah. – 2009. – №3(8). – S. 73-76.
5. Иоффе И.В., Хунов Ю.А., Шор Н.А. и др. Особенности клинического течения и хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости // Український журнал хірургії. – 2009.- №5. – С.97-100.
Ioffe I.V., Hunov YU.A., SHor N.A. i dr. Osobennosti klinicheskogo techeniya i hirurgicheskoy taktiki pri ostroj tolstokishechnoj neprohodimosti // Ukraїns'kij zhurnal hirurgii. – 2009.- №5. – S.97-100.
6. Каніковський О.Є., Надольський В.О., Терещенко Н.В. Хірургічна тактика при лікуванні хворих на рак ободової та прямої кишки, ускладнений гострою обтураційною кишковою непрохідністю // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2008. – №12 (2). – С. 427-429.
Kanikovs'kij O.Є., Nadol's'kij V.O., Tereshchenko N.V. Hirurgichna taktika pri likuvanni hvorih na rak obodovoї ta pryamoї kishki, uskladnenij gostroy obturacijnoju kishkovoju neprohidnist'yu // Visnik Vinnic'kogo nacional'nogo medichnogo universitetu. – 2008. – №12 (2). – S. 427-429.
7. Маханьков Д.О., Важенін А.В., Сидельников С.Ю. Тактика лечения больных злокачественными новообразованиями левой половины толстой кишки, осложненными обтурационной кишечной непроходимостью // Сибирский онкологический журнал. – 2007. – №1(21). – С. 63-66.
Mahan'kov D.O., Vazhenin A.V., Sidel'nikov S.YU. Taktika lecheniya bol'nyh zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami levoј poloviny tolstoј kishki, oslozhnennymi obturacιονnoј kishechnoj neprohodimost'yu // Sibirskij onkologicheskij zhurnal. – 2007. – №1(21). – S. 63-66.
8. Міщенко В.В., Пустовойт П.І., Величко В.В., Вододюк Р.Ю. Гостра товстокишкова непрохідність – діагностика, тактика, вибір способу та об'єму хірургічного втручання // Український журнал хірургії. – 2009. – №1. – С.97-100.
Mishchenko V.V., Pustovojt P.I., Velichko V.V., Vododyuk R.YU. Gostra tovtokishkova neprohidnist' – diagnostika, taktika, vibir sposobu ta ob'emju hirurgichnogo vtruchannya // Ukraїns'kij zhurnal hirurgii. – 2009. – №1. – S.97-100.
9. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
10. CHissov V.I., Dar'yalova S.L. Onkologiya.- Moskva: GEHOTAR-Media, 2007. – 560 s.