

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.2

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

Грубник В.В., Малиновский А.В., Узун С.А.

Лапароскопическая пластика больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы облегченным композитным сетчатым трансплантатом, дополненная передней круроррафией: проспективное рандомизированное исследование

**Яльченко Н.А., Лысуец П.Б., Шевченко В.Ю.,
Нестеренко Н.Н., Ткачук И.В.** Видеолaparoscopic операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы

**Бондарев Р.В., Бондарев В.И., Чибисов А.Л., Орехов А.А.,
Селиванов С.С.** Особенности фиксации сетчатого протеза при пластике грыж малых размеров передней брюшной стенки

Яльченко Н.А., Шевченко В.Ю., Лысуец П.Б., Черный В.И. Первый опыт использования сеток с нитиноловым каркасом при лапароскопическом лечении паховых и вентральных грыж

Фелештинський Я.П., Свиридовський С.А., Маленда О.Д. Оптимізація вибору способу операцій при рецидивних пахвинних грижах після алопластики за Ліхтенштейном

Вансович В.С., Котік Ю.М. Трансінгвінальна преперитонеальна алопластика пахвинних гриж із використанням системи Rebound HRD

82 Grubnik V.V., Malinowski A.V., Uzun S.A. Laparoscopic plasty of large hiatal hernias with facilitated composite reticular transplant complemented with the anterior crurorhaphy: a prospective randomized research

**88 Yalchenko N.A., Lysunets P.B., Shevchenko V.G.,
Nesterenko M.M., Tkachuk I.V.** Videolaparoscopic operations in treatment of esophageal hernia opening

**92 Bondarev R.V., Bondarev V.I., Chibisov A.L., Orekhov A.A.,
Selivanov S.S.** Features of fixing of the mesh artificial prosthesis at plasty of small size hernias of the anterior abdominal wall

**96 Yalchenko N.A., Shevchenko V.Yu., Lisunets P.B.,
Cherniy V.I.** The first experience of nitinol frame nets use during laparoscopic treatment of inguinal and ventral hernias

98 Feleshtinsky Ya.P., Sviridovsky S.A., Malenda O.D. Optimization of choice of operation methods in case of recurrent inguinal hernias after alloplasty according to Liechtenstein

99 Vansovich V.E., Kotik Y.M. Transinguinal preperitoneal inguinal hernia alloplasty with the use of Rebound HRD system

КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ COLORECTAL SURGERY

**Березницький Я. С., Астахов Г. В., Яроцкий Г. Г.,
Курьяк С.Н.** Опыт лапароскопических операций на толстой кишке

**Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В.,
Крамаренко К.А.** Возможности лапароскопических вмешательств в лечении больных раком ободочной кишки

**Милица Н.Н., Ангеловский И.Н., Постолenco Н.Д.,
Милица К.Н., Селдусова В.В.** Возможности первично-восстановительных операций при осложненном колоректальном раке

**Байдо С.В., Жигулин А.В., Винницкая А.Б., Бернштейн Г.Б.,
Сильвестров М.А., Приндык С.И., Голуб Д.А.** Лапароскопические операции в онкоколопроктологии

**Байдо С.В., Жигулин А.В., Винницкая А.Б., Бернштейн Г.Б.,
Приндык С.И., Сильвестров М.А., Голуб Д.А.** Трансвагинальное извлечение препарата при лапароскопической передней резекции

**100 Bereznitsky Y.S., Astakhov G.V., Yarotsky G.G.,
Kurilyak S.N.** Experience of laparoscopic colon surgery

**102 Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomnyashiy V.V.,
Kramarenko K.A.** Possibilities of laparoscopic interventions in treatment of patients with colon cancer

**105 Militsa N.N., Angelovskiy I.N., Postolenco N.D., Militsa K.N.,
Soldusova V.V.** Capabilities of primary reconstructive operations in complicated colorectal cancer

**107 Baida S.V., Zhigulin A.V., Vinnytskaya A.B., Bernstein G.B.,
Silvestrov M.A., Prindyuk S.I., Holub D.A.** Laparoscopic surgery in oncological coloproctology

**108 Baida S.V., Zhigulin A.V., Vinnytskaya A.B., Bernstein G.B.,
Prindyuk S.I., Silvestrov M.A., Holub D.A.** Transvaginal removal of preparation during laparoscopic anterior resection

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ GENERAL QUESTIONS

**Дегтярь В.А., Садовенко Е.Г., Щудро С.А., Барсук А.М.,
Валов В.Г., Каминская М.О.** Применение эндоскопических методов исследования при патологии желудочно-кишечного тракта у детей

**Малоштан А.В., Скорый Д.И., Смачило Р.М., Малоштан А.А.,
Кудревич А.Н., Рябинская О.С., Османов Р.Р.** Лучевые методы в диагностике жидкостных образований печени

Мельник О.М. Особливості спланхнічного кровотоку при обтураційній жовтяниці за даними ультразвукового доплерівського дослідження

**Годлевський А.І., Ярмач О.А., Саволук С.І., Кацал В.А.,
Фуников А.В.** Інтраопераційна ультразвукова діагностика у візуалізації та оперативній корекції холедохолітіазу

Плошенко Ю.О., Чупахіна Н.М. Особливості передопераційної підготовки при малоінвазивних операціях у хворих похилого віку

**109 Degtyar V.A., Sadovenko E.G., Schudro S.A.,
Barsuk A.M., Valov V.G., Kaminska M.O.** The use of endoscopic examination methods for pathology of the gastrointestinal tract in children

**111 Maloshtan A.V., Skoriy D.I., Smachilo R.N., Maloshtan A.A.,
Kudrevich A.N., Ryabinskaya O.S., Osmanov R.R.** Radiation methods in diagnostics of liver liquid formations

114 O.M. Melnik Peculiarities of splanchnic hemocirculation with mechanical jaundice according to Doppler ultrasound examination

**118 Godlevsky A.I., Yarmak O.A., Savolyuk S.I., Katzal V.A.,
Funikov A.V.** Intraoperative ultrasonography in visualization and surgical correction of choledocholithiasis

121 Ploshchenko J.A., Chupahina N.M. Features of preoperative care of elderly patients in minimally invasive surgery

**Н.Н. Милица,
И.Н. Ангеловский,
Н.Д. Постоленко,
К.Н. Милица,
В.В. Солдусова**

ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины»
кафедра хирургии и проктологии
(зав. – проф. Н.Н. Милица)
г. Запорожье

Ключевые слова: колоректальный рак, толстокишечная опухолевая непроходимость, первично-восстановительные операции, экстренная интраоперационная колоирригация

Key words: colorectal cancer, obstructive ileus, primary reconstructive operations, emergent intraoperation coloirrigation

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Резюме. На підставі результатів лікування 196 хворих на колоректальний рак, у яких застосована розроблена авторами методика, показано, що запропонована тактика й індивідуальний підхід дозволили розширити показання до проведення первинно-відновлювальних операцій (81,4%), зменшити післяопераційні ускладнення до 21,7% і летальність – до 9,3%, тим самим покращити результати лікування цієї категорії пацієнтів. Однак, є потреба подальшого удосконалення окремих аспектів застосування екстренної інтраопераційної колоіригації для виконання одноетапних операцій на висоті обтураційної товстокишкової пухлинної непрохідності.

Summary. On the basis of treatment of 196 patients with colorectal cancer in whom developed by the authors procedures was used, tactics and individual approach allowed to expand indications to primary-restorative surgeries (81,4%), to reduce post-operative complications to 21,7% and lethality to 9,3% and by this to improve treatment results this category of patients. However, there exists a need in further improvement of private aspect in emergency intraoperation coloirrigation to perform one-stage surgeries on the peak of obturation large-intestinal tumor obstruction.

Низкая выявляемость колоректального рака на ранних стадиях, возрастание заболеваемости у пожилых с бессимптомным течением, ошибки диагностики на догоспитальном этапе способствуют тому, что до 85% больных с развитием обтурационной непроходимости, перифокальным воспалением, перфорацией, кровотечением поступают в общехирургические отделения по экстренной помощи [1, 4, 6, 9]. Послеоперационная летальность в этих случаях достигает 20% и более.

Ряд частных аспектов хирургического лечения, особенно это касается этапности при левосторонней локализации обтурирующей опухоли, остаются неразрешенными. До сих пор в экстренных хирургических отделениях общепринятым («Золотым стандартом») подходом продолжает считаться операция типа Гартмана с наложением колостомы и возникновением до 50% стойкой инвалидизации. Ликвидация ее повторной операцией оказывается возможной у 40% таких больных [2, 3, 5, 9].

Выполнение восстановительных операций с формированием первичного толстокишечного анастомоза сопровождается значительным риском несостоятельности швов [4, 5, 6, 8]. В последние годы отдельные авторы сформирова-

ли два направления в оценке показаний, их научного обоснования с усовершенствованием новых технологий для проведения одноэтапной операции при обтурирующем колоректальном раке. Это: 1) реканализация опухоли малоинвазивными эндоскопическими приемами [3] для подготовки к отсроченной операции с формированием одномоментного анастомоза; 2) разработка и применение интраоперационной колоирригации толстой кишки [7, 9].

Но для воплощения в жизнь современных принципов оказания хирургической помощи больным с осложненным колоректальным раком лечебному учреждению требуется как определенный опыт, так и ряд организационных нововведений на приближение специализированного звена (онкологи, колопроктологии) к этапу экстренной помощи.

Цель исследования – изложить опыт специализированной клинической работы по оптимизации хирургической реабилитации больных с осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу сообщения положены результаты лечения 194 больных, у которых была применена разработанная нами тактика. Возраст больных

был от 40 до 94 лет. Мужчин было 86 (44,6 %), женщин – 108 (55,4 %). Поздняя госпитализация (свыше 24 часов) отмечена у 122 (62,2%) больных. В стадии субкомпенсации ОТКН оперировано 112 (58,1%) больных. В стадии декомпенсации – 82 (41,9%). Пациенты в стадии компенсации в настоящем исследовании не учитывались. У всех больных ОТКН была обусловлена опухолевым поражением толстого кишечника.

В 44% наблюдений во время операции было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, у 27% обследованных выявлены отдаленные метастазы с наиболее частой локализацией в печени (61,4%), реже в легких (12,6%), канцероматоз брюшины установлен в 17,1% наблюдений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью консервативных мероприятий острые явления непроходимости удалось разрешить у 36 (20,3%) пациентов. После дополнительной подготовки и обследования эти больные оперированы в отсроченном периоде (через 2-5 суток). Им произведены радикальные операции с резекцией опухоли и наложением первичного анастомоза (1-я группа).

У 22 пациентов, при опухоли в левой половине ободочной кишки, первым этапом накладывали разгрузочную трансверзостому с видеолaparоскопической поддержкой. Это позволяло разрешить явления ОТКН и оценить распространенность процесса для выбора объема последующей операции. Этим больным в отсроченном порядке проводили радикальные операции с первичным анастомозом, а наложенную ранее разгрузочную стому закрывали спустя 3-4 недели после оперативного вмешательства (2-я группа).

При наличии распространенных или синхронных опухолей, а также диастатических супрастенотических разрывах при декомпенсированной ОТКН у 22 пациентов выполнена субтотальная колэктомия с наложением илеоректоанастомоза. Несмотря на объем оперативного вмешательства, срочная субтотальная резекция ободочной кишки при ОТКН позволяет моментно устранить непроходимость и удалить опухоль (3-я группа).

Ранее нами выполнялась открытая интраоперационная декомпрессия приводящих отделов толстой кишки. В настоящее время у 96 пациентов с клиникой ОТКН при помощи предложенного устройства (патент Украины) проводили закрытую интраоперационную декомпрессию вышележащих отделов с использованием оксигенированных растворов (4-я группа). Таким

образом, опорожняются переполненные приводящие отделы ободочной кишки, с одновременным промыванием просвета кишечника оксигенированными растворами. Интраоперационный лаваж для декомпрессии кишечника перед его резекцией позволил выполнить одномоментные операции с наложением первичного инвагинационного анастомоза.

При локализации опухоли в прямой кишке у 18 пациентов непроходимость удалось разрешить при помощи предложенного устройства для проведения зонда за опухоль (патент Украины), что позволило выполнить одномоментно брюшно-анальную резекцию с низведением ободочной кишки, демукозацией слизистой анального канала и сохранением сфинктерного аппарата (5-я группа).

При декомпенсированных формах ОТКН и наличии энтеральной недостаточности интубировали тонкий кишечник назогастроинтестинальным зондом с целью проведения послеоперационной детоксикации и уменьшения степени эндогенной интоксикации.

В 58 случаях оперативные вмешательства с наложением первичного анастомоза выполнили через 2-4 суток, у 100 больных в экстренном порядке во время первой операции (18 из них брюшно-анальные резекции с низведением), а у 22 пациентов, учитывая распространенность процесса, произведены тотально-субтотальные колэктомии.

Послеоперационные осложнения возникли в 42 (21,7 %) случаях. Осложнения наблюдались, как правило, у больных, оперированных в срочном порядке. Общая летальность составила 9,3%.

ВЫВОДЫ

1. Предложенная тактика и индивидуальный подход позволили расширить показания к проведению первично-восстановительных операций (81,4%), снизить послеоперационные осложнения до 21,7% и летальность до 9,3%, тем самым улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

2. Такого объема экстренные операции должны осуществляться опытными специалистами, владеющими приемами колопроктологии и онкологии, а предложенная тактика способствует ранней социально-трудовой реабилитации оперированных.

3. Требуется дальнейшее совершенствование частных аспектов применения экстренной интраоперационной колоирригации для выполнения одноэтапных операций на высоте обтурационной толстокишечной опухолевой непроходимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь В.Г. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью / В.Г. Бондарь, Ю.А. Яковец, В.Х. Башеев // Хирургия.-1990.-№7.- С.94-97.
2. Давыдов М.И. Проблема осложненного колоректального рака / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник Московского онкологического общества. - 2007. - С.20-23.
3. Дворецкий С.Ю. Эндоскопическая реканализация при колоректальном раке, осложненном непроходимостью: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / С.Ю. Дворецкий. - СПб., 2008. - 20с.
4. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. - 2004. - №2. - С.4-7.
5. Маманов Н.А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Н.А. Маманов.- Бишкек, 2007. - 21с.
6. Пахомова Г.В. Хирургическое лечение больных со стенозирующим раком левой половины ободочной кишки / Г.В. Пахомова, Т.Г. Подловченко // Актуальные вопросы современной хирургии. - Астрахань, 2006. - С.148-149.
7. Ханевич М.Д. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции / М.Д. Ханевич, М.А. Шашопин, А.А.Зязин. - М.: МедЭкспертПресс, 2003.- 136 с.
8. Шелутко А.М. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости / А.М. Шелутко, А.Ю. Моисеев, В.Ю. Зубцов // Рус. мед. журнал. - 2000. - №2. - С.22-26.
9. Шишкина Г.А. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Г.А. Шишкина.- СПб., 2008.-21с.



УДК 616.351-006-089.819

**С.В. Байдо,
А.В. Жигулин,
А.Б. Винницкая,
Г.Б. Бернштейн,
М.А. Сильвестров,
С.И. Приндюк,
Д.А. Голуб**

*«ЛІСОД – Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги»
г. Киев*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИИ

Использование лапароскопического доступа при операциях на толстой и прямой кишке снижает травматичность вмешательства, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре, потребность в обезболивании и уровень ранних послеоперационных осложнений без ущерба для онкологических результатов.

За период 2008-2011гг. в клинике выполнено 54 операции по поводу колоректального рака с использованием лапароскопического доступа: правосторонняя гемиколэктомия - 10, левосторонняя - 5, резекция сигмовидной кишки - 9, передняя резекция прямой кишки (ЛПР) - 15, экстирпация прямой кишки (ЭПК) - 11, реконструктивный этап после операции Гартмана - 4. С 2009 года при выполнении ЭПК у мужчин использовался промежностный доступ по Holm. При выполнении ЛПР у 9 пациентов наложены превентивные илеостомы. В 2011 году у 3

пациенток при выполнении ЛПР для извлечения препарата использовали трансвагинальный доступ.

Средний возраст больных - 54 года. Мужчин было 29, женщин - 25. Распределение по стадиям: I ст.-4, IIА - 30, IIIА- 2, IIIВ- 8, IIIC- 6, IVА- 4. Средний послеоперационный койко-день составил 6,2. Уровень послеоперационных осложнений - 21,2%. Послеоперационной летальности не было.

Следовательно, применение лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака позволяет улучшить ближайшие послеоперационные результаты без ущерба онкологическому радикализму. Использование техники ТМЕ и доступа по Holm позволяет улучшить функциональные результаты операций. При трансвагинальном извлечении препарата улучшается косметический результат операции, уменьшается болевой синдром.