

© Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Захарчук А.П., Полянский Д.П., Дворник И.А.

УДК: 616.345 - 006.6+616.348-089.8

**Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Захарчук А.П., Полянский Д.П., Дворник И.А.**

Харьковская медицинская академия последиplomного образования, кафедра хирургии и проктологии (ул. Корчагинцев, 58, г. Харьков, Украина, 61176)

## ВОЗМОЖНОСТЬ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 128 больных с острой толстокишечной непроходимостью кишечника (ОТНК). Информативность метода УЗИ в диагностике ОТНК составила 98%, обзорной рентгенографии - 43,7%. С помощью колоноскопии и ректороманоскопии острый механический илеус в 29,7% случаев переведен в хронический. На высоте ОТНК оперированы 90 (70,3%) больных. Послеоперационные осложнения составили 16,4%, послеоперационная летальность - 5,5%. Разрешение острого обтурационного илеуса и перевод его в частичный с помощью эндоскопических методов - колоноскопии и ректороманоскопии, позволил в 29,7% случаях выполнить лапароскопически ассистированные резекции ободочной кишки. В этой группе больных летальных исходов не было, а послеоперационные осложнения составили 0,8%.

**Ключевые слова:** обтурационная непроходимость кишечника, УЗИ, лапароскопические резекции толстой кишки, колоректальный рак.

### Введение

Заболееваемость раком толстой кишки как в мире, так и в Украине за последние десятилетия постоянно увеличивается и вышла на третье место в структуре онкологических заболеваний. Одновременно увеличилось число больных с осложненными формами колоректального рака (КРР) [1, 2, 9]. Наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки является ОТНК, которая по данным ряда авторов возникает у 20-40% пациентов [2, 3, 11]. Несмотря на совершенствование методов диагностики и оперативного лечения послеоперационная летальность у больных с ОТНК остается высокой, не имея тенденции к снижению и составляет 24-54% [4, 10, 11]. В тоже время летальность у больных с КРР, оперированных в плановом порядке, составляет 2,5-6%, что почти в 10 раз меньше, чем в urgentных ситуациях, когда операцию приходится выполнять на высоте ОТНК [7].

Одним из направлений по снижению послеоперационной летальности и количества послеоперационных осложнений, которые возникают в послеоперационном периоде в 5-30% случаев, у больных ОТНК является перевод острой непроходимости кишечника в частичную. Хотя по данным литературы разрешить ОТНК консервативным методом удается только у 7,5-29% больных [5]. Существуют способы эндоскопической лазерной или электрокоагуляционной реканализации обструктивной опухоли, однако, ряд авторов указывают на высокий риск перфорации кишки во время процедур и невозможность выполнения данных методов при большой протяженности участка стеноза толстой кишки [6, 8].

*Цель исследования* - определить возможность выполнения лапароскопических резекций ободочной кишки при обтурационной непроходимости кишечника у больных с КРР.

### Материалы и методы

В представленной работе проанализированы результаты лечения 128 больных ОТНК, находившихся на ле-

чении в клинике с 2012 по 2015 годы, из них мужчин было 76 (59,4%), женщин - 52 (40,6%). Больных госпитализированных по urgentным показаниям было 112 (87,5%). В плановом порядке для обследования поступили 16 (12,5%) пациентов, у которых во время УЗИ были выявлены признаки ОТНК.

Диагностика ОТНК основывалась на данных анамнеза заболевания, клинико-лабораторных, инструментальных и лучевых методах исследования. Обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена 117 (91,4%) больным. УЗИ в первые часы поступления выполнено всем больным. В зависимости от данных УЗИ определяли не только признаки острого механического илеуса, но и в 48 (37,5%) случаев определяли уровень препятствия. Ректороманоскопия выполнена у 48 (37,5%), а колоноскопия в urgentном порядке выполнена у 46 (36%) больных. Во время этих исследований уточняли уровень обструкции толстой кишки.

Следует отметить, что колоноскопия как и ректороманоскопия, выполнявшиеся у больных с острой непроходимостью кишечника в 38 (29,7%) случаях из диагностических становились лечебными. Это достигалось благодаря тому, что по биопсийному каналу вводили зонд выше места обтурации. После этого по нему аспирировали газ и жидкое содержимое из толстой кишки, находившееся выше места препятствия. Основными диагностическими методами, позволяющими осуществить контроль за динамикой развития ОТНК в процессе лечения и оценить эффективность консервативной терапии, а также лечебной колоноскопии и ректороманоскопии были лучевые, а именно, обзорная рентгенография органов брюшной полости и УЗИ.

### Результаты. Обсуждение

Ретроспективный анализ показал, что ценность в диагностике ОТНК лабораторных методов исследования невелика. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, увеличение СОЭ

были у 43 (33,6%) больных, поступивших в стационар позднее 2-3 сут от начала заболевания. Следует отметить, что нормальные или повышенные показатели гемоглобина и гематокрита, выявленные у 72 (56,3%) больных, были связаны с выраженными нарушениями водно-электролитного баланса, которые не соответствовали истинным цифрам и свидетельствовали как о "запущенном" онкологическом процессе, так и о выраженности степени дегидратации.

В биохимическом анализе крови у 26 (20,3%) было обнаружено повышение уровня мочевины, креатинина, что являлось признаками нарушения экскреторной функции почек.

Из лучевых методов диагностики ОТНК обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена у 117 (91,4%) больных. Из них только у 56 (43,7%) пациентов были выявлены достоверные признаки механического илеуса в виде чаш Клойбера. В остальных 61 (47,7%) случаях на рентгенограммах определялся гиперпневматоз кишечника. Из-за тяжести состояния 11 (8,6%) пациентам не выполнить исследование не удалось.

В отличие от рентгенографии органов брюшной полости УЗИ выполнено у 128 (100%) больных. У всех больных с ОТНК были выявлены достоверные признаки механической непроходимости кишечника. Расширение просвета тонкой и толстой кишки у 98 (76,6%) больных, возвратно-поступательные движения химуса у 72 (56,3%) пациентов, складки Керкринга у 64 (50%) больных, все вышеперечисленные признаки у 109 (85,2%) пациентов.

Следует отметить, что эхографические симптомы обтурационного илеуса были выявлены и у тех больных, у которых при обзорной рентгенографии органов брюшной полости обнаружен только гиперпневматоз кишечника. С помощью УЗИ у 48 (37,5%) был обнаружен уровень локализации опухоли в виде симптома "ложной почки". Кроме этого у 33 (25,5%) больных установлены признаки генерализации онкологического процесса в виде наличия метастазов в печени и забрюшинных лимфоузлах, асцита.

Ректороманоскопия после подтвержденного диагноза ОТНК, выполнена у 48 (37,5%) пациентов. Во время исследования у 10 (8%) выявлена опухоль ректосигмоидного перехода с обтурацией просвета кишки и не возможностью проведения за место обструкции разгрузочного зонда. У 8 (6,3%) с локализацией опухоли в нижней трети сигмовидной кишки удалось провести зонд выше опухоли и разрешить явления острого илеуса эндоскопически.

Колоноскопия проведена у 46 (36%) пациента, из которых успешной она оказалась у 25 (19,5%) больных. Этим пациентам был проведен зонд за опухоль с эвакуацией жидкого содержимого и газов. После ликвидации признаков ОТНК, что было подтверждено данными УЗИ (отсутствии расширенных петель кишечника), эти больные были оперированы в плановом порядке.

Оперативное лечение в срочном порядке выполнили у 90 (70,3%) больных. Показанием к операции у них явилось отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии. У 59 (46,1%) больных по данным ультразвукового мониторинга сохранялось на прежнем уровне расширение просвета тонкой и толстой кишки, наличие возвратно-поступательных движений кишечного содержимого и складок Керкринга. У 31 (24,2%) больного во время УЗИ через 4-6 часов обнаружена отрицательная динамика местного течения ОТНК. Это выражалось в прогрессивном расширении петель тонкой кишки с  $(29 \pm 1,8)$  до  $(38 \pm 2,1)$  мм, а так же появления свободной жидкости у 8 (6,3%) пациентов.

Из этой группы больных радикальные оперативные вмешательства выполнены у 57 (44,3%), из которых резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартманна выполнена у 33 (25,5%) больных. У 24 (18,8%) пациентов выполнена правосторонняя гемиколэктомия, при которой в 7 (5%) случаях оперативное вмешательство закончилось формированием протективной илеостомы.

Различного рода палиативные операции в виде колостомы и обходных анастомозов выполнили у 33 (25%) пациентов. Показанием к такого рода оперативным вмешательствам явились данные ультразвукового исследования при котором выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости, которая трактовалась как асцит, наличие отдаленных метастазов в печени и забрюшинных лимфоузлах, а так же крайне тяжелое состояние пациентов и невозможность удаления опухоли из-за местнораспространенного процесса. В этой группе у 16 (12,5%) пациентов сформировали обходной илеотрансверзоанастомоз или илеосигмоанастомоз, а у 9 (7%) была выведена трансверзостомы и у 8 (6,3%) выведена сигмостомы. Следует отметить, что выбор уровня выведения колостомы осуществляли с учетом данных УЗИ, позволившего определить уровень локализации симптома "ложной почки" и подтвержденными данными ректороманоскопии и колоноскопии.

У 38 (29,7%) пациентов, которым во время ректороманоскопии и колоноскопии удалось провести разгрузочный зонд выше места локализации опухоли на фоне консервативной инфузионной терапии, острую обтурационную кишечную непроходимость удалось перевести в частичную.

Критерием ликвидации механического илеуса по данным УЗИ было уменьшение диаметра тонкой и толстой кишки, исчезновение возвратно-поступательных движений химуса и складок Керкринга.

Эти пациенты в последующем оперированы в плановом порядке. Им выполнены лапароскопически ассистированные резекции толстой кишки с опухолью.

В данной группе больных у 8 (6%) опухоль выявлена в слепой кишке, у 7 (5%) - в восходящей кишке, у 2 (1,5%) - в печеночном углу ободочной кишки, у 4 (3%) - в поперечно-ободочной кишке, у 8 (6%) - в нисходя-

шей толстой кишке и у 9 (7%) - в сигмовидной кишке. У 35 (27,3%) пациентов уровень локализации обтурирующей опухоли был выявлен с помощью УЗИ и колоноскопии. Только у 3 (2,3%) пациентов локализация опухоли установлена с помощью компьютерной томографии органов брюшной полости. Широкое применение данного метода исследования в ургентном порядке невозможно из-за его дороговизны. Кроме этого с помощью компьютерной томографии невозможно осуществлять контроль за развитием ОТНК в динамике, с целью оценки результатов проводимых лечебных мероприятий.

21 (16,4%) больным с локализацией опухоли в слепой и восходящей кишке и поперечно-ободочной выполняли правостороннюю гемиколэктомию. У 17 (13,3%) пациентов с локализацией опухоли в селезеночном углу ободочной кишки, в нисходящей кишке выполнили левостороннюю гемиколэктомию. При локализации опухоли в сигмовидной кишке у 7 (5,5%) пациентов выполнили резекцию кишки с опухолью и у 2 (1,5%) больных, с наличием параколярного абсцесса выполнили операцию Гартманна, при этом мобилизацию сигмовидной кишки производили лапароскопическим методом.

В группе больных оперированных на высоте острой непроходимости кишечника умерло 5 (3,9%) пациентов. Причиной летального исхода у 2 (1,6%) явилась послеоперационная пневмония, у 2 (1,6%) - острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелых водно-электролитных нарушений и у 1 (0,8%) - несостоятельность межкишечного анастомоза с развитием перитонита.

В группе больных, которым выполнили паллиативные операции умерло 7 (5,5%) пациентов. Причиной летальных случаев у 4 (3,1%) явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 2 (1,6%) - послеоперационная пневмония, у 1 (0,8%) - несостоятельность обходного илеотрансверзоанастомоза и с последующим развитием разлитого перитонита. Послеоперационная

летальность составила 5,5%.

В группе больных, которым выполнили лапароскопически ассистированные резекции толстой кишки, умерших не было, нагноение послеоперационных ран возникло у 1 (0,8%) пациента.

В целом из 128 больных, оперированных по поводу ОТНК, послеоперационные осложнения в виде нагноения ран возникли у 11 (8,6%), послеоперационная пневмония - у 10 (7,8%) больных.

### Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Выполнение лапароскопически ассистированных резекций толстой кишки у больных с ОТНК, возможно при переводе их из раздела "острых" в группу "хронических". При этом происходит снижение числа послеоперационных осложнений и уменьшение летальности.

2. Наиболее полную информацию о механическом илеусе и состоянии органов брюшной полости у больных с ОТНК можно получить при УЗИ в динамике.

3. Клинико-лабораторные методы исследования являются отражением тяжести состояния с острым обтурационным илеусом. Инструментальные методы исследования, используемые в ургентной ситуации, у больных ОТНК, позволяют определить уровень обструкции кишки и в 30% случаев перевести острый илеус в частичный.

Комплексное применение УЗИ и эндоскопических методов (ректороманоскопия, колоноскопия) позволяет перевести острый обтурационный илеус в частичный с последующим выполнением лапароскопически ассистированных резекций ободочной кишки. Представленный метод требует дальнейший исследований у больных с колоректальным раком, осложненным ОТНК.

Использовать лапароскопическую резекцию у больных острым обтурационным илеусом можно с помощью ранней диагностики и перевода заболевания из категории острых в хронические для выполнения плановых оперативных вмешательств.

### Список литературы

- Березницкий Я. С. Обгрунтування виконання відновних оперативних втручань при обструктивній непрохідності ободової кишки / Я. С. Березницкий, А. Г. Гапонов, В. М. Турчин // Укр. журн. хірургії. - 2009. - № 5. - С. 11-13.
- Товстокишкова непрохідність пухлинного генезу / В. І. Русин, С. М. Чобей, А. В. Русин, О. О. Болдіжар, В. І. Ігнат. - Вид-во "Говерла", 2010. - 299 с.
- Колоректальная хирургия; пер. с англ. / Д. Е. Бек, С. Кларк, А. Дарзи [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 348 с.
- Воробьев Г. И. Лапароскопически ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп / Г. И. Воробьев, С. И. Ачкасов, Э. А. Степанова // Хирургия. - 2007. - № 9. - С. 72-75.
- Роль інструментальних методів дослідження в діагностиці та лікуванні колоректального раку, ускладненого кишковою непрохідністю / Т. І. Тамм, О. Б. Даценко, А. Я. Бардюк, В. М. Калиниченко // Практ. медицина. - 2002. - № 8. - С. 14-16.
- Русин В. І. Об'єм хірургічного втручання при обструктивному раку ободової кишки в залежності від ступеня стенозування просвіту / В. І. Русин, С. М. Чобей // Укра. журн. хірургії. - 2009. - № 4 - С. 117-120.
- Огорельцев А. Ю. Хирургическое лечение осложненных форм колоректального рака / А. Ю. Огорельцев, Г. М. Титов // Колопроктология. - 2010. - № 1. - С. 37-39.
- Сажин В. П. Лапароскопические операции при раке толстой кишки / А. В. Сажин, Д. А. Сяткин // Хирургия. - 2006. - № 8. - С. 21-26.
- Шейнкман М. В. Осложненный колоректальный рак в экстренной хирургии / М. В. Шейнкман, А. И. Злобин, В. Н. Мальцуков // II съезд колопроктологов России: тез. докл. - Уфа, 2007. - С. 354-355.
- Помазкин В. И. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости / В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Хирургия. - 2008. - № 9. - С. 15-18.
- Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости; под ред. В. С. Савельева. - М.: Триада-Х, 2010. - 640 с.

**Тамм Т.І., Непомнящий В.В., Захарчук О.П., Полянський Д.П., Дворник І.О.**

### **МОЖЛИВІСТЬ ЛАПАРАСКОПІЧНИХ РЕЗЕКЦІЙ ОБОДОВОЇ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА**

**Резюме.** Проаналізовані результати лікування 128 хворих з гострою товстокишковою непрохідністю кишечника (ГТНК). Інформативність методу УЗД в діагностиці ГТНК склала 98 %, оглядової рентгенографії - 43,7 %. За допомогою колоноскопії і ректороманоскопії гострий механічний ілеус в 29,7 % випадків переведений в хронічний. На висоті ГТНК оперовані 90 (70,3 %) хворих. Післяопераційні ускладнення склали 16,4 %, післяопераційна летальність 5,5 %. Розрішення гострого обтураційного ілеусу та вивід його в частковий за допомогою ендоскопічних методів - колоноскопії і ректороманоскопії, дозволив в 29,7 % випадках виконати лапароскопічні асистовані резекції ободової кишки. У цій групі хворих летальних випадків не було, а післяопераційні ускладнення становили 0,8 %.

**Ключові слова:** обтураційна непрохідність кишечника, УЗД, лапароскопічні резекції товстої кишки, колоректальний рак.

**Tamm T.I., Nepomnyashchiy V.V., Zaharchuk A.P., Polyanskiy D.P., Dvornick I.A.**

### **CAPABILITIES OF COLON LAPAROSCOPIC RESECTIONS UNDER OCCLUSION OF ILEUS**

**Summary.** The results of the treatment of 128 patients with acute intestinal obstruction (AIO) were analyzed. The informative value of USE method in AIO diagnostics was 98 %, of plan radiography - 46 %. The acute mechanical ileus was transferred to chronic with the help of colonoscopy and sigmoidoscopy in 29,7 % of cases. On the height of AIO 90 (70,3 %) of patients were operated. Post-operative complications comprised 5,5 %. Settlement of acute obstructive ileus and its transfer into partial with the help of endoscopic methods - colonoscopy and sigmoidoscopy - allowed the carrying out of laparoscopically assisted resections of colon in 29,7 % of cases. In this group of patients there were no deaths and post-operative complications comprised 0,8 %.

**Key words:** occlusion ileus, USE, large bowel laparoscopic resections, colorectal cancer.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Даценко Б.М.**

Стаття надійшла до редакції 02.11.2015 р.

*Тамм Тамара Іванівна* - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 050 637-90-02; tamm\_ti@ukr.net

*Непомнящий Валентин Володимирович* - к.мед.н., асист. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 097 286-86-96; surg-proct@yandex.ua

*Захарчук Олександр Петрович* - к.мед.н., доцент кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 067 120-18-72; surg-proct@yandex.ua

*Полянський Дмитро Петрович* - аспірант кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 096 447-23-93; surg-proct@yandex.ua

*Дворник Ігор Олександрович* - аспірант кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 067 910-00-57; Goshadoc@ukr.net