

УДК 616.34-007.272-089]-02:616:351-006.6

© О.Є. КАНІКОВСЬКИЙ, С.П. ОДАРЧЕНКО, В.О. НАДОЛЬСЬКИЙ, Л.В. ОДАРЧЕНКО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Симптоматична хірургічна корекція гострої кишкової непрохідності у хворих на колоректальний рак

O.YE. KANIKOVSKIY, S.P. ODARCHENKO, V.O. NADOLSKYI, L.V. ODARCHENKO

Vinnytsa National Medical University by M.I. Pyrohov, Vinnytsa Regional Clinical Oncology Center

SYMPTOMATIC SURGERY TREATMENT OF PATIENTS WITH INTESTINAL OBSTRUCTIONS

У статті представлено матеріал про сучасні підходи до лікування хворих із кишковою механічною непрохідністю. Проаналізовані причини та ускладнення, які виникають після оперативних втручань. Для полегшення явищ кишкової непрохідності при підготовці до планового хірургічного втручання з метою видалення колоректального ракового новоутворення, що дає змогу провести передопераційний курс променевої терапії з подальшим радикальним одномоментним оперативним втручанням, використовували HANAROSTENT™ – колоректальний стент корпорації “M.I.Tech”. Цей стент встановлено 3 хворим із місцеворозповсюдженими та розповсюдженими обтураційними формами раку прямої кишки. Стентування дозволяє також запобігти ургентній колостомії і значно покращити якість життя хворих. Стенти можна застосовувати при неспроможності швів анастомозів і при кровотечах із пухлин кишечника. Аналізуючи дані літератури, можна дійти висновку, що основною проблемою в лікуванні ускладнених форм РПК є те, що в більшості випадків хворих госпіталізують у клініку в тяжкому стані. Тяжкість стану цих хворих, як правило, зумовлена двома несприятливими факторами: наявністю кишкової непрохідності і місцеворозповсюдженим пухлинним процесом, а в ряді випадків і наявністю віддалених метастазів. У такому разі радикальне оперативне втручання має багатоступінчастий характер, або первинне радикальне оперативне втручання доповнюється накладанням колостоми, що значно знижує якість життя оперованих хворих та їх психосоціальну реабілітацію. Все вищевикладене визначає актуальність, наукову і практичну значимість нашого дослідження.

The new method of patients' treatment with tumors intestinal obstructions has been discussed. For reduction of intestinal obstructions as preparation for surgical or radiology treatment we used “HANAROSTENT” colorectal stent produced by “M.I.Tech”. This stent is placed in 3 patients with intestinal obstructions as result locally advanced tumor. Expandable rectal stents allow to avoid perform urgent colostomy. Stent may be used as treatment of anastomosis insufficiencies and tumors bleeding. The gravity of these patients is determined by locally advanced tumor, intestinal obstructions or metastatic disease. In these cases radical operation may be performed in 2-3 phases that worsen quality of life. Stent can resolve this medical problem.

Поставка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гостра кишкова непрохідність залишається однією з актуальних проблем сучасної ургентної абдомінальної хірургії. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини її частка складає 4,2–9,4 %, з яких 20 % припадає на непрохідність, зумовлену пухлинним процесом.

Незважаючи на можливості сучасних діагностичних методів, кількість ускладнених форм раку прямої кишки залишається високою і становить понад 60 %. У структурі ускладненого раку товстої кишки провідне місце займає обтураційна товстокишкова непрохідність (ОТКН), яка ускладнює перебіг захворювання в 59–79,3 %.

Аналіз даних літератури свідчить, що основною проблемою в лікуванні ускладнених форм РПК є

пізня госпіталізація хворих та місцевопоширений пухлинний процес, у 17-28 % з віддаленими метастазами. У таких випадках радикальне оперативне втручання є багатоступінчастим, або первинне радикальне оперативне втручання доповнюють накладанням колостоми, що значно знижує якість життя оперованих хворих та їх психосоціальну реабілітацію.

Постійне удосконалення діагностичної тактики, впровадження нових варіантів оперативного втручання, різних методик інтенсивної терапії не привело до суттєвого поліпшення безпосередніх результатів лікування ОТКН. Тому неспроможність швів міжкишкових анастомозів залишається типовим ускладненням у хірургії ГКН, що зустрічається з частотою 4,3–8,3 %. У структурі причин післяопераційної летальності при ГКН частка неспроможності швів анастомозу сягає 27,5–66,7 %.

Перспектива вдосконалення хірургічної тактики при лікуванні ОТКН пов'язана з розробкою сучасних технологій, які дозволяють ефективно усунути кишкову непрохідність і запобігти ургентному оперативному втручанню, тим самим знижуючи ризик ускладнень.

Матеріали і методи. На базі Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру була застосована методика постановки колоректальних стентів. Стентування кишечника проведено трьом хворим протягом 2009 року, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні ВОКОД із приводу місцеворозповсюджених та розповсюджених обтураційних форм раку прямої кишки. Провести радикальне оперативне втручання було неможливо в першому випадку через тяжку супутню патологію: множинний коронарний та церебральний атеросклероз. Хворий двічі переніс стентування лівої коронарної артерії та стентування лівої загальної сонної артерії; у двох інших діагностовано метастази в печінку та місцеве розповсюдження процесу.

Для ліквідації кишкової непрохідності та можливості подальшого проведення радикального курсу променевої терапії з радіомодифікацією ми застосували у хворого колоректальний стент – **HANAROSTENT™** корпорації “M.I.Tech”, вкритий оболонкою. Можливі місця постановки стентів представлені на рисунку 1.

Стент розташовували за допомогою доставної системи під контролем фіброколоноскопа фірми “Fujinon” з відеоприставкою (рис. 2).

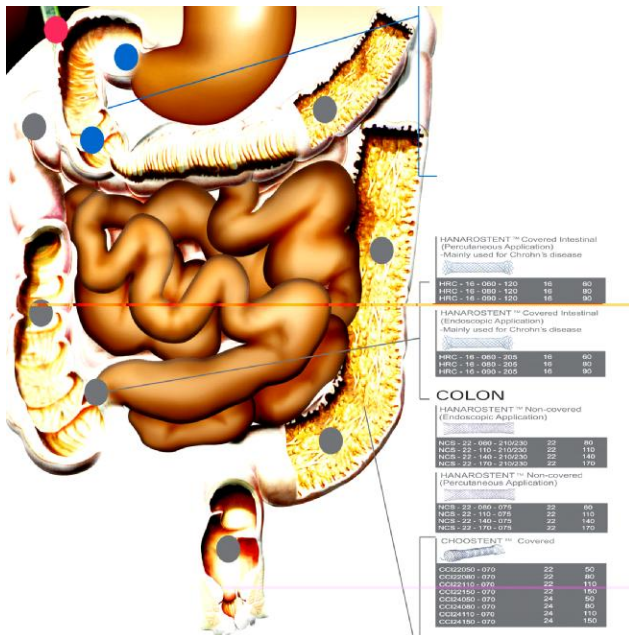


Рис. 1. Можливі місця постановки колоректальних стентів.

За даними фіброколоноскопії (ФКС), у хворих пухлина локалізувалась з 10 до 15 см від анального кільця та практично повністю перекривала просвіт прямої кишки. Розповсюдження процесу діагностували за допомогою УЗД ректальним датчиком та комп'ютерної томографії.

Стент є трубчастим протезом, що самостійно розширюється, виготовлений з нітинолового дроту, який розроблено з метою підтримки прохідності колоректальних стриктур, спричинених злякисними пухлинами; стент не зазнає впливу магнітно-резонансної томографії.

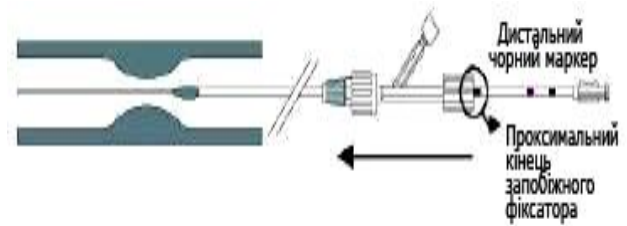


Рис. 2. Доставна система для стентів.

Стент вкритий оболонкою із сигнальними насадками на обох кінцях, може бути міцно встановлений у прямій кишці навіть незважаючи на перистальтичні рухи. На стенті є 12 рентгеноконтрастних маркерів із золотого дроту: по 4 маркери на кожному кінці стенту та 4 маркери у центрі. На обох кінцях стенту є сигнальні насадки для запобігання його зміщенню. Повний діаметр розширення – 22 мм. Застосовується різних діаметрів, які є трьох стандартних варіантів. Існують три стандартні варіанти довжини: 80, 110 та 140 мм (рис. 3).



Рис. 3. Зображення не покритого колоректального стенту.

Результати досліджень та їх обговорення. Всім хворим встановлювали покриті колоректальні стенти довжиною 110 мм, що запобігає проростанню їх пухлиною (рис. 4). У загальній хірургії можливе використання не покритих стентів.

Стенти розташовувались у прямій кишці, виступаючи по 2 см за межі пухлини в її дистальній та проксимальній частині для попередження міграції.

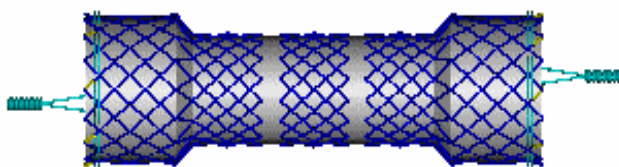


Рис. 4. Колоректальний стент в оболонці.

Одразу після постановки стентів просвіт кишки розширювався, і відновлювалась прохідність (рис. 5).

Через 4 доби після встановлення стенту проводили контрольну ФКС: просвіт кишки складає 20 мм, вільнопрохідний для ендоскопа та калових мас (рис. 6).

Ускладнень при постановці стенту не було. Всі хворі виписані додому. В одному випадку спостері-

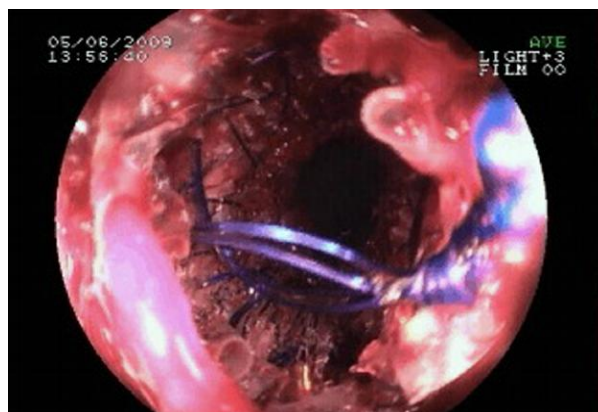
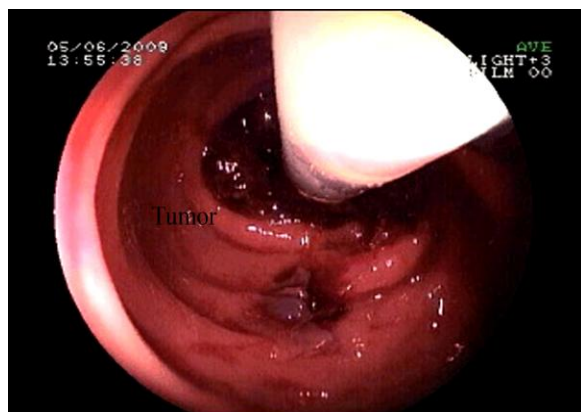


Рис. 5. ФКС. Доставка система в просвіті кишки та розкриття стенту.

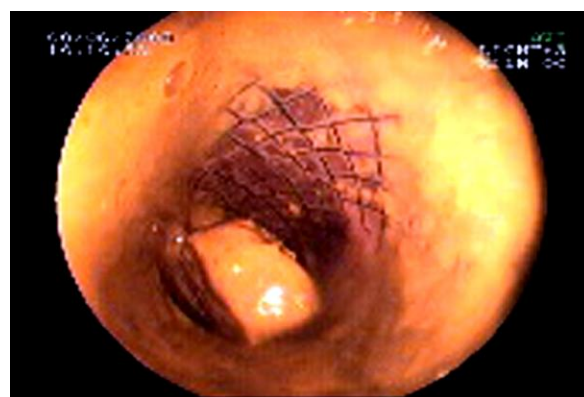


Рис. 6. ФКС. Просвіт кишки через 4 доби після постановки стенту.

галась незначна міграція стенту, яка усунена шляхом його підтягування при ФКС.

Висновки. 1. Колоректальні стенти ефективно ліквідують явища кишкової непрохідності при підготовці до планового хірургічного втручання у хворих на колоректальний рак, що дає можливість провести передопераційний курс променевої терапії з подальшим радикальним одномоментним оперативним втручанням.

2. Застосування стентів у хворих на рак прямої кишки IV клінічної групи є методом вибору і може запобігти виконанню ургентного симптоматичного оперативного втручання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В. и др. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаянной тонкокишечной непроходимости: Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 137.
2. Винник Ю.А. Функциональный результат лечения рака прямой кишки после выполнения ее чрезбрюшинной резекции с наложением наводящего эндопротеза / Ю.А. Винник, А.Е. Котенко, Н.Г. Романюк // Клінічна хірургія. – 2001. – № 11. – С. 10-11.
3. Дацун А.І. Нові технології комплексного та комбінованого лікування раку прямої кишки / А.І. Дацун // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 108-110.
4. Animal Model for the Study of Internal Anal Sphincter Activity / I. Vinograd, M. Hanani, A. Nadary [et al.] // Eur. Surg. Res. – 2005. – Vol. 17. – P. 259-263.

Отримано 18.08.10