

На правах рукописи

МАГОМАДОВ ЭЛЬДАР АПТИЕВИЧ

**РЕАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ РАСШИРЕНИЯ
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

3.1.9 – хирургия (медицинские науки)

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Махачкала - 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Тотиков Заурбек Валерьевич

Официальные оппоненты: **Зурнаджьянц Виктор Ардоваздович** - доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета
Щаева Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующая кафедрой факультетской хирургии.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится 19 апреля 2023 года в 12:00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.008.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, площадь им. В.И. Ленина, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте www.dgmu.ru ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (367000, г. Махачкала, ул. А. Алиева, 1).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2023 г.

Врио ученого секретаря
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Магомедов М.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. На протяжении последних десятилетий наблюдается неуклонный рост заболеваемости новообразованиями толстой кишки и летальности при них [Webster P.J. et al., 2019; Yang L. et al., 2019]. Наряду с этим, рак толстой кишки остается самой распространенной причиной развития ОТКН [Лотоков А.М., 2006; Макаров О.Г., 2007; Мельников П.В. и соавт., 2012; Webster P.J. et al., 2019]. По данным литературы примерно у 10-69% больных с опухолями толстой кишки развивается ОТКН [Петров Д.И. и соавт., 2019; Fernandes D. et al., 2016; Simon S.M. et al., 2008; Suárez J. et al., 2016; Trompetas V., 2008; Yang L. et al., 2019].

На сегодняшний день как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения острого обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки несмотря на многочисленные исследования, посвященные данному вопросу, остаются неудовлетворительными [Макаров О.Г., 2007; Маскин С.С. и соавт. 2021; Помазкин В.И., 2014; Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005]. Количество послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов у данной категории больных составляет 15-64% и 15-35% соответственно [Абдуллаев М.Р., 2019; Абдулжалилов М.К. и соавт., 2019; Бутырский А.Г. и соавт., 2019; Зурнаджянц В.А. и соавт., 2019; Маскин С.С. и соавт. 2008; Fernandes D. et al., 2016; Medina-Franco H. et al., 2008], а общая 5-летняя выживаемость зачастую не превышает 35-40% [Коровин А.Я., 2011].

Причин столь неблагоприятных результатов лечения на сегодняшний день множество. К ним можно отнести позднюю обращаемость больных, высокий процент запущенных форм РОК, пожилой и старческий возраст пациентов, тяжелое состояние при поступлении [Абдулжалилов М.К. и соавт., 2019; Алиев Ф.Ш. и соавт., 2021; Маскин С.С. и соавт. 2021; Прудков М.И. и соавт., 2014; Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005, Bento J.N. et al. 2019]. Немаловажным фактором также является то, что в подавляющем большинстве случаев больные с острым обтурационным нарушением проходимости толстой кишки опухолевой этиологии попадают не в специализированные учреждения, а в общехирургические стационары, где им на высоте непроходимости производятся различные вмешательства хирургами, зачастую не имеющими необходимой подготовки, не владеющими принципами выполнения онкологических резекций, не проводятся комбинированные и комплексные методы лечения, что не может не сказываться на результатах [Абдуллаев М.Р., 2019; Помазкин В.И., 2014; Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005, Щаева С.Н., 2017].

Одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения является отсутствие единой рациональной лечебно-диагностической программы у больных с острым обтурационным нарушением проходимости толстой кишки [Алиев Ф.Ш. и соавт., 2021; Гринцов А.Г. и соавт. 2017; Макаров О.Г., 2007; Маскин С.С. и соавт. 2008; Ступин В.А. и соавт., 2005; Ханевич М.Д. и соавт. 2005; Caiazzo P. et al., 2004]. На сегодняшний день остается предметом дискуссии последовательность и эффективность использования специальных диагностических методов, продолжительность и объем предоперационной подготовки, эффективность консервативных способов декомпрессии, объем оперативного вмешательства, послеоперационное ведение данной категории больных [Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005; Тотиков З.В., 2017].

Некоторые авторы предлагают после короткой предоперационной подготовки выполнять операции направленные на одномоментное устранение как опухоли, так и кишечной непроходимости [Hideharu Shimizu et al., 2017; Trompetas V., 2008]. При таком подходе частота послеоперационных осложнений и летальных исходов по данным литературы достигает 26,8-57,6 и 16,5-27,8% соответственно [Абдуллаев М.Р., 2019; Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005]. Другие исследователи являются сторонниками этапных вмешательств, когда на первом этапе формируется разгрузочная стома, а в последующем производится радикальное вмешательство [Байсара И.М. и соавт. 2003; Белов С.Г. и соавт., 2000; Culliford A.T. et al., 2001; Jayne D.G. et al., 2007]. Они обосновывают такой подход тем, что у тяжелых больных пожилого возраста,

поступающих с выраженной интоксикацией, метаболическими нарушениями, сопутствующими заболеваниями выполнение стом на первом этапе менее травматично, проксимальная стома позволяет разрешить непроходимость и подготовить больного к радикальной операции [Восканян Э.А. и соавт., 2016; Григорьев Е.Г. и соавт., 2006; Макаров О.Г., 2007; Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005; Ступин В.А. и соавт., 2005]. Однако и такой подход не лишён недостатков, по данным многих клиник количество послеоперационных осложнений составляет 42-72 %, летальных исходов- 11,8-31% [Агавелян А.М. и соавт., 2009; Алиев С.А. и соавт., 2005; Байсара И.М. и соавт. 2003; Рычагов Г.П. и соавт., 2003].

Одним из путей улучшения результатов лечения больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки в последние годы является применение малоинвазивных технологий, когда с целью ликвидации непроходимости на первом этапе стомы формируются или через минидоступ, или с помощью лапароскопических технологий [Абдулаев М.А. и соавт., 2015; Ажави А.М. и соавт., 2005; Батталов М.Ю. и соавт., 2005; Гринцов А.Г. и соавт. 2017; Кубачев К.Г. и соавт., 2014; Петров Д.И. и соавт., 2019; Тимербулатов В.М. и соавт., 2010]. Такой подход, по данным многих хирургов, способствует значительному сокращению количества осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде [Батталов М.Ю. и соавт., 2005; Воробьев Г.И. и соавт., 2003; Пучков К.В. и соавт., 2003; Тимербулатов М.В. и соавт., 2012]. Однако, несмотря на бурное развитие малоинвазивных технологий, вопросы выбора хирургической тактики и использования видеолапароскопических методов в лечении ОТКН до настоящего времени не решены [Стрижелецкий В.В. и соавт., 2005]. Несмотря на имеющийся положительный опыт использования лапароскопических технологий у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии на сегодняшний день нет рандомизированных исследований, доказывающих их эффективность и безопасность [Pisano M. et al., 2018]. Остаются предметом дискуссии и вопрос выбора места формирования разгрузочных стом, и сроки выполнения радикального этапа [Воробьев Г.И. и соавт., 2002; Кубачев К.Г. и соавт., 2014; Помазкин В.И., 2014; Попков О.В. и соавт., 2011; Тотиков З.В., 2018].

Таким образом, до настоящего времени не разработана оптимальная и рациональная хирургическая тактика, не определена роль, возможности и эффективность малоинвазивных способов декомпрессии у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки, показания и противопоказания к их выполнению, остается открытым вопрос о выполнении лапароскопических радикальных оперативных вмешательств после разрешения непроходимости, не изучены непосредственные и отдаленные результаты их применения.

Степень разработанности темы. В настоящее время лапароскопические технологии стали использоваться не только в плановой хирургии рака толстой кишки, но и при его осложнениях, таких как острая кишечная непроходимость [Абдулаев М.А. и др., 2015; Алиев С.А. и др., 2013; Кубачев К.Г., Артюхов С.В. 2014; Тимербулатов В.М. и др., 2010; Gash K. et al. 2011; Li Z. et al. 2015; Simon S.M. et al. 2008]. Чаще всего речь идет об использовании колостомий с лапароскопической ассистенцией [Артюхов С.В. и др., 2015; Кубачев К.Г., Артюхов С.В. 2014; Старосельцев К.Л. 2005; Тимербулатов М.В. и др., 2012; Chen F.M. et al. 2012]. В то же время на сегодняшний день большинство вопросов о показаниях и противопоказаниях, тактических подходах применения этих технологий в лечении острой обтурационной непроходимости ободочной кишки однозначного решения не получили и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки путем создания условий для выполнения радикального этапа лапароскопическим доступом.

Задачи исследования:

1. Определить основные факторы, затрудняющие выполнение радикальных лапароскопических оперативных вмешательств у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки.

2. Разработать оптимальную диагностическую программу, позволяющую в дооперационном периоде получить достаточную информацию для выбора рациональной хирургической тактики с использованием лапароскопических технологий на радикальном этапе.

3. У больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки с планируемым видеолапароскопическим вторым, радикальным этапом, определить оптимальные места формирования разгрузочных стом, а также разработать новые способы, облегчающие выполнение этого этапа.

4. Провести сравнительный анализ результатов лечения у больных с опухолями ободочной кишки, оперированных лапароскопически при плановой госпитализации и больных госпитализированных с ОТКН в экстренном порядке.

Научная новизна исследования:

Выявлены основные факторы, затрудняющие выполнение радикального этапа или приводящие к отказу от него, а также способствующие развитию интра-и послеоперационных осложнений у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки при видеолапароскопических вмешательствах.

В зависимости от клинико-рентгенологических показателей, данных исследования ВБД и тяжести физического состояния на фоне декомпрессионной и корригирующей терапии у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки определены показания к выполнению миниинвазивных декомпрессионных или радикальных лапароскопических оперативных вмешательств.

Впервые на основе изучения возможностей специальных методов диагностики, для определения сроков предоперационной подготовки и выбора вида стомы разработан рациональный объем и алгоритм их применения.

Разработано два новых способа наложения илеостом на первом этапе для выполнения лапароскопической правосторонней гемиколэктомии из медиа-латерального и латеро-медиального доступа, позволившие технически не усложняя операцию, выполнить резекцию правых отделов через лапароскопический доступ.

Обоснованы места формирования разгрузочных стом, позволяющие на первом этапе разрешить непроходимость, а затем выполнить основной этап с наложением колоректального анастомоза, после коррекции имеющихся нарушений и сопутствующих заболеваний, под прикрытием проксимальной стомы.

Практическая ценность работы:

Данные, полученные в результате исследования клинико-рентгенологических показателей, ВБД, тяжести физического состояния и степени распространения опухолевого процесса, у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки позволили конкретизировать показания к выполнению декомпрессионной терапии или разгрузочных оперативных вмешательств, а также радикального этапа видеолапароскопическим способом.

Предложенная диагностическая программа у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки дает возможность получить в минимальные сроки необходимую информацию, позволяющую определиться с выбором объема оперативного пособия и длительностью предоперационной подготовки, а также определить вид разгрузочных стом и место их формирования.

Использование разработанного лечебного алгоритма у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки позволяет создать условия для выполнения радикального этапа хирургического лечения лапароскопическим доступом.

Предложенные новые способы наложения разгрузочных стом у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки позволяют упростить выполнение оперативных вмешательств видеолапароскопическим доступом.

Методология и методы исследования:

Методологической основой диссертационного исследования являлся эмпирический подход, с применением клинических, инструментально-лабораторных, статистических методов

исследований. Также применялись теоретические методы: изучение данных отечественной и зарубежной литературы по проблеме острой obturационной непроходимости ободочной кишки. Диссертационное исследование представляет собой ретроспективное когортное и проспективное исследование.

Положения, выносимые на защиту:

1. Выполнение радикального этапа видеолaparоскопическим способом в экстренном порядке, при острой obturационной непроходимости ободочной кишки технически возможно только у 5,2% больных.

2. Оптимизированная лечебно-диагностическая программа, предложенная для больных с острым obturационным нарушением проходимости ободочной кишки, позволяет уточнить выбор способа декомпрессии, длительность предоперационной подготовки к малоинвазивным и радикальным операциям, конкретизировать выбор вида оперативного вмешательства на всех этапах лечения.

3. Выбор вида стом и их локализации при планировании выполнения радикального этапа с помощью видеолaparоскопических технологий у больных с острой obturационной непроходимостью ободочной кишки, должны осуществляться с учетом возможности использования стандартных технических приемов или с использованием оригинальных технологий, не усложняющих выполнение lapароскопического оперативного вмешательства.

4. Предложенная хирургическая тактика позволяет создать условия, аналогичные плановым для выполнения радикального этапа видеолaparоскопическим доступом у больных с острым obturационным нарушением проходимости ободочной кишки.

Внедрение в практику: Основные результаты диссертационной работы внедрены в клиническую практику хирургических отделений Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи (PCO-Алания, г. Владикавказ), клинической больницы Северо-Осетинской государственной медицинской академии (PCO-Алания, г. Владикавказ), Республиканского онкологического диспансера (ЧР, г.Грозный), Клинической больницы №1 (ЧР, г.Грозный).

Материалы работы используются в учебном процессе кафедр хирургических болезней №1, №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России.

Личное участие автора: автором самостоятельно определены цели и задачи исследования, проведен аналитический обзор современной литературы, проведен набор клинического материала. Автор принимал активное участие в диагностике и лечении больных с острой obturационной непроходимостью ободочной кишки. Им предложены новые способы формирования илеостом при выполнении lapароскопической правосторонней гемиколэктомии медиалатеральным и латеромедиальным доступом. Осуществлен анализ и интерпретация полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации доложены и обсуждены на: выездном Пленуме Российского общества хирургов и XIX Съезде хирургов Дагестана (2019 год, г. Махачкала); ESCP's 14th Scientific and Annual Meeting (2019 год, Vienna, Austria); VI съезде хирургов Юга России с международным участием, посвященном 100-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, профессора П.П. Коваленко (2019 год, г. Ростов-на-Дону); 55th Congress of the European Society for Surgical Research (ESSR) and the 44th Congress of the Austrian Society for Surgical Research (2020 год, Innsbruck, Austria), VII съезде хирургов Юга России (2021, г. Пятигорск).

Диссертация апробирована на совместном заседании кафедр хирургических болезней №1, №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (июнь 2022 года, г. Владикавказ).

Публикации: По материалам диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 5 в изданиях, реферируемых ВАК РФ, 3 в англоязычных журналах, получены 2 патента на изобретение.

Объем и структура диссертации: Диссертация изложена на 142 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, двух глав результатов собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка научной литературы, состоящего из 204 источников, 118 из которых являются работами отечественных и 86 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 26 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В настоящее исследование было включено 302 больных, госпитализированных с 2015 по 2020 гг. в хирургические отделения РКБСМП г. Владикавказа, БСМП г. Грозного и РОД МЗ ЧР. В том числе 174 пациента в экстренном порядке (основная группа) с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки и 128 пациентов (контрольная группа) – для планового лечения опухолей ободочной кишки.

Условиями включения в исследование для основной группы являлись: экстренная госпитализация, наличие клинической и рентгенологической картины ОТКН. Из анализа были исключены больные с 5 степенью операционно-анестезиологического риска по ASA и пациенты с признаками перитонита. Условием включения в исследование для контрольной группы было отсутствие противопоказаний к выполнению плановых радикальных или паллиативных оперативных вмешательств и стадия Т3-Т4.

В основной группе большая часть - 144 (82,8%) пациента, поступила в стационар спустя сутки и более от появления первых симптомов ОТКН (через 24-72 часа - 86 (49,4%) и после 72 часов - 58 (33,4%) больных), лишь только 5 (2,9%) пациентов доставлены в клинику в течение первых 6 часов, еще 25 (14,3%) больных в течение 6-24 часов.

При госпитализации всем 174 пациентам основной группы выполнялся полный объем общеклинических и лабораторных исследований с применением классических технологий. Это давало возможность оценить общее состояние поступивших больных, выявить имеющиеся метаболические нарушения, интоксикационный синдром и проводить динамический контроль их изменений.

Стандартный и используемый в клинике комплекс лабораторных исследований включал в себя: клиническое исследование капиллярной крови с определением количества эритроцитов, содержания гемоглобина, цветного показателя, лейкоцитов, моноцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов и подсчет ЛИИ.

Клиническое исследование мочи с определением содержания белка, количества лейкоцитов, эритроцитов и клеток эпителия.

Биохимическое исследование плазмы крови с определением пула средних молекул, уровня общего белка, альбумина, небелковых азотистых компонентов (мочевины, креатинина) и электролитного состава (калий, натрий, кальций).

Для оценки эффективности лечения воспалительного процесса и прогноза его исхода мы исследовали белки острой фазы в сыворотке крови.

Для получения информации об уровне имеющейся токсемии мы использовали ЛИИ по С.Ф. Химич (1989) и ЛИИ по А.А. Чиркину (1992).

Тяжесть физического состояния определяли по классификации ASA 7 в контрольной группе только перед оперативным вмешательством, в основной при поступлении, после декомпрессионной и корректирующей терапии, а также перед наложением разгрузочных стом и радикальным этапом. В основной группе при поступлении у 10 (5,8%) больных имела место I степень, у 65 (37,3%) больных - II, у 82 (47,1%) пациентов - III и у 17 (9,8%) – IV.

Все 128 пациентов контрольной группы были госпитализированы в плановом порядке, перед госпитализацией или в предоперационном периоде им была проведена коррекция сопутствующих заболеваний в результате перед радикальным этапом тяжесть физического состояния по ASA 7 была оценена у 37 (28,9%) пациентов как I степени, у 71 (55,5%) пациентов как II степени и у 20 (15,6%) как III степени.

При подборе больных для выполнения лапароскопических радикальных вмешательств у больных с опухолями толстой кишки в том числе осложненными ОТКН мы так же как и многие авторы противопоказаниями считали наличие следующих факторов: декомпенсированная сердечнососудистая и дыхательная недостаточность; ожирение 2-3 степени; абдомино-висцеральный тип ожирения I степени; местнораспространенный рак и рак с перифокальным воспалительным процессом с вовлечением в инфильтрат двух и больше органов; канцероматоз; невозможность создания в брюшной полости пространства для свободного манипулирования при ВБД не более 5 мм рт.ст.

У пациентов обеих групп наиболее часто опухоли локализовались в левых отделах ободочной кишки. В восходящей ободочной кишке опухоль локализовалась у 22 (12,6%) больных основной и у 13 (10,1%) больных контрольной группы ($p=0,505$), в поперечной ободочной кишке у 11 (6,3%) пациентов основной и у 7 (5,5%) больных контрольной группы ($p=0,757$), в нисходящей ободочной кишке у 37 (21,3%) и у 28 (21,9%) пациентов ($p=0,995$) и в сигмовидной кишке у 104 (59,8%) и 80 (62,5%) больных соответственно ($p=0,631$) (Таблица.1).

Таблица 1

Локализация опухоли у больных основной и контрольной группы

Локализация опухоли	Основная группа	Контрольная группа	p
Восходящая ободочная кишка	22(12,6%)	13 (10,1 %)	$p=0,505$
Поперечная ободочная кишка	11(6,3%)	7 (5,5%)	$p=0,757$
Нисходящая ободочная кишка	37(21,3%)	28 (21,9%)	$p=0,995$
Сигмовидная кишка	104(59,8%)	80(62,5%)	$p=0,631$
Всего	174(100%)	128(100%)	

Причиной развития острой obturационной непроходимости в основной группе у 167 (96,0%) больных был рак ободочной кишки, еще у 1 (0,6%) пациента – доброкачественная опухоль и у 6 (3,4%) – воспалительные опухоли ободочной кишки. В контрольной группе у 124 (96,8%) больных был диагностирован рак ободочной кишки, в 2 (1,6%) случаях – доброкачественные опухоли и еще в 2 (1,6%) случаях – воспалительные опухоли ободочной кишки.

При этом у больных основной группы более часто отмечалось распространение опухоли за пределы кишечной стенки или наличие метастазов. Морфологическое строение опухолей в обеих группах было приблизительно одинаковое, преобладали аденокарциномы различной степени дифференцировки. Только у 3,6% и 2,4% больных в основной и контрольных группах соответственно выявлен слизистый рак.

Для уточненной диагностики всем 174 больным основной группы при поступлении и по истечении 6 часов от начала консервативной терапии, направленной на декомпрессию толстой кишки была выполнена ОРБП. С помощью данного метода исследования производилась не только диагностика ОТКН, но и осуществлялся прогноз развития непроходимости на фоне проводимой декомпрессионной терапии, а также уточнялась возможная локализации опухоли.

При поступлении без предварительной подготовки всем пациентам основной группы производилось УЗИ органов брюшной полости. С помощью УЗИ определялось наличие признаков ОКН, локализация опухолевого процесса и его распространенность, наличие регионарных и отдаленных метастазов, сопутствующая патология органов брюшной полости и толщина передней брюшной стенки в проекции формирования илео или колостомы.

КТ при поступлении выполнена у 65 (37,4%) пациентов основной группы, на втором этапе еще у 85 (48,9%) больных. Компьютерная томография выполнялась с целью уточнения диагноза, верификации характерных признаков ОТКН или их отсутствия, дифференциальной диагностики между тонко- и толстокишечной непроходимостью, определения уровня obturации, характеристики опухолевой стриктуры, протяженности опухолевого канала, наличия

или отсутствия местного распространения опухоли или ее метастазов, наличие паратуморозных абсцессов или инфильтратов, преобструктивной ишемии.

Ирригоскопия была выполнена только 97 (55,7%) больным основной группы. Целью ирригоскопии было не только уточнение диагноза, но и определение причины непроходимости, локализации опухоли, ее размеров, протяженность и диаметр опухолевого канала.

Всем больным контрольной группы и у 86 (49,4%) больных основной группы была произведена колоноскопия. С помощью данного исследования выявлялся уровень обтурации, характеристики опухоли и опухолевого канала, брался материал для гистологического исследования. Кроме того, у 17 больных основной группы колоноскопия использовалась для реканализации опухолевого канала. Попытка реканализации предпринималась только у больных с установленной протяженностью опухолевого канала, не превышающей 5-6 см.

Для определения ВБД при поступлении и в динамике у всех 174 больных основной группы был применен метод Бурха.

С целью прогнозирования исходов декомпрессионной терапии и определения дальнейшей хирургической тактики в основной группе нами использована клиничко-рентгенологическая классификация В.З.Тотикова (1993) и лечебно-диагностическая программа, предложенная З.В.Тотиковым (2018).

Все 128 больных контрольной группы были госпитализированы в плановом порядке, в связи с чем им перед поступлением было проведено полное обследование, уточнен диагноз, проведена предоперационная подготовка, заключающаяся в коррекции сопутствующих заболеваний и метаболических нарушений. В результате в исследование были включены больные, у которых не было прямых противопоказаний к выполнению плановых радикальных или циторедуктивных оперативных вмешательств.

В контрольной группе возраст больных колебался от 37 до 84 лет, но большая часть больных были старше 60 лет. Средний возраст $67 \pm 4,4$ лет.

У подавляющего большинства пациентов контрольной группы были выявлены сопутствующие заболевания: у 94 (73,4%) больных патология сердца и сосудов, у 27 (21,1%) – бронхолегочной системы, у 32 (25,0%) – болезни пищеварительного тракта, у 18 (14,1%) – мочеполовой системы, у 9 (7,0%) –эндокринные заболевания и у 16 (12,5%) больных аллергические заболевания.

На момент поступления степень операционно-анестезиологического риска по ASA 7 была оценена у 37 (28,9%) больных как I степени, у 71 (55,5%) пациентов как II степени и у 20 (15,6%) как III степени.

Из 128 больных контрольной группы у 39 (30,5%) пациентов на основании УЗИ и КТ был выставлен диагноз местнораспространенный рак толстой кишки. Еще у 8 (6,3%) больных до оперативного вмешательства установлено наличие перифокального воспалительного процесса вокруг опухоли с признаками абсцедирования. У 12 (9,4%) больных помимо местного распространения были выявлены региональные метастазы. Еще у 20 (15,6%) пациентов с опухолями толстой кишки, без прорастания в соседние органы, до оперативного вмешательства на основании УЗИ и КТ были выявлены метастазы. В том числе у 12 (9,4%) больных только региональные, у 5(3,9%) пациентов отдаленные и у 3 (2,3%) –имелись те и другие. У 6 пациентов из 8 с отдаленными метастазами они были оценены как множественные. У 65 (50,8%) больных в результате УЗИ и КТ исследования метастазов и местного распространения не отмечено. Однако во время оперативного (открытого и лапароскопического) вмешательства у 3 пациентов выявлены отдаленные метастазы, еще у 7 больных региональные и 4 пациентов распространение опухоли на соседние органы.

В контрольной группе у 4 (3,1%) больных имел место дефицит массы тела, у 41 (32,0%) пациента масса тела была в пределах нормы. У 44 (34,4%) больных отмечалась избыточная масса тела. И у 39 (30,5%) выявлено ожирение различной степени выраженности, в том числе I степени у 27 (21,1%), II степени у 9 (7,0%) и III степени у 3 (2,4%) больных. Из 39 пациентов с ожирением у 24 (18,8%) больных имел место абдоминальный тип.

Послеоперационные рубцы после широких лапаротомий в контрольной группе выявлены у 7 (5,5%) больных.

В результате у 8 (6,3%) больных из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, множества лапаротомий в анамнезе у 2 (1,6%) пациентов, местнораспространенного процесса у 4 (3,1%) больных, предполагаемой расширенной лимфодиссекции у 8 (6,3%) пациентов, а так же ожирения у 2 (1,6%) больных или различных сочетаний этих факторов у 35 (27,3%) обусловили отказ у 59 (46,1%) из 128 больных от выполнения оперативных вмешательств лапароскопическим способом и переход на открытый доступ. В дальнейшем из анализа эти больные были исключены.

Остальным 69 (53,9%) пациентам предпринята попытка выполнения оперативных вмешательств с использованием видеолапароскопических технологий. У 4 больных из 69 после установки портов и ревизии диагностирован канцероматоз или местнораспространенный рак, в связи с чем, операции продолжены открытым способом. Остальным 65 больным выполнены радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с использованием стандартных видеолапароскопических технологий. У 9 (13,8%) больных выполнена правосторонняя гемиколэктомия, у 56 (86,2%) пациентов левосторонняя гемиколэктомия, в том числе у одного пациента с сегментарной резекцией печени. У большей части больных, из-за больших размеров опухоли, ограничивающей хирургический доступ, продолжительность оперативного вмешательства увеличивалась до 220-240 минут.

В послеоперационном периоде из-за несостоятельности колоректального анастомоза и развития перитонита умер один пациент. Второй больной скончался на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности.

Еще у одного больного с несостоятельностью сформировался свищ на передней брюшной стенке, потребовавший наложения проксимальной илеостомы. Воспалительные осложнения в виде нагноения операционной раны выявлены еще у 2 больных. Несостоятельности анастомоза в виде затёков, но без явных клинических проявлений, выявлены еще у 3 пациентов.

В основной группе средний возраст больных был на 2 года выше, чем в контрольной и составил $69 \pm 4,3$ лет. Самому младшему пациенту было 36 лет самому пожилому 86 лет. В связи с этим, так же, как и в контрольной группе, при поступлении у подавляющего большинства больных в различных сочетаниях выявлены сопутствующие патологии, которые осложняли течение ОТКН. У 133 (76,4%) больных основной группы отмечались те или иные болезни сердца и сосудов, у 33 (19,0%) – патология легких и бронхов, у 41 (23,6%) – различные хронические заболевания пищеварительной системы, у 28 (16,1%) – мочеполовой системы, у 13 (7,5%) – эндокринные нарушения и у 23 (13,2%) пациентов – аллергические заболевания.

В основной группе у многих пациентов выявлена избыточная масса тела. Только у 8 (4,6%) больных выявлен ее дефицит, у 52 (29,9%) пациентов масса тела соответствовала норме, избыточная масса тела имела место у 59 (33,9%) и у 55 (31,6%) больных выявлено ожирение. В том числе I степени у 36 (20,7%), II степени у 13 (7,5%) и III степени у 6 (3,4%) больных.

Послеоперационные рубцы после широких лапаротомии в основной группе выявлены у 11 (6,3%) больных.

Наряду с вышеописанными факторами тяжесть состояния больных и возможность выполнения радикального этапа лапароскопическим доступом осложняло и наличие у всех больных в различной степени выраженности клинических проявлений ОТКН. У подавляющего большинства были выявлены лабораторные признаки выраженного интоксикационного синдрома.

Тяжесть состояния больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки при поступлении усугублялась еще и наличием у подавляющего большинства больных интраабдоминальной гипертензии (ИАГ). При госпитализации только у 24 (13,8%) пациентов ВБД было в пределах 12 мм рт.ст., при этом до 5мм рт.ст. ВБД отмечено у 9 (5,2%) больных, у остальных оно колебалось в пределах 6-12 мм рт.ст. У 67 (38,5%) больных при поступлении диагностирована ИАГ I степени, при этом средние показатели ВБД составили $13,9 \pm 1,1$ мм рт.ст. У 45 (25,9%) пациентов была II степень ИАГ, средние показатели ВБД

составили $17,5 \pm 2,3$ мм рт.ст. Третья степень ИАГ выявлена у 25 (14,3%) больных при средних показателях $22,6 \pm 1,7$ мм рт.ст. и четвертая степень - у 13 (7,5%) пациентов при средних показателях ВБД $26,5 \pm 1,4$ мм рт.ст.

Как показало наше исследование по таким показателям как возраст, пол, частота и характер сопутствующих заболеваний, частота ранее перенесенных лапаротомий, избыточная масса тела, распространенность опухолевого процесса и его локализация больные обеих групп были сопоставимы, но в то же время в отличие от контрольной группы в основной практически у всех больных выявлены признаки интоксикации и наличие ИАГ, не позволяющие без дополнительных рисков выполнение радикального этапа лапароскопическим доступом.

В то же время даже при госпитализации плановых больных после предоперационной подготовки, в контрольной группе, возможность выполнения радикального этапа лапароскопическим доступом не превысила 53,9%.

С учетом полученных результатов мы использовали разработанную в клинике лечебно-диагностическую программу, направленную на создание перед выполнением основного этапа у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки условий аналогичных плановым хирургическим вмешательствам, т.е. разрешение ОТКН и проведение полноценной предоперационной подготовки. Для реализации программы у больных основной группы при поступлении была выполнена уточненная диагностика. Всем 174 больным были выполнены ОРБП и УЗИ, у 86 (49,4%) пациентов – колоноскопии, у 97 (55,7%) - ирригоскопии и у 65 (37,4%) – КТ (Рисунок.1).

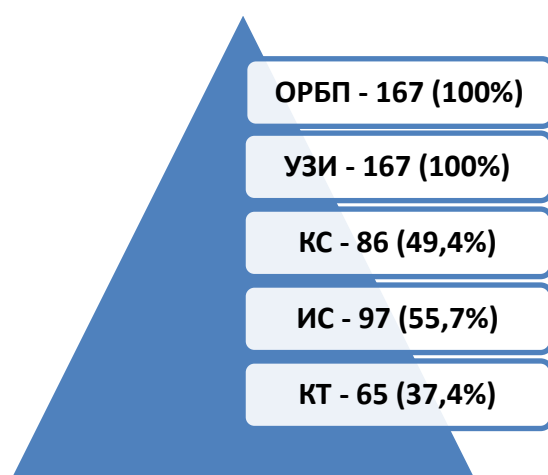


Рисунок 1. Специальные методы диагностики у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки

У 166 (95,4%) пациентов на выполненных при поступлении ОРБП визуализировались чаши Клойбера. При этом у оставшихся 8 (4,6%) больных определялось лишь вздутие толстой кишки. Рентгенологические проявления обтурационной толстокишечной непроходимости были отмечены у 110 (63,2%) больных, толсто-тонкокишечной у 64 (36,8%) пациента. У 9 (5,2%) пациентов с преобладанием тонкокишечных уровней только после ирригографии или колоноскопии был уточнен и окончательно установлен стенозирующий рак толстой кишки. Чем дистальнее было расположение опухоли, тем большей достоверностью обладала ОРБП. При опухолях восходящей кишки рентгенологические признаки ОКН имелись у 17 (77,3%) больных. При раках, локализованных в поперечной ободочной кишке в 9 (81,8%) случаях. Чаши Клойбера при стенозирующих опухолях нисходящих отделов отмечались у 35 (94,6%) пациентов и при обтурациях на уровне сигмовидной кишки у 102 (98,1%) больных.

Мы дополнительно изучили у всех 174 больных основной группы данные ОРБП для ориентировочного определения уровня расположения стенозирующей опухоли. Учитывая то, что уровни жидкости и газа на обзорных рентгенограммах были выявлены только у 166 (95,4%) больных, они и вошли в исследование, остальные 8 (4,6%) пациентов с пневматозом на ОРБП из

исследования были исключены. Наиболее дистальный уровень жидкости в толстой кишке являлся ориентиром, по которому можно было предположить локализацию обтурирующей опухоли. В последующем у 126 (75,9%) больных локализация опухоли была подтверждена с помощью дополнительных методов исследования, таких как КС и ИС, а также интраоперационно.

С целью определения причины развития ОТКН, ее локализации препятствия и возможности производства реканализации 86 (49,4%) больным была произведена колоноскопия. У 78 (90,7%) из них опухоль была визуализирована, взят материал на гистологическое исследование, а еще 40 (46,5%) больным предпринята попытка реканализировать опухолевый канал при помощи специального зонда. Разрешить непроходимость с помощью реканализации удалось у 17 (42,5%) больных, при этом у 8 из 10 пациентов с помощью саморасширяющихся стентов. На выполнение колоноскопии затрачивалось в среднем 20-30 минут. Из-за плохой подготовки кишки или выраженного болевого синдрома у 8 (9,3%) больных выполнение КС было прекращено.

У 97 (55,7%) больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки была произведена попытка выполнения ирригоскопии, у 14 (14,4%) пациентов выполнить исследование в полном объеме из-за нарушений функции держания не удалось. У остальных 83 (85,6%) пациентов была определена причина обтурации и место ее расположения в толстой кишке. У 21 (25,3%) из них определены размеры опухолевого канала. Дистальную часть опухолевого канала контраст заполнил еще у 40 (48,2%) пациентов. Еще у 22 (26,5%) больных ИС позволила лишь уточнить уровень препятствия. Чем дистальнее располагалась опухоль, тем выше была информативность ирригоскопии.

На высоте непроходимости при госпитализации в клинику УЗИ было выполнено всем 174 больным основной группы. У 147 (84,5%) больных из них определялась секвестрированная в просвете толстой кишки жидкость, увеличение диаметра кишки проксимальнее уровня препятствия, утолщение стенок кишки, повышенная или сниженная перистальтика, т.е. определены симптомы характерные для ОКН. При этом опухолевая стриктура визуализирована у 95 (54,6%) больных, из них у 86 (49,4%) пациентов удалось установить ее размеры и характеристики опухолевого канала. У 47 (27,0%) больных при помощи ультрасонографии было выявлено местное распространение злокачественного процесса или наличие перифокального воспаления. Из них у 17 (9,8%) больных результат оказался ложноположительным, наличие распространения опухоли или воспалительного процесса за пределы кишки в последующем не было подтверждено. В то же время у 37 (21,3%) больных отмечен ложноотрицательный результат.

Более информативным у больных с клиникой обтурационной непроходимости толстой кишки УЗИ оказалось при выявлении метастатических поражений печени. Из 19 (10,9%) пациентов с диагностированными по данным ультрасонографии метастазами в печень этот диагноз в последующем подтвердился данными КТ исследования или интраоперационно у 15 (78,9%) больных. Из 16 пациентов, у которых во время операции были выявлены метастазы в печени, при поступлении у 2 (12,5%) больных УЗИ не диагностировало их наличие. Во время проведения ультразвукового исследования лишь у 6 (3,4%) пациентов визуализированы увеличенные в размерах до 2-3 см брыжеечные или парааортальные лимфатические узлы. В то время как ложноотрицательные результаты были получены при исследовании 27 (15,5%) больных.

У 65 (37,4%) больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки при поступлении была выполнена компьютерная томография. В 41 (63,1%) случае диагностирована ОТКН, у 22 (33,8%) больных толсто-тонкокишечная непроходимость, у 2 (3,1%) пациентов не были выявлены проявления ОТКН.

У 39 (60,0%) больных с помощью КТ было выявлено опухолевидное образование, определена его локализация, описаны размеры. У 18 (27,7%) пациентов описаны признаки распространения опухоли на соседние органы, которые оказались ложноположительными у 3 больных. Еще у 6 (9,2%) пациентов имелось ложноположительное описание опухоли и ее

локализации. Во время проведения КТ у 8 (12,3%) пациентов определялось метастатическое поражение регионарных лимфоузлов. При этом у 2 (3,1%) больных данные КТ оказались ложноположительными, а у 3 (4,6%) пациентов – ложноотрицательными. У 9 (13,8%) больных при проведении компьютерной томографии при поступлении было диагностировано метастатическое поражение печени, в то время как у 1 (1,5%) пациента данные КТ оказались ложноотрицательными.

Результаты проведенной уточнённой диагностики и прогноза исхода декомпрессионной терапии, позволили определить выбор применения консервативных и малоинвазивных способов разрешения явлений ОТКН и сроки их выполнения.

После проведенной декомпрессионной и корректирующей терапии у 57 (32,7%) больных выявлена I стадия острого нарушения проходимости толстой кишки, у 65 (37,4%) – II стадия и у 52 (29,9%) пациентов – III стадия ОТКН (Рисунок.2).

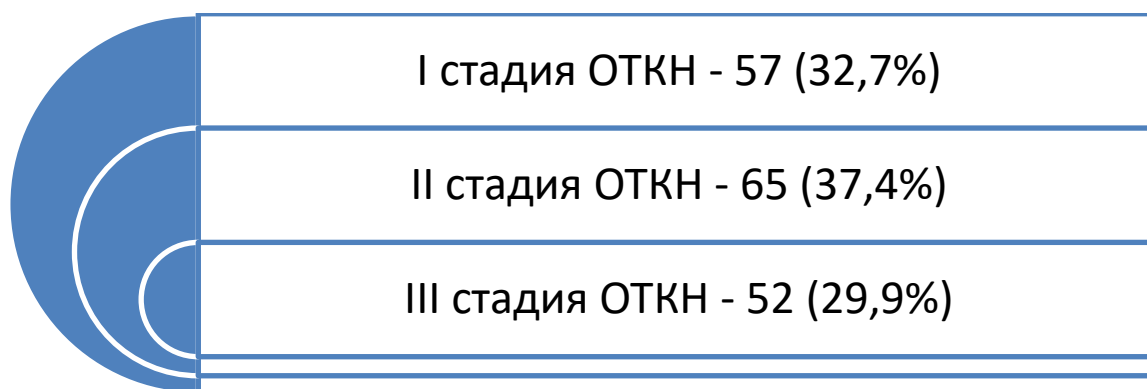


Рисунок 2. Стадии ОТКН у больных основной группы

При I стадии ОТКН у всех пациентов после проведения декомпрессионной терапии наблюдалось полное разрешение клинических и рентгенологических проявлений кишечной непроходимости. Учитывая это, все больные с I стадией были подготовлены к отсроченным вмешательствам в течение 7-10 дней, им проведена необходимая коррекция сопутствующей патологии и имеющихся нарушений. У 65 (37,4%) больных со II стадией ОТКН прогнозировалось персистирующее течение, а у 52 (29,9%) с III стадией - нарастающее. В связи с чем, у 9 (13,8%) больных со II и у 8 (15,4%) с III стадией ОТКН после непродолжительной предоперационной подготовки осуществлена попытка эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры. После чего аналогично I стадии все эти больные в течение 7-12 дней были подготовлены к радикальным операциям.

Остальным больным со II и III стадией ОТКН в течение 12-24 часов соответственно, после коррекции метаболических нарушений, интоксикационного синдрома и сопутствующих заболеваний, были выполнены проксимальные разгрузочные стомы через минидоступ, в том числе у 8 пациентов с канцероматозом они были наложены проксимальнее опухоли, как постоянные.

Постоянные двустольные колостомы через 7-10 дней также были наложены еще у 4 больных с РОК, осложненным ОТКН I стадии и канцероматозом.

Всего декомпрессионные стомы через минидоступ, как подготовительный этап к радикальному вмешательству, были наложены у 49 больных со II стадией острого нарушения проходимости толстой кишки и у 40 пациентов с III стадией. Из 89 больных со стомами у 39 предполагалось выполнение открытой лапаротомии и у 50 планировались лапароскопические вмешательства. В результате у 9 пациентов были наложены разгрузочные илеостомы. В том числе у 3 пациентов с опухолями восходящей кишки и планируемым медиальным доступом были сформированы илеостомы в проекции купола слепой кишки. Еще у 2 пациентов с планируемым латеро-медиальным доступом илеостомы были сформированы по средней трети прямой мышцы живота в 3-4 см от края реберной дуги, у остальных в области пересечения

параректальной линии и линии крыльев таза (в области точки Ленца). Оставшемуся 41 больному с опухолями ниже проксимальной трети нисходящей кишки через минидоступ были сформированы двустольные петлевые трансверзостомы. Из больных со II и III стадией в послеоперационном периоде умерло 3 (1,7%) пациентов. В связи с чем, они из дальнейшего анализа были исключены, так же, как и 12 (6,9%) пациентов с I, II, III стадией ОТКН и диагностированным на дооперационном периоде канцероматозом. Всем 12 последним больным были выполнены разгрузочные постоянные двустольные колостомы.

Остальные больные были подготовлены к радикальным оперативным вмешательствам. В том числе 70 пациентов после консервативных способов декомпрессии и эндоскопической реканализации и 89 больных после разгрузочных стом наложенных через минидоступ. После разрешения непроходимости, коррекции сопутствующих заболеваний и метаболических нарушений у всех оставшихся 159 больных в течение 7-12 дней удалось нормализовать общеклинические и лабораторные показатели, активизировать работу кишечника, снизить показатели ВБД до нормальных значений.

Так же успешно были ликвидированы признаки интоксикации, отмечено снижение до нормальных показателей ЛИИ, МСМ и.т.д (Таблица.2).

Таблица 2

Лабораторные показатели крови при поступлении и перед радикальным этапом лечения в основной группе

Показатели	При поступлении	Перед радикальной операцией	P
ЛИИ, расч.ед.	3,83±0,33	2,58±0,17	0,03
МСМ, усл.ед.	0,35±0,009	0,20±0,013	0,01
Общий белок, г/л	70,25±1,67	75,79±2,32	0,04
Альбумин, г/л	35,87±1,22	31,62±2,28	0,03
Мочевина, ммоль/л	7,79±0,18	6,23±0,21	0,02
Креатинин, мкмоль/л	101,96±2,24	71,38±5,06	0,01
Калий, ммоль/л	3,71±0,11	4,49±0,22	0,01
Натрий, ммоль /л	142,44±1,13	145,67±1,31	0,04
Гемоглобин, г/л	135,03±0,58	125,28±1,77	0,02
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,21±0,67	4,23±0,27	0,98
Моноциты, 10 ⁹ / л	42,76±4,11	44,47±3,88	0,76
С-реактивный белок, мг\л	17,4±2,3	4,1±1,5	0,01

Только у 8 пациентов с подтвержденным на КТ местнораспространенным характером процесса и наличием перифокального воспаления через 8-10 дней выявлено сохранение повышенных показателей С-реактивного белка.

В течение первых 3 суток у всех 159 пациентов, в том числе после консервативных и малоинвазивных способов декомпрессии, нормализовались и показатели ВБД. Наряду с этим у этих больных к оперативному вмешательству была проведена полноценная специальная подготовка толстой кишки.

После разрешения непроходимости с целью уточнения диагноза у 85 (53,5%) больного была выполнена КТ. В результате перед радикальным этапом у этих больных была уточнена степень распространения опухоли.

Таким образом, после ликвидации симптомов ОТКН и проведенной коррекции водно-электролитных, сердечнососудистых и метаболических нарушений и сопутствующих

заболеваний, физическое состояние больных, а также условия технического выполнения радикального этапа видеолaparоскопическим доступом в основной и контрольной группах перед радикальным этапом стали сопоставимыми. Только на 5,1% было больше выявлено больных с III степенью операционно-анестезиологического риска в основной группе. У подавляющего большинства больных имела место I и II степень тяжести физического состояния.

Внутрибрюшное давление перед оперативным вмешательством у больных обеих групп было одинаковым и соответствовало норме.

В результате внедрения предложенной хирургической тактики общее состояние и условия для выполнения радикального этапа у больных основной группы перед радикальным этапом стали аналогичны контрольной группе. То есть, были созданы условия аналогичные плановым больным с опухолями ободочной кишки. В связи с чем, и критерии отбора к выполнению основного этапа видеолaparоскопическим доступом были аналогичны плановым.

В результате из 159 больных после разрешения непроходимости показания к выполнению радикального этапа видеолaparоскопическим доступом были выставлены 91 (57,2%) больному, остальным 68 (42,8%) пациентам операции были запланированы открытым способом. В том числе лапароскопические вмешательства были запланированы у 41 больного после разрешения непроходимости консервативным или эндоскопическим способом и у 50 пациентов после наложения разгрузочных стом через минидоступ.

У 12 (13,2%) больных с опухолями восходящего отдела или проксимальной трети поперечной ободочной кишки предпринята попытка выполнения правосторонней гемиколэктомии лапароскопическим доступом, в том числе расширенные гемиколэктомии. Из них у 7 пациентов, после консервативных или эндоскопических способов декомпрессии, были применены типичные видеолaparоскопические доступы и технологии. У других 5 больных с ранее наложенными илеостомами, в том числе у 3 пациентов с локализацией стомы в правой подвздошной области в проекции купола слепой кишки и у 2 в правом подреберье по середине прямой мышцы живота были применены оригинальные технологии. В первом случае стомы были наложены для выполнения правосторонней гемиколэктомии медиа-латеральным доступом (рис.3), во втором- латеро-медиальным (Рисунок.4).

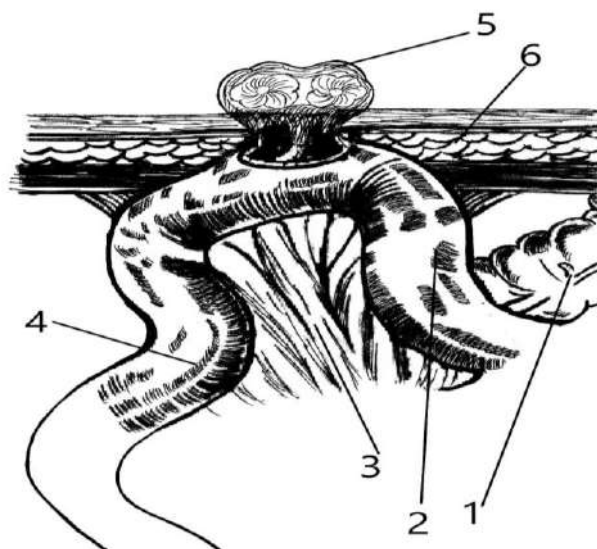


Рисунок 3. Способ формирования двухствольной илеостомы перед выполнением радикальной лапароскопической правосторонней гемиколэктомии медиа-латеральным доступом (1-слепая кишка, 2-отводящая петля подвздошной кишки, 3 – брыжейка подвздошной кишки, 4 – приводящая петля подвздошной кишки, 5 – илеостома, 6 – передняя брюшная стенка)

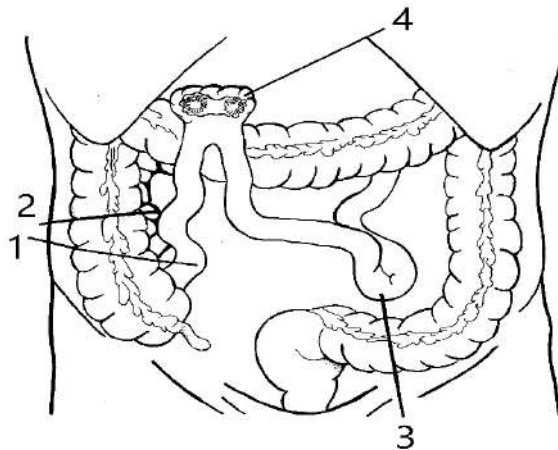


Рисунок 4. Способ формирования двухствольной илеостомы перед выполнением радикальной лапароскопической правосторонней гемиколэктомии латеро-медиальным доступом (1-отводящая петля подвздошной кишки, 2 – брыжейка правых отделов ободочной кишки, 3 – приводящая петля подвздошной кишки, 4 – илеостома)

При опухолях, расположенных ниже дистальной трети поперечной ободочной кишки, опухолях нисходящих отделов и сигмовидной кишки у 79 пациентов оперативные вмешательства начаты лапароскопическим доступом. У 6 больных из-за возникших технических трудностей в следствие недооцененного до операции местнораспространенного процесса оперативные вмешательства продолжены открытым способом.

Остальным 73 пациентам были выполнены лапароскопические левосторонние гемиколэктомии, в том числе у 42 больных со стомами и у 31 без стом (после консервативных и эндоскопических способов декомпрессии).

Из 42 больных со стомами у 4 больных с опухолями дистальной трети поперечной ободочной кишки и проксимальной трети нисходящей кишки в правой подвздошной области имелись двухствольные илеостомы. У остальных 38 пациентов с более дистальной локализацией опухолевой стриктуры в правом подреберье двухствольные трансверзостомы.

Оперативные вмешательства у больных после консервативных и эндоскопических способов декомпрессии выполняли типичным доступом и с использованием стандартных видеолапароскопических технологий. Средняя продолжительность операции составила $217,5 \pm 38,9$ минут.

Всего лапароскопическим доступом оперативные вмешательства были выполнены у 85 пациентов, у 6 пациентов они завершились переходом на лапаротомию. После лапароскопических операций умерло 2 пациентов. В одном случае причиной летального исхода была тромбоэмболия легочной артерии, в другом - развитие недостаточности колоректального анастомоза и перитонита после одноэтапной левосторонней гемиколэктомии. Воспалительные осложнения в виде несостоятельности колоректального анастомоза и формирования свища после одноэтапной левосторонней гемиколэктомии выявлены у одного пациента, у 2 - нагноения миналапаротомной раны. Несостоятельность колоректальных анастомозов в процессе обследования была выявлена ещё у 4 пациентов. В 3 случаях у больных с превентивными стомами, у одного после одноэтапной операции, однако клинически значимого эффекта они не вызвали.

У 41 больного с превентивными стомами после лапароскопических радикальных операций, в том числе у 4 пациентов с илеостомами и у 37 с двухствольными трансверзостомами в течение 22-84 суток с момента первого вмешательства был выполнен восстановительный этап. Сроки восстановления в большей степени зависели от проводимой химиотерапии. Закрытие стом выполняли с использованием стандартных способов. В послеоперационном периоде

летальных исходов не было, воспалительные осложнения в виде нагноения операционной раны имелись у 5 пациентов. У 1 больного после закрытия илеостомы так же было отмечено развитие анастомозита, сопровождающегося частичной кишечной непроходимостью, которая была разрешена консервативными способами.

Из 159 больных основной группы, которые были подготовлены к радикальному этапу, противопоказания к его выполнению лапароскопическим доступом были выставлены у 68 (42,8%) пациентов. Показания к лапароскопическим резекциям были обоснованы вместе с анестезиологом у 91 (57,2%) пациента. В контрольной группе противопоказания были выставлены 59 (46,6%) больным, остальным 69 (53,9%) предпринята попытка выполнения оперативного вмешательства лапароскопическим доступом. После ревизии переход на лапаротомный доступ был осуществлен у 6 больных основной и у 4 пациентов контрольной группы. Всего же лапароскопическим доступом в основной группе радикальные оперативные вмешательства были выполнены у 85 (48,9%) пациентов, в контрольной группе у 65 (50,8%) больных.

После лапароскопических оперативных вмешательств в контрольной группе умерло 2 (3,1%) больных, в основной так же 2 (2,4%) пациентов ($p=0,831$). Послеоперационные воспалительные осложнения группе контроля имели место у 6 (9,2%) больных, а в основной группе - у 7 (8,2%) пациентов ($p=0,786$) (Рисунок.5).

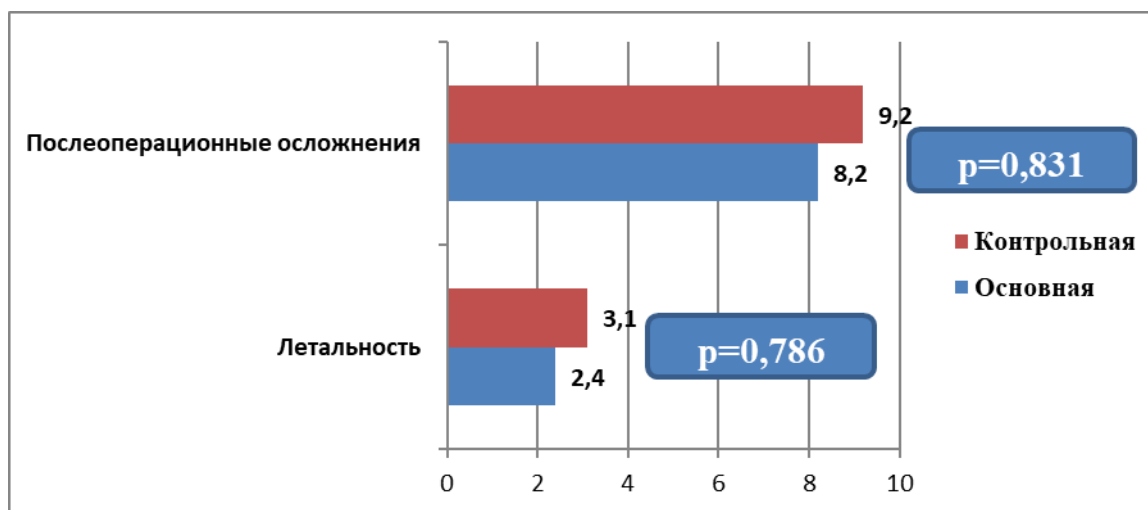


Рисунок 5. Послеоперационные осложнения и летальность после лапароскопических операций в основной и контрольной группах

Таким образом, предложенная хирургическая тактика и способы декомпрессии толстой кишки позволили у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки перед выполнением основного этапа создать условия аналогичные условиям для планового лечения больных с опухолями толстой кишки. Что подтверждается еще и сопоставимостью случаев отказов, и выставлением показаний к лапароскопическим вмешательствам на этапе радикального хирургического лечения и выполнением различных видов резекции толстой кишки, а также полученными результатами лечения.

ВЫВОДЫ

1. Пожилой возраст больных, сопровождающийся тяжелой сердечнососудистой или дыхательной недостаточностью у 6,3% больных, множественные лапаротомии в анамнезе у 1,6%, местнораспространенный процесс у 3,1% пациентов, предполагаемая расширенная лимфодиссекция у 6,3%, а также ожирение у 1,6% больных или различные сочетания этих факторов у 27,3% пациентов, обусловили отказ у 46,1% больных контрольной группы от

выполнения оперативных вмешательств лапароскопическим способом. Те же факторы, что и в контрольной группе, встречающиеся с приблизительно такой же частотой у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки, на фоне выраженного интоксикационного синдрома, усугубляющего тяжесть физического состояния пациентов, а также наличие высоких показателей ВБД, в том числе у 86,2% больных более 12 мм рт.ст. создают условия, не позволяющие выполнять радикальные видеолапароскопические оперативные вмешательства у больных на высоте ОТКН.

2. Разработанная лечебно-диагностическая программа у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки дает возможность получить в минимальные сроки необходимую информацию, позволяющую прогнозировать длительность предоперационной подготовки, уточнять объем и вид оперативного вмешательства, у 32,7% больных разрешать непроходимость консервативными способами, у 9,8% производить реканализацию и декомпрессию с помощью использования колоноскопа, а у 51,1% пациентов с помощью формирования проксимальных стом из минидоступа, и в итоге провести предоперационную подготовку в полном объеме. То есть создать условия аналогичные контрольной группе и выполнять лапароскопические оперативные вмешательства у 48,9% больных.

3. Предложенные клиникой хирургическая тактика, способы наложения стом и места их формирования на первом этапе позволили при выполнении радикальных или циторедуктивных операций через лапароскопический доступ использовать стандартные технические приемы и технологии у 46,0% больных. У 2,9% пациентов с опухолями восходящих отделов выполнять резекции с анастомозами с использованием технически не усложненных оригинальных технологий.

4. Применение разработанных лечебно-диагностического алгоритма, хирургической тактики, способов формирования стом и хирургических технологий позволили у 48,9% больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки, так же как и в контрольной группе у 50,8% больных выполнить основной этап лапароскопическим доступом, при сравнимых показателях послеоперационных осложнений (8,2% и 9,2% больных) и летальных исходов (у 2,4% и 3,1% пациентов соответственно).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки радикальные оперативные вмешательства видеолапароскопическим доступом необходимо выполнять только после разрешения явлений острой кишечной непроходимости. А также при отсутствии декомпенсированных форм сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности; ожирения 2-3 степени; абдомино-висцерального типа ожирения I степени; местнораспространенного рака и рака с перифокальным воспалительным процессом и вовлечением в инфильтрат двух и более органов; канцероматоза; наличия в анамнезе 2 и более лапаротомий по поводу перитонита или спаечной болезни.

2. Для решения вопроса о возможности выполнения радикальных оперативных вмешательств лапароскопическим доступом у больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки помимо уточнения операционно-анестезиологического риска необходимо определение внутрибрюшного давления, уровня локализации опухоли и ее распространенности, возможности разрешения непроходимости консервативным, эндоскопическим способом или путем наложения разгрузочных стом через минидоступ.

3. С целью определения локализации опухоли, ее распространенности, наличия метастазов, возможности разрешения явлений ОТКН, прогнозирования динамики развития непроходимости и определения длительности проведения предоперационной подготовки и выбора способа разрешения непроходимости следует использовать обзорную рентгенографию брюшной полости с контролем через 6 часов, УЗИ с контрольным исследованием через 6-12 и 24 часа, КТ при поступлении и после разрешения непроходимости, колоноскопию, ирригоскопию.

4. У больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки, после разрешения ОТКН консервативными или эндоскопическими способами, терапии интоксикационного синдрома, сердечно-сосудистых, метаболических нарушений и при возможности выполнения радикального этапа с применением лапароскопических технологий, оперативные вмешательства выполняются с использованием стандартных доступов и технических приемов.

5. При невозможности разрешения непроходимости консервативными или эндоскопическими способами необходимо наложение декомпрессионных стом через мини доступ. У больных с опухолями восходящего отдела или поперечно-ободочной кишки накладываются илеостомы. При планировании лапароскопических операций медиолатеральным доступом стома формируется над куполом слепой кишки. При латеро-медиальном доступе в правом подреберье по середине прямой мышцы живота на 3-4 см ниже реберной дуги. При обоих вариантах используются стандартные доступы, но с рекомендуемой техникой выполнения оперативного вмешательства.

6. У больных с типичными илеостомами или трансверзостомами в правом подреберье наложенными по поводу опухолей, расположенных в нисходящих отделах, оперативные вмешательства выполняются из типичных доступов и с использованием стандартных технологий, но перед оперативным вмешательством стомы с калоприемниками изолируются от операционного поля.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1 **Магомадов Э.А.** К вопросу о возможности эндоскопической реканализации у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Епхиев А.А., Кулумбегов Г.Р., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А. // Колопроктология. –2019. - Т.18. №3(69). – С.71-76.

2. **Магомадов Э.А** Ультразвуковое исследование в диагностике рака толстой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Колопроктология. – 2019. - Т.18. S3(69). – С.72.

3. **Магомадов Э.А** К вопросу о лечении местнораспространенного рака левых отделов ободочной кишки, осложненного острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.. // Колопроктология. – 2019. - Т.18. S3(69). – С.70.

4. **Магомадов Э.А.** Способ декомпрессии толстой кишки при острой непроходимости опухолевого генеза/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Колопроктология. –2019. - Т.18. S3(69). – С.71.

5. **Магомадов Э.А.** Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Колопроктология. – 2019. - Т.18. S3(69). – С.71.

6. **Magomadov E.** The possibilities to improve the outcomes in patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction/ Totikov Z., Totikov V., Zuraev K., Kalitsova M., Medoev V., Gadaev S., // Colorectal Disease. -Volume 21, Issue S3. – 2019. – P.99.

7. **Magomadov E.** Treatment of locally advanced cancer of the colon complicated by acute bowel obstruction/ Totikov Z., Totikov V., Zuraev K., Kalitsova M., Medoev V., Gadaev S., // Colorectal Disease. -Volume 21, Issue S3. – 2019. – P.99.

8. **Магомадов Э.А.** Ультразвуковая диагностика колоректального рака, осложненного острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Калицова М.В., Медоев В.В., Гадаев Ш.Ш., // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2019. – №2. - прил.2(31) - С.216.

9. **Магомадов Э.А.** Изменения внутрибрюшного давления на фоне декомпрессионной терапии у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Медицинский вестник Юга России. – 2019. - №3 (прил.). – С.99.

10. **Магомадов Э.А.** Результаты лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Медицинский вестник Юга России. – 2019. - №3 (прил.). – С.100-101.

11. **Магомадов Э.А.** Оптимизация диагностического алгоритма при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Ремизов О.В., Гадаев Ш.Ш., Ардасенов Т.Б., Тарамов У.У., Абдурзаков М.С.А.С. // **Колопроктология.** – 2020. - №3(73). – С.72-79.

12. **Магомадов Э.А.** Индивидуализация выбора декомпрессионных стом и места их формирования у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, как метод профилактики послеоперационных осложнений на всех этапах лечения/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Тарамов У.У., Абдурзаков М.С.А.С., Ибрагимов Л.А. // **Московский хирургический журнал.** – 2020. - №4. – С.21-26.

13. **Магомадов Э.А.** Результаты лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Абдурзаков М.С. А-С., Тарамов У.У., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского 2020. – №1. - С.323.

14. **Magomadov E.** Dynamics of intra-abdominal pressure in patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction after the formation of ileo-and transversostomy/ Totikov Z., Totikov V., Remizov O., Ardasenov T., Abdurzakov M-S., Gadaev S., // *Colorectal Disease.* -Volume 22, S2. – 2021. – P.150.

15. **Магомадов Э.А.** Результаты лечения колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью/ Тотиков В.З., Тотиков З.В., Абдурзаков М-С.А-С., Зураев К.Э., Калицова М.В., Медоев В.В., Ардасенов Т.Б. // Сборник тезисов VII съезда хирургов Юга России. – Пятигорск. - 2021. – С.212-213.

16. **Магомадов Э.А.** Видеолапароскопические оперативные вмешательства при раке толстой кишки, осложненном острой непроходимостью: реальные возможности и пути расширения/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Ремизов О.В., Гадаев Ш.Ш., Тарамов У.У., Абдурзаков М-С.А-С., Ибрагимов Л.А. // **Эндоскопическая хирургия.** – 2021. – Т.27. - №6. - С.30-36.

17. **Магомадов Э.А.** Динамика внутрибрюшного давления у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью после формирования разгрузочных илео и колостом/ Тотиков З.В., Тотиков В.З., Ремизов О.В., Гадаев Ш.Ш., Абдурзаков М-С.А-С., Ардасенов Т.Б., Тарамов У.У., Ибрагимов Л.А., Мальсагов Р.Ю., Логвина Л.Л. // **Инфекции в хирургии.** – 2021. - №3-4. – С.18-22.

18. **Магомадов Э.А.** Способ наложения двустольной илеостомы при выполнении лапароскопической правосторонней гемиколэктомии медиалатеральным доступом/ Тотиков В.З., Тотиков З.В., Гурдзибеев А.Б., Кулумбекова З.Т., Гадаев Ш.Ш., Абдурзаков М-С. А-С., Тарамов У.У., Ибрагимов Л.А. // **Патент на изобретение №2768485, опубликовано 24.03.2022., бюл.№9.**

19. **Магомадов Э.А.** Способ наложения двустольной илеостомы при выполнении лапароскопической правосторонней гемиколэктомии латеромедиальным доступом у больных раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью/ Тотиков В.З., Тотиков З.В., Гурдзибеев А.Б., Кулумбекова З.Т., Гадаев Ш.Ш., Абдурзаков М-С. А-С., Тарамов У.У., Ибрагимов Л.А. // **Патент на изобретение №2759270, опубликовано 11.11.2021., бюл.№32.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	-	Артериальное давление
ВБД	-	Внутрибрюшное давление
ИАГ	-	Интраабдоминальная гипертензия
ИС	-	Ирригоскопия
КС	-	Колоноскопия
КТ	-	Компьютерная томография
ЛИИ	-	Лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛГКЭ	-	Левосторонняя гемиколэктомия
МСМ	-	Молекулы средней массы
ПГКЭ	-	Правосторонняя гемиколэктомия
РОК	-	Рак ободочной кишки
РПОК	-	Резекция поперечной ободочной кишки
РТК	-	Рак толстой кишки
ОРБП	-	Обзорная рентгенография брюшной полости
ОТКН	-	Острая обтурационная толстокишечная непроходимость
УЗИ	-	Ультразвуковое исследование
ЧДД	-	Частота дыхательных движений
ЧСС	-	Частота сердечных сокращений

Формат 60×84 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 1.5. Тираж 100 экз.
Отпечатано на полиграфической базе ГУП «Книжное издательство»
364024, Чеченской Республика, г. Грозный, ул. Н. Назарбаева, 92,
e-mail: grozizdat@mail.ru