



І.В. Белозьоров

ДУ «Інститут загальної та
невідкладної хірургії НАМН
України»,

Харківський національний
університет
імені В.Н. Каразіна

© І. В. Белозьоров

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Резюме. У роботі представлені результати комплексного лікування 445 хворих з ускладненим раком товстої кишки за період з 1998 по 2012 рік. Проаналізовані результати лікування 203 пацієнтів з 1998 по 2006 р., які склали групу порівняння, та 242 хворих, які знаходилися на лікуванні з 2006 по 2012 р., і у яких лікування проводилося із використанням розробленого нами лікувально-діагностичного алгоритму – ці пацієнти склали основну групу.

Ключові слова: ускладнений колоректальний рак, алгоритм лікувально-діагностичної тактики.

Вступ

У теперішній час, коли з кожним роком зростає кількість онкологічних захворювань, проблема ускладненого колоректального раку (КРР) є актуальною. КРР займає друге місце за частотою зл�якісних новоутворень у світі. Летальність відмічається у 70 % випадків, з них 40 % – на протязі першого року після виявлення, в основному за рахунок ускладнень та запущеності ракового процесу [1-5].

Недостатньо високий відсоток діагностики, відсутність уніфікованих лікувальних підходів при зверненні хворих у районі медичні заклади, а також відсутність єдиного патогенетичного та методичного підходів для рішення вище зазначених проблем визначають необхідність і доцільність більш поглибленого їх аналізу та розробки більш ефективних й сучасних організаційних і лікувальних підходів.

Матеріали та методи дослідження

У роботі проаналізовані результати лікування 445 хворих з ускладненим КРР за період з 1998 р. по 2012 р. Усі хворі були розподілені на дві групи: 203 хворих склали групу порівняння, яким застосовували загальноприйнятї методи підготовки до оперативного лікування (ці хворі спостерігались у клініці з 1998 р. по 2006 р. – архівний матеріал); 242 хворих склали основну групу з ідентичними процесами, у яких застосовувались розроблені нами тактика й методики лікування (2006 – 2012 рр.).

Серед ускладнень КРР виділяли – гострі кишкові кровотечі (ГКК) та гостру кишкову непрохідність (ГКН). У основній групі пацієнтів з ГКК було 81 (33,5 %), з ГКН – 156 (64,5 %), у групі порівняння з ГКК – 48 (23,6 %), а з ГКН – 148 (72,9 %) хворих.

Чоловіків було більше, ніж жінок. У основній групі чоловіки склали 57,0 % (138), а жінки – 43,0 % (104).

Кількість хворих до 60 років у основній і групі порівняння – 35,7 %. Максимальна кількість хворих в обох групах приходиться на вікову категорію 60-79 років, що склало 63,3 %. Тенденція до збільшення хворих похилого віку потребує проведення комплексних лікувальних заходів з урахуванням вікових особливостей і наявності супутньої патології.

Більшість хворих основної і групи порівняння були госпіталізовані в ургентному порядку у зв'язку із виникненням ускладнення – ГКН або ГКК. Усім хворим проводилось стандартне обстеження, що прийняте у клініці (збір анамнезу, пальпація, пальцеве ректальне дослідження, оглядова рентгенографія грудної клітки та черевної порожнини, УЗД черевної порожнини, а також лабораторне обстеження). Пальцеве дослідження прямої кишки було обов'язковим, що дозволяло виявити пухлину у хворих раком прямої кишки. Після очисних клізм проводили колоноскопію та ірігографію. Отримав необхідну інформацію – приймали рішення про подальшу тактику лікування хворого.

Фїброколоноскопія виконана усім хворим основної групи з метою уточнення локалізації пухлини і проведення провідника вище місця обтурації для подальшої декомпресії кишківнику шляхом балонної дилатації або проведення декомпресії з допомогою розробленого зонду, або виконання стентування товстої кишки у ділянці пухлинного утворення.

Результати дослідження та їх обговорення

За нашими даними, більш її частіша локалізація пухлини в основній та групі порівняння була пряма кишка і склала 32,2 % та 24,1 % відповідно. На другому місці після рака прямої кишки – сигмоподібна кишка, пухлина якої склала в основній групі 30,6 % та 33,5 % у групі порівняння.



Нами також відмічено, що ускладнений колоректальний рак спостерігався частіше T₃ і T₄, що говорить про велику ймовірність його метастазування.

Гістологічна верифікація пухлин показала, що аденокарцинома, різного ступеню диференціювання, зустрічалась у 92,6 % в основній групі та 91,6 % у групі порівняння.

Одним із важливих аспектів підготовки хворого до операції є інфузійна терапія. Хворі з ускладненим КРР відносяться до групи високого ризику розвитку інтраопераційних й післяопераційних ускладнень, лікування яких неможливе без правильно проводимої інфузійно-трансфузійної терапії.

Лікування хворих починали з консервативних заходів, що включали очищення кишки із застосуванням клізм і декомпресії зондом із послідовним відмиванням кишки від калових мас. Одночасно вводили зонд у шлунок для випорожнення верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Парентерально вводили розчини електролітів, спазмолітиків, холинолітики та інші препарати. Хворі з ГКН, що з успіхом була ліквідована консервативними методами, були підготовлені до операцій у плановому порядку. Хворим з ГКК проводилась консервативна гемостатична терапія з локальним зрошенням гемостатиків у сполученні із балонним гемостазом, а у випадку не ефективності даних заходів використовували рентгенендоваскулярні технології – внутрішньоартеріальне селективне введення хіміопрепаратів з емболами в артерії товстої кишки (хіміоемболізацію).

Перфорація пухлини в основній групі представлена 2 (0,8 %) хворими, у групі порівняння перфорація була у 14 (6,9 %) хворих. У всіх хворих перфорація сполучалась з кишковою непрохідністю. Усі хворі були оперовані в ургентному порядку за життєвими показаннями.

Хворі з КРР, що ускладнений ГКН в основній групі, були розділені на три підгрупи:

1-а підгрупа – 126 (80,7 %) хворих з ЧКН, у яких непрохідність корегувалась балонною дилатацією.

2-а підгрупа – 19 (12,2%) хворих з ЧКН, у яких балонні дилатації були недостатніми, їм проводилась декомпресія товстої кишки за допомогою зонду, що був нами розроблений.

3-я підгрупа – 11 (7,1 %) хворі з гострою обструктивною кишковою непрохідністю, їм було показане стентування товстої кишки. Стентування також проводили хворим з ГКН у сполученні з ГКК, тому що при стентуванні спостерігався гемостатичний ефект.

Таким чином, усім хворим основної групи з ГКН при колоноскопичному дослідженні, проводили бужування провідником і балонну дилатацію зони обтурації (патент України

№ 30479 U, UA, «Спосіб лікування гострої обтураційної товстокишкової непрохідності пухлинного генезу»). Без проведення бужування пухлини, завести катетер для дилатації або стент за зону обтурації не можливе. Після цього знову встановлювали провідник за зону звуження для підведення контрастної речовини до пухлини й визначення подальшої тактики лікування. У 126 (80,7 %) хворих балонна дилатація виявилась успішною та відмічалось розршення кишкової непрохідності.

У випадках, коли дилатація не мала успіху, виконували декомпресію і реканалізацію товстої кишки за методикою, що нами запропонована з допомогою розробленого зонду (патент України № 18354 U, UA, «Пристрій для реканалізації нижніх відділів товстого кишечника»). Цей метод був виконаний у 19 (12,2 %) хворих з ГКН.

У 11 (7,1 %) хворих основної групи з обструктивною кишковою непрохідністю ми виконували стентування товстої кишки. Після колоноскопичного дослідження, бужування і балонної дилатації товстої кишки встановлювався провідник за зону пухлини та під рентгенконтролем виконувалось стентування товстої кишки (патент України № 41152 U, UA, «Стент порожистого органа»). Ускладнень у процесі проведення методики і після неї не відмічалось.

Безуспішність консервативного лікування на протязі 4-6 годин, виражена картина непрохідності, наявність перитоніту та інші ускладнення явилися показанням до екстреного оперативного втручання. У хірургічному лікуванні раку товстої кишки, що ускладнений обтураційною непрохідністю, ми додержуємось головного принципу – не тільки ліквідувати непрохідність та й врятувати життя хворого, але й по можливості виконати радикальне видалення пухлини при першому ж втручанні.

У хворих з КН основній групі радикальних операцій було виконано 62,8 %, а у групі порівняння – 45,3 %. Летальність була в основній групі та у групі порівняння практично однаковою – 3,8 % та 3,4 % відповідно. Паліативних операцій в основній групі було виконано менш, ніж у групі порівняння на 12,4 %. Летальність в основній групі була 1,3 %, у групі порівняння – 4,7 %. Операцій Гартмана було виконано в основній групі також менш, ніж у групі порівняння – 19,9 % та 25 % відповідно. Летальність склала 2,6 % в основній а 6,1 % у групі порівняння. У хворих основної групи з КН ракового генезу ми виконували при колоноскопичному дослідженні балонну дилатацію пухлини, при неефективності цієї методики проводили катетерну декомпресію або стентування товстої кишки у ділянці пухлинно-

го стенозу. Ці методики виконували в якості підготовчого етапу до радикальної операції. У групі порівняння декомпресії товстої кишки не виконували. Ускладнень і летальності після декомпресії товстої кишки також не спостерігалось.

До ускладнень ми відносили неспроможність анастомозу, перитоніт, гнійно-септичні ускладнення, післяопераційну кишкову непрохідність, кровотечу.

Післяопераційні ускладнення у хворих з КН в основній групі було 14,7 % та у групі порівняння 33,1 %. Летальність в основній групі також була нижче, ніж у групі порівняння – 7,6 та 14,2 % відповідно.

При аналізі середнього койко-дня до операції та після операції в основній і групі порівняння, відмічалось значне збільшення доопераційного койко-дня до 10,6 у хворих основної групи. Це пов'язано з підготовкою хворого до оперативного втручання за допомогою розроблених методів. Післяопераційний койко-день в обох групах відрізнявся незначно. Загальний койко-день в основній групі було більше (27,42), ніж у групі порівняння (21,79), але якщо взяти до уваги той факт, що пацієнти після паліативних операцій повертаються у клініку для реконструктивних операцій, то переваги в лікуванні основної групи значні.

Таким чином, у хірургії ускладненого раку товстої кишки, в основній групі, простежується тенденція до надання переваги первинно-радикальних операцій 154 (63,6 %), ніж паліативним та операціям Гартману 88 (36,4 %). На нашу думку, це пов'язано з тим, що при підготовці хворого до оперативного втручання необхідно проводити декомпресію товстої кишки, і за можливістю досягати повного гемостазу у передопераційному періоді. У групі порівняння це співвідношення склало 94 (46,3 %) радикальних операцій і 109 (53,7 %) паліативних та операцій Гартмана.

На основі проведеної роботи з врахуванням впровадження запропонованих технологій лікування хворих з ускладненим колоректальним раком був запропонований алгоритм лікувально-діагностичних заходів (табл.).

При загальному аналізі післяопераційних ускладнень і летальності у хворих основної групи відмічено 15,7 % ускладнень, у той час як у групі порівняння ускладнень було практично у два рази більше – 38,4 %. Летальність також в основній групі хворих була суттєво нижче і склала 8,6 %, при том як у групі порівняння досягала 15,8 %.

Безпосередні результати розвантажувальних та паліативних операцій були дещо гірші первинних радикальних, що ймовірно пов'язано з вихідним важким станом хворих, вираже-

ною інтоксикацією і наявністю неоперабельної пухлини.

Таблиця

Алгоритм лікувально-діагностичних заходів

Хворий з ускладненим КРР	
Рентгенологічне, УЗД і КТ-дослідження органів черевної порожнини, колоноскопія із заведенням провіднику за зону пухлини	
КРР з ГКК	КРР з ГКН
Місцевий гемостаз пухлини	Балонна діляція пухлини
Зрошення гемостатиками + балонний гемостаз	Заведення зонду за зону пухлини для декомпресії ТК
Рентгенендоваскулярний гемостаз	Стентування ТК
Передопераційна інфузійна терапія	
Оперативне лікування (радикальна, Гартмана, стома)	
Післяопераційна інфузійна терапія	
Боротьба з метастазами (хіміотерапія, хіміоемболізація, променева терапія)	
Реконструктивна операція (якщо була виконана не радикальна)	
Одуження	
Спостереження у онколога	

Більшість хворих після операції Гартмана у плановому порядку виконували реконструктивну операцію. Відновний етап проводили через 3-12 місяців після первинної операції при умовах відсутності рецидиву або метастазів раку.

Питання про характер реконструктивної операції у кожному випадку вирішували індивідуально. У більшості спостережень після мобілізації дистальної і проксимальної культі був накладений внутрішньочеревний колоректальний анастомоз кінець у кінець. У тих випадках, коли культя прямої кишки була короткою і не можливим було накладення ручного або апаратного колоректального анастомозу, виконували низведення вище розташованих відділів товстої кишки через анальний канал. Таких операцій виконано сім. У наших спостереженнях не було жодного випадку неспроможності швів колоректального анастомозу або некрозу низведеної кишки. Найбільш типовим ускладненням реконструктивних операцій було нагноєння рани у ділянці висіченої колостоми. Летальності не було.

Висновки

1. Передопераційна підготовка хворих з ускладненим колоректальним раком повинна включати: адекватне восповнення крововтрати, корекцію водно-електролітних порушень, відновлення нормального або близького до нормального рівня білка, відновлення пасажу кишечнику з наступним продовженням даної терапії у поєднанні з адекватною антибактеріальною терапією у післяопераційному періоді.



2. Аналіз найближчих результатів хірургічного лікування пацієнтів з ускладненим колоректальним раком показав ефективність розробленого алгоритму лікувально-діагностичних заходів у цієї категорії хворих.
3. Застосування розробленої хірургічної тактики і методик у хворих з ускладненим КРР дозволили зменшити частоту ускладнень та знизити летальність у два рази.
4. Декомпресія товстої кишки – балонна дилатація, зонд для декомпресії та стентування товстої кишки дозволяють у доопераційному періоді усунути явища кишкової непрохідності, компенсувати зміни систем гомеостазу та оперувати хворих з ГКН у більш сприятливих умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель, И.М. Бармина // Рос. онкол. журн. – 1999. – № 6. – С. 40-46.
2. *Результаты* радикального хирургического лечения рака толстого кишечника / В.И. Ярынич, А.С. Чалый, А.Г. Гуцуляк и др. // Харківська хірургічна школа – 2006. – №3 (22). – С.90-91.
3. *Результаты* хирургического лечения рака прямой кишки / Ю.А. Винник, А.С. Куцый, А.Е. Котенко и др. // Харківська хірургічна школа – 2006. – № 3. – С.20-21.
4. *Beets-Tan R.G.H.* Rectal cancer: Review with emphasis on MR imaging / R.G.H. Beets-Tan, G.L. Beets // Radiology. – 2004. – Vol. 232, N 2. – P. 335-346.
5. *Effectiveness of gene expression profiling for response prediction of rectal adenocarcinomas to preoperative chemoradiotherapy* / В.М. Ghadimi, M Grade., M.J. Difilippantonio et al. // J. Clin. Oncol. – 2005. – 23 (9). – P. 1826-1838.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

И.В. Белозеров

FEATURES OF MEDICAL DIAGNOSTIC TACTICS IN PATIENTS WITH COMPLICATED COLORECTAL CANCER

I.V. Belozеров

Резюме. В работе представлены результаты комплексного лечения 445 больных с осложненным раком толстой кишки за период с 1998 по 2012 годы. Проанализированы результаты лечения 203 пациентов с 1998 г. по 2006 г., которые составили группу сравнения, и 242 больных, находившихся на лечении с 2006 по 2012 г., у которых лечение проводилось с использованием разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма – эти пациенты составили основную группу.

Ключевые слова: *осложненный колоректальный рак, алгоритм лечебно-диагностической тактики.*

Summary. The paper presents the results of treatment of 445 patients with complicated colorectal cancer between 1998 and 2012. Results of treatment of 203 patients from 1998 to 2006, which formed a control group, and 242 patients who were treated from 2006 to 2012 in which the treatment was carried out using the developed by us diagnostic and treatment algorithm – these patients formed the main group.

Key words: *complicated colorectal cancer, diagnostic and treatment algorithm tactics.*