



І.В. Белозьоров

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України»

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

© І.В. Белозьоров

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ

Резюме. Наведено досвід комплексного лікування 475 хворих з ускладненим колоректальним раком. Запропоновані методики балонного гемостазу і внутрішньоартеріальної селективної хіміоемболізації артерій товстої кишки для досягнення стійкого гемостазу у хворих колоректальним раком, що ускладнений кишковою кровотечею.

Ключові слова: колоректальний рак, кишкова кровотеча, тактика лікування.

Вступ

Проблеми лікування колоректального раку, не дивлячись на значні успіхи в медицині, залишаються актуальними. У наслідок пізньої діагностики захворювання значна кількість хворих (понад 60 %) поступає у клініку з ускладненими формами раку, більшість з яких має товстокишкову кровотечу того чи іншого ступеню. Але на сучасному етапі за допомогою адекватної підготовки хворого, застосуванням агіографічних методів мінімізується складність виконання радикального хірургічного втручання навіть при ускладненому раку товстої кишки з кровотечею третього ступеню [1-6].

Матеріали та методи дослідження

У роботі проаналізовані результати лікування 475 хворих з ускладненим колоректальним раком (КРР).

Більшість хворих приходилася на вікову категорію 60-79 років, що склало 63,3 %. Тенденція до збільшення хворих похилого віку потребувала проведення комплексних лікувальних заходів з урахуванням вікових особливостей і наявності супутньої патології.

В ургентному порядку у зв'язку із виникненням гострої кишкової кровотечі (ГКК) було госпіталізовано – 129 (28,99 %) хворих.

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 ірієграфію. Отримавши необхідну інформацію – приймали рішення про подальшу тактику лікування хворого.

Відмічено, що ускладнений колоректальний рак спостерігався частіше T₃ і T₄, що говорить

про розповсюдженість процесу, велику ймовірність метастазування.

Гістологічна верифікація пухлин показала, що аденокарцинома, різного ступеню диференціювання, зустрічалась у 92,1 % випадків.

Результати дослідження та їх обговорення

Ступінь кровотечі визначалась відповідно класифікації О.О. Шалімова і В.Ф. Саєнко (1987 р.).

У більшості хворих кровотеча була незначною. Кровотеча I ступеню важкості відмічена у 74 (57,4 %) хворих. Кровотеча II ступеню спостерігалася 43 (33,3 %) випадків. ГКК III ступеню важкості була у 12 (9,3 %) хворих.

Лікування хворих починали з консервативної заходів. Хворим з ГКК проводилась консервативна гемостатична терапія, а також локальне зрошення гемостатиків, балонний гемостаз, а у випадку неефективності даних заходів використовували рентгеноваскулярні технології – внутрішньоартеріальне селективне введення хіміопрепаратів з емболами в артерії товстої кишки (хіміоемболізацію), як найменш травматичну та ефективну.

На першому етапі гемостатичною терапією з локальним введенням гемостатиків зупинення кровотечі було досягнуто у 33 (25,6 %) хворих.

Хворим з ГКК проводили бужування пухлини провідником, крізь який вводили контрастні речовини, розчини гемостатиків й заводили балон для діляції таким чином «тампонували» пухлину. Час експозиції балону обирали індивідуально і визначали під час колоноскопії.

У хворих з ГКК після балонного гемостазу проводили консервативну гемостатичну терапію за загальною традиційною схемою. Таким чином гемостаз був досягнутий у 36 (27,9 %) хворих.

Якщо гемостаз після місцевого «зрошення» гемостатиків і балонної тампонади пухлини не досягався – хворим виконували рентгеноваскулярний катетерний гемостаз, що



включав селективну хіміоемболізацію артерій товстої кишки (патент України № 17249 У, UA, «Процес лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею»). Після чого відмічався стійкий гемостаз без некрозу кишки. Така методика гемостазу нами була виконана у 52 (40,3 %) пацієнтів з кровотечею з різних відділів товстої кишки.

Усі вищевказані методи використовувалися лише як підготовчий етап у хворих з КРР перед радикальною операцією.

Для визначення стійкого й нестійкого гемостазу ми виділяли 4 типи кровотечі: 1) кровотеча, що спинялася локальним введенням гемостатиків у зону кровотечі (за допомогою колоноскопу) спільно з проведенням консервативної гемостатичної терапії; 2) кровотеча, що спинялася локальним введенням гемостатиків й балонним катетером; 3) кровотеча, що спинялась внутрішньоартеріальним селективним введенням гемостатиків, хіміопрепаратів та емболів у товстокишкові артерії; 4) кровотеча не спинялась і потребувала негайного оперативного втручання.

Перші три типи кровотечі відносили до стійкого гемостазу, а четвертий тип розглядали як нестійкий тип гемостазу. Також до нестійкого гемостазу відносили хворих з поєднаним ускладненням ГКК+кишкова непрохідність.

Стойкий гемостаз відзначений у 93,8 % хворих, а нестійкий – у 6,2 % хворих, що склали 8 пацієнтів, які були оперовані в ургентному порядку.

Ці методики гемостазу дозволили краще підготувати хворих до оперативного втручання, виконати більше у загальній кількості радикальних операцій (63,6 %) ніж паліативних та операцій Гартмана (36,4 %).

Висновки

Застосування в клінічній практиці методики балонного гемостазу і внутрішньоартеріальної селективної хіміоемболізації артерій товстої кишки дозволяють досягти стійкого гемостазу у хворих КРР, що ускладнений кровотечею.

Застосування розроблених методів гемостазу дозволяє виконати радикальні операції у хворих з КРР, що ускладнений кишковою кровотечею.

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. Пути улучшения результатов реконструктивных операций на толстой кишке путем использования сшивающих аппаратов / В.В. Бойко, С.А Савви, В.Н. Лыхман и др. // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2007. – Т.143, Ч.V. – С.47-49.
3. Внутриаартериальная химиотерапия при местнораспространенном раке прямой кишки / Г.В. Бондарь, А.В. Борота, А.Ю. Кияшко и др. // Онкология. – 2007. – Т. 9, №3. – С 189-194.
4. Применение эмболизации печеночной артерии и внутриаартериальной инфузионной химиотерапии в лечении первичных и метастатических опухолей печени / А.А. Литвиненко, В.В. Тельный, С.А. Лялькин и др. // Харківська хірургічна школа. – 2006. – №3. – С.58-60.
5. 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.
6. 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.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

И.В. Белозеров

TACTICS OF TREATMENT OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED OF BLEEDING

I.V. Belozorov

Резюме. В работе предложен опыт комплексного лечения 475 больных с осложненным колоректальным раком. Предложены методики баллонного гемостаза и внутриаартериальной селективной химиоэмболизации артерий толстой кишки для достижения стойкого гемостаза у больных колоректальным раком, осложненным кишечным кровотечением.

Ключевые слова: колоректальный рак, кишечное кровотечение, тактика лечения.

Summary. The paper offers a comprehensive treatment experience 475 patients with complicated colorectal cancer. The methods of hemostasis and intra-aortic balloon selective arterial chemoembolization colon to achieve a stable hemostasis in patients with colorectal cancer, complicated by intestinal bleeding.

Key words: colorectal cancer, intestinal bleeding, treatment strategy.