

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ
КИШКИ, УСКЛАДНЕНИЙ НЕПРОХІДНІСТЮ
(за матеріалами лікувальних закладів Івано-Франківської області
протягом 2000-2010 рр.)**

В. В. Голотюк

Івано-Франківський національний медичний університет; курс онкології; 76018, Івано-Франківськ, вул. Галицька 2

Вивчені результати обстеження та хірургічного лікування 687 хворих на обструктивний рак ободової кишки (ОРОК). Встановлено залежність клінічної семіотики від локалізації пухлин. Радикальне лікування виконано у 407 (59,2%) хворих, паліативне – у 280 (40,8%). Резектабельність склала 60,3%. Після радикальних операцій померло 61 (15,0%), паліативних – 85 (30,4%) осіб. Загальна післяопераційна летальність склала 21,3%. Причиною смерті в 44,5% випадків послужила поліорганна недостатність, у 23,2% – нагнійні процеси, перитоніт. Серед 291 радикально оперованих, долю яких простежували протягом 5-ти і більше років, пережили цей термін 133 пацієнтів (45,7%), померли – 158 (54,3%), з них в період до 3 років – 111 (70,3%).

***Ключові слова:** рак ободової кишки, обструкція, клінічна семіотика, післяопераційна летальність, віддалені результати лікування.*

Обтураційна кишкова непрохідність є одним із найбільш поширених ускладнень раку ободової кишки (РОК), оскільки питома вага її в загальній структурі ускладнень коливається за літературними даними в межах від 12,2 до 86% [1, 6, 10, 11]. Не дивлячись на постійне удосконалення методів діагностики РОК, питання своєчасного виявлення та раціональної хірургічної тактики при ОРОК продовжують залишатись остаточно невирішеними, про що свідчать високі показники післяопераційних ускладнень і летальності, які коливаються в межах відповідно 38,6-80% і 25,1-46,1% [1, 4, 5, 8, 9].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної семіотики, результатів обстеження і лікування ОРОК за матеріалами хірургічних відділень основних лікувальних закладів області протягом останніх 10 років.

Матеріал і методи. Проведено аналіз результатів комплексної діагностики і лікування 825 хворих на РОК, з яких у 687 (83,3%) випадках констатовано обструктивну форму захворювання, здійснених в обласному клінічному і коломийському міжрайонному онкодиспансерах та в 1-й і 2-й клінічних лікарнях м. Івано-Франківська упродовж 2000-2010 рр.

Вік хворих на РОК коливався від 22 до 88 років, жінок було 417, чоловіків – 408. З числа 687 хворих з ОРОК людей старшого віку нараховувалось 390 (56,8%) і похилого – 65 (9,50%). Перебіг пухлинного процесу у випадках ОРОК був обтяжений різними супутніми захворюваннями серцево-судинної системи, органів дихання, сечовидільної системи і порушеннями обмінних процесів. При цьому у 340 (84,7%) з 425 хворих виявлено поєднання 2-3 соматичних супутніх захворювань.

Діагностику ОРОК здійснювали на підставі даних фізикальних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукового та лабораторних досліджень. У всіх хворих проведено гістологічне підтвердження діагнозу. В правій половині ободової кишки стенозуючий рак встановлено у 195 (28,4%) пацієнтів (рак сліпої кишки – у 75, висхідної – 69, печінкового згину – 51), поперечно-ободової кишки – 41 (6,0%), а в лівій половині ОК – у 451 (65,6%) (селезінкового згину – у 49, нисхідної – 49, сигмовидної кишки – 212, ректосигмовидного відділу – 141). Розподіл хворих в залежності від клінічної стадії РОК проводили згідно з класифікацією раків ободової та прямої кишок (код МКХ-О С18-С20) за системою TNM (5-те видання, 1997 р.). Стадія T₃₋₄N₀M₀ зареєстрована у 419 (60,8%), T₃₋₄N₁₋₂M₀ – 121 (17,6%) та T₃₋₄N₀₋₂M₊ – 147 (21,4%) хворих. Аденокарцинома різного ступеня диференціації була основною гістологічною формою ОРОК (92,6% спостережень).

Серед 687 пацієнтів явища обтураційної непрохідності були першою клінічною ознакою РОК у 231 (33,6%). При розподілі хворих ОРОК в залежності від ступеня вираженості порушень кишкової прохідності користувались класифікацією Е.Г. Топузова [7]. Компенсована ступінь була встановлена у 51 (7,4%) хворого, субкомпенсована – у 396 (57,6%), декомпенсована – у 240 (34,9%). Перфорація стінки кишки як в зоні пухлинного росту, так і проксимальніше місця обтурації, була виявлена в 10 (4,2%) випадках кишкової непрохідності III ступеня. Параколічний абсцес, як ускладнення стенозуючого раку сліпої кишки, спостерігали в одному випадку. Перфорація пухлини та діастатичні розриви ОК виникали при локалізації пухлини в лівій половині ОК (сигма, ректосигмовидний відділ). Вторинна анемія, яка супроводжувалась зниженням гемоглобіну нижче 60 г/л, спостерігалась у 206 осіб (29,1%).

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що клінічна семіотика ОРОК, в залежності від локалізації пухлини, є неоднозначною. Для правої половини ободової кишки постійними клінічними ознаками є: втрата маси тіла у 165 (84,6%) хворих, вторинна анемія (гемоглобін нижче 100 г/л) – у 162 (83,0%), метеоризм – у 147 (75,4%), порушення стільця – у 123 (63,0%), а патологічні виділення з калом спостерігались лише у 21 хворого (10,8%). При раку поперечноободової кишки на перше місце виступає метеоризм – констатовано у 40 (97,6%) хворих, біль – у 36 (87,8%), порушення стільця – у 32 (78,0%), втрата маси тіла – у 24 (58,5%) та анемія у 20 (48,8%) пацієнтів. У випадку ра-

ку лівої половини ободової кишки порушення стільця реєструвалось у 417 пацієнтів (92,5%), біль – у 378 (83,8%), метеоризм – у 247 (54,8%), патологічні виділення з калом – у 207 (45,9%), а на втрату маси тіла та вторинну анемію припадало всього по 144 (31,9%) хворих.

Аналіз показників звертання пацієнтів за медичною допомогою показав, що 354 (51,6%) хворих відвідували лікарів у перші 6 місяців з початку появи симптомів захворювання, в інтервалі 6-12 місяців – 180 (26,2%), а 153 (22,2%) – після року. На протязі перших 2-х місяців з моменту звертання правильний діагноз РОК було встановлено 556 (81,0%) хворим, 4-х місяців – 69 (10,0%), 6-ти місяців – 30 (4,4%) і більше ніж через 6 місяців – 32 (4,6%) пацієнтам.

Дані про обсяг хірургічних втручань та рівень післяопераційної летальності хворих на ОРОК представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика оперативних втручань та післяопераційна летальність при лікуванні ОРОК

№ п/п	Види операцій	Загальне число хворих	Померли п/о	%
а) радикально оперовані				
1	Правобічна геміколектомія	115	12	10,4
2	Резекція поперечної ободової кишки	18	3	16,6
3	Лівобічна геміколектомія	55	9	16,4
4	Резекція сигмовидної кишки	86	12	13,9
5	Резекція ректосигмовидного відділу	61	10	16,4
6	Операція Гартмана	44	11	25,0
7	Комбіновані операції	28	4	14,2
	Разом	407	61	15,0
б) паліативні операції				
8	Обхідні анастомози	116	35	30,2
9	Ілео-цеко-колоностоми	164	50	30,5
	Разом	280	85	30,4
	Всього	687	146	21,3

Встановлено суттєву різницю між показниками післяопераційної летальності серед хворих, які перенесли паліативні (30,4%), та радикальні (15,0%) операції. Що стосується залежності рівня післяопераційної летальності від виду проведених хірургічних втручань, то найвищою вона виявилась після операції Гартмана (25%), яка виконувалась у найтяжчого контингенту хворих, в т.ч. і у випадках ускладнень пов'язаних з перфорацією пухлини чи діастатичного розриву стінки кишки. Досить висока післяопераційна летальність реєструється після лівобічної гемі-

колектомії, резекції поперечноободового та ректосигмовидного відділів товстої кишки в порівнянні з результатами комбінованих операцій.

Етапні хірургічні втручання виконано у 35 хворих. Першим етапом здійснювалось формування колостоми, другим (не раніше, ніж через місяць після першої операції за умови відсутності ускладнення) – проводилися радикальні резекції з формуванням міжкишкового анастомозу, переважно за методикою, описаною Г.В. Бондарем [2]. Закриття колостоми виконували при відсутності ознак рецидиву через 3-6 міс.

Слід відзначити, що хворим з локалізацією обструктивної пухлини у ділянці ректосигмовидного кута або дистального відділу сигмовидної кишки, які були прооперовані в умовах загальнохірургічних стаціонарів за ургентними показами, в багатьох випадках накладали сигмостому. З огляду на можливість проведення онкологами в подальшому їм радикальної операції з відновленням прохідності кишкової трубки, такі дії є неправильними, оскільки наявність сигмостоми буде суттєво ускладнювати виконання резекції кишки з накладанням анастомозу. Тому у вищезазначених випадках перевагу слід надавати формуванню трансверзостом.

Серед ускладнень, які послужили причиною смерті хворих після операції, перше місце займає поліорганна недостатність, яка розвивалась у 44,5% випадків (табл.2)

Таблиця 2 Структура післяопераційної летальності при лікуванні хворих на ОРОК

№ п/п	Характер ускладнень, які послужили причиною смерті хворих	абсолютне число	%
1	Поліорганна недостатність	65	44,5
2	Нагнійні процеси, перитоніт	34	23,2
3	Неспроможність швів анастомозу	13	8,9
4	Тромбоемболії	24	16,5
5	Серцево-судинна недостатність	7	4,8
6	Кишкова кровотеча	1	0,7
7	Інвагінація анастомозу, перфорація кишки	2	1,4
	Разом	146	100

Слід вважати, що поліорганну недостатність при ОРОК формує критичний стрес, який виникає в процесі взаємодії наслідків обструкції кишки і хірургічного втручання на фоні прогресування порушень кишкової моторики, абсорбції, бар'єрної функції слизової оболонки кишки. Поєднання зазначених чинників сприяє посиленню ендогенної інтоксикації, активізації процесів перекисного окислення ліпідів, зменшенню функціональної активності антиоксидантного ланцюга, пригніченню Т-клітинного імунітету які завжди супроводжують перебіг РОК [3, 5, 10]. Доказано також, що при ОРОК уже в перші дні мікрофлора досягає ме-

зентеріальних лімфовузлів, а в більш пізні терміни - печінки, селезінки, проникаючи в кров'яне русло [12]. Цим можливо пояснити високу питому вагу нагнійних процесів (23,2%), які стали причиною смерті хворих і перевагу їх розвитку в порівнянні з неспроможністю швів анастомозу. Слід відзначити, що завдяки впровадженню в практику хірургічних відділень області інвагінаційно-клапанного анастомозу [2] це ускладнення реєструється значно рідше.

Дані про віддалені результати хірургічного лікування ОРОК представлені в таблиці 3.

Таблиця 3. Віддалені результати радикального лікування хворих на ОРОК

№	Характеристика оперативних втручань	Заг. число спостережень	Залишились живими на кінець спостереження					Померли до кінця спостереження				
			Всього	%	в тому числі			Всього	%	в тому числі		
					до 3 р.	до 5 р.	>5 р.			до 3 р.	до 5 р.	>5 р.
1.	Правобічна геміколектомія	83	25	30,1	14	5	6	58	69,9	45	8	5
2.	Резекція поперечної ободової кишки	15	9	60,0	3	4	2	6	40,0	3	1	2
3.	Лівобічна геміколектомія	39	22	53,8	9	9	4	17	46,2	10	5	2
4.	Резекція сигмовидної кишки	65	36	55,4	10	14	12	29	44,6	21	5	3
5.	Резекція ректосигмовидного відділу	41	17	41,4	3	6	8	24	58,6	13	8	3
6.	Операція Гартмана	30	46,7	47,9	9	3	2	16	53,3	13	2	1
7.	Комбіновані операції	18	10	55,5	3	4	3	8	44,5	6	-	2
	Разом	291	133	45,7	51	45	37	158	54,3	111	29	18
					38,3%	33,9%	27,8%			70,3%	18,3%	11,4%

З'ясовано, що серед 291 радикально оперованих хворих на ОРОК, долю яких вдалося простежити упродовж не менше 5 років після завершення лікування, в кінці періоду спостережень залишились живими 133 (45,7%) хворих. Померли в різні строки спостереження переважно від прогресування раку 158 (54,3%) пацієнтів, з них в перші 3 роки – 111 (70,3%) чоловік. Найбільш несприятливі результати мали місце у хворих, які перенесли правобічну геміколектомію (померли 69,9%) та резекції ректосигмовидного відділу ободової кишки (померло 58,6%).

Що стосується хворих, які перенесли паліативні операції, то живими в кінці періоду спостереження залишились всього 15 чоловік, з них: більше 3 років прожили 11 хворих, від 3 до 5 років – 2 хворих, 5 років і більше – 2 пацієнта. Померли 119 пацієнтів, з них: до 3-х місяців – 33, до 6-ти – 34, до 1-го року – 29 і після одного року – 23 пацієнти. В

основному це були хворі в IV стадії захворювання, переважно з метастазами в печінку.

Висновки

1. Середній показник резектабельності при лікуванні ОРОК складає 60,7%, загальна післяопераційна летальність становить 21,3%, в тому числі після радикальних операцій – 15,0% і паліативних – 30,4%.

2. Основною причиною післяопераційної летальності є поліорганна недостатність (44,5%), що свідчить про необхідність удосконалення підготовки хворих до операції і тактики ведення післяопераційного періоду.

3. Більш ніж 54% радикально прооперованих хворих помирають протягом 5-ти років після завершення лікування, а 70,3% з них гинуть вже до 3-х років спостережень, що свідчить про необхідність удосконалення методів виявлення і діагностики захворювання.

Література

1. Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп / С.А.Алиев // Рос. онкологический журнал. – 2005. – №4. – С. 21-29.
2. Бондарь Г.В. Формирование инвагинационно-клапанного анастомоза / Г.В.Бондарь, Н.И.Бойко // Хирургия, 1979. – №2. – С. 93-95.
3. Опыт хирургического лечения диастатических разрывов ободочной кишки / А.А.Курыгин, С.И.Перегудов, Г.И.Синенченко, А.В.Пирогов // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2008. – №3. – С. 49-53.
4. Русу П.М. Частота осложненных форм РОК и сроки обращения больных / П.М.Русу // Экспериментальная онкология. – 2000. – №22. – Тезисы II съезда онкологов СНГ. – №762.
5. Сидоренко Ю.С. К вопросу о тактике лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки на современном этапе / Ю.С.Сидоренко, С.А.Грушко, В.П.Назаренко // Проблемы колопроктологии: Сб. тр. Вып. 18. – М., 2002. – С. 432-438.
6. Соловейчик А.С. Острая кишечная непроходимость при раке толстой кишки / А.С.Соловейчик, Н.Н.Свистунов, А.В.Пирогов // Мат. междунар. конгр. хирургов. – Петрозаводск, 2002. – Т.2. – С. 112-113.
7. Топузов Э.Г. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки / Э.Г.Топузов // Вестник хирургии. – 1989. – №12. – С. 76-78.
8. Фролов А.С. Оптимизация методов лечения колоректального рака / А.С.Фролов, М.В.Шайдоров // Рос. онкологический журнал. – 2004. – №2. – С. 45-47.
9. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М.П.Захараш, А.И.Пойда, В.М.Мельник и др. // Хирургия. – 2006. – №7. – С. 51-55.

10. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки / В.З.Тотиков, А.К.Хестанов, К.Э.Зураев и др. // Хирургия. – 2001. – №8. – С. 51-54.
11. Хирургическое лечение при раке правой половины ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью / Е.М.Хавина, С.В.Осмоловский, О.В.Горох и др. // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2000. – №4. – С. 37-39.
12. Obstructed intestine as a reservoir for Systemic infection / E.A.Deitch, W.M.Bridges, S.W.Ma et al. // Am.J.Surg. – 1990. – Vol.159, N.4. – P. 394-401.

**PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND RESULTS
OF OBSTRUCTIVE COLON CANCER SURGICAL TREATMENT
(according to the materials of the medical establishments
of Ivano-Frankivsk region during 2000-2010)**

V. V. Golotiuk

*Ivano-Frankivsk National Medical University; Course of oncology;
76018, Ivano-Frankivsk, Galytska str., 2*

The results of the examinations and treatment of 687 patients with colon carcinoma complicated by intestinal obstruction were analyzed. The correlation of a clinical semeiology with localization of tumors was fixed. The radical treatment was undertaken for 407 (59,2%) patients, palliative - for 280 (40,8%) ones. Resectability made 60,3%. 61 (15,0%) men have died after radical operations, and 85 (30,4%) – after palliative operations. The general postoperative mortality was 21,3%. As a reason of moors in 44,5% of cases has served polyorganic failure, in 23,2% – suppurative processes, peritonitis. Among 290 radically operated patients 133 men (45,7%) have lived till 5 years and more, 158 (54,1%) patients have died, including 111 (70,3%) till 3 years.

Key words: *colonic cancer, obstruction, clinical semiotics, postoperative lethality, remote outcomes.*