

**ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ХВОРИХ НА ОБСТРУКТИВНИЙ РАК
ОБОДОВОЇ КИШКИ****Чобей С.М., Русин В.І.***Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб,
м. Ужгород*

РЕЗЮМЕ: в роботі вивчено і проаналізовано результати клініко-інструментальних методів діагностики 274 хворих з обструктивним раком ободової кишки, що знаходились на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) із січня 1994 по грудень 2008 року.

Розпізнавання пухлинної obtураційної непрохідності ободової кишки залишається складною проблемою в особливості для загально хірургічних відділень районних лікарень, які переважно не володіють сучасним діагностичним обладнанням. Нерідко діагностика обструктивного раку ободової кишки (ОРОК) значно ускладнюється госпіталізацією хворих у нічні години, важким станом пацієнтів та проградієнтним перебігом захворювання.

Алгоритм обстеження може доповнюватись апаратними методами діагностики та лікування тільки у випадку ліквідації ознак механічної кишкової непрохідності консервативними засобами. У разі явищ гострої кишкової непрохідності, ознак гострого живота – показано термінове хірургічне лікування.

Ключові слова: алгоритм, діагностика, лікування, обструктивний рак ободової кишки

Вступ. Розпізнавання пухлинної obtураційної непрохідності ободової кишки залишається складною проблемою в особливості для загально хірургічних відділень районних лікарень, які переважно не володіють сучасним діагностичним обладнанням. Нерідко діагностика обструктивного раку ободової кишки (ОРОК) значно ускладнюється госпіталізацією хворих у нічні години, важким станом пацієнтів та проградієнтним перебігом захворювання.

За останні десятиріччя відбулась певна зміна поглядів клініцистів щодо інформативності та доцільності застосування окремих способів діагностики у хворих із пухлинною непрохідністю ободової кишки.

Ретельний аналіз скарг, анамнезу та даних об'єктивного обстеження пацієнта залишаються, як вважають автори, вагомим і не рідко вирішальним у діагностиці патології, але це все також у певній мірі пов'язане з локалізацією патологічного процесу.

На сьогоднішній день хірургічна клініка не має чітко визначеного алгоритму діагностики у пацієнтів з ОРОК. Значною мірою комплекс діагностичних заходів визначається індивідуальним досвідом клініцистів та ступенем забезпеченості відділення відповідною апаратурою. Деякі автори [2, 3] застосовують оглядову рентгеноскопію живота, іригоскопію та ФКС з біопсією пухлини. Інші [1, 4] обмежуються оглядовою рентгеноскопією живота та іригоскопією, в той час як фіброколоноскопію патоморфологічне дослідження біоптату використовує лише у діагностично сумнівних випадках. Деякі вбачають показання до ректороманоскопії та іригоскопії лише при неінформативності оглядової рентгеноскопії живота. Інколи для повноцінної діагностики ОРОК часто немає відповідних умов і часу.

У діагностиці на ОРОК більшість авторів покладаються на аналіз скарг хворого, даних

об'єктивного обстеження та оглядової рентгеноскопії живота. Остаточна верифікація характеру патології, на думку авторів, повинна здійснюватись під час оперативного втручання.

Не можна не погодитись із думкою Б.О. Матвійчука [3], що основні принципи діагностики даної патології є наступні:

1. В гострій фазі захворювання основною метою обстеження є встановлення синдромного діагнозу – гострої механічної кишкової непрохідності.

2. Заходи по з'ясуванню нозологічного діагнозу – обструктивного раку ободової кишки – доцільні лише в разі усунення гострої кишкової непрохідності консервативними способами.

3. Процес діагностики слід розпочинати з найбільш простих та неінвазивних способів досліджень, переходячи до складніших тільки в разі виникнення цілковитої необхідності.

Мета дослідження. Для покращення результатів лікування хворих на обструктивний рак товстої кишки розробити діагностичний алгоритм та впровадити в клінічну практику.

Матеріали та методи дослідження. У визначенні принципів діагностики ОРОК ми керувались наступним: наявність у хворого гострої клініки захворювання (інтенсивний біль і блювання, затримка калу і газів, здуття живота) конкретизує першочерговість мети обстеження – з'ясування присутності хірургічної патології органів черевної порожнини, яка з великою часткою імовірності передбачає виконання невідкладної операції, в даному випадку гострої obtураційної кишкової непрохідності.

Розпізнавання дійсної причини порушення пасажу або рівня непрохідності кишки є важливим, однак не вирішальним у визначенні характеру передопераційної підготовки, її тривалості та способу знеболення.

Загальновідомо, що основна маса хворих раком товстого кишківника починає своє лікування при III-IV стадіях захворювання, які супроводжуються тим чи іншим ступенем пухлинного стенозу. Порушення пасажу калових мас є чи не ведучим симптомом раку товстого кишківника. Випадки повної обтурації просвіту кишки трактуються як гостра кишкова непрохідність, яка реєструється у 1,9-6,0% хворих. У той же час дані про часткову кишкову непрохідність оперованих хворих значно відрізняються (від 7,8 до 63,2%) [5, 8, 9].

Таке протиріччя показів пов'язано з відсутністю чітких критеріїв визначаючих часткову кишкову непрохідність, що в свою чергу зумовлює різний підхід до вибору способу та об'єму хірургічного втручання.

В роботі вивчено і проаналізовано результати клініко-інструментальних методів діагностики 274 хворих з обструктивним раком ободової кишки, що знаходились на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) із січня 1994 по грудень 2008 року.

Рентгенологічне обстеження хворих із підозрою на товстокишкову непрохідність є обов'язковим методом обстеження і його рекомендують проводити відразу при поступленні пацієнта в приймальне відділення лікарні.

Рентгенологічне дослідження хворих із клінічною підозрою на кишкову непрохідність починають з оглядової рентгеноскопії грудної клітини, а потім – черевної порожнини. Під час виконання рентгенографії живота особлива увага звертається на наявність вільного газу в черевній порожнині (рис.1).

У випадку виявлення вільного газу в черевній порожнині дослідження припиняється і пацієнт негайно повертається у відділення для передопе-

раційної підготовки та невідкладного хірургічного втручання.

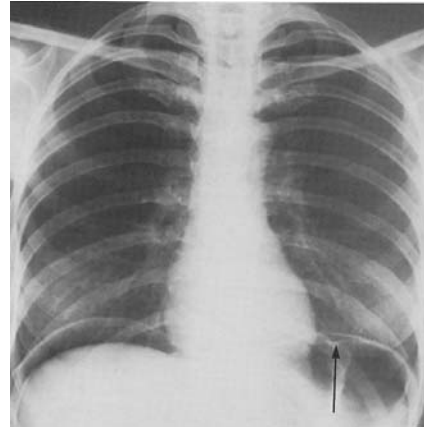


Рис. 1. Оглядова рентгенографія ОГК у прямій проекції. Повітря під куполом діафрагми. Перфорація товстої кишки

Розтягнуті газом петлі тонкої кишки з численними горизонтальними рівнями рідини в них характерні для непрохідності термінального відділу клубової кишки, а також обтурації в ділянках сліпої кишки і клубового отвору (рис. 2).

У цих випадках товста кишка спадається і тільки подеколи в ній можуть визначатись невеликі скопичення газів.

Інша рентгенологічна картина спостерігається при обтурації товстої кишки над пухлиною, де видно престенотичне скопичення газів. Чаші Клойбера в товстій кишці при її обтурації трапляються нечасто і їх буває небагато. Вони розташовуються в верхніх відділах черевної порожнини (рис. 3).

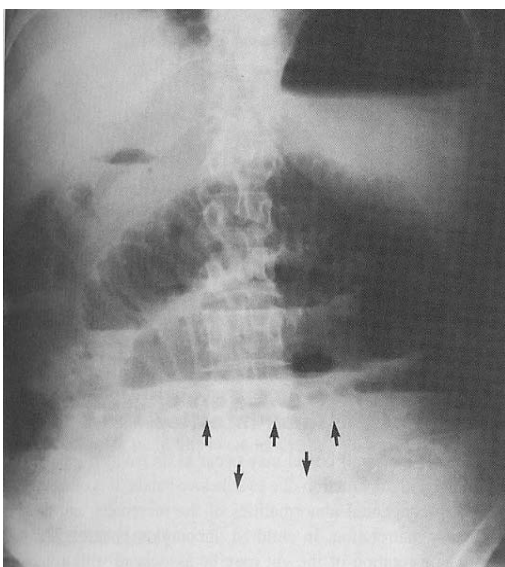


Рис. 2. Оглядова рентгенографія черевної порожнини. Гіперпневматоз тонкої кишки. Патологічні рівні тонкої кишки



Рис. 3. Оглядова рентгенографія черевної порожнини. Товстокишкові чаші Клойбера

Характерною їхньою ознакою є те, що поперечна їх довжина менша ніж висота, тоді як в тонкій кишці співвідношення довжини і висоти зворотне. Критичне розширення кишки, критерієм якого є діаметр сліпої кишки більше 12 см, за даними оглядової рентгенографії черевної порожнини є показом до невідкладного хірургічного втручання, оскільки загрожує її розривом.

У випадках виявлення чаш Клойбера, сегментної пневматизації ободової кишки виконується „барієва проба”: хворий випиває 100-150 мл суспензії сульфату барію, після чого повертається в хірургічне відділення. Пацієнту застосовується комплексне консервативне лікування, включно із заходами, спрямованими на відновлення кишкової прохідності. Через 6 годин, навіть незважаючи на відходження калу і газів, виконується повторна рентгеноскопія/графія живота. Оцінюється ступінь просування контрастної суміші по шлунково-кишковому тракту та його характер (компактною чи дисперсною масою), наявність чаш Клойбера та пневматизації кишки.

Збереження чаш Клойбера та пневматизації, затримка пасажу контрасту на рівні шлунка або тонкої кишки, незважаючи на застосоване лікування, свідчать про триваючу гостру кишкову непрохідність.

Зникнення рівнів рідини та помітне зменшення або відсутність пневматизації товстої кишки, а також просування контрасту в ободову кишку компактною масою на фоні суб'єктивного покращення загального стану пацієнта в наслідок відходження калу і газів свідчать про ліквідацію гострої кишкової непрохідності.

На 2-3 день після розрешення гострої кишкової непрохідності виконується фіброколоноскопія в умовах адекватної очистки кишки. Важливо, по можливості, оглянути кишку вище пухлинного звуження з метою виявлення імовірного синхронного неопластичного та/або аденоматозного процесу. Виконується біопсія пухлини з подальшим патоморфологічним дослідженням біоптату.

За допомогою ультрасонографії здійснюється пошук імовірних метастазів у печінці та заочеревинному просторі. В сумнівних випадках пацієнту рекомендують комп'ютерну томографію.

Отримані дані щодо характеру, розміщення та ступеня заавансованості злоякісної пухлини враховується у виборі обсягу планового хірургічного втручання. Після максимально можливої корекції гомеостазу виконується операція.

Окремі автори спеціально не вносять іригоскопію в діагностичний алгоритм, мотивуючи це важкістю повноцінного виконання процедури у гост-

рій фазі захворювання та обмеженій інформативності порівняно з фіброколоноскопією у випадках обстеження пацієнта з відновленою прохідністю ободової кишки [6, 7].

В той же час рентгеносеміотика раку товстої кишки не втратила своє значення, і вона є дуже різноманітною і залежить як від патологоанатомічної форми пухлини, та і від локалізації і ступеня розповсюдження (рис. 4).

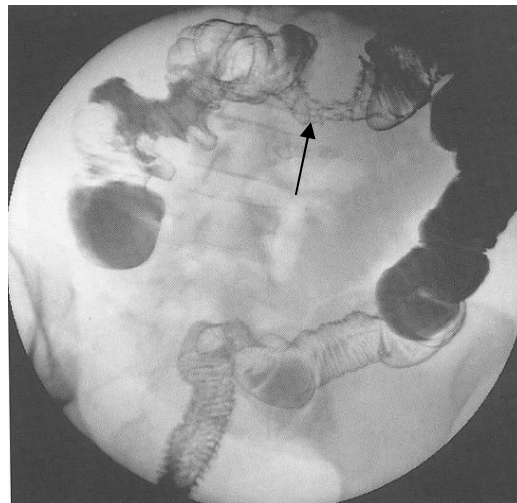


Рис. 4. Карцинома товстої кишки (показано стрілкою).

Проблема більше пов'язана з відсутністю спеціального обладнання рентген кабінетів та спеціалістів, які володіють цією методикою дослідження. Основними рентгенологічними симптомами раку товстої кишки є наступні:

1. Груба циркулярна або асиметрична деформація стінок кишки на достатній довжині з ознаками механічної непрохідності або без.
2. Центральні або крайові дефекти наповнення.
3. Доповнююча тінь на фоні повітря.
4. Атипова перебудова рельєфу слизової оболонки в місці ураження.
5. Звуження просвіту.
6. Нерівність, ригідність контурів.
7. Симптом „кільця” на рельєфі.
8. Обрив складок.
9. Стійке депо контрастної речовини в дефекті наповнення.
10. Підритість дефектів наповнення.
11. Зменшення розмірів кишки.
12. Фіксація ураженої ділянки кишки.
13. Симптом „серветкового кільця”.

В правій половині ободової кишки переважно виявляються екзофітні пухлини. В лівій половині переважає ендофітний тип пухлини (рис. 5).

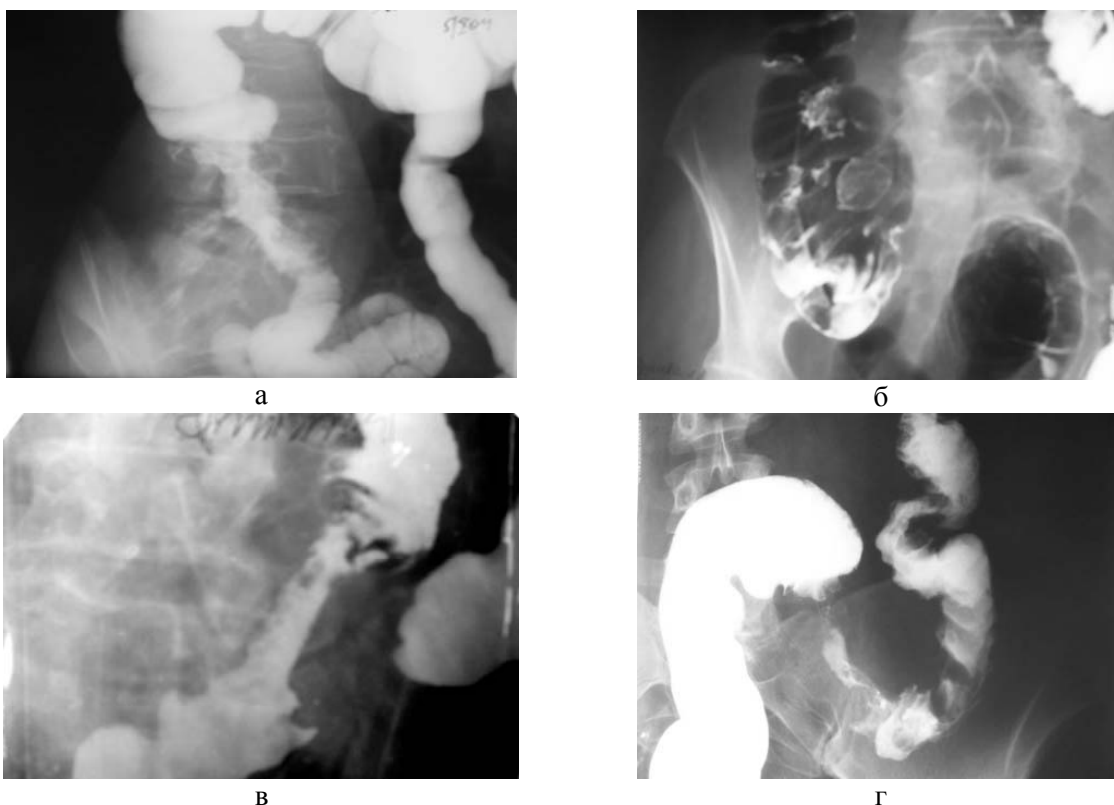


Рис. 5. Тригограми: а, б – екзофітний ріст пухлини правої половини товстої кишки та в, г – ендофітний ріст пухлини лівої половини товстої кишки.

Оцінка заванзованості пухлинного процесу у хворих з ОРОК поки що не є звичайним і обов'язковим компонентом доопераційного обстеження. Виявлення метастатичного ураження печінки тим не менше вносить суттєві корективи у визначення типу оперативного доступу та вибір обсягу хірургічного втручання.

Переважає у таких дослідженнях віддається неінвазивним способам: комп'ютерній томографії [9] та ядерно-магнітному резонансу [9, 10]. Ультрасонографія поступається у своїй інформативності з огляду на труднощі або й повну неможливість візуалізації печінки та заочеревинно-

го простору з причини екрануючої дії газу та рідини у здутих петлях товстої та тонкої кишки. Застосування лапароскопії з метою визначення заванзованості пухлинного процесу у пацієнтів з ОРОК, не отримало схвалення клініцистів передовсім з огляду на значний ризик маніпуляції.

До комп'ютерно-томографічної семіотики пухлини товстої кишки належать:

1. Асиметричне потовщення стінки кишки з нерівними контурами (рис. 6).
2. Товщина стінки кишки в нормі менше 3 мм, проміжкові значення 3-6 мм, потовщення більше 6 мм (рис. 7).



Рис. 6. Хворий П. Рак сліпої кишки



Рис. 7. Хворий Р. Рак печінкового згину ободової кишки

3. Екзофітний ріст пухлини. Зовнішній контур кишки залишається гладким.

4. Розповсюдження пухлини за межі кишки (рис. 8):

- утворення з нерівними контурами;
- м'якотканинні тяжі, які розповсюджуються від серозної оболонки в навколокишкову клітковину;
- зниження прошарку клітковини між кишкою та прилягаючими м'язами;



Рис. 8. Хворий З. Рак сигмоподібної ободової кишки

Сцинтиграфія печінки, поряд з іншими методами обстеження, дозволяє отримати важливу інформацію про метастатичне ураження печінки, її залишковий функціональний резерв. Для проведення дослідження використовували радіофармапрепарат Tc^{99m} з активністю 78 МБк. Композиційна сцинтиграфія виконувалась в передній, боковій та задній проекціях (рис. 10).

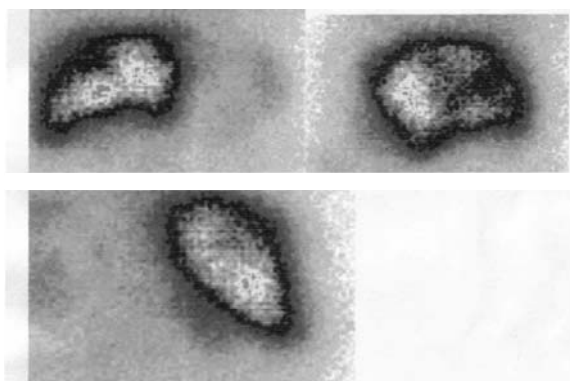


Рис. 10. Сцинтиграфія пацієнта Д. у трьох проекціях. Метастатичне ураження печінки

Пухлини розташовані по нижньо-задній поверхні виявляються краще, як на боковій і задній. Картина крупновогіщевого ураження печінки виникала при злиті мілких, множинних метастазів в одне вогнище. Чередування ділянок пониженого включення ізотопу

– метастази в лімфатичні вузли брижі, очеревини, печінки.

При КТ метастази мають вид вогнищ із низьким поглинанням опромінення (рис. 9). Метастази з товстої кишки, як правило, мають крупний безсудинний центр з ободком по периферії. Приблизно у 30% хворих, яким виконана резекція товстої кишки з приводу раку, при КТ знаходять скриті метастази в печінку [10]. Використання контрастної речовини при КТ підвищує частоту виявлення метастазів.



Рис. 9. Хворий М. Стрілкою показаний солітарний метастаз у ліву частку печінки

Пухлинне ураження печінки супроводжувалося збільшенням органу, яке залежало від розмірів і локалізації пухлини. Сцинтиграфічні прояви вогнищеватої патології виявлялись зниженням або повною відсутністю включення радіонукліда. Крупні утвори (від 5 см та більше) виявляються легше, бо при крайовому положенні викликають деформацію органа і виглядають як локальний дефект наповнення (рис. 11).

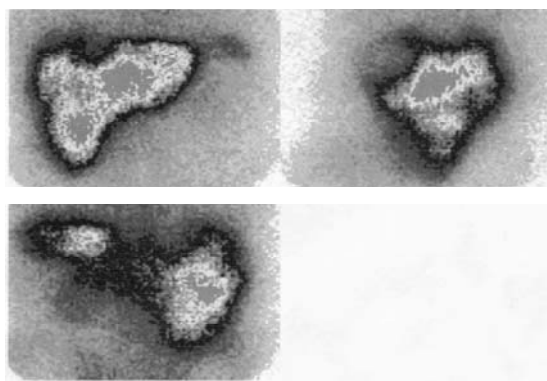


Рис. 11. Сцинтиграфія пацієнта Я. у трьох проекціях. Множинні крайові метастази печінки

спостерігалось при множинних метастазах, розташованих по всій поверхні органа (рис. 12).

Необхідно відмітити, що пухлини малих розмірів (менша 5 см) часто залишаються не заміченими при візуальному аналізі.

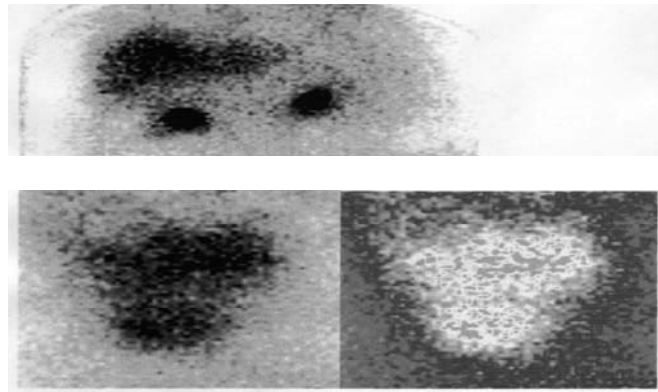


Рис. 12. Сцинтиграфія хворої Г. у трьох проєкціях. Множинні метастази по всій поверхні печінки

Результати дослідження та їх обговорення.

Процес діагностики ОРОК розпочинається з ретельного збору скарг. Особлива увага звертається на характер та локалізацію болю, тривалість та інтервали між його приступами, вигляд блювотних мас.

З'ясування анамнезу захворювання потребує налагодження хорошого контакту з пацієнтом та здобуття довіри хворого. Опитування значно полегшується в умовах палати хірургічного відділення після стихання болю. В жодному випадку збір необхідної інформації не повинен виснажувати опитуваного. Час від часу хворому слід надавати недовготривалий перепочинок, особливо, коли пацієнта продовжує турбувати біль або нудота. Не рекомендується надавати критичній оцінці лікувальні заходи, які надавались хворому рідними в домашніх умовах. Також недоцільно докоряти пацієнту за несвоєчасне звернення за медичною допомогою та перераховувати можливі негативні наслідки пізньої госпіталізації. У випадку супроводу хворого його рідними бажано розпитувати пацієнта в їх присутності. В подальшій розмові з ними можуть бути з'ясовані додаткові відомості про розвиток захворювання. В анамнезі хвороби спеціальна увага хірурга зосереджується на часі появи перших проявів злоякісного росту – зміні у характері та ритмі дефекації, крововиділеннях із заднього проходу, епізодах здуття живота, що супроводжувались урчанням, занотовуються втрата апетиту та ваги хворого. Старанно вивчаються витяги з карт стаціонарних хворих, що мали місце останнім часом, а також записи лікарів амбулаторно-поліклінічної ланки у випадках звернення за допомогою зі скаргами, що могли б бути обумовленими появою і ростом пухлини у товстій кишці. Слід визначити час появи очевидних ознак кишкової непрохідності та з'ясувати імовірний провокуючий чинник її виникнення. Отримується якнайповніша інформація стосовно перенесених хірургічних втручань на органах черевної порожнини.

Об'єктивне обстеження слід, по можливості, виконувати в оглядовій кімнаті або палаті відді-

лення без сторонніх осіб. Необхідними умовами огляду є добре освітлення та оголення пацієнта від грудної клітки до середини стегон. При огляді живота увага звертається на наявність, кількість та локалізацію післяопераційних рубців і гриж. В окремих випадках (нормо- або гіпостенічна конституція пацієнта) видимою є посилена кишкова перистальтика. З допомогою аускультативної оцінюється наявність кишкових шумів та їх характеристика (посилені, послаблені), а також наявність шуму плескоту шляхом обережно стрясування черевної стінки голівкою фонендоскопа або пальцями руки. Перкусією визначаються зони тимпаніту і притуплення у флангах живота. Пальпацією виявляється ділянка максимальної болючості, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та наявність симптомів подразнення очеревини. У разі констатації дефансу та позитивних перитонеальних симптомів стверджується гостре запалення очеревини, що відкидає необхідність застосування подальших променевих та інструментальних досліджень, і хворому після відповідної підготовки виконується ургентне хірургічне втручання (рис. 13).

Неускладнений перебіг захворювання – відсутність ознак перитоніту – дозволяє продовжити діагностичний процес. Трансназально хворому водиться зонд, якщо у нього є нудота і блювання, потім виконується оглядова рентгеноскопія/графія. При наявності вільного газу під куполами діафрагми – ургентна операція. При наявності тонкокишкових чаш Клойбера – ургентна операція, при наявності товстокишкових рівнів хворому виконують барієву пробу і пробують консервативними заходами відновити прохідність кишки. У випадку неefективності консервативних заходів діагностичний процес продовжується послідовним використанням УСГ, КТ, ірригоскопії, колоноскопії з біопсією на фоні корекції загального гемостазу пацієнта. Діагностичний алгоритм завершується пошуками метастазів із підключенням доопераційної селективної ендovasкулярної поліхіміотерапії та планового оперативного втручання.

Діагностично-лікувальний алгоритм у хворих на ОРОК

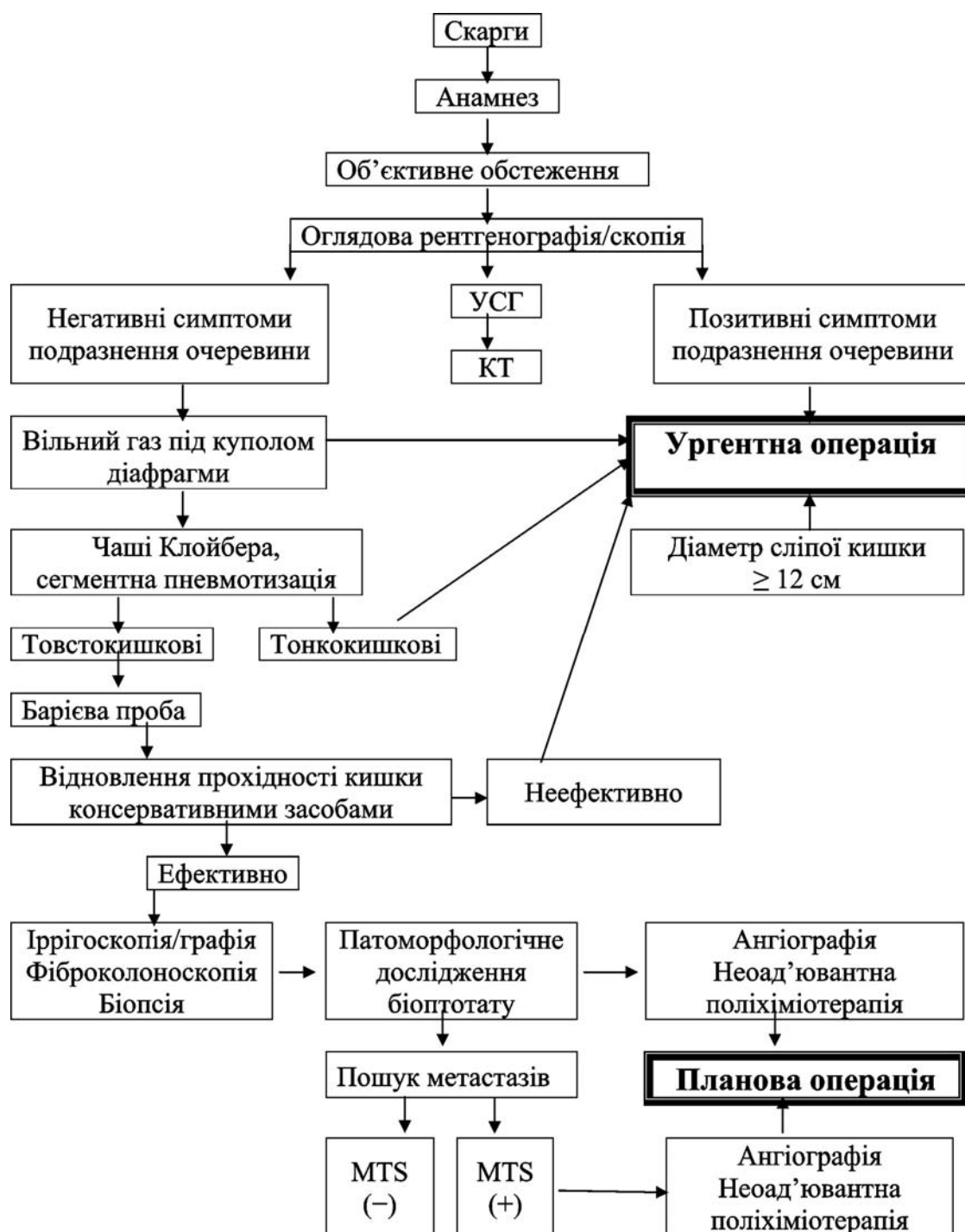


Рис. 13. Діагностично-лікувальний алгоритм у хворих на обструктивний рак ободової кишки

При метастазах у печінку дають можливість розпочати їх лікування шляхом підведення поліхіміопрепарату безпосередньо до метастатичного вогнища. Відсутність видимих метастазів і величина пухлини більше 5 см у діаметрі також дає можливість доопераційної селективної поліхіміотерапії з емболізацією артерії, яка підходить безпосередньо до пухлини на передодні операції, для зменшення пухлини та профілак-

тики гематогенного метастазування під час самого втручання.

Висновки. Таким чином, алгоритм обстеження може доповнюватись апаратними методами діагностики та лікування тільки у випадку ліквідації ознак механічної кишкової непрохідності консервативними засобами. У разі явищ гострої кишкової непрохідності, ознак гострого живота показано термінове хірургічне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Порівняльний аналіз результатів діагностики та лікування хворих на колоректальний рак / І.Й. Галайчук, В.І. Дрижак, М.І. Домбрович [та ін.] // Онкологія: прил. к журн. "Експерим. онкологія". – 2008. – № 1. – С. 125–129.
2. Гешелин С.А. TNM – классификация злокачественных опухолей и комплексное лечение онкологических больных / С.А. Гешелин. – К.: Здоров'я, 1996. – 184 с.
3. Матвійчук Б.О. Обструктивний рак ободової кишки як хірургічна та онкологічна проблема / Б.О. Матвійчук // Acta Med. Leopoliensia. – 1997. – Т.3. – № 3–4. – С. 76-80.
4. Русин В.І. Довідник з колопроктології / В.І. Русин, Ю.Ю. Боршош, С.М. Чобей. – Ужгород: Вета Закарпаття, 2001. – 174 с.
5. Русин В.І. Лікувальна тактика при ускладненому раку товстої кишки / В.І. Русин, С.М. Чобей, К.І. Мартинич // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. – 2001. — Випуск 14. – С. 37–39.
6. Оперативное лечение осложненного рака толстого кишечника / В.А. Сипливый, А.Г. Гузь, Г.Д. Петренко [и др.] // Хірургія України. – 2003. – № 2 (6). – С. 60–62.
7. Діагностика і тактика лікування хворих на гостру кишкову непрохідність: [Навчальний посібник] / Т.І. Тамм, О.Я. Бардюк, О.Б. Даценко, О.А. Богун. – Харків: ХМАПО, 2003. – С. 124.
8. Чобей С.М. Стандарти комплексного лікування ускладнених форм колоректального раку / С.М. Чобей // Науковий вісник УжНУ. Серія “Медицина”. – 2003. – № 20. – С. 128–132.
9. Шалімов С.О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / С.О. Шалімов, О.І. Євтушенко, Д.В. М'ясоєдов. – К.: Четверта хвиля, 2004. – С. 248.
10. Hamilton W. Diagnosis of colorectal cancer in primary care: the evidence base for guidelines / W. Hamilton, D. Sharp // *Fam Pract.* – 2004. – № 21. – P. 99–106.

SUMMARY

DIAGNOSTICS AND TREATMENT ALGORITHM IN PATIENTS WITH COLON OBSTRUCTIVE CANCER

Chobey S.M., Rusyn V.I.

In our research we analyzed the clinical and instrumental diagnostic methods results of 274 patients with obstructive colon cancer, who had been treated in Proctologic department of Transcarpathian Regional Clinical Hospital by A. Nowak in terms January 1994 - December 2008.

The malignant colon obstruction diagnostics remains a difficult problem especially for general surgical departments of district hospitals, which mainly do not have modern diagnostic equipment. Often the diagnostics is complicated by patients hospitalization in the night, severe patient's state and progradient disease flowing.

The examination algorithm can be supplemented by instrumental diagnostics and treatment methods only in case of mechanical intestinal obstruction liquidation by conservative means. In the case of the acute intestinal obstruction and signs of acute abdomen urgent surgical treatment is indicated.

Key words: algorithm, diagnostics, treatment, obstructive colon cancer