

logistic regression analysis. For men CASI significant predictive factors included age, cholesterol level, DM and combined presence of AVC and MAC and for women only combined presence of AVC and MAC was significant predictive factor.

Key words: heart valves calcinosis, coronary arteriography, coronary atherosclerosis, gender features.

Рецензент - д.мед.н., проф. Осовська Н.Ю.

Стаття надійшла до редакції 19.06.2017

Баранова Оксана Леонідівна - аспірант кафедри терапії з курсом загальної практики-сімейної медицини, факультет післядипломної освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова, +38(097)1325952; GGOOLLD@ukr.net

Юзвішина Олена Володимирівна - к.мед.н., доцент кафедри терапії з курсом загальної практики-сімейної медицини, факультет післядипломної освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова, +38(097)4742330; o.juzvishina@ukr.net

© Волошин С.П.

УДК: 616.34-002.4:616.351-006.6-089

Волошин С.П.

КЛПУ "Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполь" (пр. Миру, 80, м. Маріуполь, 87500, Україна)

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НЕКРОЗУ НИЗВЕДЕНОЇ КИШКИ ПІСЛЯ СФІНКТЕРОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

Резюме. Представлені результати лікування 271 хворих з некрозом низведеної кишки після сфінктерозберігаючих операцій у хворих на колоректальний рак. До контрольної групи увійшли 176 пацієнтів, в досліджувану - 95 хворих. Для лікування хворих контрольної групи застосовували колостомію, для лікування пацієнтів досліджуваної групи - розроблену тактику лікування. Інтраопераційні ускладнення відзначені у 10,3±1,8% хворих, в тому числі у 13,1±2,5% контрольної і 5,3±2,3% досліджуваної групи (p=0,06). Частота післяопераційних ускладнень склала відповідно 18,1±2,3%, в тому числі 21,6±3,1% у контрольній і 1,6±3,3% в досліджуваній. Завдяки використанню розробленої тактики лікування відзначається зменшення післяопераційної летальності в 2 рази - з 12,5±2,5% (22 пацієнта) до 6,2±2,5% (6 пацієнтів) (p=0,046).

Ключові слова: рак прямої кишки, фінктерозберігаючі операції, некроз зведеної кишки, лікування.

Вступ

Рак прямої кишки (ПК) посідає одне з провідних місць у структурі онкологічних захворювань у багатьох країнах світу [1, 2]. Так, у Великобританії у 2014 році було зареєстровано 41265 випадків колоректального раку, який припадає на 11% від усіх злоякісних пухлин з першим у житті встановленим діагнозом [1]. В Україні відзначається невелике зменшення захворювань на рак даної локалізації, що спостерігається серед чоловіків і жінок протягом останніх 10 років. Якщо у 2006 році цей показник складав 19,6 (грубий показник), в тому числі 22,4 для чоловіків, 17,2 для жінок [1], то у 2016 році він складав 18,8; 21,5 і 16,4, відповідно [3]. На сьогодні хірургічний метод є основним для лікування хворих на рак ПК [4, 5]. Одним з найбільш поширених видів хірургічного втручання при діагнозі рак ПК є передня резекція із загальним виконанням тотальної мезоректумектомії [4, 5] і, якщо це можливо, відновленням кишкової безперервності [5]. Існують два основні способи відновлення кишкової безперервності при виконанні резекції ПК - це формування колоректального анастомозу (апаратного або вручну) та низведення ободової кишки в промежину з утворенням колоанального анастомозу. З функціональної точки зору найбільш вигідно є формування колоректального анастомозу із застосуванням апаратного шва. Негативні пункти цього варіанту включають високу вартість зшиваючих апаратів, необхідність формування протективної стоми, немож-

ливість формування апаратного анастомозу за наявності запальних змін кишкової стінки, тощо. У зв'язку з цим, в деяких випадках хірург змушений з метою встановлення кишкової безперервності користуватися способом низведення ободової кишки на промежину. Одне з найбільш важких ускладнень резекції прямої кишки із застосуванням методу низведення ободової кишки на промежину є некроз низведеної кишки (ННК). Незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених даному ускладненню, питання щодо профілактики та лікування проблеми ННК досі залишаються невирішеними.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування хворих на колоректальний рак.

Матеріали та методи

Матеріалом для роботи слугували дані 271 пацієнта з ННК, які лікувалися в період з 1990 по 2014 рік. Усіх хворих з ННК розділили на дві групи: контрольну, у якій використовували стандартні схеми лікування ННК, та досліджувану, у якій застосовували розроблений комплекс медичних заходів. До контрольної групи увійшли 176 пацієнтів, яких прооперували в період з 1990 по 1999 рік, до досліджуваної групи увійшли 95 пацієнтів, яких прооперували в період з 2000 до 2014 року.

126 жінок (46,5±3,0%) та 145 чоловіків (53,5±3,0%). У віці 60 років було прооперовано 161 (59,4±3,0%) пацієнта. Частіше пухлина локалізувалася в проксимальних

відділах прямої кишки - у 121 (44,7±3,0%) пацієнта, рідко у середньоампулярному відділі - 112 (41,3±3,0%) пацієнтів; ще рідше спостерігалася поразка нижньоампулярного відділу ПК. Аденокарцинома спостерігалася у 229 (84,5±2,2%) пацієнтів, інші форми пухлин зустрічалися набагато рідше. Більшість пацієнтів були прооперовані за наявності локально-розподіленого пухлинного процесу (T4) - 241 (88,9±1,9%) спостережень. Метастатичні ураження регіонарних лімфатичних вузлів різних рівнів спостерігалися у 99 (36,5±2,9%) пацієнтів. Віддалені метастази спостерігалися у 34 (12,5±2,0%) пацієнтів, найбільш поширеною локалізацією віддалених метастазів була печінка. Частіше поширеність пухлинного процесу відповідала T4N0M0 - 144 (53,1±3,0%) спостереження. У 73 (26,9±2,7%) пацієнтів відмічається 86 різних ускладнень пухлинного процесу; частіше спостерігалася кишкова непрохідність різного ступеня - у 63 (73,3±4,8%) пацієнтів. Супроводжувальні захворювання були відмічені у 62,4±2,9% хворих; частіше зустрічалися захворювання серцево-судинної і дихальної систем. Змішана форма зростання спостерігалася у 184 (67,9±2,8%) пацієнтів, рідше зустрічалися ендофітна та екзофітна форми - 65 (24,0±,6%) і 22 (8,1±1,7%) відповідно.

При лікуванні хворих на рак ПК, разом з іншими видами операцій, ми використовували три види хірургічних втручань з низведенням ободової кишки на промежину - це проксимальна резекція ПК з низведенням (ПРН), черевно-наданальна резекція ПК (ЧНР) та черевно-анальна резекція ПК (ЧАР). У всіх випадках, рівень перев'язування судин не змінявся - нижню брижову артерію і вену перев'язували у місці нижче відходження лівої ободової артерії. При ПРН виконували часткову мезоректумектомію (ЧМЕ), при ЧНР та ЧАР - тотальну мезоректумектомію (ТМЕ). При ПРН ободову кишку на промежину низводили позаду кукси прямої кишки через підслизовий тунель між відсепарованою слизовою оболонкою анального каналу і заднім напівколом зовнішнього сфінктера. При ЧНР ободову кишку на промежину низводили через евагіновану та демускуляризовану куксу прямої кишки. При ЧАР ободову кишку на промежину низводили через демукозирований анальний канал.

Найбільш поширеною операцією серед пацієнтів з даним ускладненням було ЧАР - 223 (82,3±2,3%) випадки, рідко ЧНР і ПРН - 28 (10,3±1,9) та 20 (7,4±1,6) відповідно.

З 271 пацієнтів, 146 (53,9±3,0%) у передопераційний період отримали хіміо-променевою терапію у різних поєднаннях. У контрольній та досліджуваній групах цей показник склав 54,6±3,8% і 52,6±5,1% відповідно. Частіше пацієнти у неoad'ювантному режимі отримували інтенсивний курс променевої терапії - 82 (56,2±4,1%) пацієнтів.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу, не спостерігалася ніяких істотних відмінностей стану пацієнтів у досліджуваній та контрольній групах ($p > 0,05$ за всіма параметрами). Це дозволяє нам порівнювати результати лікування і адекватно оцінювати їхні переваги і недоліки.

При лікуванні хворих ННК використовували тактику

лікування, яка оснований на трьох базових параметрах: термін розвитку некрозу, його висота і стан хворого, зокрема, наявність або відсутність перитоніту. У своїй роботі усі випадки некрозу низведеної кишки ми розділили за рівнем його протяжності на "низький" (розташований в анальному каналі або над ним до 3 см) і "високий" (більше 3 см), а за часом його виникнення - на "ранній" (до 3 діб) та пізній (більше 3 діб).

У пацієнтів з "раннім високим" ННК незалежно від типу радикального оперативного втручання (ЧАР, ЧНР або ПРН) застосовували ампутацію низведеної кишки. Для цього виконували релапаротомію, ревізію черевної порожнини, діставали у рану з малого тазу низведену кишку, визначали рівень життєздатної кишки, на цьому місці кишку резеціювали, видаляли некротизовану ділянку, а життєздатний проксимальний відрізок кишки виводили до черевної стінки у лівій здухвинній ділянці у вигляді одностовольної плоскої колостоми. При цьому кишку проводили підчеревинно, малий таз промивали із застосуванням 1600-2000 мл 0,9% розчину хлориду натрію, а потім ретельно відновлювали черевину малого тазу. За відсутністю ознак розлитого перитоніту рану черевної стінки ушивали до двох дренажів, введених у малий таз, за наявності перитоніту - санували черевну порожнину та дренивали її з чотирьох точок - у здухвинних ділянках з двох сторін. Протягом післяопераційного періоду виконували щоденні промивання малого тазу як через анус, так і через дренаж, встановлений на сідниці.

У пацієнтів з "раннім низьким" ННК застосовували донизведення низведеної кишки з боку промежини. Для цього, при розвитку ННК після ЧАР і ПРН під внутрішньовенним наркозом, уклавши пацієнта у позицію для каменетроціння видаляли шви, які фіксують низведену кишку до шкіри перинатальної області, виконували пальцеву ревізію анального каналу, при цьому розриваючи м'які зрощення між нею і анальним каналом, діставали трансплантат товстої кишки до життєздатного рівня, прошивали кишку на життєздатному рівні за допомогою апарату УО-60 і видаляли некротизовану ділянку. Після цього, трансплантат товстої кишки зачіплювали двома довгими клемами Аліса і розташовували його у порожнину малого тазу. Виконували резекцію і санацію анального каналу та малого тазу через анальний канал - видаляли некротичні тканини, промивали порожнину малого тазу із застосуванням 400-800 мл 0,9% розчину хлориду натрію, після чого дренивали малий таз за допомогою додаткового дренажу на другій сідниці. За допомогою клем Аліса діставали життєздатний трансплантат товстої кишки до життєздатного рівня і фіксували його при наявності надлишку 10-20 мм до шкіри перианальної області. Після ЧНР цю операцію доповнили демукозацією анального каналу і видаленням кукси прямої кишки.

У хворих з "пізнім низьким" ННК, незалежно від типу радикального оперативного втручання (ЧАР, ЧНР або ПРН), донизведення трансплантату товстої кишки не

представляється можливим. У таких пацієнтів показано відключення лівої половини ТК шляхом формування петельної трансверзостоми на правій половині ТК з одночасним тампонуванням порожнини тазу і армуванням анального каналу для запобігання його стенозу. У цьому випадку, ми зазвичай використовуємо трубки медичні гумові, проводячи її через губку, форму якої моделюємо залежно від форми порожнини в області малого тазу. У випадку великої порожнини в області малого тазу, через губку поблизу армованої трубки, вводимо тонку трубку від системи для внутрішньовенних інфузій, проксимальний кінець якої проводимо до порожнини, а дистальний виводимо назовні. Трубка медична гумова, перебуваючи в порожнині малого тазу виключає розвиток його стенозу, а тонка трубка використовується для зрошення порожнини малого тазу із застосуванням розчину антисептиків (хлоргексидин, декасан, тощо). "Пізнього високого" некрозу у наших пацієнтів не спостерігалось.

Консервативне лікування ННК застосовували до пацієнтів з "пізнім низьким" ННК, у яких частина стіни низведеної кишки, яка розташовується в анальному каналі, залишалась життєздатною і не спостерігалось ознак запального процесу в області малого тазу. Консервативне лікування полягало в очисних клізмах і введенні до анального каналу репаративних мазей (наприклад метилурацилової).

Інформація про методи лікування ННК, які були проведені нашими пацієнтами представлені в таблиці 1. Консервативне лікування застосовували до 76 (28,0±2,7%) пацієнтів, хірургічне до 195 (72,0±2,7%).

Найбільш поширеним хірургічним втручанням була колостомія - у 101 (51,8±3,6%) пацієнта. Друге місце посідає донизведення трансплантату - 58 (29,7±3,2%) спостережень. Ампутація низведеної кишки відбувалась у 20 (10,3±2,2%) пацієнтів. У 12 (6,2±1,7%) випадках було виконано донизведення мобілізованої кишки з колостомією, у 4 (2,0±1,0%) випадках - релапаротомія з ренизведенням.

Таким чином, використання розробленої тактики

лікування дозволило знизити частоту виконання колостоми, ОР=0,6 (95% ДІ 0,4-0,9) порівняно з контрольною групою.

Результати. Обговорення

У результаті такого комплексного підходу ми змогли знизити частоту ННК у хворих на КРР.

При виконанні хірургічного втручання у пацієнтів, у яких згодом розвинувся ННК, інтраопераційні ускладнення відзначалися у 28 (10,3±1,8%) з 271 хворих. В контрольній групі інтраопераційні ускладнення відзначалися у 23 (13,1±2,5%) з 176 пацієнтів, у досліджуваній - у 5 пацієнтів (5,3±2,3%), різниця не має статистичної значущості, p=0,06 (точний критерій Фішера). Найбільш поширеним інтраопераційним ускладненням була перфорація пухлини, яка спостерігалась у 20 пацієнтів, що склало 71,4±8,5% у структурі інтраопераційних ускладнень і 7,4±,6% від числа прооперованих.

У 271 пацієнта з ННК частота післяопераційних ускладнень склала 18,1±2,3% (49 пацієнтів). Таким чином, застосування розробленої тактики дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень з 21,6±3,1% (38 пацієнтів) в контрольній групі до 11,6±3,3% (11 пацієнтів) в досліджуваній групі (p=0,047, точний критерій Фішера). Застосування розробленої тактики дозволило знизити ризик післяопераційних ускладнень, ОР 0,54 (95% ДІ 0,29-0,99) порівняно з контрольною групою. У структурі післяопераційних ускладнень превалювали гнійно-септичні (абсцес малого тазу, перитоніт, орхоепідиміт, ректо-вагінальний свищ, цистит, флегмона передньої черевної стінки) - 53 (71,6±5,2%) спостереження. Частка ускладнень, пов'язаних з порушенням системи РАСК (гострий інфаркт міокарда, пневмонія, гостра печінково-ниркова недостатність, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз мезентеріальних судин, ДВС синдром, крововиливи у наднирники) склала 17 (23,0±4,9%) випадків. Не встановлено вірогідної відмінності досліджуваної та контрольної груп щодо частоти гнійно-септичних ускладнень (p=0,177) і ускладнень, пов'язаних із порушенням у системі РАСК (p=0,180).

Таблиця 1. Методи лікування ННК у хворих досліджуваної групи.

Методи лікування ННК	Контрольна група (n=176)		Досліджувана група (n=95)		Всього (n=271)	
	абс.	%±m%	абс.	%±m%	абс.	%±m%
Консервативне лікування	43	24,4±3,2	33	34,7±4,9	76	28,0±2,7
Хірургічне лікування	133	75,6±3,2	62	65,3±4,9	195	72,0±2,7
в тому числі:						
колостомія	76	57,1±4,3	25	40,3±6,2	101	51,8±3,6
донизведення трансплантату	37	27,8±3,9	21	33,9±6,0	58	29,7±3,2
ампутація низведеної кишки	15	11,3±2,7	5	8,1±3,5	20	10,3±2,2
Донизведення ± колостома	5	3,8±1,7	7	11,3±4,0	12	6,2±1,7
Релапаротомія ± ренизведення	-	-	4	6,4±3,1	4	2,0±1,0
Всього:	176	100,0	95	100,0	271	100,0

З 271 пацієнтів з ННК після операції померло 28 (10,3±1,8%) пацієнтів. При застосуванні розробленої тактики лікування післяопераційна летальність склала 6,2±2,5% (6 пацієнтів), в контрольній групі 12,5±2,5% (22 пацієнти), різниця не має статистичної значущості ($p=0,17$ за критерієм χ^2 -квдрат). Найбільш поширеною причиною смертельних випадків був абсцес малого тазу (32,1±8,8%). Вірогідної різниці частоти абсцесу як причини смерті в досліджуваній та контрольній групах не спостерігалось ($p=0,184$).

Серед пацієнтів, яких прооперували у період з 1990 по 1999 рік (контрольна група), ННК відзначається у 176 (13,6±0,9%) пацієнтів. Серед пацієнтів, яких прооперували у період з 2000 по 2014 рік (досліджувана група), ННК відзначається у 95 (3,7±0,4%) пацієнтів. Таким чином, використання 3-х етапної профілактики ННК із застосуванням розробленого комплексу профілактичних заходів дозволило зменшити ($p<0,001$ за критерієм χ^2 -квдрат) ризик розвитку ННК у 3,7 разів, ОР=0,27 (95% ДІ=0,22-0,35).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оптимізована тактика лікування некрозу низведеної кишки в залежності від часу її виникнення і рівню некрозу: у пацієнтів з раннім високим некрозом низве-

деної кишки показана ампутація низведеної кишки, у пацієнтів з раннім низьким некрозом низведеної кишки показано донизведення низведеної кишки зі сторони промежини; у пацієнтів з пізнім некрозом низведеної кишки показано відключення лівої половини товстої кишки шляхом формування петельної трансверзостоми на правій половині товстої кишки з одночасним тампонуванням тазової порожнини і армуванням анального каналу для запобігання його стенозу.

2. Застосування розробленої тактики дозволило знизити ($p<0,05$) ризик післяопераційних ускладнень у цій категорії пацієнтів, ОР=0,54 (95% ДІ 0,29-0,99) порівняно з раніше використовуваною методикою (протягом періоду з 1990 по 1999 рік), післяопераційна летальність при цьому склала 6,2±2,5%. Завдяки використанню розробленої тактики лікування відмічається зменшення післяопераційної летальності у 2 рази - з 12,5±2,5% (22 пацієнта) до 6,2±2,5% (6 пацієнтів) ($p=0,046$).

Запропоновані нами способи покращення результатів лікування некрозу низведеної кишки після сфинктерозберігаючих операцій у хворих на колоректальний рак є ефективними, але і в подальшому є надчим працювати та вдосконалювати запропоновані методики.

Список посилань

1. Захворюваність та смертність на рак кишечника (2013-2015). Взято з <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer/incidence>.
2. Національний інститут раку. (2008). *Рак в Україні в 2006-2007 рр. (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби)*. Бюлетень національного канцерреєстру України. Київ.
3. Національний інститут раку. (2017). *Рак в Україні в 2015-2016 рр. (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби)*. Бюлетень національного канцерреєстру України. Київ.
4. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110429_247.html.
5. NCCN Guidelines Version 2.2017. Rectal Cancer.

Волошин С.П.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА НИЗВЕДЕННОЙ КИШКИ ПОСЛЕ СФИНКТЕР-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Резюме. Представлены результаты лечения 271 больных с некрозом низведенной кишки после сфинктеросохраняющих операций у больных колоректальным раком. В контрольную группу вошли 176 пациентов, в исследуемую - 95 больных. Для лечения больных контрольной группы применяли колостомию, для лечения пациентов исследуемой группы - разработанную тактику лечения. Интраоперационные осложнения отмечены у 10,3±1,8% больных, в том числе у 13,1±2,5% контрольной и 5,3±2,3% исследуемой группы ($p=0,06$). Частота послеоперационных осложнений составила соответственно 18,1±2,3%, в том числе 21,6±3,1% в контрольной и 1,6±3,3% в исследуемой. Благодаря использованию разработанной тактики лечения отмечается уменьшение послеоперационной летальности в 2 раза - с 12,5±2,5% (22 пациента) до 6,2±2,5% (6 пациентов) ($p=0,046$).

Ключевые слова: рак прямой кишки, сфинктер-сохраняющие операции, некроз низведенной кишки, лечение.

Voloshin S.P.

THE RESULTS OF TREATMENT OF THE DESCENDING COLON'S NECROSIS AFTER SPHINCTER-SAVING OPERATION OF PATIENTS SUFFERING FROM COLORECTAL CANCER

Summary. The results of treatment of 271 patients with necrosis of the lowered intestine after sphincter-preserving operations in patients with colorectal cancer are presented. The control group included 176 patients, in the study group - 95 patients. For the treatment of patients in the control group, colostomy was used, and for the treatment of the patients of the group under study - the developed treatment tactics. Intraoperative complications were observed in 10.3±1.8% of patients, including 13.1±2.5% of the control group and 5.3±2.3% of the studied group ($p=0,06$). The frequency of postoperative complications was 18.1±2.3%, of which 21.6±3.1% in the control group and 1.6±3.3% in the study group. Due to the use of developed treatment tactics, the reduction in postoperative lethality is 2 times - from 12.5±2.5% (22 patients) to 6.2±2.5% (6 patients) ($p=0,046$).

Key words: rectal cancer, sphincter-preserving operations, necrosis of lowered intestine, treatment.

Рецензент - д.мед.н. Псарас Г.Г.

Стаття надійшла до редакції 19.05.2017р.

Волошин Сергій Петрович - головний лікар КЛПУ "Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполь"; klpummod@ukr.net; +38(067)5309605