

АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧОЮ

Фомін П.Д., Іванчов П.В., Андрусенко О.М.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
peter_fomin@mail.ru*

Рецензенти: чл.-кор. Пархоменко О.Б., проф. Верещако Р.І.

Актуальність. Сьогодні відсутні чіткі алгоритми хірургічної тактики відносно гострокровоточивих злоякісних пухлин колоректальної зони, відсутні критерії для визначення показань та терміну проведення оперативних втручань. Найвищий високі рівень післяопераційної летальності (13,5-52,0 %), зростає кількість ускладнень злоякісних пухлин гострою кровотокою.

Мета: розробити алгоритм хірургічної тактики щодо колоректального раку, ускладненого гострою кровотокою.

Матеріали та методи. Обстежений 241 хворий на колоректальний рак, ускладнений гострою кровотокою. Оперативне лікування проведено у 105 пацієнтів: у 88 – радикально, у 17 – паліативно і симптоматично. В екстреному порядку, на висоті кровотечі, оперовані 8 пацієнтів, у ранньому відстроченому періоді після адекватної підготовки – 97.

Результати. У структурі кишкових кровотеч гострокровоточивий колоректальний рак складає 21,6 %. При цьому у 73,9 % хворих саме кишкові кровотечі спонукали до первинної діагностики колоректального раку. Встановлено, що визначення, терміни проведення та вибір способу оперативного втручання залежать від віку і загального стану хворого, активності і тяжкості кровотечі, стану гемостазу в морфологічному субстраті кровотечі та індексу поліморбідності. Раннє проведення фіброколоноскопії з використанням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу дозволяє зупинити активні кровотечі і попередити рецидиви кровотеч. Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики дозволило знизити кількість екстрених операцій з 13,6 % до 0 %, збільшити кількість операцій в ранньому відстроченому періоді з 86,4 % до 100 %, досягти зменшення загальної летальності в 1,9 рази (з 10,1 % до 5,4 %) та післяопераційної летальності з 6,8 % до 0 % (у тому числі після екстрених операцій з 50,0 % до 0 %).

Висновки. За відсутності протипоказань хворі з гострою колоректальною кровотокою підлягають оперативному лікуванню протягом 2-7 діб в умовах максимальної компенсації дефіциту об'єму циркулюючої крові.

Ключові слова: колоректальний рак, гостра кишкова кровотеча, хірургічна тактика, оперативне лікування.

Актуальність. Гострі кишкові кровотечі є вагомою проблемою в невідкладній хірургії органів черевної порожнини. Вони складають 10,8-18,5 % від загальної кількості гострих шлунково-кишкових кровотеч. У 8,2-14,8 % пацієнтів джерелом кишкової кровотечі є колоректальний рак, який у 13,5-52,0 % випадків стає причиною смерті. Актуальність проблеми пухлинних колоректальних кровотеч визначається зростанням питомої ваги пухлинних уражень товстої кишки в цілому та збільшенні частоти пухлинних кровотеч. Велике значення проблеми визначається незадовільними результатами лікування хворих, а саме: високими показниками нерадикальних оперативних втручань, післяопераційних ускладнень, інвалідизації та летальності в ургентних хірургічних стаціонарах загального профілю, що, перш за все, пов'язано з необхідністю виконання екстрених операцій на висоті профузної та рецидивної кровотечі [1, 6, 8]. В рекомендаціях Європейських та Американських протиракових комітетів по скринінгу колоректального раку кишкова кровотеча зазначена як один з ранніх симптомів злоякісного пухлинного ураження товстої кишки. Уява, що кровотеча є ознакою занедбаного раку, вже не є постулатом. Головним методом лікування колоректального раку був та залишається хірургічний, а у випадку ускладнення перебігу злоякісного пухлинного процесу роз-

витком кровотечі хірургічний метод є ще й методом здійснення остаточного гемостазу. Організації надання допомоги хворим з гострими кишковими кровотечами пухлинного генезу присвячено багато наукових праць, але принципові підходи до вибору тактики і методів лікування широко різняться з наданням переваги лише консервативним заходам гемостазу з подальшим оперативним лікуванням в плановому порядку, чи навпаки, екстреним оперативним втручанням [2, 4, 9].

З практичної точки зору, актуальність проблеми гострокровоточивих злоякісних пухлин колоректальної зони полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів хірургічної тактики, відсутності критеріїв для визначення показань та терміну проведення оперативних втручань, що визначається небажано високим рівнем післяопераційної летальності у межах від 13,5 % до 52,0 %, а кількість ускладнень злоякісних пухлин гострою кровотокою не має тенденції до зменшення і в останні роки прогресивно зростає [3, 5, 7].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами за період 2003-2014 рр. лікувалося 1114 хворих з клі-

нікою кишкової кровотечі, що склало 9,5 % від загальної кількості хворих, госпіталізованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч. Серед них хворих з гострокровоточивим колоректальним раком (ГКРР) було 241 (21,6 %). Такі кровотечі посідають третє місце після кровоточивого геморою – 38,1 % та дивертикульозу ободової кишки – 23,3 %.

З приводу ускладнених форм колоректального раку за цей період було госпіталізовано 811 хворих. Серед них за причинами госпіталізації ГКРР був на другому місці (29,7 %) після колоректального раку, ускладненого гострою кишковою непрохідністю (45,1 %).

Вік госпіталізованих хворих коливався від 41 до 94 років. Чоловіків було 126 (52,3 %), середній вік – $66,9 \pm 11,8$ років. Жінок було 115 (47,7 %), середній вік – $69,0 \pm 8,4$ років. Осіб похилого та старечого віку було 81,3 %. Індекс поліморбідності склав 4,7 у чоловіків та 5,3 у жінок.

Згідно з Міжнародною класифікацією злоякісних новоутворень TNM, у хворих, госпіталізованих з приводу ГКРР, діагностовано такі стадії злоякісного процесу: I стадія – у 13 (5,4 %) хворих, II стадія – у 142 (58,9 %), III стадія – у 41 (17,0 %), IV стадія – у 45 (18,7 %).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією важкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 2001), помірний ступінь важкості геморагії був у 99 (41,1 %) пацієнтів, середній – у 49 (20,3 %), важкий – у 93 (38,6 %). Співвідношення важкості кровотечі: помірна/середня/важка – 1,0/0,5/0,9.

Проведений діагностичний комплекс з інструментальних методів дослідження у 206 (85,5%) із 241 госпіталізованих пацієнтів, при цьому ректороманоскопія проведена у 135 (65,5 %) пацієнтів, іригоскопія – у 84 (40,8 %), фіброколоноскопія – у 91 (44,2 %). У 97 (47,1 %) хворих було використано поєднання різних методів інструментальної діагностики.

Виявлено ГКРР таких локалізацій: сліпа кишка – 21 (10,2 %), висхідна ободова – 13 (6,3 %), печінковий згин – 7 (3,4 %), поперечна ободова – 12 (5,8 %) (права половина – 7, ліва – 5), селезінковий згин – 3 (1,5 %), низхідна ободова – 8 (3,9 %), сигмовидна кишка – 33 (16,0 %), ректосигмоїдний відділ – 18 (8,7 %), пряма кишка – 86 (41,7 %), мультицентричний – 5 (2,4 %).

Визначено морфологічні форми ГКРР. Екзофітні форми спостерігалися у 129 (53,5 %) хворих: війчасто-папілярний – у 106 (82,2 %), поліповидний – у 14 (10,8 %), вузловий – у 9 (7,0 %). Ендофітні форми спостерігалися у 112 (46,5 %) хворих: дифузно-інфільтративний – у 55 (49,1 %), виразково-інфільтративний – у 57 (50,9 %).

Гістологічний тип ГКРР визначений у 211 (87,6 %) хворих. У 208 (98,6 %) випадках виявлена аденокарцинома різного ступеня диференціювання, в 1 (0,5 %) – залозисто-плоскоклітинний рак, в 1

(0,5 %) – низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома, в 1 (0,5 %) – диморфна пухлина (високкодиференційована аденокарцинома та високкодиференційована нейро-ендокринна карцинома). Серед аденокарцином: 35 (16,8 %) – високкодиференційована (G-1), 105 (50,5 %) – помірнодиференційована (G-2), 68 (32,7 %) – низькодиференційована (G-3).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хірургічна тактика при ГКРР є глибоко індивідуалізованою і носить активно-очікувальний характер. Згідно розробленого алгоритму, лікувальні та діагностичні заходи розпочинаються одразу після госпіталізації хворого та оцінки його загального статусу та йдуть паралельно з моменту госпіталізації. Серед пацієнтів з ГКРР переважають особи похилого та старечого віку з високим індексом поліморбідності. Адаптаційні можливості в цій категорії знижені, тому дуже важливим є негайний початок консервативних лікувальних заходів. Ранній початок терапії обумовлює менший об'єм крововтрати та, відповідно, менший об'єм гемотрансфузій, зупиняє каскад шокогенних реакцій, дозволяє швидше досягти стабілізації показників гомеостазу. При ургентній госпіталізації хворих на колоректальний рак, що ускладнений гострою кишковою кровотечею, лікувально-діагностичні заходи тривають в умовах дефіциту часу, тому рання верифікація пухлинного ураження товстої кишки, скорочення термінів діагностики та негайний початок лікувальних заходів безпосередньо впливають на результат лікування.

Серед інструментальних методів досліджень товстої кишки віддана перевага ендоскопічним методам, а саме – фіброколоноскопії, завданнями та можливостями якої є: 1) верифікація джерела кровотечі, його локалізації, розмірів; 2) визначення морфологічної форми, поширеності, ступеню деструкції пухлинної тканини, взяття біопсії для патогістологічного дослідження (ПГД); 3) оцінка активності кровотечі та ступеню гемостазу; 4) застосування мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу (ММЕГ) в зоні джерела кровотечі та проведення профілактики розвитку рецидиву кровотечі; 5) контроль ефективності проведених методів ендохірургічного гемостазу.

З метою оцінки стану гемостазу при ендоскопічному дослідженні користувались розробленою нами класифікацією активності пухлинних колоректальних кровотеч:

I. Активна кровотеча:

I-a – підтікання незміненої крові з пухлини;

I-b – кровотеча з-під згустка крові, фіксованого на пухлині;

I-c – пухлина вкрита рихлими згустками крові, легко контактно кровоточить.

II. Зупинена кровотеча:

II-а – великі тромбовані судини в кратері ракової виразки;

II-в – на пухлині фіксовані щільні згустки крові;

II-с – пухлина вкрита гематином з дрібними тромбованими судинами.

III. Відсутні ознаки кровотечі – пухлина вкрита фібрином та брудно-сірим нашаруванням.

Застосовувались такі ММЕГ, як гідроелектрокоагуляція, розпилення хімічних коагулянтів (капрофер), розпилення антифібринолітиків (транексамова кислота) та їх комбінації.

Після проведення первинного ендоскопічного обстеження отримано можливість поділу хворих з урахуванням прогностичних факторів на три групи ризику розвитку рецидиву кровотечі:

1 група (I-а, I-в, II-а) – хворі з активною кровотечею, яка зупинена ендохірургічними методами та хворі з ознаками зупиненої кровотечі, яким проведено заходи, спрямовані на профілактику розвитку рецидиву кровотечі; ризик розвитку рецидиву кровотечі – високий.

2 група (I-с, II-в) – хворі з активною кровотечею, яка зупинена ендохірургічними методами та хворі з ознаками зупиненої кровотечі, яким проведено заходи, спрямовані на профілактику розвитку рецидиву кровотечі; ризик розвитку рецидиву кровотечі – середній.

3 група (II-с, III) – хворі з ознаками зупиненої кровотечі, або без ознак кровотечі, у яких необхідність проведення ендохірургічної профілактики розвитку рецидиву кровотечі та наступного моніторингу визначається індивідуально; ризик розвитку рецидиву кровотечі – низький.

Після первинного ендоскопічного дослідження, залежно від групи ризику розвитку рецидиву кровотечі, визначаємо групу клініко-ендоскопічного моніторингу, з урахуванням визначення показань до хірургічного лікування. Для цього в кожній групі хворих виділяємо 3 підгрупи:

а) відсутні протипоказання до проведення оперативного лікування;

б) визначено протипоказання до проведення оперативного лікування: розповсюджений рак IV клінічної групи з ознаками ракової інтоксикації та поліорганної недостатності; декомпенсована поліморбідна патологія;

в) хворі, що відмовилися від операції.

Хворі 1-а групи, із зупиненою активною кровотечею ендохірургічними методами та ознаками зупиненої кровотечі, яким проведено заходи, спрямовані на профілактику розвитку рецидиву кровотечі, ризик розвитку рецидиву кровотечі високий, підлягають клініко-ендоскопічному моніторингу з використанням ендоскопічних методів профілактики рецидиву кровотечі.

Залежно від ефективності заходів та сукупності

обтяжуючих факторів у плані прогнозу ризику розвитку рецидиву кровотечі, хворі підлягають оперативному лікуванню в екстреному порядку, чи ранньо-відстроченому порядку, протягом 2-6 діб, після проведення передопераційної підготовки.

Хворі 2-а групи із зупиненою активною кровотечею ендохірургічними методами та з ознаками зупиненої кровотечі, яким проведено заходи, спрямовані на профілактику розвитку рецидиву кровотечі, ризик розвитку рецидиву кровотечі середній, підлягають клініко-ендоскопічному моніторингу з повторним, за необхідності, використанням мініінвазивних ендоскопічних профілактичних заходів та оперативному лікуванню у ранньо-відстроченому періоді, протягом 2-6 діб, після необхідної передопераційної підготовки.

Хворі 3-а групи, з наявністю стигмат зупиненої кровотечі, яким проводимо ендохірургічну профілактику розвитку рецидиву кровотечі, або без ознак кровотечі, яким необхідність ендоскопічного моніторингу визначається індивідуально залежно від наявності клінічних ознак зупинки кровотечі; ризик розвитку рецидиву кровотечі – низький, хворі підлягають оперативному лікуванню у ранньо-відстроченому періоді, протягом 2-6 діб, після проведення необхідної передопераційної підготовки.

В ході клінічного моніторингу встановлювався адекватний об'єм лікувальних заходів, направлених на компенсацію дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК) і корекцію гемодинамічних розладів, визначалися покази і терміни проведення оперативних втручань з урахуванням факторів ризику розвитку рецидиву кровотечі. У разі наявності ознак запущеності та неоперабельності раку товстої кишки, а також вираженої поліморбідної патології в стадії декомпенсації, що визначають вкрай високий анестезіологічний та операційний ризики, або якщо хворі відмовляються від оперативного лікування (групи I-б, I-в, 2-б, 2-в, 3-б, 3-в), обирається консервативна тактика лікування з пролонгованим клініко-ендоскопічним моніторингом та використанням ендохірургічних методів гемостазу; після проведення консервативного лікування хворі підлягають симптоматичному лікуванню у онколога за місцем проживання.

Завданнями ендоскопічного моніторингу є:

1. Здійснення контролю за станом ендоскопічного гемостазу з використанням ММЕГ, спрямованих на забезпечення гемостазу та профілактику розвитку рецидиву кровотечі.

2. Виявлення раннього рецидиву кровотечі на доклінічному етапі його прояву з проведенням активного ендоскопічного гемостазу.

3. Неодноразове проведення ММЕГ у хворих з активними та рецидивними пухлинними кровотечами із запущеними формами колоректального раку та наявністю важкої супутньої патології, яким оперативне лікування не показано.

4. Доповнення первинних даних про розповсюдженість та морфологічні характеристики пухлинного ураження товстої кишки, його операбельність, що має важливе значення для визначення показів та вибору способу і об'єму оперативного втручання.

Згідно визначених груп у плані прогнозу ризику розвитку рецидиву кровотечі, хворі підлягають проведенню пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу з інтервалами оглядів у 1-а, 1-б, 1-в групах через кожні 3-6 годин з кратністю огляду до чотирьох за добу, у 2-а, 2-б, 2-в групах – через 6-12 годин з кратністю огляду до двох за добу, у 3-а, 3-б, 3-в групах – необхідність ендоскопічного моніторингу визначається індивідуально залежно від наявності клінічних ознак зупинки кровотечі, в разі необхідності – через 12-24 години один раз за добу.

У випадку виникнення рецидиву кровотечі у хворих, які знаходяться на етапі пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу, показано проведення екстреного оперативного лікування за життєвими показаннями, за виключенням хворих з наявністю супутньої патології в стадії декомпенсації, неоперабельного раку IV клінічної групи та тих, що відмовилися від операції. Ці хворі підлягають подальшому клініко-ендоскопічному моніторингу з інтервалами оглядів через кожні 3-6 годин і повторним проведенням ММЕГ.

За гладкого перебігу постгеморагічного періоду та відсутності ознак розвитку рецидиву кровотечі, хворим проводили повноцінне клініко-лабораторне та інструментальне дообстеження, патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу, доповнювалися дані про морфологічний тип і розповсюдженість пухлинного процесу з визначенням наявності регіонарних та віддалених метастазів. Здійснювалася остаточна корекція гіповолемії та дефіциту ОЦК на фоні консервативної гемостатичної терапії.

За відсутності протипоказань до проведення оперативного лікування, що можуть бути пов'язані з наявністю у хворого вираженої супутньої патології та запущеністю ракового процесу з ознаками вираженої ракової інтоксикації та поліорганної недостатності, хворі підлягають оперативному лікуванню у ранньому відстроченому періоді протягом наступних 2-7 діб в умовах максимальної компенсації дефіциту ОЦК, що передумовлює виконання найбільш виправданої операції з позицій її радикальності.

У разі наявності ознак неоперабельності ГКРР, а також декомпенсованої поліморбідної патології, що визначають вкрай високий анестезіологічний та операційний ризику, хворі після проведення консервативного лікування підлягають симптоматичному лікуванню у онколога за місцем проживання.

Згідно визначених показань, оперативне лікування проведено у 105 (43,6 %) пацієнтів: у 88 (83,8 %) – радикальні операції, у 17 (16,2 %) – паліативні та симптоматичні. У групі хворих із вперше виявленим

колоректальним раком оперативна активність склала 49,4 % (88 із 178).

Об'єм оперативного втручання залежав від локалізації та розповсюдженості ракового процесу, від загального стану хворого, активності та важкості кровотечі, стану гемостазу у морфологічному субстраті кровотечі, віку хворого та індексу поліморбідності. Об'єм оперативного втручання є основним лікувальним фактором, що визначає прогноз захворювання.

Оперативне лікування не проводили у 136 (56,4 %) хворих, серед яких 79 (58,1 %) відмовилися від оперативного лікування, у 23 (16,9 %) діагностовано розповсюджені та генералізовані форми раку, що визначали неоперабельність пухлинного процесу, у 34 (25,0 %) операцію визнано такою, що не може бути перенесеною, внаслідок наявності важкої соматичної патології.

Передумовою проведення радикального оперативного втручання є його виконання у ранньому відстроченому періоді, тому що при екстреному оперативному втручанні на висоті кровотечі або рецидиву кровотечі у хворих з геморагічним шоком та нестабільною гемодинамікою хірург зосереджений на видаленні пухлини з метою здійснення остаточного гемостазу та врятування життя хворого. Тому забезпечення надійного гемостазу у постгеморагічному періоді на тлі клініко-моніторингових процедур є необхідним для проведення оперативного втручання у ранньому відстроченому періоді.

Загальна післяопераційна летальність склала 3,8 % (4 хворих), у тому числі після радикальних операцій – 1,1 % (1 хворий), нерадикальних – 17,6 % (3 хворих). Летальність в групі хворих, що отримували консервативну терапію, склала 10,7 % (16 хворих), з яких у 8 (50,0 %) хворих діагностовано розповсюджені та генералізовані форми раку, що визначали неоперабельність пухлинного процесу, а у 8 (50,0 %) операцію визнано такою, що не може бути перенесеною, внаслідок наявності важкої декомпенсованої соматичної патології. У межах однієї доби з моменту госпіталізації померло 8 (50,0 %) пацієнтів.

Отже, завдяки впровадженню у програму лікування розробленого алгоритму активної ендоскопічної тактики з обов'язковим селективним проведенням ММЕГ, у хворих не тільки з активними пухлинними кровотечами, а і наявністю стигмат недавньої кровотечі, а також впровадженню програми пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу, досягнуто зниження: а) кількості рецидивів кровотеч з 4,7 % до 2,1 %; б) кількості екстрених операцій на висоті кровотечі з 13,6 % до 0, у тому числі на висоті активної кровотечі з 5,1 % до 0, та на висоті рецидиву кровотечі з 8,5 % до 0; в) частоти виконання нерадикальних операцій з 20,3 % до 10,9 %; г) загальної летальності з 10,1 % до 5,4 %; д) летальності серед неоперованих хворих з 12,4 % до

10,6 %; е) післяопераційної летальності з 6,8 % до 0, у тому числі після екстрених операцій з 50,0 % до 0: на висоті активної кровотечі з 66,7 % до 0, на висоті рецидиву кровотечі з 40,0 % до 0; ж) розвитку післяопераційних ускладнень з 28,8 % до 13,0 %: після радикальних операцій з 19,1 % до 12,2 % (після екстрених операцій з 100 % до 0, ранньо-відстрочених – з 15,6 % до 12,2 %), після нерадикальних операцій з 66,7 % до 20,0 % (після екстрених операцій з 100 % до 0, після ранньо-відстрочених – з 33,3 % до 20,0 %). Разом з цим, при ГКРР збільшено: а) хірургічну активність з 39,9 % до 49,5 %, б) кількість радикальних операцій з 79,7 % до 89,1 %, в) кількість ранньо-відстрочених операцій – з 86,4 % до 100 %.

ВИСНОВКИ

1. В структурі кишкових кровотеч гострокровоточивий колоректальний рак складає 21,6 %, при цьому у 73,9 % хворих саме розвиток кишкової кровотечі спонукав до первинної діагностики колоректального раку.

2. Рання верифікація пухлинного ураження товстої кишки, скорочення термінів діагностики та негайний початок лікувальних заходів безпосередньо впливають на результат лікування.

3. Розроблений алгоритм хірургічної тактики полягає у ранньому проведенні фіброколоноскопії із застосуванням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу з метою зупинки активних кровотеч і профілактики розвитку рецидивів кровотеч з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом, що дозволило знизити частоту рецидивів кровотеч та зменшити виконання операцій в екстреному порядку до мінімуму.

4. За відсутності протипоказань до проведення оперативного лікування хворі підлягають оперативному лікуванню у ранньому відстроченому періоді протягом наступних 2-7 діб в умовах максимальної компенсації дефіциту об'єму циркулюючої крові.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що не мають конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алгоритм лечения осложненных форм колоректального рака [Текст] / С. В. Антипова, Е. В. Калинин, В. В. Шляхтин, Р. А. Галат // Укр. мед. альманах. – 2009. – № 1. – С. 10-14.
2. Белозьоров І. В. Тактика лікування колоректального раку, що ускладнений кровотокою [Текст] / І. В. Белозьоров // Харків. хірург. школа. – 2013. – № 3. – С. 142-143.
3. Кашенко В. А. Вопросы стандартизации хирургического лечения рака ободочной кишки [Текст] / В. А. Кашенко, В. П. Петров, Е. Л. Васюкова // Колопроктология. – 2014. – № 2. – С. 4-9.
4. Кондратенко П. Г. Хирургическая тактика у больных с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала [Текст] / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов // Хірургія України. – 2005. – № 3. – С. 23-25.
5. Нарезкин Д. В. Оказание лечебной помощи больным с осложненным колоректальным раком в общехирургическом стационаре [Текст] / Д. В. Нарезкин, С. Н. Щаева // Колопроктология. – 2011. – № 4. – С. 38-40.
6. Особенности хирургической тактики у больных осложненным колоректальным раком [Текст] / А. А. Маслов, И. С. Тищенко, Г. В. Каминский, Л. Х. Чалхадян // Сиб. онкол. журнал. – 2009. – № 2, Приложение. – С. 131-132.
7. Щаева С. Н. Современные аспекты хирургического лечения больных осложненным колоректальным раком на региональном уровне [Текст] / С. Н. Щаева, Д. В. Нарезкин // Онкол. колопроктология. – 2012. – № 4. – С. 36-38.
8. Emergency colonic surgery: analysis of risk factors predicting morbidity and mortality [Text] / G. Costa, F. Tomassini, S. M. Tierno [et al.] // Chir. Ital. – 2009. – Vol. 61, N 5/6. – P. 565-571.
9. Hussein Abdel-Razek A. Challenge in diagnosis and treatment of colonic carcinoma emergencies [Text] / A. Hussein Abdel-Razek // Alexandria J. Med. – 2012. – Vol. 48, N 2. – P. 109-113.

Надійшла до редакції 19.11.15

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Фомин П.Д., Иванчов П.В., Андрусенко А.Н.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Актуальность. Сегодня отсутствуют чёткие алгоритмы хирургической тактики в отношении острокровотокающих злокачественных опухолей колоректальной зоны, отсутствуют критерии для определения показаний и срока проведения оперативных вмешательств. Отмечается высокий уровень послеоперационной летальности (13,5-52,0 %), растёт число осложнений злокачественных опухолей острыми кровотечениями.

Цель: разработать алгоритм хирургической тактики в отношении колоректального рака, осложнённого острым кровотечением.

Материалы и методы. Обследован 241 больной колоректальным раком, осложнённым острым кровотечением. Оперативное лечение проведено у 105 пациентов: у 88 – радикально, у 17 – паллиативно и симптоматически. В экстренном порядке, на высоте кровотечения, оперированы 8 пациентов, в раннем отсроченном периоде после адекватной подготовки – 97.

Результаты. В структуре кишечных кровотечений острый кровотокающий колоректальный рак составляет 21,6 %. При этом у 73,9 % больных именно кишечное кровотечение побудило первичную диагностику колоректального рака. Установлено, что показания, сроки проведения и выбор способа оперативного вмешательства зависят от возраста и общего состояния больного, активности и тяжести кровотечения, состояния гемостаза в морфологическом субстрате кровотечения и индекса полиморбидности. Раннее проведение фиброколоноскопии с использованием миниинвазивных методов эндохирургического гемостаза позволяет остановить активные кровотечения и предупредить рецидивы кровотечений. Применение разработанного алгоритма хирургической тактики позволило снизить количество экстренных операций с 13,6 % до 0 %, увеличить количество операций в раннем отсроченном периоде с 86,4 % до 100 %, достичь уменьшения общей летальности в 1,9 раза (с 10,1 % до 5,4 %) и послеоперационной летальности с 6,8 % до 0 % (в том числе после экстренных операций с 50,0 % до 0 %).

Выводы. При отсутствии противопоказаний больные с острым колоректальным кровотечением подлежат оперативному лечению в течение 2-7 суток в условиях максимальной компенсации дефицита объёма циркулирующей крови

Ключевые слова: колоректальный рак, острое кишечное кровотечение, хирургическая тактика, оперативное лечение.

ASPECTS OF THE COLORECTAL CANCER COMPLICATED WITH ACUTE BLEEDING SURGICAL TREATMENT

Fomin P., Ivanchov P., Andrusenko O.

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Actuality. Nowadays there are no clear algorithms of surgical approach for the acute bleeding colorectal cancer treatment, there are no criteria for determining indications and timing of surgery. The high level of postoperative mortality (13.5-52.0%) and increasing incidence of malignant tumors complications with acute bleeding have recently been noted.

Aim: To develop an algorithm of surgical treatment approach for the colorectal cancer complicated with acute bleeding treatment.

Materials and methods. The study included 241 patients with colorectal cancer complicated with acute bleeding. Surgical treatment was performed in 105 patients: 88 underwent radical surgery, 17 patients received palliative and symptomatic treatment. 8 patients were operated in emergency due to acute bleeding, 97 – in the early postponed period, after receiving appropriate training.

Results. Acute bleeding colorectal cancer makes up 21.6 % within the structure of intestinal bleeding. At the same time, in 73.9 % of patients gastrointestinal bleeding induced primary diagnosis of colorectal cancer. It was found that the indications, timing and surgery method choice depend on the age and general condition of the patient, activity and severity of bleeding, hemostasis in bleeding and morphological substrate index polymorbidity. Early conducted fibrocolonoscopy using minimally invasive methods of endosurgical hemostasis allows to stop active bleeding and prevent rebleeding. Application of the surgical approach algorithm will reduce the number of emergency operations, from 13.6 % to 0 %, increase the amount of operations in the early postponed period from 86.4 % to 100 %, achieve reduction in total mortality by 1.9 times (from 10.1 % up to 5.4 %) and mortality from 6.8 % to 0 % (including emergency operations, from 50.0 % to 0 %).

Conclusions. In the absence of contraindications, patients with acute colorectal bleeding are to be subjected to surgical treatment in 2-7 days under the maximum replenishing of circulating blood volume.

Keywords: colorectal cancer, acute intestinal bleeding, surgical technique, surgical treatment.