

УДК 616.348-006.6-089

Досвід застосування радикальних операцій при гострій товстокишковій непрохідності пухлинної етіології

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, О.М. ГУСАК, А.Я. ГОСПОДАРСЬКИЙ, Т.Ю. УГЛЯР

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF APPLICATION OF RADICAL OPERATIONS AT ACUTE ILEUS OF TUMOUR ETIOLOGY

L.YA. KOVALCHUK, O.M. HUSAK, A.YA. HOSPODARSKY, T.YU. UHLYAR

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Сучасні можливості інтенсивної терапії дозволяють переглянути підходи до виконання оперативних втручань на користь радикальніших операцій при товстокишковій непрохідності. Хворим із злоякісними пухлинами ободової кишки, ускладненими порушенням кишкової прохідності без явищ перитоніту, доцільне проведення комплексу консервативних заходів, спрямованих на ліквідацію кишкової непрохідності. При неефективності консервативного лікування залежно від наростання клініки товстокишкової непрохідності хворі повинні оперуватися протягом 1-3 діб (перевагу віддають резекції сегмента ободової кишки з накладанням первинного анастомозу).

Modern possibilities of intensive therapy allow to revise indications for operative treatment in behalf of more radical operations at large intestinal obstruction. For patient with the malignant tumors of colon, complicated by intestinal obstruction without peritonitis, is indicated conservative treatment, directed onto liquidation of intestinal impassability. In case of inefficiency of conservative treatment patients must be operated during 1-3 days, resection of segment of colon with future primary anastomosis is preferable.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Вивчення питань лікувальної тактики при ускладненому раку ободової кишки набуває останнім часом великого значення [1, 2, 3]. Це зумовлено неухильним зростанням захворюваності і частотою розвитку ускладнень при раку ободової кишки. Найчастіше першим проявом цієї патології є розвиток гострої кишкової непрохідності (ГКН).

Результати оперативного лікування хворих з ускладненими формами раку ободової кишки не можна визнати задовільними. Питання хірургічної тактики при гострій пухлинній товстокишковій непрохідності продовжують залишатися дискусійними [2]. Деякі автори дотримуються думки щодо можливості ліквідації явищ кишкової непрохідності консервативним шляхом із подальшим оперативним лікуванням у сприятливіших умовах. Проте в клінічних спостереженнях переважають хворі з III і IV стадіями захворювання, нерідко “запущені” форми ГКН внаслідок пізнього звернення за медичною допомогою. У зв’язку з цим лише в окремих випадках вдається вирішити питання непрохідності за допомогою консервативних заходів і

екстрене оперативне втручання, як правило, є неминучим.

Тяжкий соматичний стан, зумовлений хронічними захворюваннями у стадії суб- або декомпенсації є істотним аргументом прихильників мінімальних оперативних втручань у цієї групи пацієнтів. Багато хірургів вважає, що найбільш виправданою операцією є формування розвантажувальної колостоми для усунення ГКН. На їх думку, сформована першим етапом стома є технічно легко здійснимим і найменш травматичним втручанням, що дає достатнє розвантаження кишечника. Але, як показує досвід, стома не завжди ліквідує явища ГКН. Такий об’єм оперативного втручання значно погіршує якість життя хворих. Пухлина в подальшому ускладнюється кровотечею, метастазуванням, гнійним запаленням, формуванням норичь, абсцесів у черевній порожнині і перитонітом. При використанні багатоетапної методики лікування виникає загроза дисемінації процесу у зв’язку з багатократними маніпуляціями на уражених органах черевної порожнини. Пацієнти, що перенесли мінімальні оперативні втручання в об’ємі накладення розвантажувальної колостоми, після виписування із стаціо-

нару позбавлені можливості адекватного догляду і повноцінної реабілітації. Все це підкреслює виняткову соціальну значущість даної проблеми.

Літературні дані свідчать про відсутність єдиного, патогенетично обґрунтованого підходу у виборі тактики хірургічної допомоги хворим із товстокишковою непрохідністю пухлинної етіології. Сучасні можливості інтенсивної терапії дозволяють переглянути підходи до виконання оперативних втручань на користь радикальніших операцій при товстокишковій непрохідності.

Ми є прихильниками тактики, спрямованої на виконання радикальних резекцій первинної пухлини у хворих на рак ободової кишки, ускладнений товстокишковою непрохідністю навіть за наявності поодиноких метастазів у печінці. Аналіз літературних даних останніх років свідчить про те, що дана тактика є найбільш раціональною в хірургії коло-ректального раку [6, 7].

Матеріали і методи. У клініці хірургії Тернопільського державного медичного університету з 2002 до 2008 року перебували на лікуванні 357 хворих із злоякісними новоутвореннями ободової кишки. Вік хворих коливався від 34 до 87 років. Зокрема, жінок було 239 (66,9%), чоловіків – 118 (31,1%). Пацієнти літнього і старечого віку склали 75,1%.

Супутня патологія значною мірою обтяжувала основне захворювання. Діагноз встановлювали на підставі скарг, анамнезу, даних клінічного і рентгенологічного (включаючи рентгеноконтрастне з пассажем барію), ультразвукового і колоноскопичного досліджень.

Результати досліджень та їх обговорення. Зі 357 хворих 102 (28,6%) госпіталізовано ургентно з явищами обтураційної кишкової непрохідності в стадії суб- та декомпенсації.

Аналіз даних виявив помітне переважання лівобічної локалізації пухлини, що стенозувала, в загальній структурі обтураційної кишкової непрохідності.

Зі 102 хворих із кишковою непрохідністю у 60 (58,8%) пухлина локалізувалася в сигмоподібній кишці, у 12 (11,8%) – в низхідній, у 22 (21,6%) – в різних відділах поперечної ободової і лише в 8 (7,8%) спостереженнях у правих відділах ободової кишки (сліпа і висхідна). Зі 102 хворих із кишковою непрохідністю в 90 спостереженнях (88,2%) було встановлено III клінічну стадію раку, в решті 12 спостереженнях – IV стадію захворювання. У 26 (25,5%) хворих розвиток кишкової непрохідності поєднувався з іншими ускладненнями. Так, в 10 спостереженнях діагностовано різні запальні ускладнення в

ділянці пухлини, у 14 пацієнтів пухлина мала місцево поширений характер із проростанням в сусідні тканини і органи і у 1 хворої виникла перфорація ракової пухлини із сформованим параколярним абсцесом. Багатомісна локалізація пухлини ободової кишки відмічена у 4 (3,9%) хворих. У 88% хворих спостережено супутні захворювання з боку серцево-судинної, бронхолегеневої систем, органів сечовиділення, цукровий діабет.

Важливе значення мають консервативні заходи для ліквідації непрохідності, після яких різко зростає можливість виконання радикальної операції. Автори відзначають, що за останні 20-25 років тактика зазнала значних змін: якщо раніше переважно виконувалися паліативні операції – колостоми до 87,4% випадків, то основною доктриною в даний час є прагнення до видалення пухлини на першому етапі операції.

Тактика лікування, вибір методу і об'єму оперативного втручання у таких хворих індивідуальні, але ми прагнемо не тільки ліквідувати кишкову непрохідність, але і провести резекцію сегмента кишки з пухлиною.

У 93 (91,2%) хворих консервативними заходами вдалося ліквідувати обтураційну кишкову непрохідність і виконати оперативне втручання в плановому порядку. У 9 (8,8%) хворих, які госпіталізовані ургентно, оперативні втручання виконані в невідкладному порядку у зв'язку з непрохідністю, що не ліквідувалася.

Загалом, 45 пацієнтів оперовано в першу добу, 37 – на другу, 11 – на третю з моменту прийняття. Операції на 2-3 добу пояснюються тимчасовим ефектом консервативного лікування.

Об'єм операції залежав від локалізації і стадії пухлини, загального стану хворого, віку і супутніх захворювань.

Ранні (відстрочені) операції проводили на 2-3 день після госпіталізації і виконані 48 пацієнтам (47,1%). У цій групі хворих консервативне лікування виявилось достатньо ефективним і призвело до ліквідації гострого нападу кишкової непрохідності на триваліший проміжок часу. Дев'яти хворим виконана правостороння геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом, 27 – сегментарна резекція сигмоподібної кишки, дванадцяти пацієнтам виконали лівобічну геміколектомію.

Зі 45 радикально оперованих у першу добу хворих у 6-ти виконані резекції ободової кишки з накладенням первинного анастомозу; у 21 – сегментарна резекція сигмоподібної кишки, у 10-ти – лівобічна геміколектомія і у 8-ми – правостороння геміколектомія. Проте під час операції ознаки хронічної кишкової непрохідності залишалися у ча-

стини хворих, і вище за пухлину ободова кишка була переповнена каловими масами. Зі 102 прооперованих хворих із пухлиною ободової кишки, ускладненою порушенням кишкової прохідності, у післяопераційному періоді померли 4 пацієнти, що склало 3,9 %. У 7 (13,7 %) хворих при місцево розповсюдженому пухлинному процесі виконані комбіновані оперативні втручання: трьом виконана тубоваріоектомія, двом – резекція петлі тонкої кишки, і ще двом – резекція задньої стінки сечового міхура. У чотирьох випадках, коли при раку лівого вигину ободової кишки процес розповсюджувався на селезінку, була проведена спленектомія. Неспроможності швів анастомозу не відмічено в жодному спостереженні.

Висновки. 1. Хворим із злоякісними пухлинами ободової кишки, ускладненими порушенням

кишкової прохідності без явищ перитоніту, доцільне проведення комплексу консервативних заходів, спрямованих на ліквідацію кишкової непрохідності.

2. При неефективності консервативного лікування залежно від наростання клініки товстокишкової непрохідності хворі повинні оперуватися протягом 1-3 діб (перевага віддається резекції сегмента ободової кишки з накладанням первинного анастомозу).

3. Диференційований підхід до вибору методу оперативного втручання дозволяє добитися задовільних результатів лікування раку ободової кишки, ускладненого товстокишковою непрохідністю.

4. Сучасні можливості хірургії та інтенсивної терапії дозволяють розширити показання до радикальних операцій при товстокишкової непрохідності пухлинної етіології, незважаючи на місцеву поширеність процесу, та зменшити післяопераційну летальність і поліпшити якість життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология. – 2001. – Т. 3. – С. 10-35.
2. Александров Н.Н. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. – Минск, 1980.
3. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 44-50.
4. Кузьминов А.М. Проблемы проктологии. –1990. Вып. 9. – С. 153.
5. Kruschewski M., Runkel N., Buhr H.J. Radical resection in obstructing colorectal carcinomas // Int. J. Colorectal Dis. – 1998. – V. 13, № 5-6. – P. 247-250.
6. McAnena O.J., Heald R.J., Lockhart-Mummery H.E. Operative and functional results of total mesorectal excision with ultra-low anterior resection in the management of carcinoma of the lower one-third of the rectum // Surg. Gynecol. Obstet. – 1990. – V. 170. – P. 517-521.
7. Simmonds P.D., George S., Baughan C. et al. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review // Lancet. – 2000. – V. 356, № 9234. – P. 968-975.