

УДК: 616.348-006.6-007.271-089.8

ОБ'ЄМ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ СТЕНОЗУВАННЯ ПРОСВІТУ

В.І. Русин, С.М. Чобей

Ужгородський національний університет

Реферат. В Україні показники захворюваності на злоякісні новоутворення товстої та прямої кишки і смертності від цієї причини посідають провідні місця серед іншої онкологічної патології. Відповідно до уточнених даних Національного канцер-реєстру в 2005 році серед чоловічого населення виявлено 4751 нових випадків раку ободової кишки та 4584 – раку прямої кишки і ануса, що (дає 5 та 6 місця в структурі онкологічної захворюваності), серед жіночого населення 5355 нових випадків раку ободової кишки та 4435 – раку прямої кишки та ануса (відповідно 4 і 7 місця в структурі онкологічної захворюваності). В хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгород з 1994 по 2008 рік прооперовано 244 хворих з обструктивним раком ободової кишки. Компенсований стеноз товстої кишки ми спостерігали у 27,9% хворих, субкомпенсований – у 43,0%, і декомпенсований – у 29,1% пацієнтів. Окрім загальноприйнятих стандартів обстеження, в залежності від стану важкості пацієнта виконувалось рентгенологічне обстеження з контрастуванням товстого кишківника, оглядова рентгеноскопія або рентгенографія черевної порожнини, обов'язкове ультразвукографічне обстеження черевної порожнини згідно запропонованої нами методики обстеження. Диференційований підхід до оцінки клініко-інструментальних проявів пухлинного стенозу товстого кишківника дозволяє конкретизувати об'єм хірургічного втручання ускладненого кишковою непрохідністю.

Ключові слова: рак товстої кишки, кишкова непрохідність, хірургічне лікування.

В Україні показники захворюваності на злоякісні новоутворення товстої та прямої кишки і смертності від цієї причини посідають провідні місця серед іншої онкологічної патології. Відповідно до уточнених даних Національного канцер-реєстру в 2005 році серед чоловічого населення виявлено 4751 нових випадків раку ободової кишки та 4584 – раку прямої кишки і ануса, що (дає 5 та 6 місця в структурі онкологічної захворюваності), серед жіночого населення 5355 нових випадків раку ободової кишки та 4435 – раку прямої кишки та ануса (відповідно 4 і 7 місця в структурі онкологічної захворюваності) [3].

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 обструкції про-

світу кишки трактуються як гостра кишкова непрохідність, яка реєструється у 1,9 – 6,0% хворих. В той же час дані про часткову кишкову непрохідність оперованих хворих значно відрізняються (від 7,8 до 63,2%) [1, 2, 4, 5].

Таке протиріччя показників 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.

Для вибору об'єму хірургічного лікування в залежності від ступеня кишкової непрохідності Бондар Г.В. і співавтори (1990 р.) запропонували поділ ступеня стенозу просвіту товстого кишківника на компенсований, субкомпенсований і декомпенсований. Подібний поділ з огляду доказової медицини підтверджувався в основному не на клініко – інструментальному обстеженні, а більше візуально під час самої операції.

Мета роботи

Співставлення клініко-інструментальних та інтраопераційних знахідок із ступенем компенсації кишкової непрохідності, та їхній вплив на вибір об'єму операційного втручання.

Матеріал та методи

В хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгород з 1994 по 2008 рік прооперовано 244 хворих з обструктивним раком ободової кишки. Компенсований стеноз товстої кишки ми спостерігали у 27,9% хворих, субкомпенсований – у 43,0%, і декомпенсований – у 29,1% пацієнтів. Окрім загальноприйнятих стандартів обстеження, в залежності від стану важкості пацієнта виконувалось рентгенологічне обстеження з контрастуванням товстого кишківника, оглядова рентгеноскопія або рентгенографія черевної порожнини, обов'язкове ультразвукографічне обстеження черевної порожнини згідно запропонованої нами методики обстеження. Незалежно від клінічних проявів при поступленні в стаціонар ми визначили ступінь стенозу тільки після консервативних міроприємств та в залежності від інтраопераційних знахідок.

Результати та обговорення

Види оперативних втручань при обструктивному раку ободової кишки представлені в

таблиці 1. Компенсований пухлинний стеноз товстої кишки спостерігався у 68 (23,9%) хворих. Компенсований стеноз дає можливість виконувати усі можливі радикальні одномоментні операції, в тому числі і сфінктерозберігаючі. Розроблені і запатентовані в клініці інвагінаційні способи формування товсто-товстокишкового, тонко-товстокишкового (для правобічних геміколектомій) дозволив значно знизити число неспроможності швів анастомозу.

Субкомпенсований стеноз товстої кишки спостерігався у 105 (43,0%) хворих. На наш погляд, при раку ободової і прямої кишок субкомпенсований стеноз не може служити причиною відмови від одномоментних радикальних оперативних втручань. По нашим даним одномоментні радикальні втручання не приводять до погіршення безпосередніх результатів операцій.

Летальність при субкомпенсованому стенозі складала 4,8%, число ускладнень – 13 (12,3%).

Декомпенсований стеноз спостерігався у 71 (29,1%) пацієнта. У випадках декомпенсованого стенозу правих відділів товстого кишківника ми виконуємо правобічну геміколектومیю, незалежно від ступеня стенозування кишки. У випадках декомпенсованого ракового стенозу лівої половини ободової кишки ми віддаємо перевагу двохетапному радикальному втручанням.

Операція типа Гартмана є на наш погляд найбільш оптимальним втручанням при декомпенсованому обструктивному раку лівої половини ободової кишки.

Якщо співставити клініко-інструментальні характеристики ступеня ракового стенозу ободової кишки в залежності від стадії компенсації товстокишкової непрохідності, то чітко спостерігаються окремі характерні ознаки (таб. 2).

Найбільш точно інтраопераційним знахідкам з інструментальних методів діагностики відповідає ультрасонографія, яка має ряд притаманних ознак, як для компенсованого так і суб- та декомпенсованого стенозу. Характерними ознаками ультрасонографії при компенсованому стенозі є локальне потовщення стінки товстої кишки, симптом ураження порожнистого органу „СУПО”, при субкомпенсованому стенозі – феномен секвестрації в просвіт товстої кишки та наявність крупнозернистого вмісту. Супрастенотичне розширення кишки та наявність зворотньо-поступального руху вмісту над місцем перешкоди. Симптом „несправжньої нирки”. При декомпенсованому стенозі спостерігається – феномен секвестрації рідини в просвіт кишкової трубки, потовщення стінки тонкої кишки та збільшення висоти Керкрингових складок, наявність зворотньо-поступальних рухів хімуса в ілеоцекальному

Таблиця 1
Кількість оперативних втручань та їх ускладнення при обструктивних пухлинах товстого кишківника

Вид оперативного втручання	Ступінь обструкції товстої кишки								
	Компенсований			Субкомпенсований			Декомпенсований		
	КО	У	П	КО	У	П	КО	У	П
Правобічна геміколектомія	8	1	–	33	3	–	14	4	2
Лівобічна геміколектомія	21	2	–	10	2	1	–	–	–
Резекція ободової кишки	4	–	–	2	–	–	–	–	–
Сфінктерозберігаюча резекція прямої кишки	3	1	–	2	–	–	–	–	–
Брюшно-анальна резекція	5	1	–	21	3	–	3	1	–
Операція Гартмана	–	–	–	10	1	–	41	8	2
Симптоматичні операції	–	–	–	20	2	2	13	3	2
Резекція сигмовидної кишки	27	3	–	7	2	2	–	–	–
Всього	68	7	–	105	13	5	71	16	6
%		10,3			12,3	4,8		22,5	8,5

КО – Кількість операцій, У – Ускладнення, П – Померлі

Таблиця 2

Клініко-інструментальні характеристики обтурації товстого кишківника в залежності від ступеня компенсації кишкової непрохідності

	Клінічні ознаки	Рентгенологічні ознаки	Ультрасонографічні ознаки	Інтраопераційні ознаки
Компенсована	Періодичні запори, метеоризм	Звуження просвіту кишківника різного ступеня, при цьому сульфат барію випорожняється повністю	Локально потовщення стінки товстої кишки симптом ураження порожнистого органу „СУПО”.	Привідна і відвідна петлі від пухлини одного діаметру. В привідній частині кишки вміст відсутній
Субкомпенсована	Постійні запори, метеоризм, переймоподібні періодичні болі в животі. Хворі, як правило користуються проносними препаратами	Пухлинний стеноз, кишківник погано опорожняється (залишки барія)	Феномен секвестрації в просвіт товстої кишки та наявність крупнозернистого вмісту. Супрастенотичне розширення кишки та наявність зворотньо-поступального руху вмісту над місцем перешкоди. Симптом „несправжньої нирки”.	Привідна петля гіпертрофована, в просвіті калові маси і газ, вона більшого діаметру, як відвідна петля.
Декомпенсована	Затримка стільця і газів, різке вздуття живота, переймоподібні болі, підсилена перистальтика	На оглядових Рограмах велика кількість калу і газів в кишківнику, чаші Клойбера. При ірігоскопії симптом стоп-контрасту.	Феномен секвестрації рідини в просвіт кишкової трубки, потовщення стінки тонкої кишки та збільшення висоти керкрингових складок, наявність зворотньо-поступальних рухів хімуса в ілео-цекальному куті. Збільшення відстані між складками Кер-кринга. Гіперпневматоз кишки в привідному відділі.	Петлі товстого і тонкого кишківника переповнені вмістом і газом, гіперіемовані, в черевній порожнині випіт

куті. Збільшення відстані між складками Керкринга. Гіперпневматоз кишки в привідному відділі.

Одноетапні оперативні втручання з одночасним відновленням безперервності кишківника виконано у 65,6% випадків, при субкомпенсованому стенозі у 71,4%, при декомпенсованому стенозі у – 23,9% випадків.

З 244 оперованих хворих з приводу обструктивного раку товстого кишківника ускладнених кишковою непрохідністю одномоментно або двоохмоментно радикально вдалося прооперувати 87,3% хворих. При неоперабельних пухлинах ободової кишки в переважній більшості формували обхідні анастомози, а при неоперабельних пухлинах прямої кишки накладували колостому.

Кількість ускладнень при компенсованому стенозі досягало 7 (10,3%), при субкомпенсованому 13 (12,3%) з летальністю 5 (4,8%), при декомпенсованому стенозі 16 (22,5%) при летальності 6 (8,5%). Всього на 244 оперованих хворих ускладнення спостерігалось у 36 (14,7%), померло 11 (4,5%) пацієнтів.

Слід відзначити, що для цієї патології в Україні властива також територіальна диференціація. У 2004 році, коли відзначено найвищу смертність від колоректального раку, мінімальний грубий показник смертності зареєстровано в Закарпатській області – 14,4 (стандартизований – 10,3) на 100 тис. населення, максимальний в Запоріжжі – 34,4 (стандартизований – 18,4) на 100 тис. населення.

Все це є яскравим свідченням проблемних

питань діагностики і лікування обструктивних пухлин ободової кишки.

Висновки

Диференційований підхід до оцінки клініко-інструментальних проявів пухлинного стенозу товстого кишківника дозволяє конкретизувати об'єм хірургічного втручання ускладненого кишковою непрохідністю.

ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПРОСВЕТА

В.И. Русин, С.М. Чобей.

Реферат. В Украине показатели заболеваемости на злокачественные новообразования толстой и прямой кишки, и смертности от данной причины занимают первые места среди другой онкологической патологии. Соответственно уточненным данным Национального канцер-реестра в 2005 году среди мужского населения выявлено 4751 новых случаев рака ободочной кишки и ануса, что дает 5 и 6 место в структуре онкологической заболеваемости, среди женского населения 5355 новых случаев рака ободочной кишки и 4435 рака прямой кишки и ануса (соответственно 4 и 7 место в структуре онкологической заболеваемости). В хирургической клинике ОКБ г. Ужгорода с 1994 по 2008 год прооперировано 244 больных с обструктивным раком ободочной кишки. Компенсированный стеноз толстой кишки мы наблюдали у 27,9% больных, субкомпенсированный – у 43,0%, и декомпенсированный – у 29,1% пациентов. Кроме общепринятых стандартов обследования, в зависимости от состояния тяжести пациента выполнялось рентгенологическое обследование с контрастированием толстого кишечника, обзорная рентгеноскопия или рентгенография брюшной полости, обязательное ультразвукографическое обследование брюшной полости согласно предложенной нами методики обследования. Дифференцированный подход к оценке клинико-инструментальных проявлений опухолевого стеноза толстой кишки разрешает конкретизировать объем хирургического вмешательства осложненного кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: рак толстой кишки, кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

EXTENT OF OPERATION IN OBSTRUCTIVE COLON CANCER DEPENDING ON LUMEN STENOSIS STAGE

V.I. Rusyn, S.M. Chobey

Abstract. In Ukraine colon and rectum cancer take first places in oncological disease morbidity and mortality. According to the National cancer register data in 2005 year colon and rectum cancer take the 5-th and the 6-th positions in oncological morbidity structure among male population and the 4-th and 7-th positions among female population. In surgical clinic of Uzhgorod regional hospital from year 1994 till 2008 year 244 patients were operated with obstructive colon cancer. Compensated colon stenosis was observed in 27.9% of patients, subcompensated – in 43.0%, decompensated – in 29.1% of patients. Except general examinations in dependence on patient's severity stage, roentgen examinations with large bowel contrast study or plan radiography or roentgenoscopy were performed. All patients underwent ultrasound examination according to our proposed technique. The differential approach to the evaluation of clinic and instrumental features of colon cancer stenosis allows to concretize the surgery extent, complicated by colon obstruction.

Key words: colon cancer, colon obstruction, surgical treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Якоец Ю.И., Башеев В.Х., и др. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью // Хирургия – 1990. – № 7. – С.94-97.
2. Кікоць В.О., Чорний В.О., Євтушенко О.І., Гренюк С.В., Приймак В.В. Безпосередні результати хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки // Онкологія: прил. к журн. „Експерим. онкологія”. – 2003. – 5, № 3. – С. 256-256. – Бібліогр.: 5 назв. – укр.
3. Ліщишина О.М., Журбенко А.В. Колоректальний рак: стан медичної допомоги хворим в Україні та особливості смертності // Онкологія: прил. к журн. „Експерим. онкологія”. – 2008. – 10, № 1. – С. 161-163. – Бібліогр.: 7 назв. – укр.
4. Матвійчук Б.О. Обструктивний рак ободової кишки як хірургічна та онкологічна проблема // Fccta Med. Leopoliensia. – 1997. – Т.3. – № 3-4. – С.76-80.
5. Русин А.В., Чобей С.М., Стойка В.І., Мартяшов А.В., Стойка А.В. Ультразвукова діагностика раку ободової кишки, ускладненого товстокишковою непрохідністю // Науковий вісник УжНУ, серія “Медицина” – 2007. – № 32. – С.133-136.
6. Русин В.І., Русин А.В., Чобей С.М., Філіп С.С. Спосіб створення ілео-трансверзо анастомозу. – Патент України на винахід № 98084582 від 26.08.1998 р.
7. Русин В.І., Русин А.В., Чобей С.М., Філіп С.С. Спосіб створення товсто-товстокишкового анастомозу. – Патент України на винахід № 98084580 від 26.08.1998 р.