

УДК 616.345-007.272-006-089

## ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

О.Є. Каніковський, С.І. Андросов, І.В. Павлик, В.А. Рауцкіс, В.О. Надольський

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Реферат.** Гостра обтураційна непрохідність являється одним із найбільш частих та важких ускладнень раку товстої кишки. Нами обстежено 91 хворий. Радикальні первинно-відновні операції вдалося виконати у 52 (57,1%) хворих. Радикальні операції по типу Гартмана виконані у 24 (26,4%) хворих. Симптоматичні операції виконані у 15 (16,5%) хворих. Оперативне втручання закінчували виведенням стоми у 39 (42,9%) хворих. У 17 пацієнтів товсто-товсто кишковий анастомоз виконували з використанням імплантатів пам'яті форми. Ускладнення після операцій, виконаних з приводу ГКН, виникли у 8 (8,8%) хворих. Післяопераційна летальність складала 9,9%.

**Ключові слова:** гостра обтураційна кишкова непрохідність пухлинного генезу.

За даними Всесвітньої Організації Здоров'я станом на 2008 рік рак товстої кишки входить в двадцятку лідируючих по смертності захворювань на нашій планеті. Станом на 2004 рік дана патологія займала 20 місце із рівнем смертності в 1,1%, тоді як за прогнозами ВООЗ станом на 2030 рік рівень смертності складе 1,4% і підніметься в загальному рейтингу на 14 місце, поступаючись тільки раку легень (6 місце), раку шлунка (9 місце), та раку печінки (13 місце) [9,10].

Гостра обтураційна непрохідність є одним із найбільш частих та важких ускладнень раку товстого кишечника, а у 20% і першим проявом захворювання [1-8]. До сьогоднішнього часу залишається великою питома вага симптоматичних операцій при цьому захворюванні [5,6]. Це також пов'язано з запізнілою діагностикою захворювання (приблизно 25% всіх хворих на рак товстого кишечника виявляються в 4 стадії) [1,3], пізнім зверненням пацієнтів за кваліфікованою медичною допомогою, часто – похилим віком пацієнтів та важкою супутньою патологією [2,4,7,8]. В такій ситуації перед ургентними хірургами постає дилема, яку лікувальну тактику обирати: виконувати первинно – радикальну операцію чи обмежуватися простим накладанням стоми. В зв'язку з цим і сьогодні ця проблема залишається актуальною.

### Матеріал та методи

В клініці хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 1999 – 2009 років лікувалося 91 хворий на гостру обтураційну кишкову непрохідність, зумовлену пухлинною товстої кишки.

Старше 60 років було 80 хворих, що склало 76,9%. Працездатного віку було 23 пацієнти (25,3%).

За локалізацією пухлини, хворі розподілялися наступним чином: сліпа кишка – 5 хворих (5,5%), висхідний відділ – 2 (2,2%), печінковий кут ободової кишки – 4 (4,4%), поперечно-ободова кишка – 7 (7,7%), селезінковий кут ободової кишки – 14 (15,3%), низхідний відділ – 7 (7,7%), сигмовидна кишка та ректосигмоїдний відділ – 39 (42,9%), надампулярний відділ прямої кишки – 13 (14,3%). В стадії субкомпенсації кишкової непрохідності (за класифікацією Ю.Б. Куцика) [3,6,7] поступило 58 (63,7%), в стадії декомпенсації – 33 (36,3%) хворих.

За термінами госпіталізації спостерігається пролонгація звертання хворих за медичною допомогою. Так, до 6 годин від моменту розвитку ГКН звернулося тільки 5,5 % хворих, від 6 до 12 годин – 15,4%, від 12 до 24 годин та пізніше – 79,1% всіх пацієнтів (в тому числі безпосередньо до 24 годин звернулося 12,1% хворих, до 3 діб – 24,2% хворих, від 3 до 6 діб – 38,4%, більше 6 діб – 4,4% пацієнтів).

Розподіл хворих згідно стадії захворювання був наступним: II стадія ( $T_{3-4}N_0M_0$ ) – 24 (26,4%), III стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ ) – 34 (37,4%), IV стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_1$ ) – 33 (36,2%) хворих. При гістологічному дослідженні різного ступеня диференціації аденокарцинома товстої кишки виявлена у 82,17% пацієнтів.

В передопераційному періоді всім хворим проводили загальноклінічні дослідження, оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, грудної порожнини, огляд суміжними спеціалістами. Важливе значення надавали УЗД органів черевної порожнини, яке дозволяло виявити ознаки ГКН, які за допомогою інших методів не завжди чітко визначалися. При позитивному ефекті консервативної терапії виконували фіброколоноскопію з біопсією пухлини, іригоскопію, при потребі комп'ютерну томографію органів черевної порожнини.

### Результати та обговорення

У всіх хворих після госпіталізації лікування розпочинали з консервативної терапії, яка включала декомпресію верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, очисні клізми, інфузійну терапію, введення спазмолітичних препаратів, корекцію гомеостазу.

Операції в екстреному порядку (I група)

проводили при наявності явищ перитоніту у 7 хворих, та в зв'язку з неефективністю консервативної терапії, проведеної протягом 6 годин, – у 12 хворих. Всі інші хворі оперовані в відтермінованому періоді.

У 72 хворих за допомогою консервативних заходів вдалося досягти покращення стану та ліквідувати явища ГКН. Таких хворих оперували в відтермінованому порядку. Це дозволило провести корекцію гомеостазу, виконати детоксикаційні заходи, розвантажити привідний відділ кишки, та комплексно підготувати його до оперативного втручання. Підготовка кишки до оперативного лікування займала в середньому 3-5 днів і включала: використання щоденних очисних клізм, прийом сольових послаблюючих засобів, щоденний прийом препаратів на основі поліетиленгліколю, прийом комбінації антибактеріальних препаратів: 0.5 мг метронідазолу + 0.5 мг левоміцетину 3 р/д per os за 3 доби до операції.

Таким чином радикальні первинно-відновні операції вдалося виконати у 52 (57,1%) хворих (див. таб.). Радикальні операції по типу Гартмана виконані у 24 (26,4%) хворих. Симптоматичні операції виконані у 15 (16,5%) хворих. Оперативне втручання закінчували виведенням стоми у 39 (42,9%) хворих.

У 17 пацієнтів товсто-товсто кишкової анастомоз виконували з використанням імплантатів пам'яті форми (ІПФ). Середня тривалість створення компресійного анастомозу за допомогою ІПФ склала  $8 \pm 2$  хвилини. Конструкція на 8-10 добу виводилася природним шляхом. Порушень міграції імплантатів не виявлено. У 8 з 17 хворих при резекції сигмовидної кишки ІПФ використовували з метою створення відтермінованого реканалізуючого міжкишкового анастомозу (ДП № 20031211815), який полягав у створенні У подібного анастомозу та захисної колостоми, при цьому на кінцевому етапі операції міжкишкова перетинка не розсікалася. Після відторгнення імплантату разом з некротизованою стінкою анастомозу виникала аутореканалізація.

Ускладнення після операцій, виконаних з приводу ГКН, виникли у 8 (8,8%) хворих: нагноєння післяопераційної рани у 4 пацієнтів, евентрація у 1, ретракція колостоми у 1, неспроможність анастомозу – 2.

Померло 9 (9,9%) хворих з запушеною декомпенсованою формою ГТКН у хворих похилого віку з важкою супутньою патологією. При виборі методу оперативного лікування враховували наступні чинники: 1) ступінь операційного ризику (по шкалі ASA); 2) визначали важкість стану пацієнта на момент огляду, використовуючи для цього інтегральний показник APACHE-II; 3) місце локалізації пухлини, стадію пухлинного процесу за класифікацією TNM та ступінь диференціації пухлини (біопс-

ійний матеріал); 4) стан привідного відділу товстої кишки та поширеність кишкового стазу.

При екстремому оперативному втручання, якщо дозволяють умови, хворому показано видалення первинної пухлини. Це дозволяє в подальшому досягти зменшення пухлинної антигенемії та імносупресивних факторів (що супроводжується активацією протипухлинного імунітету), зменшення пухлинної інтоксикації в післяопераційному періоді і, зрештою, сприяє зростанню якості і тривалості життя хворих.

Симптоматичні операції виконували при наявності протипоказів до видалення пухлини, а саме: 4 клас анестезіологічного ризику по шкалі ASA, кількість балів вище 24 по шкалі APACHE-II; технічна неможливість видалення пухлини; функціональна декомпенсація раку товстої кишки IV стадії (кахексія, інтоксикація, печінково-ниркова недостатність і ін.); множинні системні метастази (легені, головний мозок, кістки і ін.); великий об'єм канцероматозу черевної порожнини; неможливість збереження мінімального життєво-необхідного функціонального резерву органу при його резекції; низьке гістологічне диференціювання пухлини (G3-G4 по класифікації TNM).

#### **Висновки**

1) Лікування хворих на гостру кишкову непрохідність повинно розпочинатися з консервативних заходів, направлених на корекцію порушень гомеостазу, корекцію супутньої патології, максимальну доопераційну декомпресію товстої кишки та шлунка;

2) При неефективності проведених консервативних заходів та наявності перитоніту таким хворим показано оперативне лікування в екстремому порядку за життєвими показами. Одночасно консервативна терапія повинна рахуватися як передопераційна підготовка хворих;

3) Виконання розвантажувальної колостоми у хворих з наявністю перитоніту та некомпенсованою стадією кишкової непрохідності дозволяє врятувати життя хворому, хоча значно погіршує якість його життя. Видалення основної маси пухлини сприяє підвищенню якості та тривалості життя хворих;

4) Створення міжкишкових анастомозів з використанням ІПФ є різновидом безшовних компресійних методів анастомозування. Метод економічно мало витратний, простий, мало травматичний, суттєво скорочує термін оперативного втручання на етапі формування міжкишкового анастомозу;

5) Застосування відтермінованих реканалізуючих анастомозів з допомогою ІПФ в ускладнених умовах кишкової непрохідності дозволяє зменшити кількість повторних оперативних реконструктивних втручань, термін реабілітації та інвалідизації хворих.

Таблиця

Структура оперативних втручань у хворих га гостру обтураційну кишкову непрохідність пухлинної етіології

№	Назва операції	I група	II група
1	<b>Операція типу Гартмана</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
	Лівобічна геміколектомія	4	6
	Резекція сигмовидної кишки	6	3
	Передня резекція прямої кишки	-	5
2	<b>З накладанням первинного анастомозу</b>	<b>8</b>	<b>44</b>
	Правобічна геміколектомія	-	11
	Лівобічна геміколектомія	-	12
	Резекція попереково-ободової кишки	3	3
	Резекція сигмовидної кишки	5	15
	Передня резекція прямої кишки	-	3
3	<b>Симптоматичні операції</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
	Накладання колостоми	8	5
	Накладання цекостоми	1	-
	Обхідний анастомоз	-	1

### ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Каниковський О.Е., Андросов С.И., И.В. Павлик,  
В.А. Рауцкіс, В.А. Надольський

**Реферат.** Острая обтурационная непроходимость является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений рака толстого кишечника. Нами обследовано 91 больной. Радикальные первично восстановительные операции удалось выполнить у 52 (57,1%) больных. Радикальные операции по типу Гартмана выполнены у 24 (26,4%) пациентов. Симптоматические операции выполнены у 15 (16,5%) больных. Оперативное вмешательство заканчивали выведением стомы у 39 (42,9%) больных. У 17 больных толсто-толсто кишечный анастомоз выполнен с помощью имплантата памяти формы. Осложнения после операций, выполненных по поводу ОТКН, возникли у 8 (8,8%) больных. Послеоперационная летальность составила 9,9%.

**Ключевые слова:** острая обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза.

### THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER COMPLICATED ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Kanikovskiy O.E., S.I. Androsov, I.V. Pavlyk,  
V.A. Rauckis, V.O. Nadolsky

**Abstract.** The sample of 91 patients with colorectal cancer complicated acute intestinal obstruction were investigated. Radical initially restoration operations performed in 52 (57,1%) patients. Radical Gartman based operations performed in 24 (26,4%) patients and palliative operations performed in 15 (16,5%) patients. In 39 (42,9%) patients operation finished with colostomy. Complications after operations developed in 8 (8,8%) patients. Postoperative mortality were 9,9%.

**Key words:** colorectal cancer complicated acute intestinal obstruction

### ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки // Хирургия.- 1998.- №8.- С.58-67.
2. В.И. Бугаев, Н.Г. Кононенко и др. Результаты хирургического лечения больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки // Харківська хірургічна школа.- 2006.- №1.- С.17-18.
3. П.Г. Кондратенко, Е.А. Мумров, Ф.Е. Єлин, М.В. Конькова, М.Е. Мумров Колостомиа в ургентной хирургии толстого кишечника // Харківська хірургічна школа. – 2006.- №1.- С.33-35.
4. Н.Н. Милица, Ю.Д. Торопов, В.И. Давыдов, В.Б. Козлов, Н.Д. Посолонко. Острая непроходимость толстого кишечника: колостома или первично-восстановительная операция // Харківська хірургічна школа. – 2006.- №1.- С.47-50.
5. А.П. Радзіховський, О.І. Мироненко, О.І. Яловський. Лікування обтураційної непрохідності ободової кишки пухлинного генезу // Харківська хірургічна школа.- 2006.- №1.- С.71-73.
6. В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости // Хирургия. – 2008.- №9.- С.15-18.
7. В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, С.В. Онищенко, Н.В. Климова. Лечение больных с осложнениями злокачественных опухолей ободочной кишки // Хирургия.- 2007.- №6.- С. 8-12.
8. Гринев М.В., Беляев А.М., Карачун Р.В. Алгоритм лечения запущенных и осложненных форм колоректального рака // Пособие для врачей.- СПб.- 2002.- 12с.
9. Рак в Україні, 2005-2006. Бюлетень національного канцер-реєстру України. Київ.- 2007.- №8.- 21с.
10. World Health Statistics 2008// WHO.- 2008.- 115p.