

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Сучасні принципи хірургічного лікування колоректального раку

Продовження. Початок на стор. 10.

Лікування раку ободової кишки хірургічне. В усіх випадках резектабельні пухлини потрібно видалити. Розрізняють чотири основних види хірургічних втручань при раку ободової кишки: одномоментна резекція з формуванням первинного анастомозу; одномоментна резекція з формуванням анастомозу і протекторної колостоми; двоментні резекції з формуванням однокінцевої колостоми; трьохмоментні операції з попереднім відключенням пухлини і формуванням стоми. Серед таких втручань – резекція поперечно-ободової кишки, право- або лівостороння геміколектомія, а при множинних локалізаціях раку – субтотальна колектомія з формуванням колоректальних або ілеоректальних анастомозів. З широким упровадженням сучасних зшиваючих апаратів тривалість таких хірургічних втручань у спеціалізованих проктологічних, онкологічних клініках і частота післяопераційних ускладнень значно зменшилися.

Надзвичайно важливим є вибір оптимального рівня резекції ободової кишки в дистальному напрямку (рівень резекції ділянки ободової кишки вище пухлини фактично не лімітований). Дистальна лінія перетину кишки має забезпечувати попередження рецидиву пухлин, тому що для формування анастомозу використовують дистальний відрізок кишки, що є неможливим у разі надто близького розташування пухлини від рівня дистальної лінії резекції. Виходячи з результатів численних патоморфологічних досліджень, сьогодні встановлено чіткі правила, обов'язкові під час виконання операцій з приводу раку ободової кишки: при раку сигмовидної кишки показано виконання операції лівобічної геміколектомії; при раку сліпої кишки, висхідного відділу і печінкового згину операцією вибору є правобічна геміколектомія; при раку поперечно-ободової кишки можливим є виконання сегментарних резекцій з обов'язковим видаленням не менше 10 см здорової кишки в обидва боки від країв пухлини.

Найчастіше місцем видаленого метастазування KPP є печінка. За даними переважної більшості вітчизняних і зарубіжних онкологів, її резекція з наступною внутрішньоартеріальною поліхіміотерапією у таких хворих є ефективною у 40-70% випадків і збільшує середню виживаність до 25-48%.

При тазових рецидивах раку прямої кишки прогноз є незадовільним, тому що у 50% вони поєднуються з відділеними метастазами і є інкурабельними; хіміо- та променева терапія в таких випадках дають лише тимчасовий ефект.

Визначаючи сучасний стан хірургії KPP, доцільним було б виділити такі аспекти.

- Своєчасне виявлення аденоматозних поліпів товстої кишки є головним резервом зниження показників захворюваності та смертності від раку вказаної локалізації. Запровадження скринінгу передракових станів і раку товстої кишки та ранніх стадій раку – головний резерв покращення не лише безпосередніх, видалених, а й

функціональних результатів хірургічного лікування хворих на KPP і якості життя оперованих хворих.

- Переважна більшість малігнізованих аденоматозних поліпів і близько 5% дистальних аденокарцином прямої кишки, які локалізуються на висоті 6-8 см від ануса, можна виліквувати місцевим висіченням (тотальна біопсія), пріоритетніше із застосуванням трансанальної ендоскопічної мініінвазивної хірургії. Для впевненості у відсутності ураження регіонарних лімфовузлів необхідним є операційне виконання ендоректальної сонографії й КТ. При таких ексцизіях раку T1-2 стадії місцеві рецидиви виявляють у 0-26%, а тривала виживаність становить 73%. Післяопераційна променева терапія покращує результати (місцеві рецидиви при 23-64 міс – 0-20%, тривала виживаність – 70-100%) хірургічного лікування хворих.

- Проростання пухлини за межі стінки прямої кишки є показанням до виконання радикального втручання. Основним фактором рецидиву в таких випадках є стадія раку, наявність метастазів у лімфовузлі, проростання в оточуючі органи і тканини. Основними операціями є низька передня резекція прямої кишки з формуванням колоанальних анастомозів, пріоритетніше степлерних (формування не більше ніж 2 см від нижнього краю пухлини); черевно-промежинна ексципія прямої кишки з видаленням мезоректума. При таких операціях частота місцевих рецидивів не перевищує 5-7%, а тривала виживаність становить 68-78%. Комбінована неоад'ювантна променева терапія є стандартною в лікуванні раку прямої кишки в стадіях T2-3. При наднизьких локалізаціях раку показаним є низведення низхідної кишки і створення неоректума. Формування при цьому товстокишкових резервуарів зменшує кількість дефекацій до 1-3 разів. Хірургічне лікування раку ободової кишки різної локалізації передбачає: виконання операції ліво- чи правобічної геміколектомії при раку лівого або правого відділів ободової кишки, сегментарної резекції при ураженні поперечно-ободової кишки.

- Неоад'ювантна й ад'ювантна променева і полікомпонентна хіміотерапія, яку проводять хворим, оперованим з приводу раку прямої кишки, забезпечує п'ятирічну виживаність до 80% пацієнтів.

Успішне лікування хворих на KPP можливе лише у разі мультидисциплінарного підходу з участю хірургів, онкологів, проктологів, променевої, хіміотерапевтів й інших фахівців.

Враховуючи сучасні світові підходи до вибору оптимальної хірургічної тактики при лікуванні хворих на KPP, завданням онкологів, онкопроктологів є індивідуалізація плану лікування на основі вивчення експресії молекулярних і генетичних методів, реакції пухлини на проведення системної перед- і післяопераційної хіміотерапії, оптимізація методів комплексної та комбінованої дії з метою досягнення оптимальних результатів лікування.



Клинический случай

В.П. Перепелиця, головний хірург УОЗ м. Житомира, завідувач хірургічного відділення; **В.С. Хоменко**, лікар-хірург; **В.Г. Шкляєв**, лікар-хірург; **М.В. Хренов**, завідувач відділення променевої діагностики, Центральна міська лікарня № 1, м. Житомир

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту

Під сторонніми тілами розуміють різноманітні тіла і предмети органічного й неорганічного походження, які потрапили в органи і порожнини природним шляхом, через операційну або нанесену твердим предметом рану.

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту – порівняно рідкісна патологія, проте їх запізнена діагностика призводить до важких ускладнень, таких як кровотеча, перфорація травного тракту з розвитком перитоніту, утворення інфільтратів черевної порожнини і заочеревинних флегмон, які досить часто стають причиною летального наслідку [1].

Історія вивчення проблеми досить давня. Основним методом вилучення стороннього тіла в епоху середньовіччя була евакуація природним шляхом. Перша серйозна наукова згадка про успішне лікування стороннього тіла шлунка датується 1635 роком, коли хірург Кенінгсберзького університету Daniel Schwabe вперше виконав успішну гастротомію з видаленням стороннього тіла. З початком епохи асептики й антисептики почастішали повідомлення про хірургічне видалення сторонніх тіл. 1811 року White вперше виконав ентеротомію і видалив стороннє тіло (ложку) із клубової кишки. З товстого кишечника стороннє тіло вперше видалив Reol 1886 року [3], а першу у світі апендектомію з приводу стороннього тіла апендикса (інкрустована солями шпилька) виконав англійський хірург Claudius Amyand 1735 року [10].

Переважає кількість заковтнутих сторонніх тіл великого калібру припадає на осіб з психічними відхиленнями, дрібні предмети в основному заковтують діти (Wolfler, Lieblein, 1909).

Заковтнуті сторонні тіла частіше виявляють у жінок – 64-69,3%.

За даними С.В. Богомазова (1979), серед хворих із сторонніми тілами у 12,1% спостережено було виявлено відхилення психіки або алкоголізм, лише у 2,9% випадків це носило випадковий характер [2].

Більшість сторонніх тіл, які потрапили у шлунково-кишковий тракт, мають тенденцію до самовільного видалення (75,6%), у 4,8% випадків виникає потреба в оперативному лікуванні [9].

Сторонні тіла стравоходу

Частота локалізації сторонніх тіл стравоходу становить 68,4% [1].

Підгрунтям такої великої частоти є перш за все наявність анатомічних зружень стравоходу, де діаметр і податливість його стінок значно менші. Клінічні прояви залежать від величини, форми, локалізації стороннього тіла стравоходу, давності, наявних ускладнень і проявляються у вигляді різкого за грудного болю, гіперсалівації, дисфагії, стравохідного блювання. За наявності ускладнень з'являється симптоматика медіастиніту. Летальність серед цієї групи хворих досягає 4,1-5,7% від загальної кількості спостережень [4].

За даними Т.П. Пінчука зі співавт., у стравоході переважають м'які сторонні тіла і фруктні кісточки (обтурація стравоходу у хворих з аксіальними грижами стравохідного отвору діафрагми або його стриктурами), дещо рідше зустрічаються кістки, зубні протези, різноманітні предмети – пробки, шпильки тощо [7].

Варто відмітити, що скарги й анамнез не є першочерговими критеріями визначення наявності стороннього тіла стравоходу, тому що в 6-41,2% хворих вони відсутні. Ендоскопія верхнього відділу шлунково-кишкового тракту має першочергове значення в діагностиці та лікуванні сторонніх тіл цієї локалізації.

Сторонні тіла шлунка

Сторонні тіла шлунка за своєю суттю є наслідком їх міграції зі стравоходу. У більшості випадків сторонні тіла шлунка асимптомні. Можлива клінічна симптоматика зводиться до відчуття переповнення і важкості в епігастрії, металевого присмаку в роті. Частота цієї локалізації становить 18,9% [1]. Найбільш розповсюдженим стороннім тілом шлунка є зубні протези [7].

Абсолютно іншу за етіопатогенезом групу сторонніх тіл шлунка становлять безоари, серед яких найчастіше зустрічаються фітобезоари. Варто зауважити, що вони можуть стати причиною тонкокишкової непрохідності [6].

Основним методом діагностики і лікування є фіброезофагогастродуоденоскопія. За даними Т.Р. Sai Prasad і співавт. (2006), лише в 1% випадків гострі сторонні тіла шлунка великих розмірів з метою профілактики ускладнень потребують відкритої хірургічної корекції.

Сторонні тіла пілоричного відділу шлунка, нижньогоризонтальної частини дванадцятипалої кишки, дуодено-еюнального переходу, ілеоцекальної ділянки потребують відкритої оперативної втручання.

Сторонні тіла тонкого і товстого кишечника

Частота локалізації становить: тонкий кишечник – 7,1%, товстий кишечник – 3% [1].

Виявлення сторонніх тіл тонкого кишечника є наслідком їхньої здатності до міграції. Існують випадки виявлення сторонніх тіл прямої кишки, які стали наслідком насилля або сексуального збочення [5].

За даними А.А. Дубровського і співавт. (1977), перфорація товстого кишечника сторонніми тілами (33,8%) зустрічається частіше за перфорацію шлунка (15,5%) [11].

У діагностиці сторонніх тіл прямої кишки першочергове значення має пальцеве ректальне обстеження, використання ректороманоскопії, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини.

У 2,8% спостережень для видалення стороннього тіла із прямої та сигмовидної кишки необхідне виконання лапаротомії. Для трансанального видалення потрібно провести девульсію анального сфинктера під наркозом [8].

Перфорація сторонніми тілами завжди потребує екстреної оперативної корекції.

Як практичну класифікацію використовують розподіл сторонніх тіл на такі основні групи [1]:



1. Заковтнуті предмети: а) випадково; б) навмисне.
2. Утворені у просвіті порожнистих органів: а) жовчні камінці; б) шлункові та кишкові безоари.
3. Сторонні тіла, які потрапили у просвіт шлунково-кишкового тракту внаслідок травми.
4. Навмисне забуті або залишені під час оперативних втручань (лігатури, марлеві серветки, каркасні (забуті) дренажі тощо).
5. Живі сторонні тіла (мають паразитарне походження).
6. Калові камені.

Клінічний випадок № 1

Хвора Ш., 1968 р. н., поступила до хірургічного відділення №1 ЦМЛ №1 м. Житомира зі скаргами на сильний біль у верхніх відділах живота, нудоту, блювання, діарею. Зі слів хворої, вищевказані скарги виникли близько доби тому. Місяць тому знаходилася на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: гострий панкреатит, легкий перебіг.

Об'єктивно: загальний стан хворої ближче до задовільного. Хвора нормальної будови тіла, у свідомості, адекватно орієнтується в часі та просторі. Шкіра, видимі слизові звичайного кольору, язик сухий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 37,5°C. Тони серця ритмічні, АТ 140/85 мм рт. ст., пульс 90/хв, задовільного наповнення і напруження. У легенях везикулярне дихання. ЧДР 17/хв.

Периферичні лімфовузли не пальпуються. Під час пальпації живота відзначається виражена болочість в епігастрії та лівому підребер'ї. Печінка не пальпується. Печінкова тупість збережена. Перистальтика дещо ослаблена. Симптоми подразнення очеревини негативні. Периферичні набряки відсутні.

Лабораторні показники під час госпіталізації: загальний аналіз крові – Нв 126 г/л, еритроцити $3,8 \times 10^{12}$ /л, КП 0,9, лейкоцитоз $9,2 \times 10^9$ /л, еозинофілі 1%, паличкоядерні лейкоцити 13%, сегментоядерні 72%, лімфоцити 10%, моноцити 4%, ШОЕ 8 мм/год. Загальний аналіз сечі – жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити 0-1 у п. з., лейкоцити до 15 у п. з., питома вага 1018, білок 0,207%, фосфати +++++. Діастаза 128 ОД. Глюкоза крові 4,8 ммоль/л.

Біохімічний профіль: амілаза крові 344 од/л (N=80 од/л), сечовина 7,7 ммоль/л, загальний білірубін 12,3 мкмоль/л, загальний білок 80 г/л.

ФГДС: ерозивна гастродуоденопатія.

УЗД ОЧП: хронічний холецистопанкреатит, сечосольовий діатез.

Хворій призначено комплексну багатовекторну патогенетичну терапію гострого панкреатиту, на тлі якої відмічалася позитивна клінічна симптоматика.

На третю добу перебування у стаціонарі хворій виконано комп'ютерну томографію органів черевної порожнини (рис. 1). Висновок: стороннє тіло черевної порожнини, локальний перитоніт, реактивний ентероколіт, локальне реактивне запалення пілоричної частини шлунка. Са шлунка? Лімфаденопатія лімфовузлів очеревини.

Після проведеної передопераційної підготовки хвору взяли в операційну. Під загальним знеболенням з міорелаксацією та з використанням штучної вентиляції легень (ШВЛ) виконано верхньосередню лапаротомію.

У черевній порожнині невелика кількість серозного ексудату, переважно в підпечінковому просторі. Проведено ревізію органів черевної порожнини. На передній стінці верхньогоризонтального відділу дванадцятипалої кишки з переходом на пілоричний відділ шлунка наявний щільний інфільтрат. Виконано пілородуоденотомію, ревізію задньої стінки – без патології, а також ромбовидне висічення інфільтрату з пілородуоденопластикою за Гейнке-Мікулічу. На зрізі мікропрепарату наявний металевий предмет розміром до 5 см. Черевну порожнину сановано розчинами антисептиків, задреновано трьома дренажами з полівінілхлориду (ПВХ). Післяопераційний період протікав без ускладнень. Дренажі з черевної порожнини забрано на п'яту добу. Шви знято на восьму добу. Пацієнтку виписали зі стаціонару на одинадцять добу в задовільному стані з наступним спостереженням хірурга поліклініки.

Клінічний випадок № 2

Хворий М., 1973 р. н., 7.12.2011 р. госпіталізований до хірургічного відділення №1 ЦМЛ №1 з діагнозом: абсцес черевної порожнини.

З 16.11. по 24.11.2011 р. перебував на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні №1 з діагнозом: апендикулярний інфільтрат. Хворому проведено комплексну антибактеріальну терапію, на тлі якої відмічалася позитивна клінічна симптоматика.

Хворого виписали зі стаціонару на восьму добу в задовільному стані з явищами часткового розсмоктування інфільтрату. Рекомендовано плану апендектомію через три місяці.

Під час госпіталізації хворий висловлював скарги на біль у правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38,5°C, виражену загальну слабкість.

Об'єктивно: загальний стан хворого ближче до задовільного. Хворий нормальної будови тіла, у свідомості. Шкіра, видимі слизові звичайного кольору, язик сухий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 37,5°C. Тони серця ритмічні, АТ 110/85 мм рт. ст., пульс 100/хв, задовільного наповнення і напруження. У легенях везикулярне дихання. ЧДР 19/хв.

Периферичні лімфовузли не пальпуються. Під час пальпації живота відмічається виражена болочість у правій здухвинній ділянці. Печінка не пальпується. Печінкова тупість збережена. Кишечник не здутий, перистальтика ослаблена. Симптоми подразнення очеревини слабо позитивні у правій здухвинній ділянці. Симптом Пастернацького негативний. Периферичні набряки відсутні.

Хворому призначено антибактеріальну терапію (β-лактамний антибіотик групи пеніцилінів із клавулановою кислотою, орнідазол, фторхінолон III покоління).

Лабораторні показники під час госпіталізації: загальний аналіз крові – Нв 145 г/л, еритроцити $4,5 \times 10^{12}$ /л, КП 0,9, лейкоцитоз 18×10^9 /л, паличкоядерні лейкоцити 18%, сегментоядерні 52%, лімфоцити 26%, моноцити 4%, ШОЕ 28 мм/год. Загальний аналіз сечі – жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити 0-1 у п. з., лейкоцити 2-3 у п. з., питома вага 1018, білок 0,033%, фосфати +++++. Глюкоза крові 5,4 ммоль/л.

На другу добу перебування у стаціонарі хворому виконано КТ органів черевної порожнини (рис. 2).

Висновок: КТ-ознаки стороннього тіла (кістка?) гіпогастральної ділянки з формуванням абсцесу, ймовірно, унаслідок мікроперфорації через стінку клубової кишки.

9.12.2011 р. під загальним знеболенням з міорелаксацією і ШВЛ виконано верхньосередню лапаротомію.

У правій здухвинній ділянці виражений спайковий процес. Під час проведення адгезіотомії розкрито параректальний абсцес діаметром до 50 мм, його вміст – густий гнійний ексудат об'ємом до 30 мл. Порожнину абсцесу сановано розчинами антисептиків. Під час подальшої ревізії – апендикс і товстий кишечник – без патології. Черевну порожнину сановано, задреновано трьома дренажами з ПВХ. Гемостаз. Сухо. Післяопераційна рана

пошарово вшита. Асептична пов'язка. Крововтрата 100 мл.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Дренажі з черевної порожнини забрано на п'яту добу, шви з лапаротомної рани знято на восьму добу. Хворого виписали зі стаціонару в задовільному стані на восьму добу з наступним амбулаторним наглядом хірурга поліклініки.

Гістологічний висновок № 17597 – 99/3: стінка абсцесу.

Висновки

Резюмуючи викладений матеріал, варто відмітити, що далеко не всі сторонні тіла шлунково-кишкового тракту вдається діагностувати під час ендоскопічного дослідження або оглядової рентгенографії органів черевної порожнини. Саме в таких випадках першочергове значення має використання комп'ютерної томографії, яка дає змогу значно спростити діагностичний пошук і провести диференційну діагностику. Пізні звернення хворих – основна причина виникнення інтраабдомінальних ускладнень, які потребують ургентного оперативного втручання.

Описані нами клінічні випадки підтверджують складність діагностики сторонніх тіл шлунково-кишкового тракту і їх диференційної діагностики з гострою хірургічною патологією.

Література

1. Бебуришвили А.Г., Мандриков В.В., Акинчиц А.Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: Учебно-методическое пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов. – Волгоград, 2007. – С. 5-19.
2. Благодатко Е.М. и соавт. Инородные тела. – Новосибирск: Наука, 1996. – 200 с.
3. Богомазов С.В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Владивосток, 1998. – 18 с.
4. Королев М.П., Антипова М.В. Эндоскопическая диагностика и лечение инородных тел верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Матер. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы неотложной эндоскопии». – Санкт-Петербург, 2001. – С. 34-36.
5. Масляк В.М., Лозинский Ю.С., Кордоба М.Т., Дяк Л.И. Травма та сторонні тіла товстої кишки // Лікарська справа. – 1993. – № 2-3. – С. 126-128.
6. Маховский В.З., Ворущинин В.А., Печенкин Е.В. Фитобезор как причина острой тонкокишечной непроходимости // Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005. – № 7.
7. Пинчук Т.П., Абакумов М.М., Квардакова О.В. Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – №1. – С. 52-56.
8. Тренин С.О., Гельфенбейн Л.С., Цанашвили С.Г., Шишков А.В., Масляников В.А. Инородные тела прямой кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005. – № 11. – С. 58-63.
9. Velitchkov N.G., Grigorov G.I., Losanoff J.E. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases // World Journal of Surgery, Vol. 20, issue 8 (October 1996), p. 1001-1005.
10. Claudius Amyand. Цит.: П.Ф. Калитеевский. Болезни червеобразного отростка. М. 1970. – С. 128.
11. <http://kaznmu.kz/press/> // Вестник КАЗНМУ.

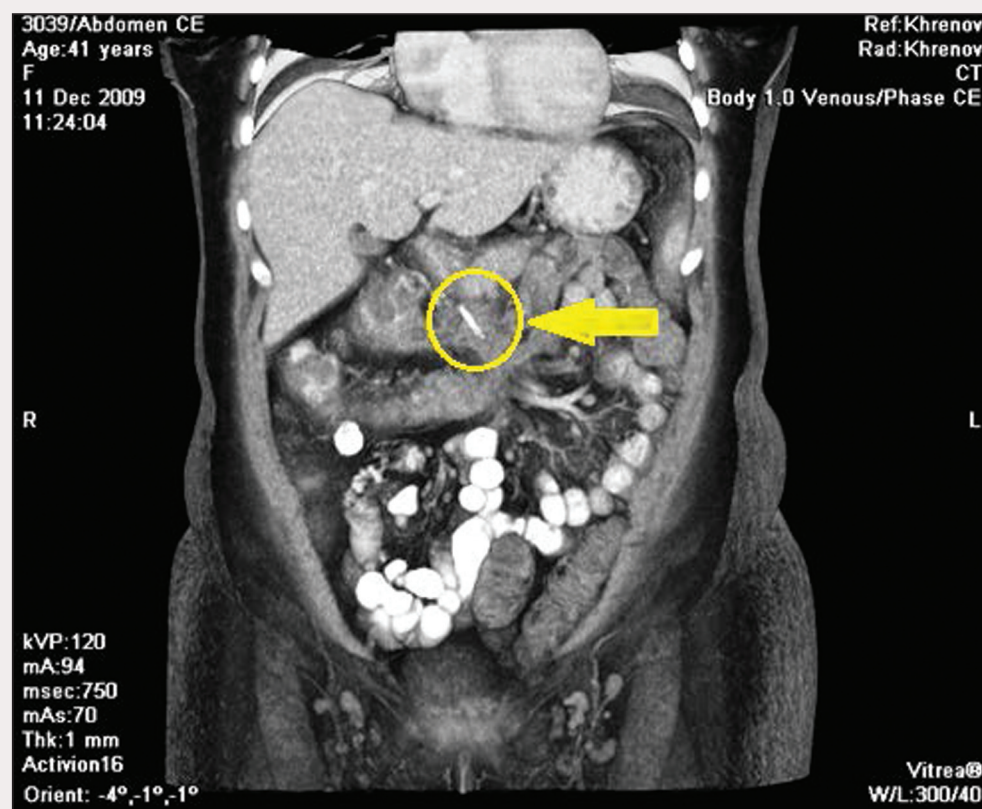


Рис. 1. Стороннє тіло дванадцятипалої кишки (голка)

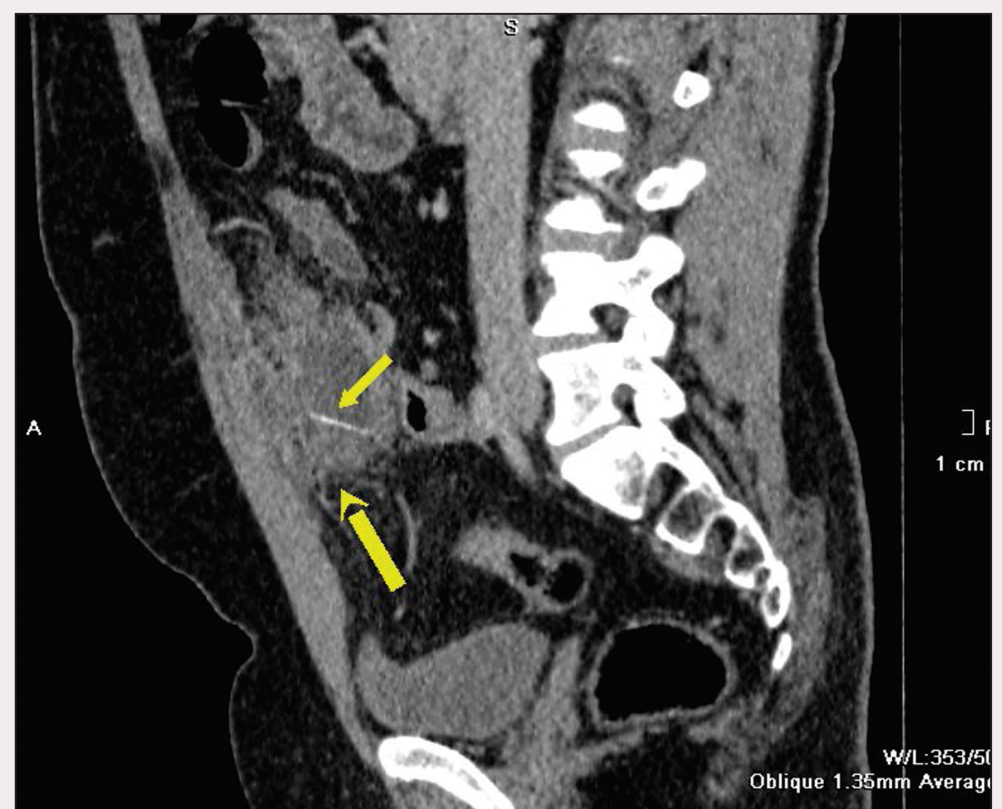


Рис. 2. Маленькою стрілкою показано стороннє тіло, великою – інфільтрат з формуванням абсцесу