

УДК 616.348-006.6-007.272-089.15

© В. І. РУСИН, С. М. ЧОБЕЙ, П. О. БОЛДІЖАР, А. Ю. КУЦЕНКО

ДВНЗ “Ужгородський національний університет”

Розширення об'єму операційних втручань при обструктивному раку ободової кишки

V. I. RUSYN, S. M. CHOBEY, P. O. BOLDIZHAR, A. YU. KUTSENKO

SHEI “Uzhhorod National University”

SURGICAL INTERFERENCES EXTENT AT OBSTRUCTIVE COLON CANCER

У роботі представлено клінічний випадок хворого з пухлиною печінкового кута товстої кишки $T_4N_1M_0$ з проростанням у дванадцятипалу кишку та праву нирку, на прикладі якого вказані можливості збільшення та розширення об'єму хірургічного втручання, що вимагає від лікарів додаткових зусиль, знань та матеріальних витрат.

The article adduces the clinical case of a patient with the colon cancer of hepatic flexure $T_4N_1M_0$ involving duodenum and right kidney. This example shows that there are cases with wide extent of surgical interferences, which require from doctors additional efforts, knowledges and financial charges.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Інтраопераційна верифікація стадії пухлинного процесу ободової кишки I, II чи III залишається проблематичною передусім для ургентних хірургів загального профілю. Як правило, інтраопераційне експрес-гістологічне дослідження регіонарних лімфатичних вузлів у невідкладній хірургії ОРОК практично є невиконаним. Більше того, навіть планові гістологічні дослідження з окремих районних центрів відправляються на виконання в патологоанатомічні відділення обласних закладів [5, 6]. В результаті цього районні хірурги зустрічаються з двома клінічними ситуаціями: ОРОК без віддалених метастазів (I, II, III стадії) і IV стадія захворювання. Якщо виходити з принципів онкологічної радикальності, то вирішальне значення у визначенні об'єму операції відіграє кваліфікація хірурга в колоректальній хірургії, частково в судинній хірургії.

Мета роботи: визначити розширений об'єм операційних втручань при обструктивному раку ободової кишки.

Матеріали і методи. Основним методом, який забезпечує стійке оздоровлення хворих на рак ободової кишки, є хірургічне втручання з використанням принципів онкологічного радикалізму – зональності і футлярності. Операцію можна вважати радикальною тільки в тому випадку, якщо поряд з достатньо широкою резекцією ділянки кишки, ураженою пухлиною, видаляється і зона можливого

регіонарного метастазування, яка чітко визначається відповідно до локалізації пухлини в товстій кишці.

Щодо побудови алгоритму визначення тактики хірургічного лікування пацієнтів, хворих на ОРОК, слід визнати, що в цілому алгоритм підпорядкований основним принципам надання медичної допомоги: програма “мінімум” – ліквідація механічної непрохідності або інших життєво загрозливих ускладнень, “максимум” – створення реальних умов для видужання від злоякісного процесу. При цьому частина хворих має метастатичні ураження [5, 6].

Найчастіше метастатичні ураження спостерігались в печінці та легенях, значно рідше в інших, частіше суміжних органах, розташованих синтопічно до пухлини товстої кишки. При гострій кишкової непрохідності навіть мови не може бути про розширення об'єму операційного втручання. Навпаки, при хронічній та підгострій формах кишкової непрохідності обструктивного раку товстої кишки розширення об'єму втручання можливе після повного обстеження хворого.

Результати досліджень та їх обговорення.

Як приклад приводимо витяг із медичної карти стаціонарного хворого № 15361. Хворий К., госпіталізований у хірургічну клініку ЗОКЛ ім. Андрія Новака 02.11.2008 року зі скаргами на виражену загальну слабкість при найменшому фізичному навантаженні, головокружіння, втрату апетиту, тяжкість при ковтанні, патологічні виділення в калі у вигляді крові, затримку калу і газів, схуднення.

Анамнез захворювання: перші симптоми виникли у квітні 2008 року і проявилися вираженою загальною слабкістю. Проходив обстеження у ЦРЛ та приватному медичному центрі. Призначено антианемічне лікування – без особливого ефекту. Загальна слабкість наростала. Рівень показників червоної крові – гемоглобін 60–80 г/л. На початку жовтня при ФГДС діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки : при УЗД діагностоване вогнищеве утворення у печінці. Отримував консервативне лікування. За тиждень до госпіталізації скаржився на дьогтеподібний кал. Звернувся в хірургічне відділення ЗОКЛ ім. Андрія Новака. Після обстеження діагностовано пухлину печінкового згину товстої кишки і проростання у дванадцятипалу кишку. Проводили протианемічне лікування, гемо- і плазматрансфузії. Госпіталізований для виконання операційного втручання.

Дані додаткових методів обстеження – ФГДС (02.11.2008 року). У шлунку помірна кількість вмісту за типом товстокишкового. В постбульбар-

ному відділі пухлинний утвір, що циркулярно уражає просвіт. У цій ділянці нориця. Утвір із ділянками розпаду, контактно легко ранимий. Взято біопсію. Висновок: проростання дванадцятипалої кишки іззовні. Тонко-товстокишкова нориця? Біопсія.

Динамічна реносцинтиграфія (28.10.2008 року). Висновок: на скінтиграмі візуалізуються обидві нирки. Права – форма і границі збережені, незначний птоз. Вивідна функція порушена, крива виведення обструктивна. Ліва – форма і границі без змін, видільна функція збережена. Крива виведення паренхіматозна (рис. 1).

ЗАК (02.11.2008 року): Hb – 39 г/л; Eг – 1,3 Т/л; L – 17,4 Г/л. (05.11.2008 року): Hb – 53 г/л; Eг – 2,12 Т/л; L – 12,6 Г/л. (06.11.2008 року): Hb – 68 г/л; Eг – 2,08 Т/л. (07.11.2008 року): Hb – 49 г/л; Eг – 1,48 Т/л; L – 10,0 Г/л, ШОЕ – 20 мм/год (08.11.2008 року): Hb – 67,9 г/л; Eг – 2,7 Т/л; L – 8,0 Г/л. (09.11.2008 року): Hb – 73 г/л; Eг – 2,7 Т/л; L – 4,4 Г/л. (11.11.2008 року): Hb – 83,0 г/л; Eг – 2,78 Т/л; L – 5,8 Г/л.

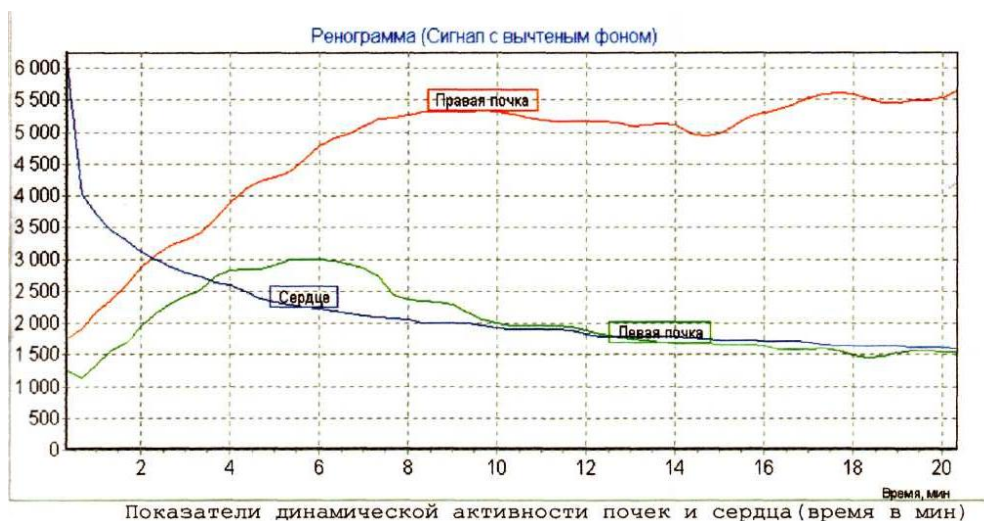


Рис. 1. Радіоізотопна скінтиграфія нирок хворого К.

Діагностовано пухлину печінкового згину товстої кишки T4N1M0. Проростання у дванадцятипалу кишку та праву нирку.

Виконано операційне втручання 06.11.2008 року: лапаротомія. Правобічна геміколектомія. Резекція шлунка із гастроентероанастомозом за Більрот II в модифікації Малхасяна. Резекція дванадцятипалої кишки. Правобічна нефректомія. Холецистостомія. Дренування черевної порожнини.

Після обробки операційного поля виконано верхньосерединну лапаротомію. При ревізії в черевній порожнині до 1 літра прозорого ексудату. Ексудат із черевної порожнини ретельно відсмоктано. У підпечінковому просторі виявлено пухлиноподібний утвір до 15 см у діаметрі, нерухомий, кам'янистої щільності, який походить із печінкового згину товстої кишки (рис. 2).

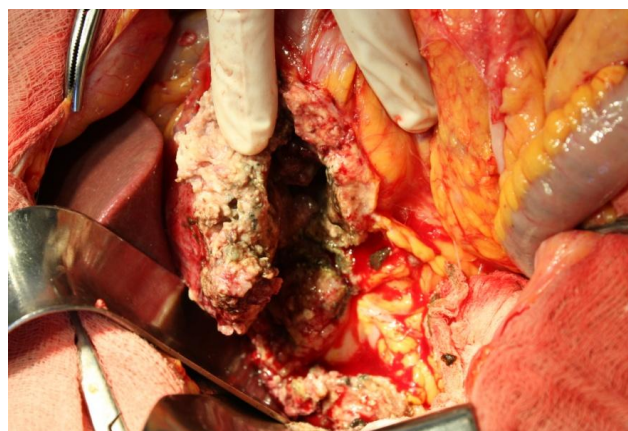


Рис. 2. Інтраопераційне фото хворого К. Рак печінкового згину товстої кишки з ободово-дуоденальною норицею та метастазами в праву частку печінки та праву нирку.

У пухлиноподібний утвір втягнута цибулина дванадцятипалої кишки (пухлина повністю закриває передню поверхню дванадцятипалої кишки). Верхнім полюсом пухлина вростає у позаочеревинний простір в ділянці воріт печінки. Частково гострим, частково тупим шляхом мобілізовано від парієтальної очеревини печінковий згин товстої кишки. Пухлина гострим та тупим шляхом виведена із підпечінкового простору. При виведенні пухлини розкрився просвіт цибулини дванадцятипалої кишки.

Шлунок мобілізовано на 1/2 по великій кривині шляхом парціального пересікання на затискачах, прошивання і перев'язки шлунково-поперечно-ободової зв'язки. Шлунок мобілізовано по малій кривині шляхом парціального пересічення малого сальника на затискачах до лівої шлункової артерії і вени. Ліва шлункова артерія прошита і перев'язана двічі, пересічена між лігатурами. Шлунок пересічено по межі мобілізації зшиваючим апаратом Petza, лінія швів занурена окремими вузловими серо-серозними швами. Дванадцятипалу кишку пересічено на 1 см нижче пухлинного проростання на рівні середньої третини низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Куксу дванадцятипалої кишки із великими технічними труднощами зашито окремими вузловими швами та занурено в один ряд серо-серозних швів. Виявлено, що пухлина не проростає в елементи гепатодуоденальної зв'язки та шийку жовчного міхура.

Висхідний відділ товстої кишки та сліпу кишку мобілізовано шляхом пересікання очеревини по зовнішньому контуру в місці переходу вісцеральної в парієтальну. Тонку кишку мобілізовано на 30 см від ілеоцекального клапана шляхом парціального прошивання і пересікання брижі тонкої кишки клиноподібно від кореня. Товста кишка на 10 см від селезінкового згину пересічена між двома зав'язаними лігатурами. Кукса дистального відділу товстої кишки занурена в окремі вузлові серо-серозні шви. На привідний відділ клубової кишки накладено кисетний шов і зтягнуто без зав'язування шляхом тракції за нитку. На відвідний відділ накладено і зав'язано лігатуру. Тонка кишка пересічена між кисетом і лігатурою. Видалено єдиним блоком: праву половину товстої кишки із пухлиною та частиною дванадцятипалої кишки, що проросла пухлиною, поперечноободову кишку, дистальний відділ клубової кишки з частиною брижі, великий сальник (рис. 3).

Просвіт кукси поперечноободової кишки розкрито по вільній лінії тенії. Тонка кишка інвагінована в просвіт товстої шляхом протягнення в просвіт за лігатуру-кисет за Русином. Накладено циркулярно ряд серо-серозних швів, по передній губі накладено ще один ряд закріплювальних швів. Кисет видалено.



Рис. 3. Продовження серії. Частина макропрепарату правої половини товстої кишки.

Права нирка мобілізована із заочеревинного простору по зовнішньому контуру шляхом парціального прошивання парієтальної очеревини.

Залишки видаленої пухлини знаходяться у воротах нирки. Виділено і перев'язано сечовід, пересічено біля пухлини, дистальний відділ ще раз перев'язано. З великими технічними труднощами видалено залишки пухлини від нижньої порожнистої вени, після чого перев'язана двома лігатурами і пересічена між ними ниркова вена, також артерія. Нирка разом із залишками пухлини вивихнута із заочеревинного простору, видалена (рис. 4). Ділянку проростання пухлини у заочеревинний простір позаду від нижньої порожнистої вени ближче до воріт печінки коагульовано. Підпечінковий простір ретельно промито фізіологічним розчином.

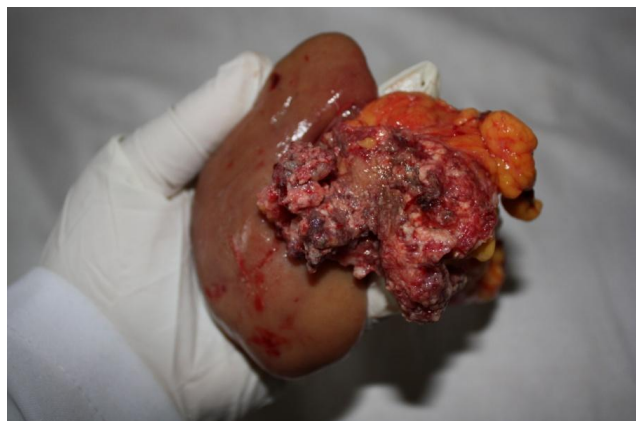


Рис. 4. Продовження серії. Видалена права нирка з пухлинним проростанням воріт нирки.

Позаду від ілеотрансверзоанастомозу проведено ультракоротку петлю, сформовану після часткового підсікання зв'язки Трейца, яка розгорнута ізоперистальтично. Накладено анастомоз з куксою шлунка дворядним вузловим швом по великій кривині за Малхасяном. Анастомоз низведено нижче ілеотрансверзоанастомозу і зафіксовано у вікні

брижі термінальних відділів тонкої кишки. Кукса дванадцятипалої кишки додатково вкрита брижею термінального відділу тонкої кишки окремими вузловими швами.

Розкрито просвіт жовчного міхура в ділянці дна, відсмоктано жовч, у просвіт введено катетер Фолея, який зафіксовано вузловим та кисетним швами. Катетер виведено на передню черевну стінку через контрапертуру. Дно жовчного міхура зсередини зафіксоване до парієтальної очеревини окремими вузловими швами.

Черевну порожнину ще раз ретельно осушено, промито розчинами антисептиків. Дренажні трубки встановлено в правий підпечінковий простір, в порожнину малого таза справа, по лівому Зерновському каналу. Післяопераційну рану пошарово зашито.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безпосередні результати хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки / В. О. Кікоть, В. О. Чорний, О. І. Євтушенко [та ін.] // Онкологія: прил. к журн. "Експерим. Онкологія". – 2003. – № 3. – С. 256–257.
2. Березницький Я. С. Обґрунтування виконання первинно-відновних оперативних втручань при обструктивній непрохідності ободової кишки / Я. С. Березницький, А. В. Гапонов, В. М. Турчин // Український журнал хірургії. – 2009. – № 5. – С. 11–13.
3. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки / Г. В. Пахомова, Н. С. Утешев, Т. Г. Подловченко [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 55–59.

Накладено асептичну пов'язку. Післяопераційний період без ускладнень. Виписано 22.11.2008 року з рекомендацією продовження лікування в ЗОКОД. Хворому проведено курс системної поліхіміотерапії.

Висновки. Таким чином, метастатичні ураження при ОРОК потребують збільшення та розширення об'єму хірургічного втручання, що вимагає від лікарів додаткових зусиль, знань та матеріальних витрат.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є більш детальне вивчення величини об'єму оперативних втручань при обструктивному раку ободової кишки залежно від форми товстокишкової непрохідності.

4. Матвійчук Б. О. Гостра обтураційна непрохідність ободової кишки пухлинного генезу: хірургічна тактика / Б. О. Матвійчук // Клінічна хірургія. – 1997. – № 12. – С. 88–89.
5. Русин В. І. Об'єм хірургічного втручання при обструктивному раку ободової кишки залежно від ступеня стенозування просвіту / В. І. Русин, С. М. Чобей // Український журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С. 117–120.
6. Management and prognosis of colon cancer in patients with intestinal obstruction or peritonitis: a French population-based study / F. Borie, B. Tretarre, E. Marchigiano [et al.] // Med. Sci. Monit. – 2005. – Vol. 6. – P. 266–273.

Отримано 17.04.13