

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(3)-07

УДК: 616.348-006.06:616.34-007.272:616.26-007.43-031

## РАК НИЗХІДНОГО ВІДДІЛУ ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИЙ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ТА ЛІВОБІЧНА ПІСЛЯТРАВМАТИЧНА КИЛА ДІАФРАГМИ

Керничний В. В., Суходоля А. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:  
e-mail: kernychniy@gmail.com

Статтю отримано 01 червня 2020 р.; прийнято до друку 03 липня 2020 р.

**Анотація.** У статті наведений рідкісний клінічний випадок успішного лікування раку низхідного відділу ободової кишки, ускладненого гострою obturaційною кишковою непрохідністю на фоні післятравматичної лівобічної кили діафрагми у пацієнта 68 років. Результати хірургічного лікування вказують на можливі несподівані інтраопераційні труднощі, з якими може зустрітись оперуючий хірург в процесі оперативного втручання. Зауважується, що при операції з приводу раку низхідного відділу ободової кишки, ускладненого гострою obturaційною кишковою непрохідністю, обов'язковим залишається пошук причини болю в животі, що супроводжувався здуттям живота, відсутністю стільця та газів, блювотою "фекаліями", однією з яких може виявитись післятравматична лівобічна кила діафрагми, ускладнена защемленням.

**Ключові слова:** рак ободової кишки, кишкова непрохідність, кила діафрагми, діагностика, хірургічне лікування.

### Вступ

Злоякісні новоутворення (ЗН) товстої кишки займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності населення України. У Хмельницькій області колоректальний рак (КРР) впродовж останніх 5 років (2014-2019) у структурі хворих з вперше виявленими ЗН (не враховуючи немеланомні ЗН шкіри) займає I місце, що складає 11,6% і має тенденцію до зростання [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Кількість ускладнених форм раку товстої кишки залишається високою. У структурі ускладненого раку товстої кишки одне з перших місць займає obturaційна товстокишкова непрохідність, яка ускладнює перебіг пухлини товстої кишки в 59-79,3% випадках [1, 3, 4, 5, 6, 7].

За результатами хірургічного лікування 3 751 пацієнта з колоректальним раком, які перебували на лікуванні в проктологічному відділенні КНП "Хмельницька обласна лікарня" ХОР та хірургічних відділеннях КНП "Хмельницький обласний протипухлинний центр" ХОР, кишкова непрохідність (у різних стадіях компенсації) була діагностована у 29,4%. Гостра obturaційна кишкова непрохідність діагностована у 8,1%.

Грижі діафрагми в дорослого населення є вкрай рідкісною патологією та складають <1% від усіх гриж, але справжня частота діафрагмальних гриж є невідомою через те, що чіткі патогномонічні ознаки неускладненої діафрагмальної грижі відсутні, а симптоматика маскується під хронічну патологію органів черевної порожнини та патологію грудної клітки [9, 10]. Зазвичай вважається, що діафрагмальні грижі є вродженими, але існують й інші етіологічні фактори, такі як травма. В літературі описані поодинокі клінічні випадки, в яких були асоційовані рак ободової кишки та діафрагмальна грижа [8].

Метою роботи було описати рідкісний клінічний випадок успішного лікування раку низхідного відділу обо-

дової кишки, ускладненого гострою obturaційною кишковою непрохідністю на фоні післятравматичної лівобічної кили діафрагми та на основі аналізу літературних даних і власного клінічного досвіду визначити інтраопераційні труднощі, з якими може зустрітись оперуючий хірург при виконанні хірургічного лікування гострої obturaційної кишкової непрохідності.

### Матеріали та методи

Спостереження. Хворий М., 68 років, 19.08.2020 в 11:30 госпіталізований ургентно в проктологічне відділення КНП "Хмельницька обласна лікарня" у вкрай важкому стані зі скаргами на виражений біль в животі, переймоподібного характеру, здуття живота, відсутність випорожнень (стільця та газів), блювоту "фекаліями". Очисні клізми, які проводились у домашніх умовах, полегшення не приносили. Вважає себе хворим протягом 2 місяців. Протягом 5-6 днів відбулось раптове погіршення стану. Також з'ясовано, що пацієнт має II групу інвалідності з приводу емфіземи легень. В анамнезі травма грудної клітки.

### Результати. Обговорення

При огляді: гіперстенік, індекс маси тіла 30, вимушене положення. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. Язик сухий, обкладений жовтими нашаруваннями. Пульс 100/хв., артеріальний тиск 100/70 мм рт.ст., температура тіла 37,2°C. Живіт значно збільшений, здутий, симетричний. Пальпаторно - помірно-ригідний, болючий при поверхневій та глибокій пальпації. Чутний "шум плескоту". Перкуторно - тимпаніт, аускультативно - підсилена перистальтика. Per rectum: тонус анального сфінктера ослаблений, вольові скорочення сфінктера не порушені, ампула прямої кишки вільна.

Лабораторні дані: гемоглобін - 69 г/л; еритроцити -

2,85 Т/л; кольоровий показник - 0,75; лейкоцити - 21,6 Т/л; ШОЕ - 73 мм/год; тромбоцити - 417 Т/л; загальний білок - 49,1 г/л; альбумін - 21 г/л; глобулін - 27 г/л; коефіцієнт - 0,77; білірубін загальний - 9,06 мкм/л; білірубін непрямий - 9,06 мкм/л; калій - 2,6 ммоль/л; натрій - 135 ммоль/л; хлор - 98 ммоль/л; АлАт - 13,0 Е/л; АсАт - 35,0 Е/л; сечовина - 6,9 ммоль/л.

**Ректороманоскопія:** тубус ректоскопа заведено на відстань 24 см. Слизова яскраво рожева, блискуча, з гладкою та вологою поверхнею, еластична, судинний малюнок виражений. Слизова оболонка дистальної частини сигмовидної кишки рожева з гладкими попереочними циркулярними складками, товщина та висота складок не перевищує 0,2 см, судинний малюнок має виражену сітку, візуалізується чітко. Тонус стінок збережений (конусовидне, рівномірне звуження просвіту зі збереженням рельєфу слизової при виведенні тубусу ректороманоскопа із прямої кишки).

**ФЕГДС. Висновок:** Застійна гастропатія із великозернистим рельєфом слизової, вогнищевими нашаруваннями фібрину тіла та антрального відділу шлунку.

**УЗД ОЧП. Висновок:** Метеоризм. Помірна гепатомегалія, хронічний панкреатит, СКД.

**Іригоскопія. Висновок:** Са низхідного відділу ободової кишки. Кишкова непрохідність.

На основі проведених клінічних та інструментальних методів дослідження було встановлено попередній діагноз: Рак низхідного відділу ободової кишки II клінічна група. Гостра obturaційна кишкова непрохідність.

19.08.2020 виконано ургентне оперативне втручання. Після обробки операційного поля розчинами антисептиків, під ендотрахеальним наркозом виконана середньо-середина лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено значно роздуті, переповнені газами та рідким кишковим вмістом петлі тонкого кишківника та ободової кишки до рівня пухлини, яка розташована на рівні середньої третини низхідної кишки, розміром 4x4 см і циркулярно звужує просвіт. Сигмоподібна кишка спорожнена. Відмічені поодинокі діастатичні розриви серозної оболонки сліпої кишки. Печінка та жовчний міхур без патологічних змін. Привертає увагу те, що чепець та селезінковий згин ободової кишки знаходяться під куполом діафрагми і фіксовані. Шлунок переповнений газами та рідким вмістом, у зв'язку із чим інтраопераційно було встановлено назогастральний зонд для декомпресії. За межі лапаротомної рани виведена петля термінального відділу клубової кишки, виконана ентеротомія та проведено декомпресію кишківника. Виділилось до 5 літрів кишкового вмісту. Декомпресію з лівих відділів (селезінковий згин, лівий відділ попереочно-ободової кишки) виконати неможливо через технічні труднощі та фіксацію даних відділів до діафрагми. Ентеротомна рана зашита дворядним вузловим швом. В брижу тонкої кишки введено 60 мл 0,5% розчину лонгокаїну. У зв'язку із високою розташованим та фіксованим селезінковим згином ободової кишки вико-

нано розширення лапаротомної рани на 6-7 см у напрямку до мечоподібного відростка. Після чого проведено ретельну ревізію лівого піддіафрагмального простору і з'ясовано, що в куполі діафрагми зліва є грижові ворота, овальної форми, діаметром 10x15 см, через які в порожнину грудної клітки зміщені ліва половина великого чепця, ліва половина попереочно-ободової кишки та селезінковий згин ободової кишки і щільно фіксовані в грижовому мішку. Розітнута парієтальна очеревина лівого бокового каналу. Перев'язані та пересічені а. et v. mesenterica inferior, розсічена брижа сигмоподібної кишки, а також виконано пересічення сигмоподібної кишки на рівні її середньої та дистальної третини. Кукса сигмоподібної кишки зашита дворядним вузловим швом. З технічними труднощами, ліві відділи ободової кишки з пухлиною та мезоколоном мобілізовані до лівого піддіафрагмального простору та грижових воріт діафрагми. Розсічено шлунково-ободову зв'язку в дистальному напрямку. Відкрита чепцева сумка. Візуалізована ліва гілка а. colosa media, яка перев'язана і пересічена. Пересічена брижа попереочно-ободової кишки та пересічена сама кишка на межі середньої та дистальної третини. Також з великими технічними труднощами, пересічені між затискачами діафрагмально-ободова зв'язка, селезінково-ободова зв'язка, також пересічена значно виражена селезінково-чепцева "кримінальна" складка Моргенштерна (spleno-omental "criminal" fold of Morgenshern). У зв'язку із неможливістю вивільнення селезінкового згину ободової кишки з грижових воріт, додатково проведено розширення лапаротомної рани до мечоподібного відростка. Мобілізована дистальна частина попереочно-ободової, низхідна кишка з пухлиною захоплені та натягнуті в лапаротомну рану. Однак при екстракції лівої половини ободової кишки відмічається евагінація грижового мішка та діафрагми зліва. Враховуючи фіксований селезінковий згин ободової кишки та великий чепець у грижовому мішку, виконано діафрагмотомію зліва та висічено грижовий мішок і грижові ворота кили діафрагми. Кишка з пухлиною та грижовим мішком видалена. Оброблені руки хірургів та інструментарій. Діафрагма зашита вузловими швами. Грудна клітка зліва оброблена розчинами антисептиків і в другому міжребір'ї по середньоключичній лінії виконано пункцію плевральної порожнини. Отримано повітря (розрідження не отримано). У місці пункції виконано лінійний розріз шкіри до 1 см. Через троакар встановлено дренаж за Бюлау, який фіксовано П-подібним швом. Асептична пов'язка. Проксимальна кукса ободової кишки виведена в лівій мезогастральній ділянці у вигляді колостоми і фіксована вузловими швами на рівні апоневрозу та шкіри. Черевна порожнина багаторазово санована розчинами антисептиків і дренована 4 поліхлорвініловими дренажами, які виведені в лівій клубовій ділянці. Інтраопераційна крововтрата 200 мм. Тривалість оперативного втручання: 240 хв.

Першу добу післяопераційного періоду пацієнт пе-

ребував у відділенні інтенсивної терапії. Проводили антибактеріальну та інфузійну, гемостимулюючу терапію. Колостома зафункціонувала на 1 добу після операції. Рентгенографія органів грудної клітки на 1 добу після операції: легеневі поля без вогнищевих та інфільтративних тіней. Лівий пневмоторакс дренажований за Бюлау, легеня розправлена. Корені частково перекриті тінню межистіння. Лівий купол діафрагми нечіткий. Порушення в лабораторних аналізах були кореговані за допомогою інфузійної та гемостимулюючої терапії. Харчування розпочато з 2 доби післяопераційного періоду. На 9 добу післяопераційного періоду та контрольної рентгенографії органів грудної клітки видалено дренаж за Бюлау. Пацієнт у задовільному стані виписаний на 10 добу після операції. Рекомендовані нагляд хірургом за місцем проживання та консультація хіміотерапевтом.

**Патоморфологічне заключення:** В частині товстої кишки помірно диференційована аденокарцинома (G2), з виразкуванням, проростає всі оболонки кишки та в прилеглу жирову клітковину. Виявлено метастази в 3 лімфатичні вузли. По лініях відсічення пухлини не виявлено. Стінка грижового мішка представлена фіброзною тканиною. Сальник звичайної гістологічної будови.

#### Список посилань

1. Гордійчук, П. І. (2002). *Кишкова непрохідність пухлинного генезу, як проблема невідкладної хірургії (патогенез, діагностика, клініка, лікування, хірургічна реабілітація)*. (Дис. д-ра мед. наук). Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ. Взято з <http://www.disslib.org/kyshkova-neprokhidnist-pukhlynnohohenezu-jak-problema-nevidkladnoyi-khirurhiyi.html>
2. Звіт про захворювання на злоякісні захворювання на 2014-19 роки в Хмельницькій області. Форма №7. ЗАТВЕРДЖЕНО. Наказ МОЗ України 7.04.2006 № 203 за погодженнями з Держкомстатом України.
3. Керничний, В. В., Суходоля, А. І., & Бриндіков, Л. М. (2016). *Ефективність та безпечність "en bloc" резекцій сечового міхура в циторедуктивній хірургії пацієнтів з місцевопоширеним раком прямої кишки*, Матеріали XII з'їзду онкологів України. Український радіологічний журнал, 1, 76.
4. Керничний, В. В., Суходоля, А. І., & Сич, О. О. (2016). Латеральна лімфатична дисекція низького раку прямої кишки. Шляхи уникнення інтраопераційних ускладнень. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*, 2, 36-40. Взято з [http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir\\_2016\\_2\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir_2016_2_9)
5. Керничний, В. В., Суходоля, А. І., & Сич, О. О. (2018). Доопераційна візуалізація зон латерального екстрамезоректального метастазування раку прямої кишки. *Клінічна хірургія*, 11 (3), 72.
6. Керничний, В. В., Суходоля, А. І., Монастирський, В. М., Мороз, В.А., Балицький, В. В., & Підмурняк, О. О. (2018). Результати хірургічного лікування місцево-розповсюдженого раку ободової кишки з поширенням на підшлунково залозу. *Клінічна хірургія*, 85 (8), 65-67. Взято з [http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh\\_2018\\_85\\_8\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2018_85_8_19)
7. Керничний, В. В., Суходоля, А. І., Підмурняк, О. О., & Суходоля, С. А. (2019). Застосування фізичної радіомодифікації в неоадьювантному лікуванні раку прямої кишки. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*, 8 (44), 67-72. DOI: 10.11603/2414-4533.2019.4.10713

**Заключний клінічний діагноз:** Рак низхідного відділу ободової кишки рТ3N1bM0G2C4 III ст., II кл. гр. Гостра обтураційна кишкова непрохідність. Післятравматична кіла діафрагми зліва. Ожиріння I ст.

Повторний огляд пацієнта через 2 місяці. Стома функціонує. Відмічено часткову втрату ваги тіла. Рекомендовано реконструктивно-відновне оперативне втручання.

#### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Даний клінічний випадок вказує на те, що оперуючий хірург під час оперативного лікування з приводу гострої кишкової непрохідності може стикнутися з неочікуваними хірургічними перешкодами, які будуть вимагати від нього високих професійних навиків, і прийняття швидких, відповідальних, непростих інтраопераційних рішень щодо об'єму та радикальності операції.

Виключно лише раннє звернення пацієнта за медичною допомогою та рання діагностика супутньої патології забезпечує радикальність оперативного втручання, швидкість та малотравматичність операції, швидку післяопераційну реабілітацію.

8. Bhogal, R. H., Maleki, K., & Patel, R. (2013). Colonic tumour precipitating caecal volvulus within a diaphragmatic hernia. *World J. Gastrointest. Surg.*, 5 (9), 256-258. doi: 10.4240/wjgs.v5.i9.256
9. Brown, S. R., Horton, J. D., Trivette, E., Hofmann, L. J., & Johnson, J. M. (2011). Bochdalek hernia in the adult: demographics, presentation, and surgical management. *Hernia*, 15 (1), 23-30. doi: 10.1007/s10029-010-0699-3
10. Schumacher, L., & Gilbert, S. (2009). Congenital diaphragmatic hernia in the adult. *Thorac. Surg. Clin.*, 19 (4), 469-472. doi: 10.1016/j.thorsurg.2009.08.004

#### References

1. Hordychuk, P. I. (2002). *Kyshkova neprokhidnist pukhlynnohohenezu, yak problema nevidkladnoi khirurhii (patohenez, diahnostyka, klinika, likuvannia, khirurhichna rehabilitatsiia) [Intestinal obstruction of tumor genesis as a problem of emergency surgery (pathogenesis, diagnosis, clinic, treatment, surgical rehabilitation)]*. (Dys. d-ra med. nauk). Kyivska medychna akademiia pisladyplomnoi osvity im. P. L. Shupyka, Kyiv - Kyiv Medical Academy of Postgraduate Education. P.L. Shupyka, Kyiv. Vziato z <http://www.disslib.org/kyshkova-neprokhidnist-pukhlynnohohenezu-jak-problema-nevidkladnoyi-khirurhiyi.html>
2. Zvit pro zakhvoriuvannia na zloiakisni zakhvoriuvannia na 2014-19 roky v Khmelnytskii oblasti [Report on malignant diseases for 2014-19 in Khmelnytsky region]. Форма №7. ЗАТВЕРДЖЕНО. Наказ МОЗ України 7.04.2006 № 203 за погодженнями з Держкомстатом України [Form №7. APPROVED. Order of the Ministry of Health of Ukraine April 7, 2006 № 203 in agreement with the State Statistics Committee of Ukraine].
3. Kernychnyi, V. V., Sukhodolia, A. I., & Bryndikov, L. M. (2016). *Efektivnist ta bezpechnist "en bloc" rezektsii sechovoho mikhura v tsytoreduktyvni khirurhii patsientiv z mistsevoposhiyrenym rakom priamoi kyshky [Efficacy and safety of en bloc resections of the bladder in cytoreductive*

- surgery of patients with locally advanced colorectal cancer*, Materialy XII zizdu onkologiv Ukrainy [Proceedings of the XII Congress of Oncologists of Ukraine]. *Ukrainskyi radiolohichnyi zhurnal - Ukrainian Radiological Journal*, 1, 76.
4. Kernychnyi, V. V., Sukhodolia, A. I., & Sych, O. O. (2016). Lateralna limfatychna dyseksiia nyzkoho raku priamoi kyshky. Shliakhy unykennia intraoperatsiinykh uskladnen [Lateral lymphatic dissection of low colorectal cancer. Ways to avoid intraoperative complications]. *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka - Hospital surgery. Kovalchuk Journal*, 2, 36-40. Vziato z [http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir\\_2016\\_2\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir_2016_2_9)
  5. Kernychnyi, V. V., Sukhodolia, A. I., & Sych, O. O. (2018). Dooperatsiina vizualizatsiia zon lateralnoho ekstramezorektalnoho metastazuvannia raku priamoi kyshky [Preoperative visualization of areas of lateral extramesorectal metastasis of rectal cancer]. *Klinichna khirurgiia - Clinical Surgery*, 11 (3), 72.
  6. Kernychnyi, V. V., Sukhodolia, A. I., Monastyrskyi, V. M., Moroz, V.A., Balytskyi, V. V., & Pidmurniak, O. O. (2018). Rezultaty khirurhichnoho likuvannia mistsevo-rozpovsiudzhenoho raku obodovoi kyshky z poshyrenniam na pidshlunkovu zalozu [The results of surgical treatment of locally advanced colon cancer with spread to the pancreas]. *Klinichna khirurgiia - Clinical Surgery*, 85 (8), 65-67. Vziato z [http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh\\_2018\\_85\\_8\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2018_85_8_19)
  7. Kernychnyi, V. V., Sukhodolia, A. I., Pidmurniak, O. O., & Sukhodolia, S. A. (2019). Zastosuvannia fizychnoi radiomodyfikatsii v neoadiuvantnomu likuvanni raku priamoi kyshky [The use of physical radiomodification in the neoadjuvant treatment of colorectal cancer]. *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka - Hospital surgery. Kovalchuk Journal*, 8 (44), 67-72. DOI: 10.11603/2414-4533.2019.4.10713
  8. Bhogal, R. H., Maleki, K., & Patel, R. (2013). Colonic tumour precipitating caecal volvulus within a diaphragmatic hernia. *World J. Gastrointest. Surg.*, 5 (9), 256-258. doi: 10.4240/wjgs.v5.i9.256
  9. Brown, S. R., Horton, J. D., Trivette, E., Hofmann, L. J., & Johnson, J. M. (2011). Bochdalek hernia in the adult: demographics, presentation, and surgical management. *Hernia*, 15 (1), 23-30. doi: 10.1007/s10029-010-0699-3
  10. Schumacher, L., & Gilbert, S. (2009). Congenital diaphragmatic hernia in the adult. *Thorac. Surg. Clin.*, 19 (4), 469-472. doi: 10.1016/j.thorsurg.2009.08.004

#### РАК НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ЛЕВОСТОРОННЯЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ГРЫЖА ДИАФРАГМЫ

Керничний В. В., Суходоля А. І.

**Аннотация.** В статье приведен редкий клинический случай успешного лечения рака нисходящего отдела ободочной кишки, осложненного острой obturационной кишечной непроходимостью на фоне посттравматической левосторонней грыжи диафрагмы у пациента 68 лет. Результаты хирургического лечения указывают на возможные неожиданные интраоперационные трудности, с которыми может встретиться оперирующий хирург в процессе оперативного вмешательства. Отмечается, что при операции по поводу рака нисходящего отдела ободочной кишки, осложненного острой obturационной кишечной непроходимостью, обязательным остается поиск причины боли в животе, сопровождающийся вздутием живота, отсутствием стула и газов, рвотой "фекалиями", одной из которых может оказаться посттравматическая левосторонняя грыжа диафрагмы.

**Ключевые слова:** рак ободочной кишки, кишечная непроходимость, грыжа диафрагмы, диагностика, хирургическое лечение.

#### CANCER OF THE DESCENDING COLON, COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION AND LEFT POST-TRAUMATIC HERNIA OF THE DIAPHRAGM

Kernychnyi V. V., Sukhodolya A. I.

**Annotation.** The article presented a rare clinical case of a successful treatment of cancer of the descending colon, that is complicated by acute obstructive intestinal obstruction on the background of post-traumatic left diaphragmatic hernia in a 68-year-old patient. The result of surgical treatment indicates some possible unexpected intraoperative difficulties that the surgeon might be facing with during the process of a surgery. It is noticed that in surgery for a cancer of the descending colon, had been complicated by an acute intestinal obstruction, it is still necessary to find the cause of abdominal pain, had been accompanied by bloating, lack of stool and gas, vomiting "feils", one of which may be postpartum of left hernia of the diaphragm.

**Keywords:** colon cancer, intestinal obstruction, hernia of the diaphragm, diagnostics, surgical treatment.