

Хірургічна тактика при перитоніті, обумовленому ускладненим перебігом колоректального раку

I. В. Кароль

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ,
Броварська багатопрофільна клінічна лікарня

Surgical tactics in peritonitis, caused by complicated course of colorectal cancer

I. V. Karol

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, City of Kyiv,
Brovary Multidisciplinary Clinical Hospital

Реферат

Мета. Висвітлити хірургічну тактику при перитоніті, обумовленому ускладненим перебігом колоректального раку.

Матеріали і методи. За період з 2017 по 2020 р. у хірургічному відділенні Броварської багатопрофільної клінічної лікарні оперовано 18 хворих з колоректальним раком, ускладненим перитонітом. Чоловіків було 14 (77,8%), жінок – 4 (22,2%). Вік хворих коливався у діапазоні 42 – 83 роки. У 12 (66,7%) пацієнтів була III стадія раку, у 6 (33,3%) – IV.

Результати. Правобічна геміколектомія виконана 4 (22,2%) хворим, резекція поперечної ободової кишки – 3 (16,7%), лівобічна геміколектомія – 1 (5,6%), операція Гартмана – 9 (50,0%), субтотальна колектомія – 1 (5,6%) хворому. Всі операції виконували без формування первинних анастомозів, формували стому проксимальної ділянки кишки. Повторні хірургічні втручання виконані 4 (22,2%) пацієнтам. Померло 3 (16,7%) хворих з раком IV стадії, перитонітом у термінальній стадії через розвиток синдрому поліорганної недостатності.

Висновки. Під час хірургічних втручань у пацієнтів з колоректальним раком, перебіг якого ускладнився перитонітом, протипоказано формування первинних міжкишкових анастомозів через високий ризик їх неспроможності.

Ключові слова: перитоніт; колоректальний рак; кишкова непрохідність; перфорація.

Abstract

Objective. To improve surgical tactics in peritonitis, caused by complicated course of colorectal cancer.

Materials and methods. Through the 2017 – 2020 yrs period in Department of Surgery in Brovary Multidisciplinary Clinical Hospital 18 patients with colorectal cancer, complicated by peritonitis, were operated. Among them there were 14 (77.8%) men and 4 (22.2%) women, ageing in spectrum 42 – 83 yrs old. In 12 (66.7%) patients the cancer of Stage III was diagnosed, while in 6 (33.3%) – Stage IV.

Results. The right-sided hemicolectomy was performed in 22.2% of the patients, resection of transverse colon – in 3 (16.7%), a left-sided hemicolectomy – 1 (5.6%), Hartmann operation – 9 (50.0%), subtotal colectomy – 1 (5.6%). All the operations were performed without formation of primary anastomoses, and with stoma construction in proximal part of intestine. Reoperation were performed in 4 (22.2%) patients. There were 3 (16.7%) postoperative deaths – in patients with the cancer Stage IV, peritonitis in a terminal stage – due to development of the polyorgan insufficiency syndrome.

Conclusion. Formation of primary interintestinal anastomoses while doing surgical intervention for colorectal cancer, complicated by peritonitis, is contraindicated because of high risk of the sutures insufficiency presence.

Keywords: peritonitis; colorectal cancer; ileus; perforation.

Захворюваність на колоректальний рак як в Україні, так і у світі постійно зростає, цей вид раку посідає третє місце у структурі онкологічних захворювань [1 – 3]. На сьогодні колоректальний рак у країнах Європейського Союзу став домінуючою злоякісною патологією, на нього припадає близько 10% усіх смертей від раку, в Україні ця цифра становить 12,1% [2]. Незважаючи на досягнення світової онкології, за даними різних авторів у 20 – 60% хворих колоректальний рак діагностують через появу таких ускладнень, як кровотеча, кишкова непрохідність та перфорація [4–6].

У разі розвитку ускладнень специфіка діагностики колоректального раку мало пов'язана з основним захворю-

ванням, іншими стають і підходи до лікування, що об'єднує цих хворих в окрему групу. Як правило, таких хворих госпіталізують у хірургічні стаціонари різних рівнів, а лікувальна тактика полягає в ургентному хірургічному втручанні та усуненні ускладнень, які загрожують життю, з відкладенням радикальної операції на невизначений термін, що значно погіршує показник виживання хворих. Ведення таких пацієнтів відрізняється особливою складністю, що зумовлено їх віком, фоною імуносупресією, необхідністю тривалого перебування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії [4, 7].

Перфорація пухлини або розрив стінки кишки проксимальніше від пухлини є тяжким ускладненням колорек-

тального раку, яке виникає раптово. Існує думка, що ймовірність перфорації пухлини збільшується з дистальнішим розташуванням її у товстій кишці. Якщо порівняти два таких тяжких ускладнення колоректального раку, як перфорація та обструкція, то пацієнти з перфоративним раком товстої кишки мали гірший показник безрецидивної виживаності, вищу частоту післяопераційних ускладнень, довше перебували у відділенні інтенсивної терапії, пухлини у них були погано диференційовані [8].

Частота неспроможності швів первинного анастомоза при операціях з приводу колоректального раку, ускладненого перитонітом або кишковою непрохідністю, сягає 32%, а летальність становить 10 – 50%. Перитоніт – один із найважливіших факторів ризику неспроможності анастомоза. В цій ситуації утворюється надлишок різних біологічно активних речовин, у тому числі і протейназ, відбувається бактеріальна транслокація та виникає тканинний ацидоз, що зумовлює прискорений лізис колагену і прогресування запального процесу в кишкової стінці. Це значно впливає на вибір хірургічної тактики, а саме на відмову від накладання первинних анастомозів при хірургічних втручаннях з приводу ускладненого колоректального раку [9].

Для надання якісної хірургічної допомоги хворим з колоректальним раком, ускладненим перфорацією пухлини та перитонітом, ургентний хірург має бути онкологіч-

но добре підготовленим, водночас спеціалізований коло-ректальний хірург мусить мати глибокі знання в хірургічній патофізіології та ургентній хірургії [10].

Досі вибір хірургічної тактики при ускладненому коло-ректальному раку залишається дискусійним, оскільки немає загальноприйнятих підходів до вибору методів хірургічного лікування, що потребує подальшого вивчення проблеми та пошуку нових можливих способів її вирішення.

Високі показники післяопераційних ускладнень і летальності диктують необхідність розробки раціональної хірургічної тактики при лікуванні пацієнтів з колоректальним раком, ускладненим перфорацією пухлини та перитонітом. Тому дане дослідження актуальне, а розробка раціональної хірургічної тактики у цієї категорії хворих є важливим аспектом для покращення результатів їх лікування та збереження життя.

Мета дослідження: висвітлити хірургічну тактику при перитоніті, обумовленому ускладненим перебігом колоректального раку.

Матеріали і методи дослідження

За період з 2017 по 2020 р. у хірургічному відділенні Броварської багатопрофільної клінічної лікарні оперовано 18 хворих з колоректальним раком, ускладненим перитонітом. Чоловіків було 14 (77,8%), жінок – 4 (22,2%). Вік пацієнтів коливався в діапазоні 42 – 83 роки. Пухлина локалізувалась у висхідній ободовій кишці у 1 (5,6%) пацієнта, печінковому куті – у 2 (11,1%), поперечній ободовій кишці – у 4 (22,2%), селезінковому куті – у 2 (11,1%), сигмоподібній ободовій кишці – у 8 (44,4%), ректосигмоїдному з'єднанні – у 1 (5,6%). У 12 (66,7%) пацієнтів була III стадія раку, у 6 (33,3%) – IV.

Результати

Для вибору раціональної хірургічної тактики у пацієнтів з ускладненим перитонітом перебігом колоректального раку вивчали структуру перитоніту (табл. 1), характер ексудату (табл. 2), стадії перитоніту (табл. 3).

У всіх хворих спостерігали поширені форми перитоніту, та найчастіше – розлитий (55,6%). Найбільше було пацієнтів із серозно-фібринозним перитонітом – 38,9%.

Таблиця 1. Розподіл хворих з перитонітом у залежності від поширеності процесу

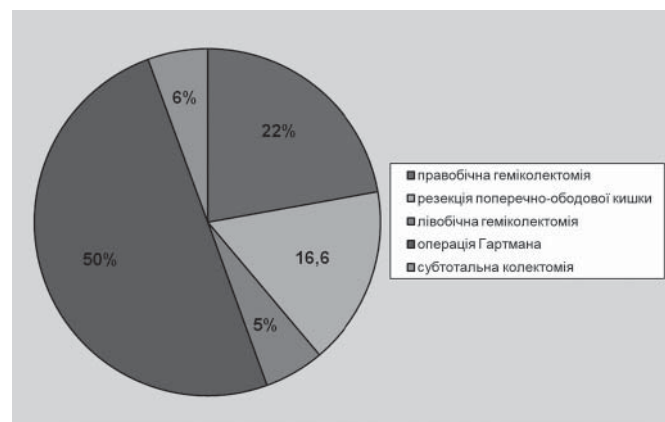
Поширеність процесу	Кількість хворих	
	абс.	%
Місцевий	–	–
Дифузний	5	27,7
Розлитий	10	55,6
Загальний	3	16,7
Усього ...	18	100

Таблиця 2. Розподіл хворих з перитонітом у залежності від характеру ексудату

Характер ексудату	Кількість хворих	
	абс.	%
Серозно-фібринозний	7	38,9
Фібринозно-гнійний	4	22,2
Каловий	6	33,3
Геморагічний	1	5,6
Усього ...	18	100

Таблиця 3. Розподіл хворих з перитонітом у залежності від його стадії

Стадія перитоніту	Кількість хворих	
	абс.	%
Реактивна	4	22,2
Токсична	10	55,6
Термінальна	4	22,2
Усього ...	18	100



Хірургічні втручання у хворих з ускладненим перебігом колоректального раку.

Найчастіше (55,6%) у пацієнтів фіксували токсичну стадію перитоніту.

У половини пацієнтів виконали операцію Гартмана (див. рисунок)

Всі операції виконували без формування первинних анастомозів, формували стому проксимальної ділянки кишки, враховуючи високий ризик неспроможності швів анастомозів при перитоніті.

У післяопераційному періоді спостерігали такі ускладнення: нагноєння післяопераційної рани – у 2 (11,1%) хворих, абсцес черевної порожнини – у 1 (5,6%), евентрацію – у 3 (16,7%). З приводу ускладнень повторні хірургічні втручання виконані у 4 (22,2%) пацієнтів. По два хірургічних втручання виконані 3 пацієнтам: одному релапаротомію виконували з метою розкриття абсцесу черевної порожнини, двом – з приводу евентрації. Три хірургічних втручання переніс 1 пацієнт. Наводимо спостереження.

Хворий М., 1947 р.н., госпіталізований у хірургічне відділення у вкрай тяжкому стані з ознаками кишкової непрохідності та перитоніту. Після інтенсивної короткотривалої передопераційної підготовки хворий був доставлений в операційну, де виконано хірургічне втручання та встановлено діагноз: рак ректосигмоїдного з'єднання T4N1Mx з проростанням у сечовий міхур, гостра обтураційна товстокишкова непрохідність, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт, токсична стадія. Враховуючи вкрай тяжкий стан пацієнта та локалізацію пухлини, вирішено виконати операцію в об'ємі: лапаротомія, сигмостомія, санація черевної порожнини. Після стабілізації стану пацієнта йому було виконане повторне хірургічне втручання в об'ємі: релапаротомія, резекція ректосигмоїдного з'єднання з пухлиною. Післяопераційний період ускладнився виникненням евентрації, з приводу якої було виконане ще одне хірургічне втручання. Пацієнт перебував у стаціонарі 31 добу та в задовільному стані був виписаний на подальше лікування з приводу основного захворювання.

Особливо тяжкий перебіг колоректального раку спостерігається при поєднанні таких його ускладнень, як кишкова непрохідність та перитоніт. Перитоніт може виникати як при декомпенсованій кишковій непрохідності внаслідок транслокації мікроорганізмів із порожнини кишки через скомпрометовану кишкову стінку в черевну порожнину, так і при перфорації пухлини або діастатичних розривах кишки проксимальніше пухлини. Наводимо ще одне клінічне спостереження.

Хворий А., 1939 р.н., госпіталізований у хірургічне відділення з ознаками гострої кишкової непрохідності. Після проведеної передопераційної підготовки виконано хірургічне втручання та встановлено діагноз: рак селезінкового кута ободової кишки T4N1Mx, обтураційна кишкова непрохідність, некроз висхідної ободової кишки, дифузний серозно-фібринозний перитоніт, токсична стадія. Виконана операція в об'ємі: лапаротомія, субтотальна колектомія, ілеостомія. Пацієнт перебував у стаціонарі 13 днів та в задовільному стані був виписаний на подальше лікування з приводу основного захворювання.

Комплексне лікування пацієнтів з ускладненим перебігом колоректального раку, окрім хірургічного втручання, включало раціональну антибактеріальну терапію, що ґрунтувалася на принципах деескалації, дезінтоксикаційну терапію та інтенсивну інфузійну терапію для корекції порушень гомеостазу.

Мангеймський індекс перитоніту в усіх пацієнтів був III ступеня. Померло 3 (16,7%) хворих із раком IV стадії, перитонітом у термінальній стадії через розвиток синдрому поліорганної недостатності.

Обговорення

Вибір методу хірургічного втручання у пацієнтів з ускладненим перебігом колоректального раку складний, що зумовлено тяжкістю стану пацієнтів при госпіталізації у хірургічний стаціонар, а також складністю самого втручання в умовах перитоніту та кишкової непрохідності. Такі хірургічні втручання на порядок складніші від планових операцій у підготовлених та компенсованих пацієнтів і вимагають від хірурга високої майстерності та швидкості роботи при необхідності дотримання всіх онкологічних принципів.

Найраціональнішою хірургічною тактикою при ускладненому перитонітом та кишковою непрохідністю колоректального раку є хірургічне втручання, яке включає виявлення джерела перитоніту, радикальне видалення пухлини за онкологічними принципами з відповідною лімфодисекцією, ліквідацію кишкової непрохідності шляхом евакуації вмісту перероздутої кишки, а також ретельну санацію та адекватне дренування черевної порожнини. Ми погоджуємося з думкою авторів [4], що більшості пацієнтів з ускладненим перебігом колоректального раку реально виконати куративне хірургічне втручання.

Згідно із світовими гайдлайнами [10] рекомендована така тактика при перфораціях пухлини товстої кишки в залежності від локалізації. При перфорації пухлини правої половини ободової кишки показана правобічна геміколектомія, якщо стан пацієнта тяжкий та наявні несприятливі локальні внутрішньочеревні умови (перитоніт), операцію закінчують формуванням ілеостоми. При розташуванні патологічного вогнища в поперечній ободовій кишці або лівій половині ободової кишки потрібно намагатися виконати резекцію з анастомозом та ілеостомою або без неї. Також можливе виконання операції Гартмана. Якщо виникла перфорація віддаленої від пухлини ділянки кишки, наприклад, при локалізації пухлини в лівій половині ободової кишки та перфорації сліпої кишки, показане виконання субтотальної колектомії. Ми дотримуємося таких самих принципів, за винятком формування анастомозів при перфорації пухлини лівої половини ободової кишки та кишкової непрохідності. У таких пацієнтів віддаємо перевагу формуванню проксимальної колостоми.

Деякі автори [9] рекомендують виконувати первинно нефункціонуючий анастомоз з тимчасовою трансверзостомою при раку сигмоподібної ободової та прямої кишки, ускладненому кишковою непрохідністю та локаль-

ним перитонітом. На нашу думку, такі хірургічні втручання потрібно закінчувати накладанням стоми проксимального відділу кишки. Це скоротить тривалість хірургічного втручання, що досить важливо для виживання такої категорії пацієнтів.

Висновки

1. Перитоніт, що ускладнив перебіг колоректального раку, значно погіршує прогноз захворювання, викликає необхідність ургентного хірургічного втручання з високим ризиком та спричинює високу летальність, що за нашими даними становила 16,7%.

2. Під час хірургічних втручань у пацієнтів із колоректальним раком, перебіг якого ускладнився перитонітом, протипоказано формування первинних міжкишкових анастомозів через високий ризик їх неспроможності.

Фінансування. Дослідження профінансоване коштом автора.

Конфлікт інтересів. Автор декларує відсутність конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

References

1. Rusyn VI, Chobei SM, Dutko OO. Hemicolectomy in obstructive cancer of the right half of the colon. *Art of Medicine*. 2020;(3):144–8. Ukrainian. doi: 10.21802/artm.2020.3.15.144.
2. Mykhalovych YuI, Zvirych VV, Kolesnik OO. Colorectal cancer screening as a consensus resolution to the problem of locally advanced colon and rectal cancer in Ukraine. *Controversies and questions. Klinichna onkologhiia*. 2017;(4):13–8. Ukrainian.
3. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017 May 6;67(3):177–93. doi: 10.3322/caac.21395. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28248415.
4. Matviichuk BO, Matviichuk OB, Fetsych MT. Actual problems of emergency surgery of colorectal cancer. *Shpytalna khirurgiia*. 2015;(2):20–3. Ukrainian.
5. Teixeira F, Akaishi EH, Ushinohama AZ, Dutra TC, Netto SD, Utiyama EM, et al. Can we respect the principles of oncologic resection in an emergency surgery to treat colon cancer? *World J Emerg Surg*. 2015 Feb 14;10:5. doi: 10.1186/1749-7922-10-5. PMID: 26191078; PMCID: PMC4506407.
6. Milojkovic B, Mihajlovic D, Ignjatovic N, Janjic D, Dimitrijevic M, Dindic B, et al. Surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by colorectal cancer. *Acta Medica Med*. 2015; 54(4):18–22. doi:10.5633/amm.2015.0403.
7. Kam MH, Tang CL, Chan E, Lim JF, Eu KW. Systematic review of intraoperative colonic irrigation vs. manual decompression in obstructed left-sided colorectal emergencies. *Int J Colorectal Dis*. 2009 Sep;24(9):1031–7. doi: 10.1007/s00384-009-0723-1. Epub 2009 May 5. PMID: 19415306.
8. Yang KM, Jeong MJ, Yoon KH, Jung YT, Kwak JY. Oncologic outcome of colon cancer with perforation and obstruction. *BMC Gastroenterol*. 2022 May 15;22(1):247. doi: 10.1186/s12876-022-02319-5. PMID: 35570293; PMCID: PMC9107675.
9. Bedeniuk AD, Hrytsenko YM, Hrytsenko SI, Horman MV, Boiko HO. Performance of primary radical surgeries in patients with colorectal cancer complicated by local peritonitis and ileus. *Klinichna anatomii ta operativna khirurgiia*. 2017;16(3):12–7. Ukrainian. doi: 10.24061/1727-0847.16.1.2017.65.
10. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg*. 2018 Aug 13;13:36. doi: 10.1186/s13017-018-0192-3. PMID: 30123315; PMCID: PMC6090779.

Надійшла 21.12.2021