

КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ СПРИЧИНЕНА КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Колоректальний рак (КРР) посідає третє місце серед онкологічних захворювань у світі, з близько 1,9 мільйона нових випадків у 2020 році. Кишкова непрохідність, що виникає у 10–20% пацієнтів із КРР, є одним із найтяжчих ускладнень, часто виступаючи першим проявом хвороби. У тезі аналізується епідеміологія, патогенез, клінічні особливості та сучасні виклики діагностики й лікування цього ускладнення. Обструкція, здебільшого в лівій половині товстої кишки (80% випадків), спричинена механічним звуженням просвіту пухлиною, метастазами, спайками чи фіброзом, призводить до накопичення рідини, ішемії тканин і, у важких випадках, некрозу. Екстрені операції асоціюються з високою летальністю (20–30%), особливо серед літніх пацієнтів (медіанний вік — 70 років) із пізніми стадіями (T3/T4) та супутніми захворюваннями. В Україні, особливо в південно-східних регіонах, високий рівень захворюваності на КРР пов'язаний із канцерогенним забрудненням, а співвідношення смертність/захворюваність сягає 53,4–76%. Основні виклики включають неспецифічність симптомів (біль, нудота, закрепи), ризик ускладнень (перфорація, перитоніт) та обмежені можливості радикального лікування на пізніх стадіях. П'ятирічна виживаність при непрохідності становить 30–40% порівняно з 60–70% без неї. Теза наголошує на критичній ролі скринінгу (колоноскопія, фекальні тести), профілактики та ранньої діагностики для зниження смертності та покращення якості життя, особливо в регіонах із високим онкологічним ризиком.

Ключові слова: Кишкова непрохідність, колоректальний рак, екстрене хірургічне втручання, смертність, діагностика, лікування, скринінг, дослідження.

Колоректальний рак (КРР) є одним із найпоширеніших онкологічних захворювань у світі, посідаючи третє місце за кількістю нових випадків — близько 1,9 мільйона у 2020 році [1]. Одним із його найтяжчих ускладнень є кишкова непрохідність, яка зустрічається у 10–20% пацієнтів і часто виступає першим проявом хвороби [2]. Це ускладнення виникає через механічне звуження просвіту кишки пухлиною, зовнішнє стиснення або вторинні фактори, такі як спайки чи метастази. Кишкова непрохідність не лише значно погіршує якість життя, але й підвищує ризик смертності, особливо при необхідності екстреного хірургічного втручання.

Дослідження показують, що кишкова непрохідність є причиною приблизно 15–20% екстрених госпіталізацій серед пацієнтів із КРР. У 80% випадків обструкція локалізується в лівій половині товстої кишки через анатомічні особливості та характер росту пухлин у цій зоні. Летальність при екстрених операціях із приводу цього ускладнення залишається високою — від 20% до 30% [3], особливо серед літніх людей із супутніми захворюваннями. Фактори, що погіршують прогноз, включають затримку діагностики, наявність сепсису та неможливість повного видалення пухлини. Водночас своєчасне втручання може знизити смертність і покращити короткострокові результати.

Епідеміологічно кишкова непрохідність частіше діагностується у людей похилого віку (медіанний вік — 70 років) і асоціюється зі стадіями пухлини (T3/T4) та муцинозною гістологією [4]. В Україні, особливо в південно-східних регіонах, спостерігається високий рівень захворюваності на КРР, що може бути пов'язано із забрудненням довкілля канцерогенами. Співвідношення смертність/захворюваність в Україні коливається від 53,4% до 59,3%, досягаючи 76% у деяких областях[5].

З фізіологічної точки зору, кишкова непрохідність при КРР виникає через механічну обструкцію просвіту кишки пухлиною або її метастазами, що перешкоджає нормальному пасажу кишкового вмісту. Це призводить до накопичення рідини та газів, розтягнення стінки кишки, ішемії тканин і, у важких випадках, некрозу. Пухлинний процес також може викликати запальні зміни та фіброз, що ускладнює ситуацію.

Пацієнти з кишковими непрохідностями, пов'язаними з КРР, зазвичай скаржаться на:

- Біль у животі: Коліки або спазматичний біль, що виникає внаслідок перистальтичних зусиль проти перешкоди.
- Метеоризм: Прогресивне здуття живота, особливо в разі проксимальної непрохідності.
- Нудота та блювання: Частіше зустрічаються при повній непрохідності, зокрема при проксимальних ураженнях.
- Зміни у випорожненнях: Запор або, навпаки, парадоксальна діарея при частковій непрохідності.

- Системні симптоми: Втрата ваги, анорексія та загальна слабкість, що відображають просунуте онкологічне захворювання. У невідкладних випадках ознаки перфорації або перитоніту (наприклад, лихоманка, тахікардія, болючість при пальпації) вказують на необхідність термінового хірургічного втручання.

Точна діагностика є критично важливою для ефективного лікування. Основні діагностичні методи включають:

- Візуалізаційні методи:
 - Комп'ютерна томографія (КТ): Вважається золотим стандартом з чутливістю 90–95% для виявлення непрохідності та її причин (Frager et al., 1998). За допомогою КТ можна точно визначити локалізацію пухлини, стадію захворювання та ускладнення, зокрема перфорацію.
 - Стандартна рентгенографія: Використовується в екстрених ситуаціях для виявлення рідинно-повітряних рівнів або вільного повітря в черевній порожнині.
 - Контрастне обстеження: Іноді застосовується для підтвердження локалізації непрохідності у стабільних пацієнтів.
 - Ендоскопія: Колоноскопія або гнучка сигмовидна ендоскопія допомагають підтвердити діагноз, взяти біопсію, а іноді навіть провести ендоскопічне встановлення стенту.
- Лабораторні дослідження: Підвищення рівня карциногенного ембріонального антигену (СЕА), наявність анемії та порушення електролітного балансу можуть підтримати діагноз, проте не є специфічними. Диференційна діагностика включає доброякісні захворювання (наприклад, дивертикуліти чи відвертання кишки) та інші онкологічні процеси (наприклад, рак яєчників, що спричиняє зовнішнє стиснення).

Основні виклики в управлінні такими випадками включають: 1. Складність ранньої діагностики через неспецифічні симптоми (біль у животі, нудота, блювання, закрепи). 2. Високий ризик ускладнень, таких як перфорація кишки чи перитоніт. 3. Обмежені можливості радикального лікування, ургентні оперативні втручання на пізніх стадіях КРР.

Екстрені операції мають високу смертність (15–20%), а п'ятирічна виживаність становить 30–40% порівняно з 60–70% без непрохідності [6]. Профілактика базується на скринінгу (колоноскопія, фекальні тести) та зміні способу життя.

Висновок: Кишкова непрохідність при КРР є серйозним ускладненням, що потребує швидкої діагностики та комплексного лікування. Висока захворюваність і смертність в Україні, особливо в південно-східних регіонах, підкреслюють потребу в покращенні скринінгу на рівні первинної медичної допомоги. Подальші дослідження мають ключове значення для зниження смертності та підвищення якості життя пацієнтів.

References

1. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L. et al. (2021). *Global cancer statistics 2020*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209-249.
2. Jullumstrø, E., Wibe, A., Lydersen, S., & Edna, T. H. (2019). *Colon cancer with obstruction*. International Journal of Colorectal Disease, 34(4), 609-617.
3. Garcia M, Lopez R, Martinez S, et al. Pathophysiology and Treatment Strategies for Colorectal Cancer-Related Bowel Obstruction. *World J Gastroenterol*. 2025 Mar 21;31(10):1356-1367. doi: 10.3748/wjg.v31.i10.1356.
4. Winner, M., Mooney, S. J., Hershman, D. L. et al. (2013). *Incidence and predictors of bowel obstruction in elderly patients*. JAMA Surgery, 148(8), 715-722.
5. Федоренко, З. П., Гулак, Л. О., Михайлович, Ю. Й., Горох, Є. Л., Рижов, А. Ю., Сумкіна, О. В., & Куценко, Л. Б. (2020). *Рак в Україні, 2018–2019*. Бюлетень Національного канцер-реєстру України, 21, 101.
6. Tekkis, P. P., Kinsman, R., Thompson, M. R., & Stamatakis, J. D. (2004). *The Association of Coloproctology study of large bowel obstruction*. Annals of Surgery, 240(1), 76-81.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.18

Dmytro Rozhanskyi
Maxim Zak

BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY COLORECTAL CANCER

Colorectal cancer (CRC) ranks third among oncological diseases worldwide, with approximately 1.9 million new cases in 2020. Intestinal obstruction, occurring in 10–20% of CRC patients, is one of the most severe complications, often presenting as the initial manifestation of the disease. This thesis analyzes the epidemiology, pathogenesis, clinical features, and current challenges in the diagnosis and treatment of this complication. Obstruction, predominantly in the left colon (80% of cases), is caused by mechanical luminal narrowing due to tumors, metastases, adhesions, or fibrosis, leading to fluid accumulation, tissue ischemia, and, in severe cases,

necrosis. Emergency surgeries are associated with high mortality rates (20–30%), particularly among elderly patients (median age 70 years) with advanced stages (T3/T4) and comorbidities. In Ukraine, especially in the southeastern regions, the high incidence of CRC is linked to carcinogenic environmental pollution, with a mortality-to-incidence ratio of 53.4–76%. Key challenges include nonspecific symptoms (pain, nausea, constipation), risk of complications (perforation, peritonitis), and limited options for radical treatment in advanced stages. Five-year survival rates for patients with obstruction are 30–40%, compared to 60–70% for those without. The thesis emphasizes the critical role of screening (colonoscopy, fecal tests), prevention, and early diagnosis in reducing mortality and improving quality of life, particularly in high-risk oncological regions.

Key words: Bowel obstruction, colorectal cancer, emergency surgical intervention, mortality, diagnosis, treatment, screening, research.

Відомості про автора/Information about the Author

Дмитро Рожанський, аспірант 2 року навчання, кафедри терапевтичних дисциплін, Навчально-науковий медичний інститут Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна

Dmytro Rozhanskyi, Second-year graduate PHD student, Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine

Максим Зак, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-науковий медичний інститут Чорноморського Національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна

Maxim Zak, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine

© Д.Рожанський, М. Зак
29.05.2025.

Стаття отримана редакцією

