

С.В. Антипова
Е.В. Калинин
В.В. Шляхтин

Луганский государственный
медицинский университет,
Луганск, Украина

АЛГОРИТМ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ключевые слова:

колоректальный рак, острая непроходимость толстой кишки, кровотечение, перфорация, перитонит, оперативное лечение.

Резюме. Проведено исследование результатов лечения 1022 больных, оперированных по поводу местно-распространенных и осложненных форм колоректального рака (586 больных раком прямой кишки и 436 больных раком ободочной кишки) за период с 1991 по 2008 г. Отмечено преобладание кишечной непроходимости (59,2%) из всех форм осложнений рака толстой кишки. В частности, заметное преобладание левосторонней локализации стенозирующего рака, в структуре obturационной кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста. Сформулирована тактика оперативного лечения при осложненном раке толстой кишки различных локализаций опухоли.

ВВЕДЕНИЕ

Наибольший удельный вес среди оперативных вмешательств по поводу онкологической патологии составляет колоректальный рак (КРР) — 72%. Параллельно повышению заболеваемости КРР возрастает частота его осложненных форм, которые составляют 60–89%. К осложненным формам КРР относят obturационную кишечную непроходимость (ОКН), перфорацию опухоли или кишечной стенки с развитием перитонита, перифокальный воспалительный инфильтрат и абсцесс, кишечное кровотечение, прорастание опухоли в соседние органы и окружающие ткани. Больные КРР, осложненным ОКН (до 85%), перифокальным воспалением (12–35%), перфорацией (2,1–27,0%) и кровотечением (4,0–15,3%), по линии экстренной медицинской помощи поступают в общехирургические стационары, а не в специализированные онкологические и колопроктологические учреждения. В связи с этим стало закономерным, что именно хирургам общелечебной сети приходится обсуждать и решать вопросы лечения при осложненных формах КРР. Среди больных с осложненными формами пациенты пожилого и старческого возраста составляют от 42,5 до 86,2% [1, 2]. Послеоперационная летальность составляет 43,5–54,5% [3, 5]. Результаты оперативного лечения нельзя признать удовлетворительными. На настоящем этапе в хирургии осложненного КРР больше нерешенных вопросов, нежели четких лечебно-тактических установок, касающихся сроков, объема и вида оперативных вмешательств, показаний к их выполнению. В связи с этим возникла необходимость переосмысления и унификации хирургической тактики в пользу расширения показаний к одномоментным вмешательствам с учетом соответствующего качества жизни и реабилитации больных в социально-трудовом плане, а также пересмотра позиций двухэтапных операций в urgentных ситуациях. Тяжелое соматическое состояние, обусловленное хроническими заболеваниями в стадии суб(де)-компенсации, является существенным аргументом

в пользу минимизации оперативных вмешательств. Из показаний к неотложной госпитализации является кишечная непроходимость (50%), реже — кровотечение из опухоли (18%), перифокальное воспаление и абсцедирование (11%), перфорация (5%) [3, 10]. Осложненные формы КРР несут в себе две опасности для жизни пациента — сама по себе опухоль и жизнеопасная ситуация в связи с остро возникшим осложнением. Тяжесть состояния больного — каждый третий больной поступает в среднетяжелом и тяжелом состоянии, не позволяет решать эту задачу легендарным методом разрубания гордиева узла.

Остроту проблемы осложненных форм КРР в настоящее время определяют: сложность выбора оптимального метода операции в каждом конкретном случае — как в экстренном, так и в срочном порядке; высокая частота вовлечения в опухолевый процесс близлежащих органов и структур, что служит ограничением к выполнению радикальных операций; трудности оценки распространенности злокачественного процесса, когда воспалительная инфильтрация может быть принята за опухолевую, что также заставляет хирургов производить симптоматические вмешательства; значительная частота послеоперационных осложнений и летальность; несовершенство до- и интраоперационной диагностики и хирургической тактики. По данным Донецкого противоопухолевого центра 72% больных, ранее оперированных в общехирургической сети с диагнозом «нерезектабельная опухоль ободочной и прямой кишки», оперируются в радикальном объеме в онкологических стационарах. Хирургическая тактика при осложненном течении КРР носит дифференцированный характер и зависит от вида и особенности осложнений, характера опухолевого роста, стадии заболевания, выраженности нарушения гомеостаза, тяжести состояния и возраста больного [8, 9].

Выбор оперативного вмешательства при осложненных формах КРР заключается в возможных ва-

риантах: проведение оперативного вмешательства в объеме операции Гартмана; наложение разгрузочной колостомы, илеостомы; гемиколэктомия с первичным анастомозом; гемиколэктомия обструктивная; обходной анастомоз; чрезбрюшная резекция прямой кишки (ПК); брюшно-анальная резекция ПК. Выбор тактики оперативного лечения во многом зависит от опыта хирурга. Многие хирурги по неопытности выполняют операции завышенного объема.

С целью оценки результатов хирургического лечения и определения возможных перспектив для его улучшения (оптимальные сроки предоперационной подготовки, выбор объема хирургического лечения, алгоритм обследования и лечения запущенных форм КРР) проведен анализ комплексного лечения больных с осложненными формами КРР.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические исследования включали ретроспективный анализ 1022 историй болезни стационарных пациентов с осложненными местнораспространенными злокачественными опухолями органов малого таза и брюшной полости, оперированных на базе Луганского областного клинического онкологического диспансера в период с 1991 по 2008 г. Предметом изучения были случаи с осложненным течением опухолевого процесса. В отделении общей хирургии за этот период получили лечение 586 (57,34%) больных раком ПК (РПК) и 436 больных раком ободочной кишки (РОК). В исследуемой группе преобладали женщины 655 (64,1%), причем пациенты в возрасте старше 67 лет составили почти половину — 496 (48,6%). Был проведен анализ поступлений больных осложненными формами КРР в отделение общей хирургии ЛОКОД. Распределение пациентов по видам осложнений представлено в табл. 1.

Таблица 1

Основные виды осложнений КРР

Виды осложнений	Число случаев	
	Абс.	%
Непроходимость	605	59,2
Кровотечение	49	4,8
Перфорация	156	15,3
Перифокальное воспаление, абсцедирование	141	13,7
Генерализация процесса	72	7,0
Всего	1022	100,0

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Стенозирующая опухоль правой половины ободочной кишки (ОК) выявлена у 77 (12,7%), поперечно-ободочной — у 58 (9,6%), левой половины ОК — у 265 (43,8%), ректосигмоидного угла — у 107 (17,7%) и ПК — 98 (16,2%) больных. Результаты анализа данных свидетельствуют о преобладании левосторонней локализации стенозирующего рака в структуре ОКН у больных пожилого и старческого возраста, что соответствует данным других исследований [4]. Клинически выраженные кровотечения характерны в большей степени для РПК; при РОК они чаще скрытого характера и проявляются только анемизацией. Перифокальное воспаление и абсце-

дирование зафиксировано у 141 (13,7%) больного, из них удельный вес РПК составил 37,6%.

Особую группу составили 70 пациентов, которые поступили в стационар в крайне тяжелом состоянии, обусловленном сочетанием кишечной непроходимости и перитонита. Причиной перитонита у 43 больных оказалось перифокальное воспаление с перфорацией опухоли, а у 27 — диастатические супрастенотические разрывы стенки ОК. Этим больным выполнены оперативные вмешательства по жизненным показаниям. Несмотря на тщательную санацию брюшной полости, интраоперационную и послеоперационную декомпрессию кишечника, интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, повторные программированные санационные вмешательства в ранний послеоперационный период, неблагоприятный исход отмечен у 38 больных. Послеоперационная летальность в этой группе составила 54,3%. Причинами летальных исходов оказались: прогрессирующий перитонит — у 7 пациентов, полиорганная недостаточность — у 17, пневмония — 5, тромбоэмболия легочной артерии — у 5, инфаркт миокарда — у 2, острое нарушение мозгового кровообращения — у 2.

Заслуживают внимания 328 (32,1%) случаев, в которых были произведены расширенные комбинированные оперативные вмешательства за счет прорастания опухоли в соседние органы и структуры. Большую часть комбинированных операций выполнено на ПК — у 190 (58,0%) пациентов. Особого внимания заслуживают оперативные вмешательства при осложненных формах РПК такого объема, как эвисцерация органов малого таза — нами выполнено 12 (3,7%). 1 больной умер от частичной несостоятельности колоанального анастомоза. Необходимо отметить, что все эти вмешательства сопровождались восстановлением целостности мочевых путей и пищеварительного тракта. Пластику мочевого пузыря осуществляли изолированным илеоцекальным сегментом, который подшивали к уретре, ПК формировали из ОК.

При стенозирующем раке правой половины ОК (77 пациентов) в 92% случаев выполняли правостороннюю гемиколэктомию с различными видами декомпрессии кишечника. В 8% случаев выполнены оперативные вмешательства такого объема: обструктивная правосторонняя гемиколэктомия; илеостомия как первый этап хирургического лечения; обходной анастомоз при нерезектабельном опухолевом процессе.

При левосторонней локализации стенозирующего рака (265 пациентов) выполнены различные виды вмешательств. В табл. 2 представлены виды оперативных вмешательств. Первичное наложение анастомоза после резекции выполнено в 222 случаях (83,8%). Обходной анастомоз выполняли в случае нерезектабельного процесса или при наличии множественных отдаленных метастазов. Колостомию выполняли как первый этап хирургического вмешательства.

Таблица 2
Виды оперативных вмешательств при стенозирующем раке
левой половины ОК

Вид вмешательства	Количество больных	
	Абс.	%
Левосторонняя гемиколэктомия	112	42,3
Субтотальная колэктомия	48	18,1
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	26	9,8
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия с U-образным анастомозом	62	23,4
Колостомия	9	3,4
Обходной анастомоз	8	3,0
Всего	265	100,0

При локализации стенозирующей опухоли в ректосигмоидном отделе и ПК выполняли следующие вмешательства: брюшно-анальную резекцию; чрезбрюшную резекцию; обструктивную, по типу операции Гартмана; колостомию. Следует отметить, что при данном расположении опухоли недостаточно часто выполнялись эндоскопические вмешательства — электрокоагуляция, крио- и ультразвуковая деструкция опухоли как подготовительный этап к проведению основного объема вмешательства.

При расположении стенозирующей опухоли в поперечно-ободочной кишке (58 пациентов) выполняли следующие виды вмешательства: субтотальную колэктомию — 28; обструктивную резекцию поперечно-ободочной кишки — 11; обструктивную резекцию поперечно-ободочной кишки с U-образным анастомозом — 15; обходные анастомозы — 4.

Наиболее часто отмечаемые осложнения КРР разной локализации, зафиксированные в отделении общей хирургии ЛОКОД, представлены в табл. 3.

Таблица 3
Частота осложнений КРР в зависимости от локализации
опухоли в толстой кишке

Локализация	Непроходимость		Кровотечение, анемия		Перфорация		Воспаление	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая кишка	400	66,1	26	53,1	67	42,9	49	34,7
Сигмовидная кишка, ректосигмоидный переход	107	17,7	8	16,3	38	24,4	39	27,7
ПК	98	16,2	15	30,6	51	32,7	53	37,6
Всего	605	100,0	49	100,0	156	100,0	141	100,0

До настоящего времени мнения хирургов о выборе метода и объема оперативного вмешательства у больных анализируемой категории расходятся. Многие хирурги, учитывая тяжесть состояния большинства пациентов, опасность возникновения грозных осложнений после радикальных и первично-восстановительных операций, считают целесообразным выполнение много (двух-, трех-) этапных операций. В этих случаях лечение начинают с формирования декомпрессионных колостом. Другая категория хирургов отдает предпочтение выполнению двухэтапных первично-радикальных операций, предусматривающих устранение кишечной непроходимости с одномоментным радикальным удалением опу-

холи без первичного восстановления кишечной непрерывности. В последние годы появилась тенденция расширения показаний к выполнению радикальных и первично-восстановительных операций — одномоментной резекции опухоли и наложению межкишечного анастомоза на высоте острой обтурации ОК. **При правосторонней локализации обтурирующей опухоли** показано оперативное вмешательство — правосторонняя гемиколэктомия с интраоперационной и послеоперационной декомпрессией кишечника; для выполнения такого рода вмешательств необходимо два условия: наличие резектабельной опухоли; отсутствие перитонита. В случае перитонита необходимо проводить оперативное вмешательство в два этапа: сначала обструктивная гемиколэктомия с терминальной илеостомой, затем — восстановительный этап. В крайне тяжелых больных с перерастянутой газом и химусом тонкой кишкой на первом этапе целесообразно формирование илеостомы.

Диапазон оперативных вмешательств **при осложненных формах рака левой половины ОК**: первичные радикальные операции без формирования анастомоза и выведение двустольной колостомы; первичные радикальные операции без формирования анастомоза, с выведением одноствольной колостомы и ушивание дистального сегмента: первичные радикальные операции с формированием анастомоза и наложением проксимальной колостомы или илеостомы; многоэтапные операции с формированием колостом. Однако многие авторы считают целесообразным при тяжелом общем состоянии, во время экстренного хирургического вмешательства, все же производить одномоментное радикальное лечение, путем формирования U-образного анастомоза после радикального удаления опухоли. Преимущества этой операции заключаются в том, что, во-первых, удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости производится в один этап, во-вторых, одномоментно восстанавливается непрерывность толстой кишки, в-третьих, наложенная колостома обеспечивает профилактику несостоятельности швов анастомоза, в-четвертых, закрытие колостомы производится внебрюшинным доступом. Следует добавить, что восстановительные операции после обструктивных вмешательств более рискованны, технически сложны и трудно выполнимы. После второго или третьего этапов операции еще выше риск развития послеоперационных осложнений, увеличивается показатель летальности. Лишь 30% больных имеют шансы пережить все три этапа операции. Большинство больных, оперированных многоэтапно, умирают в сроки до 1 года от рецидива и метастазов опухоли, 5-летняя выживаемость у них намного ниже.

Частота **перфорации ОК** колеблется в пределах 2,1–27,0%, послеоперационная летальность достигает 26–100%. Различают два вида перфорации: перфорация опухоли и диастатический разрыв кишечной стенки проксимальнее опухоли. Возможные варианты лечения, предлагаемые разными авторами: резекция сегмента кишки с опухолью и наложении

ем первичного анастомоза (риск несостоятельности анастомоза — до 98%); резекция сегмента кишки с опухолью без восстановления естественного кишечного пассажа (этой тактики придерживаются большинство хирургов); ушивание перфорационного отверстия с оментопластикой и формированием декомпрессионной колостомы.

Кишечные кровотечения осложняют рак толстой кишки и отмечаются в 4,0–15,3% наблюдений. Учитывая, что массивные кровотечения наблюдаются лишь в 2% случаев КРР, эффективность гемостатической и заместительной терапии, в большинстве наблюдений хирурги придерживаются консервативной тактики при лечении больших РОК, осложненным кровотечением [6, 7]. Методом выбора при кровотечении из опухоли ПК и ОК, в том числе при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов, представляется резекция кишки с формированием анастомоза. В случае опухоли правой половины ОК метод выбора — правосторонняя гемиколэктомия. Тактика при опухолях левой половины ОК неоднозначная. Возможными вариантами являются первичная резекция с анастомозом, обструктивная резекция по Гартману, субтотальная и тотальная колэктомия с анастомозом. При нерезектабельности процесса возможны варианты: наложение обходного анастомоза, с ушиванием проксимального и дистального участков кишки (зоны опухоли); концевая колостомия; пристеночная колостома. Послеоперационная летальность и частота осложнений у больных КРР, оперированных на высоте кровотечения, достоверно выше, чем у оперированных в плановом порядке. Главной задачей медицинской помощи при кровотечении является его остановка. Каждый пациент с таким осложнением должен рассматриваться как кандидат на хирургическую операцию с целью удаления опухоли, с учетом высокого риска рецидива кровотечения.

Хирургическую тактику при осложненном РПК можно представить в виде схемы.

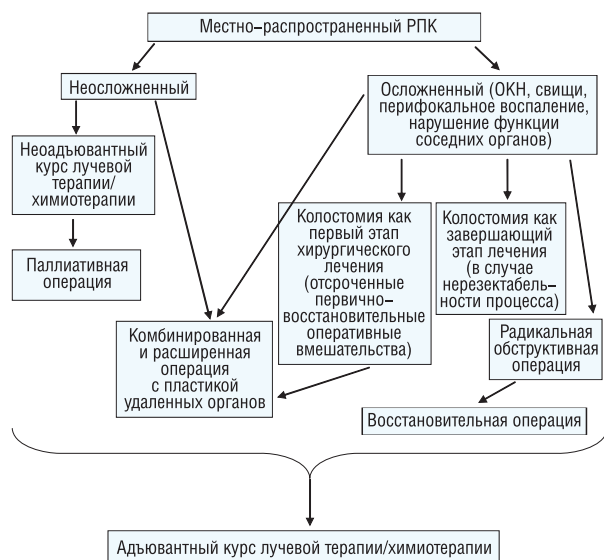


Схема. Алгоритм комплексного этапного лечения больных с осложненным КРР

ВЫВОДЫ

1. Первый этап лечения осложненного РОК — устранение причины неотложного состояния — выполняется в условиях общехирургического отделения, как правило, сразу при поступлении больного. Выполняется дежурной бригадой хирургов.

2. Неотложная диагностика выполняется в минимальном объеме: обзорная рентгенография ОБП, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ ОБП, пальцевое исследование ПК, общеклинические исследования.

3. Показания к ургентной операции: при установленном диагнозе «острая кишечная непроходимость» показана срочная операция; у больных с признаками гиповолемии, выраженной интоксикацией, манифестируемыми снижением артериального давления, тахикардией, тахипноэ, проводится кратковременная (не более 2 ч) интенсивная инфузионная терапия, постановка желудочного зонда. Перфорация опухоли и профузное кровотечение также служат показанием к неотложному оперативному лечению. В случае перифокального параканкрозного воспаления показанием к срочной операции являются признаки абсцедирования инфильтрата, которое может осложниться прорывом абсцесса в брюшную полость с развитием разлитого гнойного перитонита.

4. Ближайшие результаты оперативного лечения больных с осложнениями КРР в практике ургентной хирургии указывают на эффективность использования радикальных оперативных вмешательств независимо от уровня поражения кишки.

5. Объем оперативного вмешательства выполняется в зависимости от вида осложнения и локализации опухолевого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель / Вестн РОНЦ им. Болдина 2006; 17 ((3) приложение 1): 202.
2. Бондарь Г.В., Яковлев Ю.И., Башеев В.Х. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимости. Хирургия 1990; 7: 94–7.
3. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза. Вестн хирургии 1998; 4: 34–9.
4. Султанов Г.А., Кныш В.И., Алиев С.А. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки. Вестн хирургии им. И.И. Грекова 1997; 3: 40–3.
5. Тотиков В.З., Хестанов А.К., Дзгоева Д.Б. Хирургическое лечение местно-распространенного рака ободочной кишки, осложненного нарушением кишечной проходимости. Матер. I съезда онкологов стран СНГ. Москва, 1996: 366.
6. Ceriati F, Tebala GD, et al. Surgical treatment of left colon malignant emergencies. A new tool for operative risk evaluation. Hepatogastroenterol 2002; 49 (46): 961–6.
7. Ellis BG, Thompson MR. Factor identifying higher risk rectal bleeding in general practice. Brit J Gen Pract 2005; 55 (521): 949–55.
8. Яковец Ю.И., Борота А.В., Золотухин С.Э. Тактика хирургического лечения осложненных форм рака толстой кишки. Матер. I съезда онкологов стран СНГ. Москва, 1996: 369.

9. Макаров ОГ. Лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью. Колопроктология 2005; 3 (13): 39–43.

10. Матвійчук БО. Гостра обтураційна непрохідність ободової кишки пухлинного генезу: хірургічна тактика. Клін хірургія 1997; 11–12: 88–90.

ALGORITHM AND METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF COLORECTAL CANCER

*S.V. Antipova, Ye.V. Kalinin,
V.V. Shlyakhtin*

Summary. *A study of treatment outcomes of 1022 patients operated on locally spread and complicated forms of colorectal cancer, including 586 patients with rectal cancer and 436 patients with colon cancer has been carried out. The analysis of patients with complicated forms of colon cancer has been performed in the department of*

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

general surgery for the period from 1991 to 2008. There was a predominance of intestinal impassability (59,2%) of all forms of complications of colon cancer. Besides, a predominance of left-sided location of stenosing cancer has been noticed in the structure of obstructive intestinal impassability in elderly and senile patients. We formulated tactics of surgical treatment in complicated colon cancer with tumors of various locations.

Key Words: colorectal cancer, acute impassability of colon, bleeding, perforation, peritonitis, surgical treatment.

Адрес для переписки:

Калинин Е.В.
91055, Луганск, ул. Коцюбинского, 27
Луганский государственный медицинский университет