

*И.Е. Соловьев**Украинская медицинская  
стоматологическая  
академия, Полтава, Украина*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**Ключевые слова:** острая непроходимость толстой кишки опухолевой этиологии, тактика, первичный анастомоз, интраоперационная толстокишечная ирригация.

**Резюме.** Приведены результаты хирургического лечения 107 больных с острой кишечной непроходимостью опухолевой этиологии (мужчин — 45, женщин — 62) в возрасте от 31 года до 94 лет (средний возраст  $67,9 \pm 12$  лет), наблюдаемых в клинике в 1990–1998 гг. Рак ободочной кишки III стадии выявлен у 78 (72,9%) больных, IV стадии — у 27 (25,2%) больных, у 2 больных (1,9%) обнаружены опухоли сигмовидной кишки. Все больные оперированы в экстренном порядке. Опухоли правой половины толстой кишки обнаружены у 21 (19,6%) пациента, левой — у 81 (75,7%), поперечной ободочной кишки — у 5 (4,6%) больных. Общая летальность составила 29,9% (после радикальных операций — 16,3%, после симптоматических — 40,7%). Интоксикация и перитонит явились основными причинами летальности (27 случаев из 32). Первичная резекция с наложением анастомоза и применением интраоперационной декомпрессии толстой кишки методом ирригации применена у 7 больных: левосторонняя гемиколэктомия — у 3 больных, резекция сигмы — у 4 при 1 летальном исходе. Сделано заключение в пользу радикальных одномоментных операций при острой непроходимости толстой кишки опухолевой этиологии.

### ВВЕДЕНИЕ

Лечение больных с кишечной непроходимостью опухолевого происхождения — чрезвычайно сложная задача. Основными отягощающими факторами при этом являются распространенность опухолевого процесса, поздняя госпитализация больных с явлениями илеуса, что требует экстренного оперативного вмешательства, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями [1, 2, 8].

Решением IV съезда хирургов Российской Федерации, рекомендовавшего многоэтапные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости, обусловленной опухолью, были надолго приостановлены поиски новых тактических решений по данной проблеме не только в Российской Федерации, но и в других регионах бывшего СССР [6].

По данным литературы, тактика хирургов при острой кишечной непроходимости раковой этиологии за последние два с половиной десятилетия изменилась мало: если при обтурирующем раке правой половины толстой кишки и резектабельной опухоли в большинстве клиник предпочтение отдается правосторонней гемиколэктомии, то при непроходимости кишечника, вызванной стенозирующей опухолью левой половины, в лучшем случае производят обструктивные резекции по типу операции Хартмана. Чаше вмешательство ограничивается просто наложением разгрузочной колостомы [1, 3, 5, 7–9, 14].

Несмотря на немногочисленные публикации о первичных резекциях толстой кишки на фоне непроходимости [10], все настойчивее раздавались призывы в пользу радикальных вмешательств уже на первом этапе лечения данной категории боль-

ных [1, 2]. В то же время в целом ряде западных клиник с начала 80-х годов успешно производят первичные резекции при стенозирующем раке левой половины ободочной кишки с применением методов интраоперационной кишечной ирригации [15, 19]. Но настоящий прорыв в этом направлении произошел в 90-х годах, когда десятки публикаций о сотнях успешных вмешательств свидетельствуют о возможности первичной резекции при опухолевой кишечной непроходимости левой половины толстой кишки.

Сейчас уже очевидно, что при обоснованном подборе больных с компенсированными формами непроходимости и тщательной интраоперационной декомпрессии кишечника на фоне адекватной коррекции метаболических нарушений можно ожидать удовлетворительных результатов после одномоментных радикальных операций на левой половине толстой кишки [4, 11, 13, 16, 18, 20, 22].

С целью оценки результатов хирургического лечения и определения возможных перспектив для его улучшения проведен анализ комплексного лечения больных с острой кишечной непроходимостью опухолевой этиологии.

### ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено лечение 107 больных с острой кишечной непроходимостью, вызванной опухолевым процессом (мужчин — 45, женщин — 62) в возрасте от 31 года до 94 лет (средний возраст  $67,9 \pm 12$  лет), наблюдаемых в клинике факультетской хирургии УМСА в течение последних девяти лет (1990–1998 гг.). Рак ободочной кишки III стадии был выявлен у 78 (72,9%) больных, IV стадии —

у 27 (25,2%); еще у 2 пациентов (1,9%) были обнаружены опухоли сигмовидной кишки. У 65 (60,7%) больных диагностировали сопутствующую патологию. Все больные поступили в клинику по скорой помощи. После клинко-рентгенологического и эндоскопического обследования, подтверждения диагноза острой кишечной непроходимости и кратковременной подготовки их в экстренном порядке прооперировали. Стенозирующие опухоли правой половины толстой кишки обнаружены у 21 (19,6%) пациента, левой — у 81 (75,7%), поперечной ободочной кишки — у 5 (4,6%) больных.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 49 (45,8%) больных: операция Хартманна — у 30 (из них после операции умерли 4 больных), правосторонняя гемиколэктомия — у 9 (умерли 3), левосторонняя гемиколэктомия — у 3 (все живы), обструктивная резекция поперечной ободочной кишки — у 3 (все живы), резекция сигмовидной кишки — у 4 (умерла 1 больная). Паллиативные вмешательства в виде илеотрансверзостомии произведены у 4 больных, из них в послеоперационный период умерли 2. Симптоматические операции произведены у 54 (50,5%) больных: цекостомия — у 23 (умерли 11), трансверзостомия — у 9 (умерли 3), сигмостомия — у 21 (умерли 8), лапаротомия — у 1. Таким образом, всего умерли 32 больных из 107 оперированных, общая летальность составила 29,9%. Летальность после радикальных операций была 16,3%, после симптоматических — 40,7%.

Непосредственной причиной смерти больных были: интоксикация — 17 случаев, перитонит — 10, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 2, тромбоэмболия легочной артерии — 2, острые эрозивные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта — 1.

Анализируя причины летальности, мы отметили, что возрастной фактор не был ведущим, поскольку средний возраст в группе умерших ( $71,5 \pm 1,3$  года) не отличался существенно от такового во всей выборке ( $p > 0,05$ ). При этом время от появления симптомов кишечной непроходимости до операции в группе умерших значительно превышало среднее значение во всей выборке —  $52,5 \pm 5,6$  ч и  $31,4 \pm 4,5$  ч соответственно ( $p < 0,05$ ). Вероятно, вследствие этого интоксикация и перитонит явились основными причинами послеоперационной гибели больных (27 случаев из 32).

Значительно более высокий уровень летальности (почти в 2,5 раза) отмечался у больных, перенесших симптоматические оперативные вмешательства, по сравнению с пациентами, оперированными радикально. При этом из 22 умерших у 11 была III стадия заболевания ( $T_{3-4} N_{1-3} M_0$ ). По нашим данным, цекостомия как экстренная операция при обтурирующем раке ободочной кишки, особенно левой ее половины, не всегда в должной степени выполняет функцию декомпрессии, при этом переполненная кишечным содержимым толстая кишка становится стойким источником эндотоксикоза. Ситуация усугубляется развитием

послеоперационной паралитической непроходимости кишечника, как правило, возникающей после наркоза и лапаротомии на фоне выраженных метаболических нарушений. Поэтому, по нашему мнению, весьма оправдано всякое стремление к онкологическому радикализму, разумеется, при условии операбельности опухоли. Одним из важнейших этапов операции, во многом определяющим течение послеоперационного периода и исход лечения, является адекватная декомпрессия кишечника. Интраоперационная назогастроинтестинальная интубация абсолютно показана при малейших признаках пареза тонкой кишки. Антеградная ирригация толстой кишки через аппендикосто- или цекостому, произведенная на операционном столе, может создать условия для одномоментной резекции соответствующего сегмента кишки с наложением первичного анастомоза, включая левую половину ободочной кишки. Многочисленные публикации в зарубежной печати о переходе к первично-радикальным операциям при обтурирующем раке левой половины ободочной кишки, появившиеся в специальной литературе в последние 10 лет, подтверждают перспективность такого направления [3–5]. По этой методике нами оперированы 7 больных с компенсированной кишечной непроходимостью на фоне обтурирующего рака левой половины ободочной кишки: левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 3 больных, резекция сигмы — у 4 при 1 летальном исходе вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Антеградную декомпрессию на операционном столе осуществляли следующим образом. Вначале через аппендикостому вводили в слепую кишку катетер Фолея, возможно максимального диаметра (NN 16–18), через который частично удавалось отсосать газообразную фракцию. После этого проводили мобилизацию левой половины толстой кишки в зависимости от объема намеченной резекции. На 5–6 см проксимальнее верхней границы опухоли накладывали два кисетных шва в соответствии с диаметром вводимой в просвет кишки декомпрессионной трубки. Мы использовали пластиковую гофрированную трубку диаметром 3,5 см, которую вводили в проксимальном направлении под прикрытием кишечного жома. После его снятия вначале осуществляли пассивный отток кишечного содержимого в пластиковый пакет, надетый на дистальный конец декомпрессионной трубки. Затем, с целью полной очистки толстой кишки, проводили ее промывание через катетер Фолея раствором Рингера в объеме до 5–6 л. В последние 400 мл промывной жидкости добавляли 100 мл метрогила. После окончания ирригации последовательно извлекали катетер Фолея, закрывая аппендикостому типичным способом. В брыжейку тонкой кишки вводили 0,25% раствор новокаина (80–100 мл) и 1 г канамицина.

После декомпрессии наблюдали частичную ретракцию стенки кишки, что позволяло без особых трудностей произвести резекцию кишки и наложить анастомоз «конец в конец». Для защиты анастомоза трансректально вводили газоотводную

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

трубку на 5–8 см выше линии швов. Разгрузочных колостом мы не накладывали.

Осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, мы не наблюдали ни у одного из 7 оперированных больных. Одна пациентка в возрасте 72 лет с опухолью сигмовидной кишки погибла в 1-е сутки после операции на фоне прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Продолжительность стационарного лечения этих больных составила  $12,5 \pm 2,3$  койко-дня.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, важным аспектом улучшения результатов комплексного лечения больных с кишечной непроходимостью опухолевого происхождения является наряду со своевременным началом лечения обоснованный радикализм вмешательства на подготовленной на операционном столе толстой кишке.

В то же время остается нерешенным ряд вопросов послеоперационного периода:

- Профилактика и устранение последующей паралитической кишечной непроходимости.
- Борьба с нарушениями гемодинамики и дыхания.
- Адекватная детоксикация организма.
- Защита толстокишечного анастомоза (устранение инфекции, в первую очередь анаэробной, борьба с ишемическими поражениями в зоне анастомоза).
- Ранняя диагностика возможной несостоятельности анастомоза.

Решение этих и связанных с ними проблем должно поставить на принципиально новый качественный уровень многогранную задачу лечения и реабилитации больных раком толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев СА, Ашрафов АА. Хирургическая тактика при obturationalной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском. Вестн хирургии 1997; 1: 46–9.
2. Алипов ВВ, Слесаренко СС, Шуковский ВВ и др. Коррекция синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в неотложной хирургии рака желудочно-кишечного тракта. Вестн хирургии 1997; (1): 97–100.
3. Буценко ВН, Джерелей БН, Ахрамеев ВВ. Способ декомпрессии при obturationalной непроходимости толстой кишки опухолевой этиологии. Клин хирургия 1988; 5: 66–7.
4. Куцик ЮБ. Методи дренажування кишечника з приводу його гострої механічної непрохідності. Клін хірургія 1998; (8): 23–5.
5. Матвійчук БО. Гостра obturationalна непрохідність ободової кишки пухлинного генезу: хірургічна тактика. Клін хірургія 1997; (11–12): 88–90.
6. Решение съезда по проблеме «Острая кишечная непроходимость». В: Труды IV съезда хирургов Российской Федерации. Пермь, 1975: 456–8.
7. Рябцев ВГ, Джейранов ФД, Алиев МЯ и др. Комплексное лечение острой кишечной непроходимости. Хирургия 1989; (2): 3–7.

8. Султанов ГА, Кныш ВИ, Алиев СА. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки. Вестн хирургии 1997; (2): 40–3.

9. Султанов ГА, Алиев СА. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном непроходимостью. Хирургия 1998; (2): 17–20.

10. Цхай ВФ. Лечение и профилактика опухолевой толстокишечной непроходимости. Вестн хирургии 1987; (8): 46–7.

11. Biondo S, Alcobendas F, Jorba R, et al. Left hemicolectomy and intraoperative antegrade lavage in emergency surgery of the left colon. Rev Esp Enferm Dig 1995; 87: 849–52.

12. Conti F, Gentili S, Voghera P, et al. Intra-operative irrigation during colonic resection and anastomosis in colonic obstruction. Minerva Chir 1993; 48: 133–6.

13. Csiky M, Kruppa Z, Nosko K, et al. Primary resection with antegrade colonic irrigation and peritoneal lavage versus subtotal colectomy in the management of obstructed left colon cancer. Acta Chir Hung 1997; 36: 59–60.

14. Cugnenc PH, Berger A, Zinzindohoue F, et al. 2-stage surgery of neoplastic left colonic obstruction remains the safest procedure. J Chir (Paris) 1997; 134: 275–8.

15. Dudley HAF, Radcliffe AG, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br J Surg 1980; 67: 80.

16. Torralba JA, Robles R, Parrilla P, et al. Subtotal colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. Dis Colon Rectum 1998; 41: 18–22.

17. Poon RT, Law WL, Chu KW, Wong J. Emergency resection and primary anastomosis for left-sided obstructing colorectal carcinoma in the elderly. Br J Surg 1998; 85: 1539–42.

18. Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, et al. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 1985; 72: 296–8.

19. Radcliffe AG, Dudley HA. Intraoperative antegrade irrigation of the large intestine. Surg Gynecol Obstet 1983; 156: 721–3.

20. Runkel NS, Hinz U, Lehnert T, et al. Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. Br J Surg 1998; 85: 1260–5.

21. Terasaka R, Itoh H, Nakafusa Y, Matsuo K. Effectiveness of a long intestinal tube in a one-stage operation for obstructing carcinoma of the left colon. Dis Colon Rectum 1990; 33: 245–8.

22. Trillo C, Paris MF, Brennan JT. Primary anastomosis in the treatment of acute disease of the unprepared left colon. Am Surg 1998; 64: 824–5.

## RESULTS OF TREATMENT OF COLON CANCER PATIENTS WITH ACUTE ILEUS

I.E. Solovyov

**Summary.** The results of the surgical treatment of 107 patients (78 patients with colon cancer stage III, 27 — stage IV, 2 — sigmoid tumors) with colon cancer complicated by acute ileus have been presented. All patients were emergently operated. Mortality rate was 16.3% after radical surgery and 40.7% after palliative interventions, with intoxication and peritonitis representing the main causes of death. Radical one-stage interventions seem to be preferable in surgical treatment of such patients.

**Key Words:** colon tumor, acute ileus, surgery treatment, tactics, primary anastomosis, on-table irrigation.