

УДК 616.34+616-006]-089

Комплексный подход к хирургическому лечению больных колоректальным раком при острой кишечной непроходимости

А.О.Тананян

*Национальный центр онкологии им.В.А.Фанарджяна МЗ РА
0052, Ереван, Канакер, ул. Фанарджяна, 76*

Ключевые слова: колоректальный рак, острая кишечная непроходимость, хирургическое лечение, комплексный подход

Как известно, колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и летальности от злокачественных новообразований в развитых странах мира. В настоящее время хирургический метод лечения КРР является основным, а его успехи определяются прежде всего подготовкой организма больного, всех его органов и систем, в особенности ободочной кишки, к обширному и травматическому хирургическому вмешательству. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что лечение больных с КРР представляет сложную проблему, решение которой имеет клинически важное значение для онкологии и хирургии, а в целом – для практического здравоохранения. Улучшение результатов лечения больных данной категории связано с решением таких вопросов, как выработка алгоритма обследования, определение четких показаний к комплексному подходу при хирургическом лечении, совершенствование методов по рациональному выбору тактики послеоперационного ведения и реабилитации больных. В то же время сложность хирургического лечения КРР во многом определяется ранним развитием осложненных форм заболевания [1, 4].

Большая протяженность толстого кишечника, постоянная вегетация условнопатогенной микрофлорой, мезоперитонеальное расположение восходящего и нисходящего отделов способствуют быстрому развитию изменений в виде спаечно-воспалительных процессов, нарушений проходимости кишечника, кровотечения вследствие травматизации опухоли и пр. Эти осложнения, наступающие относительно рано на фоне опухолевого процесса, ухудшают непосредственные, а порой и отдаленные результаты хирургического лечения. Следует отметить, что до настоящего времени нет единого мнения в отношении хирургической тактики при осложненных формах КРР. Считается, что при плановых операциях в основном выполняется одномоментная резекция участка кишки с опухолью с восстановлением кишечной проходимости. Однако при осложненных формах КРР такая операция порой сопряжена с риском развития несостоятельности анастомоза. Поэтому во многих клиниках при данной патологии

используется одностольная колостома, операция по типу Гартмана, которая на сегодня многими онкохирургами воспринимается как *золотой стандарт* при осложненных формах КРР [2,3,7].

Наряду с этим, многоэтапные операции при выполнении первого этапа без удаления опухоли чреваты дальнейшим развитием опухолевого процесса с развитием метастазов, а также длительными страданиями больного при наличии толстокишечного свища. Это в полной мере относится и к хирургическому лечению КРР, в особенности у больных пожилого и старческого возраста. Наличие колостомы у таких пациентов зачастую усугубляет течение как основного, так и сопутствующих заболеваний, что затрудняет или даже полностью исключает возможность дальнейшего удаления опухоли. Поэтому возможные подходы к выбору метода оперативного вмешательства при осложненных формах КРР все еще остаются актуальной задачей современной клинической онкохирургии [5, 6, 8].

Материал и методы

Настоящее исследование основано на лечении 31 больного с острой или частичной кишечной непроходимостью при КРР, среди которых было 13 больных мужского пола (41,9%) и 18 – женского (58,1%), в возрасте от 39 до 80 лет (средний возраст составил $63,1 \pm 1,7$ лет). Локализация опухолевого процесса была определена в области ободочной (12 больных, 38,7%), сигмовидной (11 больных, 35,5%) и прямой кишки (8 больных, 25,8%). В 21 случае (67,7%) первичная опухоль была инфильтрирована во все слои кишечной стенки с прорастанием в прилежащие органы и структуры. При этом метастазы в печень выявлены у 7 больных (22,6%), в регионарные лимфатические узлы – у 5 (16,1%) и в другие органы и ткани – у 9 больных (29,1%). Оперативному вмешательству были подвергнуты 29 больных (93,5%). В двух случаях опухоли оказались неоперабельными (6,5%). Следует отметить, что больные в случае острой кишечной непроходимости подвергались оперативному вмешательству в первые 2-4 часа после поступления в стационар. В других случаях пациенты были прооперированы по срочным показаниям в различные сроки поступления в стационар либо в плановом порядке из-за безуспешного применения консервативных методов лечения.

В предоперационном периоде осуществлялась механическая очистка дистальных отделов толстой кишки очистительными клизмами, а также рентгеноскопия органов брюшной полости и ректороманоскопия. Вопрос о первичном восстановлении кишечной непрерывности и комплексном подходе при хирургической операции решался в зависимости от состояния и возраста больного, стадии опухолевого процесса, наличия метастазов и сопутствующих заболеваний. Но самым серьезным противопоказанием для первичного восстановления кишечной непрерывности считается наличие перитонита. Антибиотики широкого спектра действия использовались до, в ходе и после операции с целью подавления патогенной микрофлоры и предотвращения гнойно-септических осложнений.

Результаты и обсуждение

Основываясь на клинических данных, нами была выполнена радикальная операция по удалению опухоли у 29 больных с 3-й стадией КРР с локализацией процесса в следующих областях. При выявлении опухоли в ободочной кишке (12 больных – 38,7 %) определялись одиночные метастазы в печень (у 7 больных), которые иссекались в комплексе с одновременным удалением опухолевого участка ободочной кишки. У 3 больных из этой группы опухоль прорастала в петли тонкого кишечника, в результате чего производилась резекция пораженного участка тонкого кишечника единым комплексным подходом в виде целого блока с опухолью ободочной кишки.

У 11 больных (35,5 %) опухоль располагалась в области сигмовидной кишки с явлениями метастазов в близлежащие лимфатические узлы (в 5 случаях), а также в тело матки и придатки у больных женского пола (в двух случаях). В этих случаях использовался комплексный подход в виде одномоментной резекции опухоли с маткой и придатками, с удалением пораженных лимфатических узлов и с наложением колостомы или обходных анастомозов.

В 8 случаях (25,8%) локализация опухоли определялась в прямой кишке с метастазами в области брыжейки (в двух случаях) и в близлежащие лимфатические узлы (в 4 случаях), в матку и придатки больных женского пола (в трех случаях). У этих больных была произведена комплексная резекция участка прямой кишки с удалением пораженных лимфатических узлов и части брыжейки, а также матки с придатками. Этим больным накладывались различные стомы или обходные анастомозы. У всех больных на последнем этапе производилось восстановление проходимости кишечной трубки.

В послеоперационном периоде все больные получали соответствующее интенсивное восстановительное лечение, направленное на профилактику гнойно-септических осложнений, с использованием противобактериальных препаратов, с восстановлением и нормализацией водно-электролитного и белкового баланса, с активным поддержанием функций жизненно важных органов и систем [4, 6, 9].

Послеоперационные осложнения были отмечены в 7 случаях (24,1%), среди них несостоятельность анастомозов была отмечена в двух случаях, некроз низведенной кишки возник у трех больных, осложнившись параректальным абсцессом. У двух больных были отмечены гнойно-септические осложнения в области операционной раны с развитием внутрибрюшного абсцесса. Ранняя послеоперационная летальность была отмечена в одном случае.

По результатам наших клинических наблюдений нам не удалось выявить различий в прогнозе хирургического лечения среди больных мужского и женского пола, а также изменений в зависимости от локализации опухолевого процесса, степени распространения на близлежащие органы и ткани. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 21 пациента (72,4%) из 29 оперированных. Пятеро больных выбыли из наблюдения в связи со сменой места жительства или неявкой на контрольные обследования, трое умерли в сроки от 1,5 до 3 лет. Общая послеоперационная летальность составила 13,8%. Сроки наблюдения пациентов варьировали от 12 месяцев до пяти лет. При этом функциональные нарушения за указанный период послеоперационных наблюдений были отмечены у 7 больных, которым была оказана

соответствующая адекватная профессиональная помощь при контрольных посещениях и обследованиях больных.

Таким образом, при разработке алгоритма диагностики и тактики при комплексном подходе к хирургическому лечению больных КРР учитывались не только степень распространенности опухолевого процесса и объективная оценка общесоматического статуса, но и оценка состояния больного по шкалам объективизации и возможность комплексного подхода при хирургическом лечении данной патологии, что может способствовать значительному снижению как числа послеоперационных осложнений, так и летальности [5, 6].

Итак, при лечении колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью, избирательный и дифференцированный подход к выбору тактики хирургического лечения в зависимости от сложности и стадии опухолевого процесса, степени глубины и ареала распространения метастазов, возраста и состояния пациентов, может служить предиктором высокой вероятности благоприятных непосредственных и отдаленных результатов.

Поступила 25.01.16

**Աղիքային սուր անանցանելիության ժամանակ
կոլոռեկտալ քաղցկեղով հիվանդների վիրահատական
բուժման համալիր մոտեցումը**

Ա.Հ. Տանանյան

Աշխատանքում ներկայացված են աղիքային սուր անանցանելիությամբ կոլոռեկտալ քաղցկեղով 31 հիվանդների վիրահատական բուժման համալիր մոտեցման արդյունքները: Աղիքային սուր անանցանելիության ժամանակ վիրահատական բուժման համալիր մոտեցման տարբերակված ընտրությունը՝ բարձր հավանականությամբ կարող է հանդիսանալ կոլոռեկտալ քաղցկեղի բուժման անմիջական և հեռավոր բարենպաստ արդյունքների երաշխիք:

**The complex approach to surgical treatment of patients with colorectal cancer in
acute intestinal obstruction**

A.H.Tananyan

The paper gives the results of a complex approach to surgical treatment of 31 patients with colorectal cancer in acute intestinal obstruction. The differential manner in acute intestinal obstruction to the selection of a complex approach to surgical tactics will promote with high probability the immediate and remote favourable outcomes of surgical treatment of colorectal cancer.

Литература

1. *Алиев С.А.* Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии. Вестн. хирургии, 1999, 3, с. 66-69.
2. *Кныш В.И., Черкес В.Л.* Восстановление непрерывности кишечной трубки после операции Гартмана. Хирургия, 1996, 6, с. 23-25.
3. *Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н. и др.* Хирургическое комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. Онкологическая колопроктология, 2011, 1, с. 32-40.
4. *Чиссов В.И., Дарьялова С.Л.* Онкология (клинические рекомендации). М., 2006.
5. *Alabi A. et al.* Preoperative serum levels of serum VEGF-C is associated with distant metastasis in colorectal cancer patients. Int.J. Colorectal Dis., 2009, 24, p. 269-274.
6. *Berretta S., Barbagallo S., Bonanno S.* Our experience with the Hartman's operation in colorectal emergencies. Minerva Chir., 2000, 55, p. 247-258.
7. *Egi H., Okajama M., Hinoi T. et al.* Single-incision laparoscopic colectomy using the Gelport system for early colon cancer. Scand.J.Surg., 2012, 101 (1), p. 16-20.
8. *Gasser M. et al.* Comparative analysis of predictive biomarkers for therapeutical strategies in colorectal cancer. Ann. Surg. Oncol., 2007, 4, p. 1272-1284.
9. *Leitch E. et al.* Comparison of the prognostic value of selected markers of the systemic inflammatory response in patients with colorectal cancer. Br.J.Cancer, 2007, 97, p.1266-1270.