

© З.В. ТОТИКОВ, В.З. ТОТИКОВ, 2014

УДК 616.345-006.6-089.168

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

З.В. Тотиков*, В.З. Тотиков

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, 362019, Владикавказ, Российская Федерация

Цель. Выявить наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 116 больных, ранее оперированных в различных лечебных учреждениях РФ в экстренном порядке дежурными хирургами по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза и госпитализированных на восстановительные операции.

Результаты. У 54 (47,4%) больных выявлено несоответствие границ резекции рекомендуемым онкологическим стандартам. На восстановительном этапе объем ранее выполненной операции отвечал онкологическим требованиям только у 19 пациентов. У остальных наряду с уменьшением границ резекции были оставлены участки брыжейки с лимфоузлами вплоть до сосудистых аркад. У части больных оперативное вмешательство было ограничено иссечением опухоли, практически ни в одном случае при выполнении операции Гартмана по поводу рака прямой кишки не была резецирована верхняя прямокишечная артерия. У 5 больных на резецированных участках культы прямой кишки выявлен рецидив рака. У 32 (32,3%) больных в лимфоузлах оставшихся участков брыжейки, удаленных на восстановительном этапе, выявлены метастазы.

Заключение. Выполнение в экстренном порядке радикального этапа хирургического лечения больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, у подавляющего большинства больных (83,7%) сопровождается нарушением онкологических принципов.

Основными причинами допущенных ошибок являются тяжелое состояние больных при поступлении и недостаточная подготовка urgentных хирургов к столь обширным и сложным оперативным вмешательствам.

Ключевые слова: рак толстой кишки; кишечная непроходимость; интраоперационные факторы.

THE MOST FREQUENTLY INTRAOPERATIVE FACTORS WHICH AFFECT ON THE RESULTS OF TREATMENT OF COLON CANCER COMPLICATED BY OBSTRUCTION

Z.V. Totikov, V.Z. Totikov

Northern Ossetia State Medical Academy, 362019, Vladikavkaz, Russian Federation

Objective. To identify the most important factors affecting outcomes in patients with colon cancer complicated by acute obstruction.

Material and methods. The study is based on the results of treatment of 116 patients with previously operated in different hospitals of Russia urgently duty surgeons for acute colonic obstruction of tumor genesis and hospitalized for recovery operations.

Results. In 54 (47.4%) patients showed a discrepancy oncologic resection boundaries recommended standards. During the recovery phase cancer earlier volume requirements of the operation was responsible only in 19 patients. The rest, along with a reduction of resection boundaries were left with land mesentery lymph nodes up to the vascular arcades. In some patients, surgery was limited excision of the tumor, virtually no one in the case when performing Hartmann for rectal cancer was not resected upper rectal artery. In 5 patients at sites resection stump rectal cancer relapse. In 32 (32.3%) patients in the remaining sections of the mesentery lymph nodes removed during the recovery phase revealed metastases.

Conclusion. Perform radical stage surgical treatment of patients with colon cancer complicated by obstruction in the emergency order in the vast majority of patients (83,7%) accompanied by a breach of the principles of cancer.

The main causes of errors are: severe patients on admission and lack of training for urgent surgery to so extensive and complicated surgical interventions.

Key words: colon cancer; intestinal obstruction; intraoperative factors.

Введение

Лечение рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью, до настоящего времени остается одной из сложных проблем со-

временной неотложной хирургии и онкологии. Если в снижении ранней послеоперационной летальности достигнуты некоторые успехи, на наш взгляд, в основном связанные с улучшением качества анестезиологического пособия и послеопера-

*Тотиков Заурбек Валерьевич, канд. мед. наук, доцент. E-mail: z-totikov@mail.ru
362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40.

ционной терапии, то в улучшении результатов лечения основного заболевания за последние 20–30 лет практически нет каких-либо существенных сдвигов.

Показатели 5-летней выживаемости у этих больных по данным различных авторов колеблются от 12 до 55% [1–8].

На результаты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью, влияет не только отсутствие возможности проведения предоперационной химио- или лучевой терапии, но и радикальность выполненного оперативного вмешательства. Последний фактор при лечении больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, имеет принципиальное значение, так как оперативные вмешательства выполняются по неотложным показаниям хирургами общей практики, в большинстве случаев недостаточно подготовленными к подобным вмешательствам.

Даже при достаточной подготовке многие специалисты бывают вынуждены из-за тяжести состояния больного ограничивать травматичность и время оперативного вмешательства. В связи с этим во многих случаях следовать принципам онкологического радикализма невозможно из-за несовершенства существующих лечебно-диагностических программ в стационарах, имеющих дело с неотложной хирургией [5, 6, 9–12].

Цель исследования: выявить наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Материал и методы

Работа основана на изучении результатов лечения 116 больных, госпитализированных в хирургические отделения кафедры госпитальной хирургии с онкологией СОГМА для реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств. Всем больным ранее по экстренным показаниям были выполнены различные резекции толстой кишки по поводу рака, осложненного острой непроходимостью. Практически во всех случаях оперативные вмешательства выполнялись хирургами дежурных бригад. Из 116 больных 87 оперированы в различных лечебных учреждениях РФ, в большинстве случаев республиканского, областного и краевого уровня. Остальные 29 больных оперированы на собственной базе, однако с нарушением принятой в клинике хирургической тактики. Во всех случаях, по имеющимся у нас данным, оперативные вмешательства выполнялись по экстренным показаниям.

Возраст больных колебался от 46 до 87 лет, в среднем – 62 года. Женщин было 48 (43,4%), мужчин 68 (56,6%).

Все больные, как правило, поступали на восстановительный этап в течение 2–6 мес после первой

операции, в большинстве случаев через 2–3,5 мес. Двадцати девяти больным, которые были оперированы в нашей клинике и у которых уже на ранних этапах было выявлено несоблюдение онкологических принципов выполнения оперативного вмешательства, повторные операции, заключающиеся в более радикальном расширении объема операции с одновременным восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого, выполнялись после стабилизации основных показателей жизнедеятельности организма, как правило, через 15–25 дней после первого вмешательства.

По данным выписок из историй болезни и другой медицинской документации, у 14 больных выполнены правосторонние гемиколэктомии, в том числе у 3 – с наложением одноствольной илеостомы, у 5 больных – операции по типу Лахей, у 6 пациентов – отдельные илео- и трансверзостомы.

У 41 больного после резекции участка толстой кишки были наложены двуствольные колостомы, в том числе у 11 отдельные (из них у 5 после резекции поперечной ободочной кишки); у 24 после левосторонней гемиколэктомии (в том числе у 18 по поводу рака нисходящей кишки и у 6 – рака сигмовидной) и у 12 после резекции сигмовидной кишки.

У 61 больного были выполнены операции Гартмана или обструктивные резекции, в том числе у 8 по поводу рака нисходящей кишки, у 27 – сигмовидной кишки и у 26 – рака ректосигмоидного или верхнеампулярного отдела прямой кишки.

Для определения состояния приводящей и отводящей петли кишечника, а также определения уровня резекции нами всем больным были выполнены прокто- и ирригографии, для выявления отдаленных и местных метастазов – УЗИ, а также обзорная рентгенография легких. КТ-исследование проведено 48 больным, ангиография брыжеечных сосудов – 12.

Результаты

При поступлении у 54 (47,4%) больных уже на этапе контрастного исследования приводящей и отводящей культи установлено, что границы резекции не соответствуют рекомендуемому. Из 14 больных с раком восходящей кишки у 6 было сохранено больше 2/3 поперечной ободочной кишки. Из 24 больных после левосторонней гемиколэктомии с наложением двуствольных колостом (в том числе у 18 пациентов с раком нисходящей кишки и у 6 – с опухолями сигмовидной) у 11 стома на приводящей петле была сформирована на уровне дистальной трети поперечной ободочной кишки, а у 5 больных – ниже селезеночного угла. Из 12 больных с резекцией сигмовидной кишки и наложением двуствольной колостомы у 3 пациентов приводящая петля была выведена на переднюю брюшную стенку на уровне проксимальной трети сигмовидной кишки, а у 8 пациентов дистальная культи была более 25–30 см.



Рис. 1. Ирригограмма. Культи прямой кишки после операции Гартмана по поводу рака ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненного непроходимостью

Из 8 больных у 3 после выполнения обструктивной резекции по поводу рака нисходящей кишки оставшийся участок поперечной ободочной кишки превышал $2/3$ длины, у 2 дистальная культя была длиной 35–40 см, а у 2 пациентов выполнена резекция селезеночного угла.

Из 27 больных раком сигмовидной кишки, которым были выполнены операции по типу Гартмана, у 11 отводящая культя достигала 25–45 см. У 5 больных одностольная стома была наложена на проксимальную треть сигмовидной кишки.

Из 26 больных, у которых в выписке значилась операция Гартмана по поводу рака верхнеампуляр-

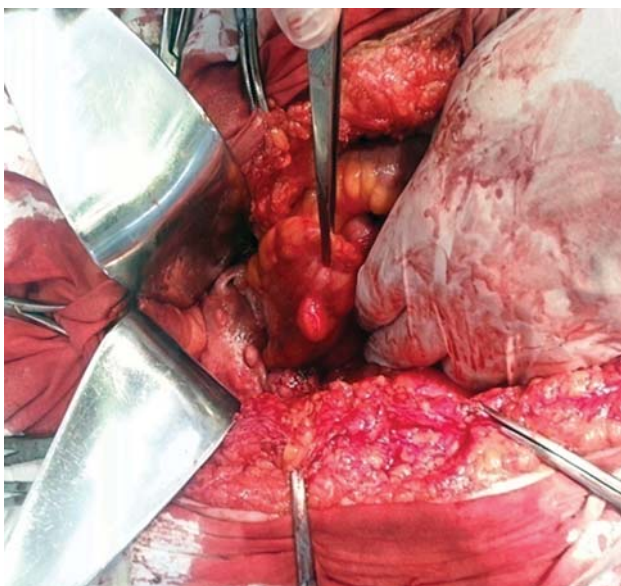


Рис. 2. Интраоперационное фото. Этап операции

ного или ректосигмоидного отдела, у 8 длина культи превышала 14–16 см (рис. 1, 2).

При ультразвуковом исследовании брюшной полости у 4 больных выявлены единичные метастазы в печени, у 3 – увеличенные лимфоузлы по ходу удаленного участка толстой кишки. При проведении компьютерной томографии метастазы в печени обнаружены у 5 больных, увеличенные лимфоузлы по ходу удаленных участков – у 3, метастазы на передней брюшной стенке – у одного больного.

На восстановительном этапе у всех 6 больных с правосторонней гемиколэктомией, у которых при ирригоскопии были выявлены дефекты ранее выполненного оперативного вмешательства, во время восстановительной операции данные были подтверждены. Во всех случаях дистальная граница резекции поперечной ободочной кишки располагалась на уровне ее проксимальной трети. Наряду с этим ни у одного больного из 14 после правосторонней гемиколэктомии сосуды не были пересечены на уровне их отхождения от верхней брыжеечной артерии.

Также практически во всех случаях у больных с резекцией левых отделов во время оперативного вмешательства были подтверждены данные контрастного исследования толстой кишки. Наряду с этим после левосторонней гемиколэктомии у 18 больных была сохранена часть левых ободочных сосудов с участками брыжейки (рис. 3).

Только у 4 больных с раком сигмовидной кишки и у 5 пациентов с опухолями нисходящей ободочной кишки оперативные вмешательства выполнены в рекомендуемом объеме.

Из 27 больных, которым проведены операции по типу Гартмана по поводу рака сигмовидной кишки, осложненного непроходимостью, у 17 брыжейка была резецирована дистальнее места отхождения сигмовидных сосудов от нижнебрыжеечных.

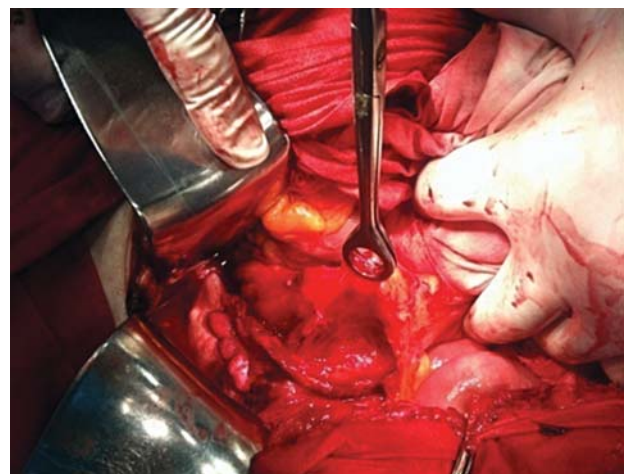


Рис. 3. Сохраненная часть брыжейки левых отделов ободочной кишки с сосудами после ранее выполненной левосторонней гемиколэктомии

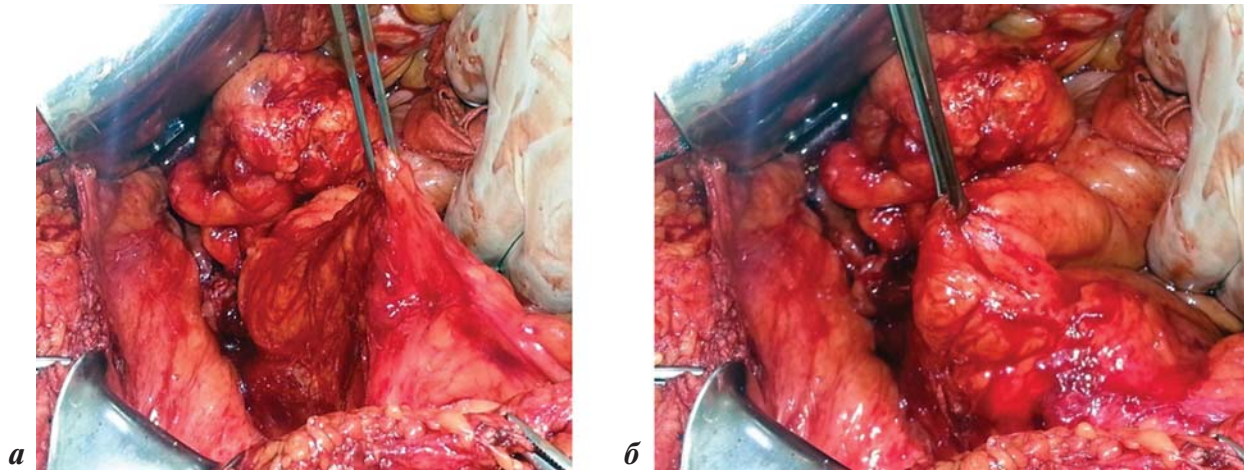


Рис. 4. Интраоперационные фото (а, б). Сохраненная брыжейка левых отделов толстой кишки с верхнепрямкишечными сосудами после операции Гартмана

И только у 10 больных резекция осуществлена на этом уровне.

Несоблюдение онкологических принципов выявлено и у всех 26 больных раком прямой кишки наряду с подтверждением диагностической находки при проктографии: ни у кого не была произведена резекция с иссечением верхней прямокишечной и дистальной части нижней брыжеечной артерии (рис. 4).

Во время восстановительных оперативных вмешательств у 4 больных выявлены метастазы в печени размерами от 5 до 20 мм, у 7 пациентов — в оставшихся после резекции участках брыжейки ободочной кишки, у одного — по ходу верхней брыжеечной артерии и у 2 — по ходу нижней брыжеечной артерии. Еще у 2 пациентов обнаружены имплантационные метастазы на париетальной брюшине.

Таким образом, из 116 больных на восстановительном этапе только у 19 (16,3%) пациентов объем ранее выполненного оперативного вмешательства отвечал минимальным онкологическим требованиям. У остальных 97 пациентов наряду с уменьшением границ резекции не были соблюдены онкологические требования при удалении региональных лимфоузлов.

У 19 пациентов, у которых на первом этапе выполнены в полном объеме оперативные вмешательства, второй этап ограничился ликвидацией стом с наложением анастомозов. У 97 больных на восстановительном этапе были рerezецированы оставшиеся участки толстой кишки вместе с брыжейкой — в правых отделах до уровня отхождения от верхней брыжеечной артерии, в нисходящем и сигмовидном отделах вместе с нижней брыжеечной артерией. После операции Гартмана по поводу рака прямой кишки, осложненного непроходимостью, выполнялась рerezекция культи прямой кишки. Удалялся также мезоректум на 5–7 см ниже резекции вместе с остатками брыжейки, верхней

прямокишечной и нижней брыжеечной артерией. Последняя перевязывалась на уровне отхождения от нее левой ободочной артерии. У 4 больных с единичными метастазами в печени произведено их удаление.

При морфологическом изучении у 5 (18,5%) больных на рerezецированных участках культи прямой кишки выявлен рецидив рака, у 32 (32,3%) в лимфоузлах удаленных оставшихся участков брыжейки толстой кишки — метастазы.

Выводы

1. Выполнение в экстренном порядке радикального этапа хирургического лечения у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью, у подавляющего большинства (83,7%) больных сопровождается нарушением онкологических принципов.

2. Основными причинами допущенных ошибок являются тяжелое состояние больных при поступлении и недостаточная подготовка urgentных хирургов к столь обширным и сложным оперативным вмешательствам.

Литература

1. Антипова С.В., Калинин Е.В., Шляхтин В.В. Алгоритм и методы хирургического лечения осложненных форм колоректального рака. *Онкология*. 2009; 11 (4): 293–7.
2. Баранов А.И., Промзелева Н.В., Палаткин П.П., Бухтияров А.П., Александров Д.С. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака. В кн.: Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса; 2011: 76–7.
3. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Яковец Ю.И., Борота А.В., Псарас Г.Г., Золотухин С.Э. и др. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью. *Український журнал хірургії*. 2009; 1: 16–8.
4. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Хильмончик И.В., Жук Д.А. Острая обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки в неотложной хирургии. В кн.: Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника». Гродно; 2012: 14–8.
5. Коровин А.Я., Ралка Б.В., Бочкарева И.В., Породенко Е.Е. Хирургическая тактика при опухолевой обтурационной тол-

- стокишечной непроходимости. В кн.: Материалы выездного пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Пятигорск; 2011: 140–1.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош; 2009.
 7. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. Владикавказ: СОГМА; 2013.
 8. Stoianov Kh., Vulchev D., Karashmalukov A. The factors determining survivorship in patients with colorectal carcinoma complicated by obstructive ileus of the large intestine. *Khirurgiia-Sofia*. 1996; 49 (2): 17–20.
 9. Белеков Ж.О., Маманов Н.А. Ургентная хирургия рака ободочной кишки. *Колопроктология*. 2011; 3 (37, Прил.): 64.
 10. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Фирфарова Л.Е. Эволюция хирургической тактики при раке ободочной кишки, осложненном острой толстокишечной непроходимостью. В кн.: Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса; 2011: 142–3.
 11. Мармыш Г.Г., Довнар И.С., Цилиндзъ И.Т., Филипович А.В. Неотложные операции при осложненных формах колоректального рака. В кн.: Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника». Гродно; 2012: 41–4.
 12. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. О тактике оперативного лечения при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2008; 167 (5): 37–9.
 13. Воробей А.В., Гришин И.Н. Реабилитация стомированных больных. Минск: Бел. наука; 2003.
 14. Сингаевский А.Б., Цикоридзе М.Ю. Особенности диагностики осложненного рака ободочной кишки в многопрофильном стационаре. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013; 3 (138): 112–6.
- References**
1. Antipova S.V., Kalinin E.V., Shlyakhtin V.V. Algorithm and methods of surgical treatment of complicated forms of colorectal cancer. *Onkologiya*. 2009; 11 (4): 293–7 (in Russian).
 2. Baranov A.I., Promzeleva N.V., Palatkin P.P., Bukhtiyarov A.P., Aleksandrov D.S. Surgical treatment of complicated colorectal cancer. In: Proceedings of the II Congress Coloproctologists CIS, III Congress Coloproctologists Ukraine with the countries of Central and Eastern Europe. Odessa; 2011: 76–7 (in Russian).
 3. Bondar' G.V., Basheev V.Kh., Yakovets Yu.I., Borota A.V., Psaras G.G., Zolotukhin S.E. et al. Primary reconstructive surgical treatment of colon cancer, complicated by complete intestinal obstruction. *Ukrains'kyj zhurnal khirurgii*. 2009; 1: 16–8 (in Russian).
 4. Garelik P.V., Dubrovshchik O.I., Khil'monchik I.V., Zhuk D.A. Acute obstructive ileus with colon cancer in emergency surgery. In: Proceedings of the scientific-practical conference "Topical issues of emergency surgery: bowel obstruction". Grodno; 2012: 14–8 (in Russian).
 5. Korovin A.Ya., Ralka B.V., Bochkareva I.V., Porodenko E.E. Surgical tactics in tumor obstructive bowel obstruction. In: Materials of a plenum of the Problem Commission "Emergency surgery" and Russian scientific and practical conference "Actual issues of emergency surgery". Pyatigorsk; 2011: 140–1 (in Russian).
 6. Pakhomova G.V., Podlovchenko T.G., Uteshev N.S. Emergency surgery for colon cancer. Moscow: Miklosh; 2009 (in Russian).
 7. Totikov V.Z., Totikov Z.V. Colon cancer, complicated by obstruction. Vladikavkaz: SOGMA; 2013 (in Russian).
 8. Stoianov Kh., Vulchev D., Karashmalukov A. The factors determining survivorship in patients with colorectal carcinoma complicated by obstructive ileus of the large intestine. *Khirurgiia-Sofia*. 1996; 49 (2): 17–20.
 9. Belekov Zh.O., Mamanov N.A. Urgent surgery for colon cancer. *Koloproktologiya*. 2011; 3 (37, Suppl.): 64 (in Russian).
 10. Kukosh M.V., Razumovskiy N.K., Firfarova L.E. Evolution of surgical tactics in colon cancer complicated by acute colonic obstruction. In: Proceedings of the II Congress Coloproctologists CIS, III Congress Coloproctologists Ukraine with the countries of Central and Eastern Europe. Odessa; 2011: 142–3 (in Russian).
 11. Marmysh G.G., Dovernar I.S., Tsilindz' I.T., Filipovich A.V. Emergency surgery in complicated forms of colorectal cancer. In: Proceedings of the scientific-practical conference "Topical issues of emergency surgery: bowel obstruction". Grodno; 2012: 41–4 (in Russian).
 12. Pomazkin V.I., Mansurov Yu.V. On the tactics of surgical treatment in colonic obstruction of tumor genesis. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2008; 167 (5): 37–9 (in Russian).
 13. Vorobey A.V., Grishin I.N. Rehabilitation of patients with stomas. Minsk: Bel. nauka; 2003.
 14. Singaevskiy A.B., Tsikoridze M.Yu. The diagnosis of complicated colon cancer in a multidisciplinary hospital. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2013; 3 (138): 112–6 (in Russian).

Поступила 26.12.2013

© А.В. ГАВРИЛЕНКО, Д.В. ШАТАЛОВА, 2014

УДК 616.137-004.6-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

А.В. Гавриленко^{1,2}, Д.В. Шаталова*²

¹ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского» (директор – профессор С.Л. Дземешкевич), РАМН, 119049, Москва, Российская Федерация; ²ГБОУ «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, 119435, Москва, Российская Федерация

В статье рассматривается опыт хирургического лечения пациентов после осложнений эндоваскулярных вмешательств. В исследование вошли 36 пациентов с диагнозом критической ишемии нижних конечностей, возникшей вследствие ранее проведенного эндоваскулярного вмешательства в позднем послеоперационном периоде. Всем пациентам выполнены открытые реконструктивные операции. При выполнении реконструктивного

*Шаталова Дарья Владимировна, ординатор кафедры сердечно-сосудистой хирургии № 1. E-mail: shatalova89@yandex.ru
119435, Абрикосовский пер., д. 2.