

УДК 614.1:616.345/35-006.6-089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА г. ИЖЕВСКА**Н.А. Бочкарева, В.М. Напольских, В.М. Камашев,**
кафедра онкологии Ижевской государственной медицинской академии**Бочкарева Надежда Аркадьевна** – e-mail: nad_ir@udm.ru

Авторами проанализированы результаты обследования 68 больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза, описана тактика лечения в зависимости от стадии заболевания, степени выраженности непроходимости, сопутствующих осложнений (перитонит, перфорация кишки, наличие абсцессов в брюшной полости). По результатам исследований сделаны следующие выводы: при I стадии заболевания больным с легкой и среднетяжелой степенью непроходимости допустимо выполнение первично радикальной операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением анастомоза. Адекватная декомпрессия кишечника при первичной операции (колостомия) позволяет в последующем через 1 месяц выполнить радикальную операцию с адекватной лимфодиссекцией и закрытием колостомы без каких-либо тяжелых осложнений для больного. В связи с тем, что выполнение операций Гартмана в ургентной хирургии часто является нерадикальным, необходимо, чтобы больные с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза оперировались в онкологических диспансерах. Нецелесообразно при острой кишечной непроходимости опухолевого генеза тяжелой степени выполнение радикальных операций. В условиях дежурной хирургии необходимо выполнять минимальную операцию в объеме наложения колостомы либо операцию Гартмана с последующим направлением больного в кратчайшие сроки в онкологический стационар.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость опухолевого генеза, лимфодиссекция, первичный анастомоз, радикальная операция, колостомия.

Authors analysed 68 patients with acute colon obstruction by of tumor genesis, they described tactic of treatment depends on staging disease, grade of impassability, concomitant complications (peritonitis, perforation of intestine, abscess in abdomen). The following conclusions were made because of research: 1. It is allowed to carry out firstly complete surgical operation with retroperitoneal dissection and laying on anastomosis for patients in first staging of disease with light and middle grades of impassability. 2. Correct decompression of intestine in first operation (colostomia) permits to carry out complete operation with adequate dissection and to close colostoma without hard complications for patients in 1 month. 3. Because of carrying out Gartmans operation in urgent surgery is often uncompleted, it is necessary that patients with acute colon obstruction are operated in hospitals specialized in oncological diseases. 4. It is not correct to do complete operations for patients with hard grade of acute colon obstruction because of tumor genesis. It is necessary to do minimal operation in urgent surgery, which consists of putting colostoma ore Gartmans operation and then to direct patients into special hospital in shortest time.

Key words: acute colon obstruction by of tumor genesis, dissection, anastomosis, firstly complete surgical operation, colostomia.

Введение

Заболеваемость колоректальным раком неуклонно растет как у нас в стране, так и в большинстве западных государств. По данным В.И. Чиссова [1], в 2000 г. в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в России колоректальный рак составил 9,6% у мужчин и 10,2% у женщин. А в 2001 г. было зарегистрировано 24 849 вновь заболевших раком ободочной и 20 541 раком прямой кишки. В 2003 г. в России выявили 50 698 новых случаев заболевания, что на 3168 (6,2%) превысило число заболевших в 2000 г. [2, 3]. Ежегодно в мире регистрируют около 800 тыс. больных раком ободочной и прямой кишки и 440 тыс. смертей от него [3, 4].

Рак ободочной и прямой кишки за последние годы занял высокое место в ряду общей структуры онкологических болезней и продолжает удерживать это место во многих странах Европы и Америки. За последние 5 лет не отмечается значительных изменений в структуре и абсолютных показателях заболеваемости колоректальным раком [3, 4]. В насто-

ящее время можно с уверенностью утверждать, что это заболевание является самым распространенным среди всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта.

В 2003 г. в России от данной патологии умерло 36 036 человек. В структуре смертности от злокачественных новообразований ободочная кишка занимает 4-е ранговое место (5,1%) у мужчин и 3-е (8,8%) – у женщин [2, 3]. Прирост стандартизованных показателей смертности за последнее десятилетие наиболее выражен при раке ободочной кишки – 13,3% [3].

Несмотря на современный уровень организации и оснащенность медицинской помощи, ранняя диагностика рака толстой кишки остается на низком уровне. Наибольшее количество больных с вновь диагностированным колоректальным раком приходится на 3–4-ю стадии заболевания [4].

По данным Н.Н. Александрова и соавторов (1980), частота кишечной непроходимости при раке толстой кишки колебалась от 4,2 до 69% (с 1960 по 1973 г.) и в среднем составила 26,4%. По данным отечественных и зарубежных авторов,

за 1976–1985 гг. из 4798 больных раком толстой кишки непроходимость ее наблюдалась у 1371, что составляет 27,5%. Таким образом, следует считать, что частота обтурационной непроходимости при раке толстой кишки возрастает [5].

Острая кишечная непроходимость (ОКН) опухолевого генеза является одной из самых актуальных проблем хирургии. Даже в плановой хирургии колоректального рака частота ОКН составляет до 49%, а среди больных раком толстой кишки, поступающих в стационар в экстренном порядке, острая кишечная непроходимость встречается в 86% случаев [6, 7, 8, 9].

По данным РКОД всего за период с 2000 по 2005 г. оперировано 68 таких больных, что составило 14,67% от всех больных раком левой половины ободочной кишки. Среди больных осложненным колоректальным раком преобладали женщины – 37 (54,4%), мужчин было 31 (45,6%), возраст больных был от 35 до 77 лет.

Материалы и методы

Наша тактика лечения зависела от стадии заболевания, степени выраженности непроходимости, сопутствующих осложнений (перитонит, перфорация кишки, наличие абсцессов в брюшной полости). По стадиям заболевания больных с I стадией за период с 2000 по 2005 г. было 10 (14,7%) человек, со II ст. – 24 (35,3%), с III ст. – 18 (26,5%), с IV ст. – 16 (23,5%) человек. Т. е. большинство больных составили пациенты со II, III и IV стадиями заболевания.

Для установления стадии заболевания применялась классификация TNM.

В своей статье мы использовали классификацию кишечной непроходимости М.Д. Ханевича и М.А. Шашолина (2005), которые разделяют кишечную непроходимость на три степени тяжести:

- компенсированная форма нарушения толстокишечной непроходимости, характеризующаяся: 1) нарушением стула в виде запоров, 2) отсутствием признаков эндогенной интоксикации, 3) незначительным вздутием живота при пальпации, 4) возможностью осмотреть всю кишку при колоноскопии, 5) диаметром опухолевой стриктуры при ирригоскопии более 1,5 см, 6) наличием пневматизации кишечника на обзорных рентгенограммах брюшной полости и расширение просвета кишки не более 4–5 см, 7) при морфологическом изучении препарата стенки толстой кишки наличием лишь умеренной гипертрофии мышечного слоя и некоторой отечности стенки;

- субкомпенсированная форма нарушения толстокишечной непроходимости встречается у 47% больных. Данная форма характеризуется: 1) упорными запорами со вздутием живота, 2) наличием симптомов эндогенной интоксикации, 3) вздутием, урчанием кишки при пальпации, 4) при проведении колоноскопии аппарат удается провести только до опухоли, 5) на обзорных рентгенограммах определяется пневматизация и ячеистость тени толстой кишки, расширение ее просвета до 6,0 см, 6) при выполнении ирригоскопии

внутренний диаметр опухолевой стриктуры составляет 1–1,5 см, 7) при морфологическом изучении стенки толстой кишки в престенотическом отделе отмечаются полнокровие и отечность всех структур стенки кишки, ее гипертрофия, дистрофия и спущивание койлоцитов, умеренная инфильтрация; - декомпенсированная форма ОКН подразделяется на легкую, среднюю и тяжелую степени и встречается у 30% больных с кишечной непроходимостью.

Легкая степень ОКН встречается у 20–25% больных с кишечной непроходимостью, поступающих в стационары по неотложным показаниям, и характеризуется: а) сроками развития непроходимости до 3–4 суток; б) удовлетворительным состоянием больных, умеренным вздутием живота, возможной тошнотой, отсутствием рвоты; в) при выполнении ирригоскопии – отсутствие пассажа бариевой взвеси через опухолевую стриктуру; г) при фиброколоноскопии – осмотр только до уровня опухолевой стриктуры; д) на обзорной рентгенограмме – пневматизация толстой кишки, расширение ее просвета до 6–8 см; е) для морфологических изменений стенки кишки характерны отек и полнокровие стенок кишки, гипертрофия и инфильтрация всей толщи стенки кишки, могут встречаться очаговые некрозы верхушек эпителия ворсинок.

Характерным для легкой степени кишечной непроходимости является возможность успешного проведения консервативных мероприятий для разрешения непроходимости с последующим оперативным лечением в плановом порядке.

Средняя степень толстокишечной непроходимости встречается у 23–25% больных ОКН. Характеризуется развитием «развернутой» клинической картины толстокишечной непроходимости: а) развивается примерно через 5–6 суток после появления признаков нарушения пассажа из толстой кишки; б) состояние больных удовлетворительное или среднетяжелое, умеренное вздутие живота, частое отхождение стула и газов после выполнения клизм; в) на обзорной рентгенограмме – толстокишечные уровни жидкости, расширение диаметра толстой кишки достигает 8–10 см; г) для морфологических изменений кишечной стенки характерны нарушения микроциркуляции в подслизистом и мышечном слоях кишечной стенки, прогрессирование инфильтрации и очаговых некрозов эпителия ворсинок толстой кишки. При этом попытки консервативных мероприятий по разрешению непроходимости чаще всего неэффективны. При операбельности опухоли возможно радикальное вмешательство.

Тяжелая степень толстокишечной непроходимости встречается у 50–55% больных ОКН и носит запущенный характер. В патологический процесс вовлекается тонкая кишка: а) развивается при нарушении пассажа из кишечника более 6 суток; б) характеризуется тяжелым состоянием больных, выраженной эндогенной интоксикацией, вздутием живота, рвотой, развитием перитонита; в) на рентгенограммах при этом определяются тонко- и толстокишечные уровни жидкости, расширение диаметра толстой кишки достигает более 10,0 см; г) для морфологических изменений стенки толстой кишки в

престенотическом отделе характерно развитие некроза эпителия не только ворсинок, но и крипт с их отторжением и образованием язв — язвенно-некротический колит, прогрессирует разрушение мышечного слоя с дистрофией и атрофией нервных ганглиев, усиливается инфильтрация всей стенки толстой кишки, включая серозную оболочку с образованием кровоизлияний и наложением пленок фибрина.

Результаты

Все больные с I стадией заболевания имели экзофитные опухоли, в связи с чем и развилась кишечная непроходимость, поэтому такой высокий процент непроходимости при I ст. — 14,7%. Всем больным с I стадией заболевания с легкой, среднетяжелой и тяжелой степенью непроходимости удалось выполнить радикальные операции. В зависимости от степени непроходимости выполнены следующие объемы операций: больным с легкой и средней степенью тяжести непроходимости кишечника — резекции сигмовидной кишки, левосторонние гемиколэктомии и комбинированные операции с обязательной забрюшинной лимфодиссекцией и наложением анастомоза. Двум больным с тяжелой степенью толстокишечной непроходимости выполнены: одному — обструктивная резекция сигмовидной кишки с забрюшинной лимфодиссекцией, наложением колостомы в связи с наличием у него разлитого серозно-фибринозного перитонита с высоким риском развития несостоятельности швов анастомоза, второму больному, также с тяжелой степенью непроходимости, — резекция сигмовидной кишки с забрюшинной лимфодиссекцией, дополненная трансверзостомией для разгрузки анастомоза с целью профилактики его несостоятельности.

Со II стадией заболевания на уровне развития острой кишечной непроходимости только 37,5% больных с легкой степенью непроходимости удалось выполнить одномоментные радикальные операции в объеме резекции сигмовидной кишки, левосторонней гемиколэктомии, передней резекции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного анастомоза. 41,7% больных со II стадией заболевания и средней степенью тяжести непроходимости кишечника выполнена операция Гартмана с обязательной забрюшинной лимфодиссекцией в связи с наличием у них серозного перитонита и высоким риском развития несостоятельности швов анастомоза. В последующем, через 2 месяца, им выполнен II этап операции Гартмана. 20,8% больным со II стадией заболевания и тяжелой степенью кишечной непроходимости выполнена подвесная сигмостомия, т. е. в связи с наличием у них серозно-фибринозного перитонита и тяжелого состояния расширение операции на данном этапе не представлялось возможным. В дальнейшем, через месяц, им выполнены радикальные операции с адекватной лимфодиссекцией и восстановлением целостности желудочно-кишечного тракта.

По нашим наблюдениям, подвесная сигмостомия позволяет достаточно хорошо и быстро разгрузить толстую кишку

при расположении опухоли в нижней трети сигмовидной кишки и ректосигмоидном отделе. Кроме этого всем больным проводилась назоинтестинальная интубация для разгрузки тонкого кишечника. Интраоперационно через сигмостому и назоинтестинальный зонд эвакуировалось все содержимое кишечника. В послеоперационном периоде кроме санационных релапаротомий при наличии перитонита проводилась стимуляция кишечника, а также проводилось парентеральное питание больного и раннее энтеральное питание, в основном сбалансированными белковыми смесями, предусмотренными для послеоперационного периода. Таким образом, в среднем через 1 месяц состояние больных позволило выполнить им радикальные операции.

При III стадии заболевания радикальные одномоментные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением 1-го анастомоза удалось выполнить у 38,9% больных с легкой степенью кишечной непроходимости, 33,3% больных со средней степенью тяжести непроходимости выполнена операция Гартмана с забрюшинной лимфодиссекцией, 22,2% больных с тяжелой степенью непроходимости в связи с местной распространенностью процесса, наложены 2-ствольные сигмостомы, 5,55% больным раком нисходящей ободочной кишки с тяжелой степенью непроходимости, вращением опухоли в забрюшинную клетчатку и левую почку наложен обходной трансверзо-сигмоанастомоз как окончательный вариант операции.

При IV стадии заболевания лишь 12,5% больным с легкой степенью кишечной непроходимости удалось выполнить первично радикальные комбинированные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением анастомоза. Остальным 87,5% больным со среднетяжелой и тяжелой степенью кишечной непроходимости выполнены симптоматические и паллиативные операции (сигмостомии, обходные анастомозы, паллиативные резекции сигмовидной кишки).

12,5% больных радикально оперированных при IV стадии имели относительно небольшой первичный процесс (T3), но у них обнаруживались отдаленные единичные метастазы в печени, которые тотально экстирпировались. В то время, как у больных с III стадией заболевания имелся местнораспространенный процесс с прорастанием в забрюшинное пространство, и технически удалить опухоль не представлялось возможным, несмотря на III, а не IV стадию заболевания, поэтому 5,55% больным с III стадией заболевания наложены обходные анастомозы. Послеоперационная летальность составила 8,8%.

Кроме этого, следует отметить, что в РКОД оперированы 16 больных после разрешения кишечной непроходимости в других лечебных учреждениях УР, куда они были госпитализированы во время экстренных дежурств. Из них 4 больным со II стадией заболевания выполнены сигмо- и трансверзостомии. Всем им через 1–2 месяца в РКОД выполнены радикальные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного межкишечного анастомоза.

При анализе 12 больных, которым была выполнена операция Гартмана в общелечебной сети, выявлено, что операции с лимфодиссекцией выполнены только 2 больным (16,6%). У 5 больных (41,6%) в исследуемых препаратах не найдено ни одного лимфоузла, что говорит о неадекватности лимфодиссекции. У данных пациентов при оперативном вмешательстве в РКОД метастазы в лимфоузлы найдены у 2 больных.

У 4 больных (33,3%) после операции Гартмана в общелечебной сети выявлен рост опухоли по дистальной линии резекции, а у 1 больного (8,3%) – рост опухоли в забрюшинной клетчатке.

Выводы

1. При I стадии заболевания больным с легкой и среднетяжелой степенью непроходимости допустимо выполнение первично радикальной операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного межкишечного анастомоза.

2. Адекватная декомпрессия кишечника при первичной операции (колостомии) позволяет в последующем через 1 месяц выполнить радикальную операцию с адекватной лимфодиссекцией и закрытием колостомы без каких-либо тяжелых осложнений для больного.

3. Выполнение операций Гартмана в ургентной хирургии часто является нерадикальным методом и требует своевре-

менного направления больного в специализированное онкопроктологическое отделение для повторной радикальной операции.

4. Нецелесообразны при тяжелой степени непроходимости попытки выполнения радикальных операций. Выполнение разгрузочных колостомий позволяет в ближайшее время провести радикальное вмешательство с адекватной лимфодиссекцией.



ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). (Под ред. акад. Чиссова В.И, проф. Старинского В.В.). М. 2002. 264 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). (Под ред. Акад. Чиссова В.И, проф. Старинского В.В.). М. 2005. 264 с.
3. Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф., Мамонтов К.Г. Рак толстой кишки в Алтайском крае. Барнаул. 2006. 211 с.
4. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции. Современная онкология: опухоли желудочно-кишечного тракта. 2001. Т. 3. № 4.
5. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. М.: Медицина, 1989.
6. Федоров В.Д. и др. Клиническая оперативная колопроктология. М., 1994.
7. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М: Медпрактика, 2001. 300 с.
8. Воробьев Г.И. Обтурационная непроходимость толстой кишки //Врач. 1997. № 10. С. 9–12.
9. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М.: ЗАО Изд-во «Стольный град», 2002. 160 с.