

© В.В.Кутуков, В.В.Севостьянов, 2009
УДК 616.345-006.6-089

В.В.Кутуков, В.В.Севостьянов

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра онкологии (зав. — д-р мед. наук проф. В.В.Кутуков) ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава

Ключевые слова: рак толстой кишки, хирургическое лечение.

Разработка вопросов хирургии осложненного рака ободочной кишки имеет более чем вековую историю, и все это время данная проблема вызывает большой интерес у хирургов в связи с неуклонно увеличивающимся количеством осложненных форм рака ободочной кишки и стремлением улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данной патологии. Не будет преувеличением сказать, что хирургия рака ободочной кишки началась с лечения его осложнений. Первая успешная операция по поводу рака слепой кишки, осложненного непроходимостью, была выполнена Е.В.Павловым в 1886 г. Он резецировал слепую кишку и наложил илеоасцендоанастомоз.

В последние годы среди хирургов появилась тенденция к выполнению резекции кишечника с опухолью и формированию первичного межкишечного анастомоза на высоте острой обтурационной кишечной непроходимости. Тонкость кишечной стенки и вирулентная бактериальная флора толстой кишки лишают шов на ней при формировании первичного анастомоза в случае кишечной непроходимости той надежности, которая присуща шву тонкой кишки; этим объясняются самые худшие результаты послеоперационной летальности ввиду развития калового перитонита [5, 9, 23].

Обязательным условием для наложения первичного межкишечного анастомоза, по мнению В.З.Тотикова и соавт. [22], является отсутствие признаков нарушения микроциркуляции и воспалительных изменений в стенке кишки, геморрагического выпота и перитонита, а также каловых масс в просвете кишки. Авторы применяли интраоперационный кишечный лаваж и формировали первичный толстокишечный анастомоз. Использование такой тактики позволило снизить количество гнойно-воспалительных осложнений с 12,7 до 7,1%, а также увеличить количество одноэтапных радикальных операций на 16,2%. Идею интраоперационного лаважа толстой кишки с целью создания благоприятных условий для последующего наложения первичного толстокишечного анастомоза высказывают многие авторы [11, 28]. Данная методика, по результатам исследований J.P.Arnold и соавт. [27], позволяет снизить послеоперационную летальность при формировании первичного межкишечного соустья до 5,7%.

При стенозирующем раке правой половины толстой кишки и стабильном общем состоянии больного первичная резекция более допустима, чем при опухолях левой половины, так как перитонит при раке правых отделов развивается

реже, чем при локализации обтурирующей опухоли в левой половине, в правых отделах застой кишечного содержимого выражен нерезко, каловые массы жидкие и легко проходят через анастомоз, не травмируя шов и не угрожая их состоятельности. К выполнению правосторонней гемиколэктомии с наложением первичного илеотрансверзоанастомоза при обтурирующем раке правых отделов ободочной кишки склоняются большинство хирургов. При нерезектабельной опухоли правой половины толстой кишки следует формировать обходной илеотрансверзоанастомоз. Надо иметь очень веские основания для отказа от формирования межкишечного соустья в пользу колостомии. Только техническая невозможность вследствие распространения злокачественного процесса или выраженный перитонит могут служить таким основанием.

Несколько иное отношение к выбору способа операции при раке левой половины ободочной кишки с явлениями непроходимости. В данном случае чаще приходится прибегать к симптоматическим вмешательствам. Такие операции ведут к устранению непроходимости, опорожнению кишечника от его содержимого, улучшению общего состояния больного. С разгрузочной целью чаще формируют колостому проксимальнее обтурирующей опухоли [7]. Что же касается наложения обходного анастомоза, то данное оперативное вмешательство применяется при нерезектабельной опухоли. В наблюдениях Ю.В.Доровских [10] в 90,9% случаев причиной отказа от наложения межкишечного анастомоза послужили воспалительные изменения кишечной стенки в зоне предполагаемого анастомоза. Абсолютно противоположной точки зрения придерживается А.А.Аликов [3] — межкишечный анастомоз предпочтителен колостомии, так как является окончательной операцией для больного, исключающей худшие условия жизни с колостомой.

Устранение непроходимости при двухмоментной операции способствует стиханию перифокальной воспалительной реакции, что облегчает производство резекции кишки и улучшает прогноз у этих больных. В 1922 г. Гартман предложил методику двухмоментной резекции сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела. Абсолютное большинство хирургов при раке левой половины толстой кишки с явлениями непроходимости применяют эту операцию. Преимуществами операции Гартмана являются удаление опухоли на первом этапе и одновременная ликвидация непроходимости. Эта операция достаточно радикальна в онкологическом плане, не тяжела для больного и не представляет технических трудностей для хирурга. После нее остается возможность восстановления непрерывности толстой кишки [24].

Имеет место в экстренной хирургии толстой кишки при обтурирующем раке ее левых отделов и резекция с формированием первичного межкишечного соустья. Данные вмешательства при раке левой половины ободочной кишки сопровождаются высокой послеоперационной летальностью, которая доходит до 53,3–74% [28]. С.А.Алиев [2] при явлениях острой кишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки выполнял резекцию последней с формированием компрессионного У-образного терминолатерального анастомоза и одностольной приводящей колостомы. Применение данной методики ни в одном наблюдении не осложнилось несостоятельностью толстокишечного соустья. Преимущества компрессионного У-образного терминолатерального анастомоза при обтурационной непроходимости левой половины ободочной кишки, по мнению авторов, заключаются в следующем: во-первых, удаление опухоли и восстановление кишечной непрерывности осуществляется в один этап; во-вторых, формирование приводящей колостомы ликвидирует острую непроходимость и способствует быстрой декомпрессии проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта, что, в свою очередь, является эффективной мерой профилактики несостоятельности швов толстокишечного анастомоза; в-третьих, закрытие колостомы производится внебрюшинным способом.

В 80-е годы XX столетия появились сообщения о применении субтотальной колэктомии с наложением первичного илеодесцендо- и илеосигмоанастомоза по поводу осложненного обтурационной непроходимостью рака левой половины ободочной кишки. В результате проведенных исследований А.М.Шулутко и соавт. [23] и Г.В.Пахомова и соавт. [17] приходят к выводу, что субтотальная резекция в хирургическом лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки имеет ряд преимуществ перед традиционной тактикой. Помимо этого, субтотальная резекция достаточно радикальна в онкологическом плане, не влечет за собой большого числа гнойно-септических осложнений и способствует более быстрой социально-трудовой реабилитации больных.

Во всех случаях достоверно установленной невозможности радикального лечения показано проведение эндоскопической реканализации опухоли толстой кишки с помощью электрокоагуляции и лазерной фотокоагуляции. Обязательным условием является отсутствие полной обтурации кишки злокачественной опухолью и небольшая протяженность опухолевого поражения. Противопоказаниями к выполнению данного вмешательства являются наличие распадающейся опухоли с угрозой перфорации во время проведения процедуры и крайне тяжелое состояние больного, обусловленное генерализацией опухолевого процесса. При нерезектабельной опухоли с явлениями острой кишечной непроходимости у пожилых пациентов в качестве симптоматической помощи некоторые авторы предлагают применять металлические стенты как альтернативу колостомии [18, 29, 33]. Данная методика сопровождается низкой послеоперационной летальностью.

Лечебная тактика при кровотечении, обусловленном раком ободочной кишки, определяется его характером. В большинстве случаев (89,4%) кровотечение удастся остановить консервативными мероприятиями [24]. Наилучшим методом остановки продолжающегося кровотечения из опухоли ободочной кишки, в том числе при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов, является резекция кишки с первичным межкишечным анастомозом, несмотря на высокий риск операции и высокую летальность, достигающую 40% [13, 20, 24]. По мнению С.А.Гешелина [8],

местные условия операции по поводу кровотечения более благоприятны, чем таковые при операции по поводу перфорации или кишечной непроходимости: нет перитонита, кишки не растянуты, стенка кишечника не истончена, нет несоответствия между диаметрами приводящего и отводящего отделов кишечника. Выбор метода хирургического пособия при данном осложнении рака толстой кишки в значительной степени обусловлен состоянием больного, его возрастом, а также локализацией опухоли. В случае, если опухоль находится в правой половине ободочной кишки, то операцией выбора считается правосторонняя гемиколэктомия. Тактика при опухолях левой половины неоднозначна. Возможными вариантами являются первичная резекция с анастомозом, обструктивная резекция по Гартману, субтотальная резекция и колэктомия [20].

При перфорации рака ободочной кишки хирург должен решить две задачи — борьбу с перитонитом и лечение злокачественного новообразования. Часто решить обе задачи одновременно невозможно ввиду распространенности опухоли или тяжелого общего состояния больного вследствие интоксикации. В вопросах хирургической тактики при этом осложнении нет единства мнений. Некоторые авторы, учитывая высокую частоту летальности после паллиативных вмешательств, являются сторонниками радикальной операции — резекции сегмента кишки (вплоть до колэктомии) вместе с перфоративной опухолью с наложением первичного анастомоза, считая ее операцией выбора. Однако при такой тактике достаточно высока послеоперационная летальность — до 74% [2]. Большинство хирургов рекомендуют резекцию кишки без восстановления кишечной непрерывности, которая является патогенетически обоснованной. При отсутствии условий для выполнения резекции следует ограничиваться симптоматическими операциями [17, 24, 31]. Симптоматические операции сопровождаются более высокой летальностью, чем радикальные, не излечивают больных, но выполняются как вынужденные вмешательства. Летальность при перфорации опухоли и диастатических разрывах толстого кишечника проксимальнее опухоли остается достаточно высокой и составляет 37,8–80,8% [2, 13, 18].

Возникновение воспалительного процесса в зоне опухоли толстой кишки значительно ограничивает возможности лечения, ухудшает прогноз у больных раком ободочной кишки и обуславливает увеличение послеоперационной летальности. Опыт как отечественных, так и зарубежных авторов показывает, что наличие нагноительных процессов при раке толстой кишки отнюдь не означает неоперабельности и далеко не всегда диктует отказ от выполнения операции [22, 26]. При наличии гнойников, ограниченных пределами опухоли, или перифокального воспалительного инфильтрата и при отсутствии признаков кишечной непроходимости возможно выполнение одномоментной радикальной операции с формированием первичного межкишечного соустья [8, 22, 26]. При локализации опухоли, осложненной воспалительным процессом в сигмовидной кишке и левой половине ободочной кишки, многие хирурги рекомендуют применять операцию Гартмана [24]. По мнению В.И.Юхтина [24], в случае параканкрозного воспаления и наличия отдаленных метастазов целесообразно выполнить паллиативную обструктивную резекцию, так как это избавит больного от распадающейся опухоли и от нагноительного процесса, что, несомненно, улучшит общее состояние пациента.

При наличии параканкрозного воспалительного очага и отсутствии перитонеальных явлений и симптомов кишечной непроходимости, по мнению некоторых авторов,

целесообразна активно выжидательная тактика, которая начинается с комплекса консервативных мероприятий по стандартной схеме лечения ограниченного абсцесса брюшной полости с целью уменьшения зоны воспалительного инфильтрата. В дальнейшем производится радикальное оперативное вмешательство в плановом порядке [13, 26]. В случае тяжелого состояния пациента, обусловленного выраженной интоксикацией вследствие перитонеальных явлений, операция заключается во вскрытии абсцесса, адекватном дренировании, а также отграничении его от свободной брюшной полости с помощью тампонов, обязательно при этом наложение проксимальнее опухоли декомпрессионной колостомы [11, 13, 24].

Данные литературы свидетельствуют о том, что наиболее часто патологические сообщения толстой кишки на почве рака возникают с желудком, мочевым пузырем и тонкой кишкой [34]. При толстокишечных свищах раковой этиологии во всех случаях показано оперативное лечение. При пузырно-кишечных свищах у операбельных больных и при резектабельности опухоли производят одноэтапное хирургическое вмешательство, в противном случае осуществляют колостомию и деривацию мочи с целью предупреждения воспалительных осложнений. В случае желудочно-ободочных свищей также оправдана комбинированная операция — резекция ободочной кишки с резекцией желудка [15].

На первом месте среди причин невыполнения резекции при раке толстой кишки стоит прорастание опухоли в смежные органы. Следует отметить, что радикальное оперативное вмешательство у таких пациентов бывает возможным даже при плотном сращении с соседними органами, так как эти сращения весьма часто имеют воспалительное происхождение [18, 26]. На сегодняшний день нет единого мнения, когда можно считать опухоль нерезектабельной. Некоторые хирурги признают нецелесообразным удаление опухоли при прорастании ее в соседние органы. Другие — прибегают к комбинированным хирургическим вмешательствам с удалением даже нескольких органов, спаянных с опухолью. 5-летняя выживаемость при выполнении комбинированных вмешательств составляет 70,5–72,2%, что сопоставимо с отдаленными результатами лечения неосложненного рака ободочной кишки [4, 17, 26].

В литературе имеются единичные сообщения о выполнении расширенной комбинированной правосторонней гемиколэктомии с панкреатодуоденальной резекцией при местно-распространенном раке правой половины ободочной кишки [4]. Р.Б. Байрамов [4] и А.Ю. Максимов [14] считают, что при правильно выбранной тактике предоперационной подготовки и адекватном послеоперационном ведении больного данное оперативное вмешательство имеет место быть в хирургии местно-распространенных форм рака ободочной кишки и сопровождается благоприятным исходом.

М.Л. Lopez и соавт. [32], S.B. Eisenberg и соавт. [30] считают обоснованным выполнение экзентерации малого таза по поводу местно-распространенного рака ректосигмоидного отдела кишечника. В клинике Ellis Fischel State Cancer Center данное оперативное вмешательство выполнено у 24 (1,6%) больных. Послеоперационная летальность составила 20,8%.

Результаты клинических наблюдений, проведенных Н.А. Яицким и Т.А. Мошковой [25], М.А. Абдулаевым [1], Г.И. Гафтон и соавт. [7] и В.А. Тарасовым и соавт. [20], показали, что при сочетании кишечной непроходимости с воспалительным процессом в зоне опухоли или кишечным кровотечением, независимо от степени выраженности явления непроходимости и наличия инфильтрации опухолью окружающих тканей, одномоментные радикальные и пал-

лиативные резекции толстой кишки являются операцией выбора.

Показаниями к расширению объема операции до субтотальной колэктомии в urgentной хирургии рака толстой кишки являются кишечная непроходимость с диастатической перфорацией или некрозом супрастенотического отдела толстой кишки, наличие осложнений первично-множественного рака толстого кишечника, а также прорастание опухоли в соседние органы и ткани [17, 23, 26, 31].

Широкое распространение при операциях на толстой кишке в условиях сниженной резистентности больного получил способ экстраперитонизации кишечных швов [12, 16]. В этом случае даже при несостоятельности кишечного шва методика укрепления последнего предупреждает развитие послеоперационного перитонита. В.Г. Вальтером в 1982 г. [6] предложен способ укрепления линии шва толстокишечного соустья серозно-мышечно-подслизистым лоскутом из большой кривизны желудка на сосудистой ножке. В 1982 г. Н.А. Сергеев [19] сообщил о методике перитонизации шва толстой кишки полнослойным брыжеечным лоскутом на ножке. К.Д. Тоскин и соавт. [21] для профилактики несостоятельности анастомоза применили герметизацию швов толстой кишки консервированной твердой мозговой оболочкой. В 1981 г. Е.М. Моховым [16] предложен метод укрепления толстокишечных анастомозов демукозированным тонкокишечным трансплантатом. Важно отметить, что применение в хирургии осложненного и местно-распространенного рака толстой кишки укрепления линии швов межкишечного анастомоза различными пластическими материалами позволяет достичь хороших результатов.

Таким образом, выбор адекватного объема хирургического пособия при осложненных и местно-распространенных формах рака толстой кишки основывается преимущественно на правильной оценке состояния пациента, характера осложнения, локализации опухоли и стадии основного заболевания, а также индивидуальных особенностей течения злокачественного процесса и анатомических вариантов в зоне оперативного вмешательства.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулаев М.А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 2004.—45 с.
2. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки // Вестн. хир.—2001.—№ 4.—С. 44–49.
3. Аликов А.А. Хирургическая тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии у пожилых больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Ростов н/Д, 1998.—23 с.
4. Байрамов Р.Б. Комбинированная операция по WHIPPLE с правосторонней гемиколонэктомией при раке ободочной кишки // Хирургия.—2004.—№ 1.—С. 54–55.
5. Важенин А.В., Маханьков Д.О., Сидельников С.Ю. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью // Хирургия.—2007.—№ 4.—С. 49–53.
6. Вальтер В.Г., Батчаева Л.Х., Кутуков В.Е. и др. Экспериментальные и клинические данные об использовании сегмента большой кривизны желудка в пластической хирургии // Клини. хир.—1982.—№ 8.—С. 60–62.
7. Гафтон Г.И., Щербаков А.М., Егоренков В.В., Гельфонд В.М. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта // Практич. онкол. Ургентные состояния в онкологии.—2006.—№ 2.—С. 77–83.
8. Гешелен С.А. Неотложная онкохирургия.—Киев: Здоровье, 1988.—200 с.

9. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Онищенко С.В., Климова Н.В. Лечение больных с осложнениями злокачественных опухолей ободочной кишки // Хирургия.—2007.—№ 6.—С. 8–12.
10. Доровских Ю.В. Одно- и двухэтапное хирургическое лечение заболеваний левых отделов толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Хабаровск, 2002.—27 с.
11. Есин В.И., Гришин К.Н., Халов В.Ю., Тарала Е.В. Хирургическое лечение распространенных форм рака толстой кишки // Актуальные вопросы современной хирургии. Материалы Всероссийской конференции, посвященной 85-летию Астраханского областного научного медицинского общества хирургов.—Астрахань, 2006.—С. 340.
12. Журнаджянц В.А., Вальтер В.Г. Укрепление толстокишечного анастомоза лоскутом из стенки желудка // Вестн. хир.—1985.—№ 5.—С. 135–136.
13. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости.—М.: Медицина, 1986.—192 с.
14. Максимов А.Ю. Панкреатодуоденальная резекция при раке желудка и раке ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Ростов н/Д, 2006.—46 с.
15. Моргоев А.Э. Анализ комбинированных операций при колоректальном раке // Первый съезд хирургов Южного Федерального округа (материалы съезда, 27–28 сентября 2007 г.).—Ростов н/Д, 2007.—С. 154.
16. Мохов Е.М., Бредихин Е.И. Укрепление толстокишечных анастомозов демукозированным трансплантатом тонкой кишки // Вестн. хир.—1990.—№ 6.—С. 115–117.
17. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Подловченко Т.Г. и др. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки // Хирургия.—2003.—№ 6.—С. 55–59.
18. Ривкин В.Л., Ан В.К., Чубарова Е.В. Неотложная помощь при острой патологии толстой кишки. Мета-анализ // Междунар. мед. журн.—2002.—№ 3.—С. 279–284.
19. Сергеев Н.А. Аутопластическое подкрепление швов толстой кишки полнослойным брыжеечным лоскутом на ножке // Вестн. хир.—1982.—№ 8.—С. 123–126.
20. Тарасов В.А., Побегалов Е.С., Ставровицкий В.В. и др. Лечение злокачественных опухолей легких и желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечениями // Практич. онкол. Ургентные состояния в онкологии.—2006.—№ 2.—С. 94–100.
21. Тоскин К.Д., Бабанин А.А., Отурин Е.П. Герметизация швов желудка и кишечника консервированной твердой оболочкой головного мозга // Клин. хир.—1988.—№ 1.—С. 40–42.
22. Тотиков В.З., Хестанов А.К., Зураев К.Э. и др. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки // Хирургия.—2001.—№ 8.—С. 51–54.
23. Шулушко А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости // Российск. мед. журн.—2000.—№ 2.—С. 22–26.
24. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки.—М.: Медицина, 1988.—320 с.
25. Яицкий Н.А., Мошкова Т.А. Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией // Вестн. хир.—2001.—№ 1.—С. 92–96.
26. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки.—М.: МЕДпресс-информ, 2004.—376 с.
27. Arnaud J.P., Casa C., Georgeac C. et al. Intraoperative colonic irrigation in the emergency treatment of occlusive lesions of the left colon // J. Chir. Paris.—1994.—Vol. 131, № 12.—P. 538–540.
28. Chiappa A., Zbar A., Biella F., Staudacher C. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon for cancer // Am. Surg.—2000.—Vol. 66, № 7.—P. 619–622.
29. Chun Ng K., Law W.L., Lee Y.M. et al. Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency resection for obstructing left-sided colorectal cancer: a case-matched study // J. Gastrointest. Surgery.—2006.—Vol. 10, № 6.—P. 798–803.
30. Eisenberg S.B., Kraybill W.G., Lopez M.J. Long-term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma // Surgery.—1990.—Vol. 108, № 4.—P. 779–786.
31. Hennekinne-Mucci S., Tuech J.J., Brehant O. et al. Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma // International J. Colorectal Dis.—2006.—Vol. 21, № 6.—P. 538–541.
32. Lopez M.J., Kraybill W.G., Downey R.S. et al. Exenterative surgery for locally advanced restocigmoid cancer. It is worthwhile? // Surgery.—1987.—Vol. 102, № 4.—P. 644–651.
33. McArdle C.S., McMillan D.C., Hole D.J. The impact of blood loss, obstruction and perforation on survival in patients undergoing curative resection for colon cancer // Brit. J. Surg.—2006.—Vol. 93, № 4.—P. 483–488.
34. Mischianu D., Dinu M., Vlasin G., Pantalon A. Complicated sigmoid neoplasia with vesico-sigmoid fistula // Chirurgia (Bucur).—2000.—Vol. 95, № 3.—P. 279–284.

Поступила в редакцию 27.05.2008 г.