

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

**А.Х. Керимов, М.Ч. Велибекова**

*Национальный центр онкологии, г. Баку, Республика Азербайджан  
370012, Азербайджанская Республика, г. Баку, ул. Шарифзаде, 10  
e-mail: mansura@rambler.ru*

Проведена оценка непосредственных результатов хирургического лечения 283 больных осложненным раком прямой кишки, которые были оперированы в Национальном центре онкологии Республики Азербайджан в течение 14 лет. Резектабельность составила 73,5 %, частота интра- и послеоперационных осложнений – 11,7 % и 18,4 % соответственно, послеоперационная летальность – 7,4 %. Несостоятельность швов анастомоза привела к летальному исходу в 2 (3,1 %) случаях, что свидетельствует о высокой надежности разработанных и применяемых в клинике способов формирования одно- и двухрядного инвагинационных (дубликатурных) анастомозов.

Ключевые слова: осложненный рак прямой кишки, хирургическое лечение.

### SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR COMPLICATED RECTAL CANCER

A.H. Kerimov, M.Ch. Velibekova

*National Center of Oncology, Baku, Azerbaijani Republic  
10, Sharifadze Street, Baku, Azerbaijani Republic, e-mail: mansura@rambler.ru*

Short-term results of surgical treatment in 283 patients with complicated rectal cancer were studied. Resectability rate was 73,5 %, the rates of intra- and postoperative complications were 11,7 % and 18,4 %, respectively. The postoperative lethality rate was 7,4 %. Anastomosis failure resulted in lethal outcome in 2 (3,1 %) cases, thus indicating a high reliability of applied methods of one-and two-row invaginated anastomoses.

Key words: complicated rectal cancer, surgical treatment.

Рак прямой кишки (РПК) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости ряда стран, в том числе и Азербайджана. По данным ряда исследователей, эта патология составляет от 2 до 10 % от общего числа злокачественных новообразований человека и около 80 % опухолей всей толстой кишки. Рак прямой кишки занимает второе место среди злокачественных опухолей пищеварительного тракта и первое место среди злокачественных новообразований толстой кишки [1, 2, 9, 10].

В структуре смертности населения развитых стран от злокачественных новообразований колоректальный рак занимает второе место после рака легкого [1, 9, 10, 12]. Несмотря на выраженность клинических признаков и современные возможности диагностики, подавляющее число больных попадают в стационар с осложненными формами заболевания. Большинство пациентов с осложненным течением рака прямой кишки – лица старше 60 лет. Среди осложнений чаще всего встречаются острая кишечная непроходи-

мость (71,8 %), перфорация (17,8 %) и кровотечение (10,4 %) [3, 5, 6, 13].

Для лечения злокачественных новообразований прямой кишки используют комбинированное и комплексное лечение, основным компонентом которых является хирургическое вмешательство. Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки является актуальной проблемой современной онкохирургии [7, 8, 11, 15]. Хирургические вмешательства на прямой кишке относятся к одним из наиболее сложных в абдоминальной онкологии и сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений (от 14,6 до 42,7 %) и летальности (от 1,0 до 15,9 %) [4, 7, 14, 16]. В этой связи вопрос об улучшении непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки не потерял своей актуальности и в настоящее время.

**Целью исследования** явилось изучение непосредственных результатов хирургического лечения больных осложненным раком прямой

кишки, оперированных с применением разработанных в клинике способов операций и технических приемов.

### Материал и методы

Материалом для исследования послужили данные о 444 больных раком прямой кишки, оперированных в Национальном центре онкологии за период с 1995 по 2009 г. Осложненное течение опухолевого процесса имело место у 283 (63,7 %) пациентов. Среди больных осложненным раком прямой кишки (ОРПК) мужчин было 145 (51,23 %), женщин – 138 (48,7 %), среди больных с неосложненным раком прямой кишки (НОРПК) – 75 (46,6 %) и 86 (53,4 %) соответственно. Средний возраст пациентов с ОРПК составил 62,7 года, с НОРПК – 60,8 года. На долю больных с ОРПК в возрасте 60 лет и старше приходилось 67,0 %, с НОРПК – 60,6 %.

Поражение ректосигмоидного отдела у больных ОРПК выявлено в 157 (55,5 %), при НОРПК – в 62 (38,5 %) случаях. Среди больных ОРПК наиболее часто встречалась смешанная форма роста опухоли – 45,7 %, эндофитная – в 42,6 % случаев, экзофитная – в 11,6 %. У больных НОРПК также наиболее частой была смешанная форма роста – 64,3 %, эндофитный и экзофитный макроскопические варианты встречались – в 21,8 % и 13,9 % случаев соответственно. В обеих подгруппах превалировала аденокарцинома различной степени дифференцировки – 91,2 % и 90,8 % соответственно. Распространенность опухолевого процесса, соответствующая T<sub>3-4</sub>, у больных ОРПК наблюдалась чаще, чем среди пациентов с НОРПК, – 278 (98,3 %) и 148 (92 %). Соответственно при ОРПК чаще наблюдалось

поражение регионарных лимфатических узлов (N<sub>1-2</sub>), чем при НОРПК, – в 101 (35,6 %) и 50 (31,05 %) случаях. Отдаленные метастазы в 1,8 раза чаще наблюдались у больных ОРПК, чем у пациентов с НОРПК, – в 31,9 % и 17,9 % случаев соответственно. Чаще всего поразились печень, брюшина и забрюшинные лимфатические узлы. Распределение больных ОРПК в зависимости от стадии процесса было следующим: I стадия – 1,3 %, IIА – 12,1 %, IIВ – 31,7 %, IIIА – 0,2 %, IIIВ – 16,1 %, IIIС – 6,7 %, IV – 31,9 %.

В основной группе больных РПК наиболее частым осложнением опухолевого процесса была кишечная непроходимость различной степени выраженности – в 158 (55,8 %) случаев. У 36 (12,7 %) пациентов опухолевый процесс одновременно сопровождался несколькими осложнениями, причем превалировало сочетание кишечной непроходимости с воспалительными процессами (табл. 1). Следует отметить, что 247 (87,3 %) больных с ОРПК имели одно осложнение, 27 (9,5 %) – 2 осложнения, 9 (3,2 %) – 3 осложнения.

Сопутствующие заболевания у больных ОРПК встречались в 1,3 раза чаще, чем у пациентов с НОРПК, – в 138 (48,8 %) и в 62 (38,5 %) наблюдениях соответственно. Наиболее часто отмечались различные заболевания сердечно-сосудистой системы. Реже встречалась патология органов дыхания, пищеварения и мочеотделения. По одному сопутствующему заболеванию имели 89 (64,5 %) больных с ОРПК, по два – 49 (35,5 %).

Для лечения больных раком прямой кишки применялись разработанные в клинике способы хирургических вмешательств, технические

Таблица 1

### Частота осложнений опухолевого процесса у больных раком прямой кишки

Виды осложнений	Число больных (n=283)
Частичная кишечная непроходимость	139 (49,2 %)
Полная кишечная непроходимость	19 (6,7 %)
Абсцесс	4 (1,4 %)
Перфорация опухоли	11 (3,9 %)
Прорастание опухоли в соседние органы	19 (6,7 %)
Анемия	7 (2,5 %)
Кровотечение	23 (8,1 %)
Сочетание осложнений	36 (12,7 %)
Стеноз	25 (8,8 %)

приемы, новые инструменты и устройства. При выполнении внутрибрюшной резекции прямой кишки восстановление кишечной непрерывности осуществляли посредством разработанных в клинике двухрядного и однорядного инвагинационных анастомозов. У больных РПК с воспалительными осложнениями опухолевого процессом, в пред-, и послеоперационном периоде применяли антибактериальную терапию.

### Результаты и обсуждение

Из 444 прооперированных больных радикальные хирургические вмешательства выполнены 346 (77,9 %) пациентам, в том числе при ОРПК – в 208 случаях. Резектабельность составила 73,5 %, что в 1,2 раза меньше, чем при НОРПК, – 88,4 %. Паллиативные оперативные вмешательства проведены в 75 (26,5 %) случаях. Причинами выполнения паллиативных у 59 (78,6 %) больных были отдаленные метастазы, у 13 (17,3 %) – местное распространение опухоли, у 3 (4 %) – их сочетание. Из 208 радикальных операций у 29 (14 %) больных они носили характер расширенных вмешательств, у 19 (9,4 %) – комбинированный, у 7 (3,7 %) – симультаный. При комбинированных операциях в 12 (46,1 %) случаях был резецирован один смежный орган или анатомическая структура, вовлеченная в опухолевый процесс, в 10 (38,5 %) – два, в 4 (15,4%) – три. Комбинированные операции при НОРПК выполнены – у 8,3 % больных. Наиболее частым видом операций была передняя резекция прямой кишки как при ОРПК – 22,6 %, так и у пациентов с НОРПК – 26,1 % (табл. 2).

Учитывая осложненное течение опухолевого процесса, выполнение оперативного вмеша-

тельства у больных с ОРПК технически было сложнее, поэтому у них чаще наблюдались интраоперационные осложнения – 61 у 33 (11,7 %) больных (табл. 3), что в 2 раза выше, чем у пациентов с НОРПК, – 5,9 % случаев соответственно. При радикальных операциях по поводу ОРПК частота интраоперационных осложнений была также в 4,4 раза выше, чем при симптоматических вмешательствах – 15,1 % и 3,4 % соответственно. В структуре данных осложнений преобладали вскрытие абсцесса (55,7 %), реже отмечались перфорация опухоли (19,7 %) и нарушение целостности серозного покрова кишечника (9,8 %). Наиболее часто интраоперационные осложнения возникали при брюшно-промежностных экстирпациях, операциях по типу Гартмана–Иноятова и Гартмана.

Послеоперационный период у больных с ОРПК также отличался более неблагоприятным течением, у них частота послеоперационных осложнений была в 1,3 раза выше, чем у пациентов с НОРПК, – 18,4 % и 13,6 % соответственно (табл. 3). При радикальных операциях по поводу ОРПК послеоперационные осложнения возникли у 20,7 % больных, что в 1,9 раза чаще, чем при симптоматических вмешательствах – 11,0 %. Наиболее часто послеоперационные осложнения наблюдались после выполнения операций Иноятова и Гартмана – Иноятова. В структуре послеоперационных осложнений преобладали гнойно-септические процессы, нарушения в системе регуляции агрегатного состояния крови и осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. Несостоятельность швов анастомоза отмечена у 5 (3,4 %) больных с ОРПК и у 4 (1,1 %) пациентов с НОРПК.

Таблица 2

### Виды хирургических вмешательств у больных раком прямой кишки

Виды операций	ОРПК (n=283)	НОРПК (n=161)	Всего (n=444)
Передняя резекция	64 (22,6 %)	42 (26,1 %)	106 (23,8 %)
БАР	3 (1 %)	4 (2,5 %)	7 (1,6 %)
Операция Гартмана	47 (16,7 %)	29 (18 %)	76 (16,6 %)
Операция Гартмана–Иноятова	59 (20,8 %)	31 (19,2 %)	90 (19,8 %)
Пробная лапаротомия	13 (4,6 %)	4 (2,5 %)	17 (4,5 %)
БПЭ	35 (12,4 %)	32 (19,9 %)	67 (14,9 %)
Симптоматические операции	62 (21,9 %)	19 (11,8 %)	81 (19,8 %)

Примечание: БАР – брюшно-анальная резекция, БПЭ – брюшно-промежностная экстирпация.

Таблица 3

## Непосредственные результаты хирургического лечения ОРПК

Виды операций	Интраоперационные осложнения	Послеоперационные осложнения	Послеоперационная летальность
Передняя резекция (n=64)	7 (10,9 %)	6 (9,3 %)	2 (3,3 %)
Брюшно-анальная резекция (n=3)	-	-	-
БПЭ (n=35)	6 (17,1 %)	3 (7,9 %)	3 (8,5 %)
Операция Гартмана (n=47)	9 (19,1 %)	16 (32 %)	3 (6,4 %)
Операция Гартмана-Иноятова (n=59)	8 (13,5 %)	17 (27,8 %)	3 (5 %)
Пробная лапаротомия (n=13)	1 (7,6 %)	2 (22,2 %)	2 (15,3 %)
Симптоматические операции (n=62)	2 (3,2 %)	8 (13,7 %)	6 (9,6 %)
Итого (n=283)	33 (11,7 %)	52 (18,4 %)	19 (6,7 %)

В послеоперационном периоде умерло 19 (6,7 %) больных с ОРПК. В этой группе послеоперационная летальность была в 2,0 раза выше, чем при НОРПК, – 3,7 % соответственно. Среди больных с ОРПК достоверных различий в уровне летальности после радикальных и симптоматических операций не отмечено – 6,8 % и 6,3 %. Наиболее частыми причинами летальных исходов были тромбоэмболия легочной артерии – 5 (18,5 %) больных, сердечно-сосудистая недостаточность – 4 (14,8 %), перитонит – 3 (11,2 %), печеночно-почечная недостаточность – 2 (7,4 %) пациента. Другие причины летальных исходов встречались в единичных наблюдениях – спаечная кишечная непроходимость, острая почечная недостаточность и некроз сигмовидной кишки. Следует отметить, что перитонит как причина летального исхода в основном имел место после симптоматических операций при неудаленном источнике инфекции – опухолевом процессе. Некроз сигмовидной кишки наблюдался в 1 случае после операции Гартмана. Несостоятельность швов анастомоза привела к летальному исходу у 2 (3,1 %) из 64 больных ОРПК, которым была выполнена передняя резекция прямой кишки, что свидетельствует о высокой надежности разработанных и применяемых в клинике способов формирования одно- и двухрядного инвагинационных (дуPLICATION) анастомозов.

Таким образом, осложненное течение рака прямой кишки наблюдается у 63,7 % больных.

Наиболее частым осложнением является кишечная непроходимость различной степени выраженности. Применение разработанных способов хирургических вмешательств позволило выполнить радикальные операции у 77,9 % больных РПК, в том числе в 73,5 % случаев при осложненном опухолевом процессе. Частота интра- и послеоперационных осложнений при ОРПК составила 11,7 % и 18,4 % соответственно. Послеоперационная летальность равнялась 7,4 %. Несостоятельность швов анастомоза привела к летальному исходу в 2 (3,1 %) случаях, что свидетельствует о высокой надежности применяемых в клинике способов формирования одно- и двухрядного инвагинационных (дуPLICATION) анастомозов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров И.Б. Рак прямой кишки. М., 2001. 208 с.
2. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998. Т. 157, № 6. С. 34–39.
3. Брюсов П.Г., Инояттов И.М., Переходов С.Н. Профилактика несостоятельности сигморектальных анастомозов после передней резекции прямой кишки по поводу рака // Хирургия. 1996. № 2. С. 45–48.
4. Буянов В.М., Егоров В.И., Счастливцев И.В. и др. Механические свойства толстой кишки и кишечный шов // Современные проблемы практической хирургии. М., 2000. С. 7–18.
5. Кыши В.И., Черкес В.Л., Ананьев В.С. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака // Российский онкологический журнал. 2001. № 5. С. 25–27.
6. Макарова Н.П., Троцкий Б.С., Быков Е.Г. и др. Прогнозирование ближайших результатов оперативного лечения при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1999. Т. 158, № 5. С. 40–42.

7. Макарова Н.П., Троцкий Б.С., Быков Е.Г. Выбор хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости // Хирургия. 2000. № 8. С. 45–48.
8. Ненарокомов А.Ю., Хвастунов Р.А., Титаренко Ю.А. Непосредственные результаты хирургического лечения рака прямой кишки // Тезисы V Всероссийской конференции: Актуальные проблемы колопроктологии. Ростов-н/Д, 2001. С. 152–153.
9. Рак прямой кишки / Под ред. В.Д. Федорова. М., 1987. 319 с.
10. Рак ободочной и прямой кишки / Под ред. В.И. Кныша. М., 1997. 304 с.
11. Энтов В.Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Воронеж, 1995. 37 с.
12. Яицкий Н.А., Нечай И.А. Современные проблемы лечения рака прямой кишки. Часть 1 // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2002. Т. 160, № 1. С. 115–119.
13. Irving A.D., Scrimgerour D. Mechanical bowel preparation for colonic resection and anastomosis // Br. J. Surg. 1987. Vol. 74. P. 580–581.
14. Mainar A., De Gregorio, Ariza M.A. et al. Acute colorectal obstruction: treatment with self-expandable metallic stents before scheduled surgery – results of a multicenter study // Radiology. 1999. Vol. 210. P. 65–69.
15. Rodrigues-Wong U., Ruiz-Healy L. Obstructing colorectal carcinoma // Intern. Soc. of university colon and rectal surgeons. 15-th Biennial Congr., 1994. P. 167.
16. Zmora O., Pikarsky A.J., Wexner S.D. Bowel Preparation for Colorectal Surgery // Dis. Colon. Rectum. 2001. Vol. 44. P. 1537–1549.

Поступила 22.07.10