

А. М. Лотоков¹, Д. В. Комов¹, И. Г. Комаров¹, А. П. Лескин², А. В. Полтавский¹
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

¹ *НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва*

² *Егорьевская центральная районная больница, Егорьевск, Московская обл.*

Проанализированы результаты лечения 1589 больных острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза, экстренно госпитализированных в клинические стационары общего профиля г. Москвы. Изучены результаты обследования, характер и объем хирургических вмешательств, послеоперационные осложнения, летальность и отдаленные результаты лечения больных раком тонкой, ободочной и прямой кишки, осложненных острой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: злокачественная опухоль, кишечная непроходимость, экстренная операция.

Рак тонкой и толстой кишки является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний. В структуре онкологической заболеваемости почти во всех экономически развитых странах колоректальный рак составляет 9—18%. Рак тонкой кишки составляет 3—6% всех опухолей желудочно-кишечного тракта [1; 3].

По данным разных исследователей, до 60% больных с опухолями тонкой и толстой кишки госпитализируют в общелечебные стационары по экстренным показаниям. Наиболее частой причиной госпитализации является кишечная непроходимость. При раке тонкой кишки кишечная непроходимость возникает у 75—90% больных. Удельный вес кишечной непроходимости, обусловленной опухолью толстой кишки, колеблется от 6 до 43% [2]. В работе S. Al-Homoud с соавт. из 16 000 больных с опухолевой и неопухолевой патологией кишечника 8077 пациентов были оперированы по поводу рака толстой кишки [4]. Произведено 6622 (82,0%) плановых и 1465 (18,0%) экстренных операций, из которых 989 (67,5%) пациентов оперированы по поводу кишечной непроходимости.

Диагностика и лечение напрямую зависит от выраженности обтурации кишечника. Согласно наиболее распространенной классификации, выделяют три степени тяжести кишечной непроходимости: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

Наибольшие трудности при диагностике вызывают компенсированная и субкомпенсированная, а при лечении — декомпенсированная кишечная непроходимость. Сочетание клинко-лабораторных и инструментальных исследований позволяет в 77—91% случаев поставить диагноз толстокишечной непроходимости и определить локализацию поражения. Дооперационная диагностика осложненной опухоли тонкой кишки затруднительна. Так, в работе J. A. Butler и соавт. только у 48% больных

с обтурирующей опухолью тонкой кишки диагноз установлен до операции [5].

В зависимости от сроков выполнения операции делят на экстренные (в течение 1-х суток с момента поступления), неотложные (1—3 сут), отсроченные (3—7 сут) и плановые. Все неотложные операции начиная со 2-х суток можно проводить после подготовки больного. Только экстренные операции, осуществленные в течение 24 ч с момента госпитализации, ставят хирурга перед выбором — выполнять радикальное или паллиативное, одномоментное или двухэтапное вмешательство. Операция, выполненная в общехирургическом стационаре, является либо последним, либо первым этапом лечения онкологического больного, а заключение оперировавшего хирурга определяет его судьбу и дальнейшую тактику специалистов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ историй болезни пациентов, экстренно госпитализированных по поводу кишечной непроходимости в городские клинические больницы г. Москвы. Результаты вносились в кодификатор, содержащий 150 показателей, каждый из которых включал до 9 значений. Общее количество значений составило 1227. Результаты обрабатывали с помощью аналитической программы составления отчетов «Seagate Crystal Report 7», позволяющей анализировать практически неограниченное количество признаков, проводить сопоставление, количественный и качественный анализ исследуемых данных, изучать взаимосвязи явлений, выводить результаты в виде таблиц, диаграмм и графиков. Статистическую обработку данных проводили по общепринятым методикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее число экстренно госпитализированных больных с осложненными опухолями тонкой и толстой кишки составило 1589 человек (табл. 1).

Таблица 1

Локализация первичной опухоли, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью

Локализация	Число больных	
	абс.	%
Рак тонкой кишки	61	3,8
Рак ободочной кишки	1307	82,3
Рак прямой кишки	221	13,9
Всего	1589	100,0

Кишечная непроходимость чаще встречалась у женщин (905, 57,0%). Медиана возраста пациентов составила 65,7 года (21—87 лет).

Несмотря на осложнение злокачественной опухоли, послужившее поводом для экстренной госпитализации, только у 23,7% больных диагностирована поздняя стадия болезни (табл. 2). Трудно предположить, что у 70 экстренно госпитализированных пациентов была I стадия заболевания. Очевидно, что она определялась неточно, а Международная классификация TNM использовалась не всегда. Возможно и то, что показания к экстренной госпитализации были несколько преувеличенными.

При запущенных стадиях заболевания в 62,0% случаев диагностированы солитарные метастазы в печени, в 11,0% — канцероматоз брюшины с асцитом, в 9,0% — метастазы в печени с канцероматозом брюшины, в остальных — метастазы в легких, головном мозге и мочевом пузыре.

При осложненном раке тонкой кишки первичная опухоль одинаково часто локализовалась в тощей и подвздошной кишке. При раке прямой кишки кишечная непроходимость чаще всего наблюдалась при раке верхнеампулярного отдела (77,3%). При раке ободочной кишки

преобладало поражение левых отделов (74,6%), особенно сигмовидной кишки (44,6%). Это подтверждает известное утверждение о том, что кишечная непроходимость — болезнь левых отделов ободочной кишки.

При анализе проведенного лечения установлено, что хирургическому лечению подвергнуто 1338 (84,2%) больных, консервативному — 251 (15,8%). При консервативном лечении больных обследовали, проводили им симптоматическое лечение и выписывали под динамическое наблюдение.

Хирургическое лечение проводили с радикальной, паллиативной или симптоматической целью. Плановые операции выполнены 312 (19,6%) экстренно госпитализированным больным, состояние которых после проведения консервативных мероприятий позволило осуществить предоперационные обследование и подготовку. Такая тактика способствовала тому, что при раке ободочной кишки радикально оперированы 81,9% больных, при раке прямой кишки — 56,3%, при раке тонкой кишки — 71,4%. Число симптоматических операций значительно превысило число паллиативных, хотя при анализе макроскопического описания опухоли и интраоперационной картины выявлено, что в ряде случаев было возможным выполнение паллиативных резекций, а не симптоматических санирующих операций.

Экстренные вмешательства проведены 1026 (64,6%) пациентам. Их характер проанализирован по протоколам операций и выпискам. Степень радикальности вмешательств было сложно установить по выпискам, т. к. понятия «паллиативная», «симптоматическая» и «циторедуктивная» операции трактовались в разных учреждениях по-разному. С целью анализа радикальности они были унифицированы.

При радикальном лечении проводят стандартные и комбинированные операции, позволяющие полностью удалить все объемные образования и излечить больного.

При нерадикальном лечении проводят паллиативные, циторедуктивные, симптоматические и эксплоративные операции. К паллиативным отнесены вмешательства, при которых при наличии отдаленных метастазов полностью удаляли первичную опухоль. Эти операции радикально ликвидировали возникшее осложнение, но не излечивали онкологического больного. Циторедуктивными считались вмешательства, которые заключались в частичном удалении первичной опухоли с целью ликвидации возникшего осложнения. Наличие или отсутствие отдаленных метастазов в этом случае было непринципиальным, а неполное удаление первичной опухоли не позволяло быть уверенным в ликвидации осложнения. К симптоматическим отнесены все вмешательства, целью которых была ликвидация возникшего осложнения, а не удаление опухоли. Эксплоративной операцией называли диагностическую лапаротомию, иногда с тампонадой или дренированием брюшной полости.

Таблица 2

Распределение больных с опухолевой кишечной непроходимостью по стадиям заболевания

Стадия	Число больных	
	абс.	%
I	70	4,4
II	312	19,6
III	744	46,8
IV	463	29,2
Всего	1589	100,0

Таблица 3

Характер лечения экстренно госпитализированных больных^a

Опухоль	Лечение			Всего
	консерва- тивное	хирургическое		
		плановое	экстренное	
Рак тонкой кишки	9 (14,8)	1 (1,6)	51 (83,6)	61
Рак ободоч- ной кишки	191 (14,6)	252 (19,3)	864 (66,1)	1307
Рак прямой кишки	51 (23,1)	59 (26,7)	111 (50,2)	221
Всего	251 (15,8)	312 (19,6)	1026 (64,6)	1589

^a В скобках указаны проценты.

Проведенный анализ показал, что число радикальных и симптоматических операций было сопоставимым — 527 (51,4%) и 447 (43,6%) соответственно. Паллиативные резекции и эксплоративные операции выполняли значительно реже (5,0%).

Экстренно оперированы 864 (66,1%) больных раком ободочной, 111 (50,2%) больных раком прямой и 51 (83,6%) больной раком тонкой кишки (табл. 3).

Интересен анализ по срокам хирургических вмешательств. В 693 (67,5%) случаях они выполнены в первые 24 ч после госпитализации. Это 60,1% радикальных и 80,6% симптоматических операций. Остальные вмешательства проводили на 2—3-и сутки.

При экстренных радикальных вмешательствах на ободочной кишке чаще всего выполняли обструктивную резекцию (42,8%), реже — резекцию сигмовидной кишки (25,3%) и операцию Микулича, еще реже — правостороннюю и левостороннюю гемиколэктомию. При раке тонкой кишки чаще всего осуществляли резекцию тон-

кой кишки, а при раке прямой кишки — обструктивную резекцию типа Гартманна. При экстренных симптоматических операциях чаще всего накладывали разгрузочные колостомы (76,0%), причем достаточно часто выполняли цекостомию (12,0%). Реже накладывали илеотрансверзоанастомозы (21,6%). При раке прямой кишки подавляющее большинство симптоматических операций выполняли в объеме сигмостомии.

Послеоперационные осложнения встречались одинаково часто после экстренных радикальных и симптоматических операций и отмечались у 28,6% оперированных больных.

Общая летальность экстренно госпитализированных больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза составила 19,3%, послеоперационная летальность — 18,1% (табл. 4). После экстренных симптоматических операций летальность была выше (23,3%), чем после экстренных радикальных (16,5%) (различия статистически не достоверны, $p > 0,05$). Среди причин смерти на первом месте был перитонит, далее — несостоятельность швов анастомоза и абсцессы брюшной полости.

Отдаленные результаты лечения анализировали по срокам и причинам смерти. При этом учитывали больных, умерших в стационаре при первичной госпитализации. В течение года летальный исход наступил у 876 (55,1%) пациентов. Среди неоперированных больных более 12 мес прожили только 59 (летальность в течение 1-го года после постановки диагноза составила 76,5%). После планового хирургического лечения в течение года умерли 131 из 312 больных (42,0%). Из 1026 экстренно оперированных больных в течение года умерли 593 (57,8%).

При раке ободочной кишки из 1377 больных в течение 1-го года после постановки диагноза умерли 530 (38,5%). После экстренных радикальных операций летальность в течение 1-го года составила 38,0%, а после симптоматических — 78,9% ($p < 0,05$). При раке прямой кишки в течение 1-го года умерли 137 (62,0%) из 221 больного, при-

Таблица 4

Непосредственные результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза^a

Результат	Лечение							Всего
	консерва- тивное	хирургическое						
		плановое	экстренное					
			паллиатив- ная опера- ция	радикаль- ная опера- ция	симптома- тическая операция	экспло- ративная операция	всего	
Выписаны	182 (72,5)	271 (86,9)	29 (76,3)	440 (83,5)	343 (76,7)	10 (71,4)	823 (80,2)	1283 (80,7)
Летальный исход	69 (27,5)	41 (13,1)	9 (23,7)	87 (16,5)	104 (23,3)	4 (28,6)	203 (19,8)	306 (19,3)
Всего	251	312	38	527	447	14	1026	1589

^a В скобках указаны проценты.

чем после экстренных хирургических вмешательств — 91 (79,8%) из 114 пациентов. При раке тонкой кишки летальный исход в течение года наступил у 20 (32,8%) из 61 больного.

Пятилетняя общая выживаемость больных, экстренно госпитализированных в общехирургические стационары и получавших все виды лечения, составила 15,2%. Наихудшие результаты получены у неоперированных больных, а также у больных, которым выполнены экстренные нерадикальные операции. Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения отмечены также у больных, оперированных в течение первых 12 ч с момента госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов экстренной госпитализации больных с кишечной непроходимостью опухолевого генеза в общехирургические стационары лечебно-профилактических учреждений общего профиля выявил ряд проблем. При анализе экстренной хирургической помощи больным с осложненными опухолями кишечника необходимо учитывать и онкологическую радикальность, что вызывает сложности в определении объема и характера планируемой операции. Тяжесть состояния больного, обусловленная тяжелой онкологической патологией, усугубляется наличием острой хирургической патологии и требует от оперирующего хирурга взвешенного подхода. Выбор зачастую сводится к ограничению объема вмешательства, снижающего риск осложнений. Незначительная интраоперационная летальность при довольно высокой летальности среди неоперированных больных, преобладание симптоматических операций в 1-е сутки наблюдения, небольшое количество паллиативных резекций, высокая летальность в течение 1-года после постановки диагноза являются подтверждением данному заключению.

Последующие госпитализация и лечение в специализированных учреждениях с онкологических позиций менее эффективны, т. к. это неизбежно увеличивает сроки повторного обследования и операции. Мало оправдано и большое количество плановых хирургических вмешательств из-за относительно невысоких отдаленных результатов лечения.

Очевидно, что необходимо четкое разделение функций и вместе с тем преемственность между хирургами и онкологами. Онкологических больных даже экстренно должны оперировать онкологи или хирурги, прошедшие специальную подготовку и владеющие необходимыми знаниями и умениями.

Для кардинального улучшения результатов экстренного хирургического лечения больных с осложненным раком органов желудочно-кишечного тракта необходимо менять концепцию экстренной онкохирургии. Приведенные результаты планового обследования, хирургического, комбинированного и комплексного лече-

ния больных с опухолями ЖКТ независимо от стадии и распространенности, возраста и сопутствующей патологии показывают планку, на которую должны ориентироваться специалисты, оказывающие экстренную хирургическую помощь.

Разделение операций, применяемое в настоящий момент в экстренной хирургии, на экстренные (до суток), неотложные (2—7 сут), отсроченные (более 7 сут) и плановые подводит к мысли, что только экстренные операции, проведенные в самый тяжелый период 1-х суток, должны быть признаны «операциями спасения» и могут осуществляться любыми специалистами экстренной хирургической службы. Начиная со 2-х суток все операции должны выполнять онкологи, имеющие соответствующие подготовку и навыки, в условиях онкологических отделений крупных стационаров либо в онкологических учреждениях, для чего в онкологических стационарах должны быть сформированы отделения неотложной хирургии и соответствующие службы. Это позволит разгрузить хирургическую койку лечебно-профилактических учреждений, повысить хирургическую активность онкологических хирургических стационаров и улучшить финансирование онкологических учреждений. Лечение больного онкологами с самого начала должно улучшить его отдаленные результаты — основной критерий эффективности терапии в онкологии.

Мы предлагаем следующее.

1. Необходимо ограничить сроки пребывания неоперированных онкологических больных в хирургических стационарах лечебно-профилактических учреждений одними сутками, в течение которых больным необходимо либо оказать экстренную хирургическую помощь, либо перевести в хирургическое отделение онкологического стационара. Если состояние больного не позволяет осуществить перевод, его дальнейшее пребывание в общехирургическом стационаре должно быть строго обосновано.

2. В онкологических учреждениях следует создать службу ургентной хирургии с необходимым штатом. Это позволит переводить онкологических больных из хирургических стационаров и в предельно сжатые сроки готовить их к операции и оперировать. Ургентная хирургия необходима также онкологическим больным с торакোабдоминальной, гинекологической, урологической и прочей патологией.

3. Контроль над сроками и обоснованностью пребывания больных в лечебно-профилактических учреждениях, оплату за проведенное лечение можно возложить на структуры Фонда обязательного медицинского страхования. Экономические рычаги, возможно, будут более эффективными, чем правовые.

4. Для подготовки специалистов по ургентной онкохирургии следует открыть на кафедрах онкологии институтов последипломного образования курсы для хирургов общего профиля и хирургов-онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынюк В. В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / Тюляндин С. А., Моисеенко В. М. (ред.). Практическая онкология: избранные лекции. — С.-Пб., 2004. — С. 151—161.
2. Раззагорин С. С., Сыкал А. С., Шальков Ю. А. Оказание хирургической помощи больным с кишечной непроходимостью опухолевого генеза // Матер. Междунар. хир. конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии», 22—25 февраля 2003 г., Москва. — С. 121.
3. Abdul-Rahman M. M., Al-Waali M. M., Al-Naaimi A. S. Analysis

of small bowel tumors // Saudi Med. J. — 2004. — Vol. 25, N 12. — P. 1900—1905.

4. Al-Homoud S., Purkayastha S., Aziz O. et al. Evaluating operative risk in colorectal cancer surgery: ASA and POSSUM-based predictive models // Surg. Oncol. — 2004. — Vol. 13, N 2—3. — P. 83—92.

5. Butler J. A., Cameron B. L., Morrow M. et al. Small bowel obstruction in patients with a prior history of cancer // Am. J. Surg. — Vol. 162, N 6. — P. 624—628.

Поступила 01.08.2006

A. M. Lotokov¹, D. V. Komov¹, I. G. Komarov¹, A. P. Leskin², A. V. Poltavsky¹

ACUTE BOWEL OBSTRUCTION DUE TO CANCER

¹ Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, Moscow

² Egorievsk Central Regional Hospital, Egorievsk, Moscow Region

Treatment outcomes were analyzed in 1589 patients with acute bowel obstruction due to cancer following emergency admission to general hospitals of Moscow. The analyzed issues included examination results, type and extent of surgical intervention, postoperative morbidity, lethality and follow-up treatment results in patients with small intestinal and colorectal cancers complicated by acute bowel obstruction.

Key words: cancer, bowel obstruction, emergency surgery.