

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, Р.И. Расулов

*Областной онкологический диспансер, г. Иркутск
Государственный институт усовершенствования врачей, г. Иркутск*

Проведен анализ эффективности различных способов хирургического лечения стенозирующего рака ободочной кишки. В основной группе (n=53) на первом этапе выполняли восстановление толстокишечного пассажа путем наложения лапароскопической колостомы, далее после лаважа толстой кишки проводили радикальное оперативное вмешательство. В контрольной группе пациентов (n=84) после стандартной предоперационной подготовки выполняли одномоментные операции. Наложение лапароскопической колостомы на предоперационном этапе достоверно снижает риск выполнения обструктивных операций и уровень послеоперационных осложнений. В основной группе обструктивных резекций ободочной кишки не было. В контрольной группе обструктивные оперативные вмешательства выполнены у 71,4 % пациентов, лишь в 28,6 % случаев после радикальной резекции толстой кишки удалось сформировать первичный межтолстокишечный анастомоз. Послеоперационные осложнения возникли у 9,5 % больных в основной и у 19,2 % в контрольной группе ($p < 0,01$).

Ключевые слова: стенозирующий рак ободочной кишки, лапароскопическая колостома, радикальные операции.

TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH COMPLICATED COLON CANCER

A.V. Shelekhov, V.V. Dvornichenko, R.I. Rasulov

Regional Oncology Hospital, Irkutsk

State Institute of Advanced Medical Training, Irkutsk

Efficacy of various surgical methods for treatment of stenotic colon cancer was analyzed. Patients of the studied group (n=53) underwent laparoscopic colostomy followed by colon lavage and radical surgery. The control group of the patients (n=84) underwent one-stage surgery after the standard preoperative preparation. Preoperative laparoscopic colostomy significantly reduced the risk of performing obstructive surgeries and the rate of postoperative complications. In the studied group, there were no obstructive resections of the colon. In the control group, obstructive surgeries were performed in 71,4 % of the patients and in only 28,6 % of the cases, it was possible to apply the primary intercolon anastomosis after radical colon resection. Postoperative complications occurred in 9,5 % of the studied group patients and in 19,2 % of the control group patients ($p < 0,01$).

Key words: stenotic colon cancer, laparoscopic colostomy, radical surgery.

Злокачественные новообразования ободочной кишки по своей распространенности и смертности относятся к группе лидирующих онкологических заболеваний, занимая, по данным ВОЗ, в структуре онкологической заболеваемости III–IV место [4]. Число пациентов, страдающих стенозирующим раком ободочной кишки, по данным отечественных и зарубежных авторов, достигает 70 % от общего количества больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями толстой кишки [6, 7].

В литературе выделяют два наиболее распространенных подхода в лечении пациентов с опухолевыми стенозами ободочной кишки. Одни авторы рекомендуют выполнять минимальные по объему и травматичности оперативные вмешательства, направленные на устранение

толстокишечной непроходимости, далее через некоторое время после ликвидации интоксикации проводить радикальную операцию [3, 5, 8]. Другие убеждены в выполнении радикальных одномоментных операций, в большинстве случаев носящих обструктивный характер [1, 2, 10, 11]. Таким образом, до настоящего времени вопрос о выборе хирургической тактики в условиях опухолевого стеноза ободочной кишки является дискуссионным.

В нашем исследовании мы попытались проанализировать результаты лечения больных стенозирующим раком ободочной кишки, полученные в ходе двух вышеописанных методов.

В исследование были включены больные раком ободочной кишки, осложненным опухолевым стенозом, получавшие лечение в период с 1998 по 2006 г. Пациенты были разделены на 2 группы.

Таблица 1

Объем оперативных вмешательств у больных стенозирующим раком толстой кишки, абс. ч. (%)

Объем операции	Контрольная группа (n=84)	Основная группа (n=53)
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	8 (9,5)	-
Левосторонняя гемиколэктомия	6 (7,1)	9 (16,9)
Правосторонняя гемиколэктомия	-	2 (3,8)
Обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки	3 (3,6)	-
Резекция поперечно-ободочной кишки	3 (3,6)	-
Обструктивная резекция сигмовидной кишки	44 (52,4)	-
Комбинированная обструктивная резекция сигмовидной кишки	5 (5,9)	-
Резекция сигмовидной кишки	9 (10,7)	26 (49,1)
Одномоментная резекция сигмовидной кишки и колостомы	-	10 (18,9)
Резекция сигмовидной кишки, превентивная колостома	2 (2,4)	-
Комбинированная резекция сигмовидной кишки	3 (3,6)	6 (11,3)
Субтотальная колэктомия (илеоколоанастомоз)	1 (1,2)	-

В контрольной группе (n=84) выполнялись одномоментные оперативные вмешательства ободочной кишки при стандартной предоперационной подготовке (бесшлаковая диета, прием сернокислой магнезии, очистительные клизмы). В контрольную группу пациентов включено 55 женщин и 29 мужчин. Средний возраст – $64,8 \pm 1,0$ год. Рак сигмовидной кишки диагностирован в 63 случаях, нисходящей ободочной кишки – в 15, поперечно-ободочной кишки – в 6. У 40 пациентов установлена II стадия заболевания, у 44 – III стадия. Согласно классификации TNM (2003): стадия T₁ диагностирована у 1 пациента, T₃ – у 55, T₄ – у 28 больных. В 40 случаях не отмечено поражения лимфатических коллекторов (N₀), у 29 пациентов зарегистрирован критерий N₁, у 15 – N₂. У всех пациентов контрольной группы определяли нарушение толстокишечного пассажа вследствие опухолевого стеноза по данным анамнеза и результатам клиническо-инструментального обследования.

В основной группе (n=53) на первом этапе пациентам выполняли восстановление толстокишечного пассажа путем наложения лапароскопической колостомы, далее после лаважа толстой кишки проводили радикальное оперативное вмешательство. В основную группу пациентов включено 34 женщины и 19 мужчин ($p > 0,1$). Средний возраст составил $63,2 \pm 1,4$ года ($p > 0,1$). Рак сигмовидной кишки диагностирован в 50 случаях, нисходящей ободочной кишки – в 3

случаях. У 25 пациентов установлена II стадия заболевания, у 28 – III стадия ($p > 0,1$). Согласно классификации TNM (2003): критерий T₂ зарегистрирован у 1 пациента, T₃ – у 34, T₄ – у 18 больных ($p > 0,1$). В 25 случаях не отмечено поражения лимфатических коллекторов (N₀), в 24 – зарегистрирован критерий N₁, в 4 случаях – N₂.

Наложение лапароскопической колостомы выполняли с помощью эндохирургического комплекса (Olympus, Япония). После создания карбоксиперитонеума (давление CO₂ = 11–12 мм рт. ст.) в брюшную полость вводились три троакара диаметром 10 мм: в параумбиликальной области для прямой оптики, в левой мезогастральной области для эндоскопических ножниц (Auto Suture, США), в правой подвздошной области для введения зажима «Endobabcock» (Auto Suture, США). Мобилизацию участка ободочной кишки выполняли рассечением париетальной и висцеральной брюшины эндоскопическими ножницами. После мобилизации кишечную петлю, захваченную «Endobabcock», выводили на переднюю брюшную стенку, фиксировали отдельными кетгутовыми швами размером 4-0, вскрывали колостому. Обязательным компонентом оперативного вмешательства являлась ревизия брюшной полости, опухолевого процесса с целью определения метастатического поражения париетальной и висцеральной брюшины, паренхиматозных органов, локальной распространенности новообразования.

Таблица 2

**Интраоперационные и послеоперационные осложнения у больных
стенозирующим раком толстой кишки, абс. ч. (%)**

Вид осложнений	Контрольная группа (n=84)	Основная группа (n=53)
Ранение мочевого пузыря	1 (1,2)	-
Несостоятельность анастомоза	3 (3,6)	1 (1,9)
Послеоперационный перитонит	3 (3,6)	1 (1,9)
Флегмона передней брюшной стенки	3 (3,6)	1 (1,9)
Внутрибрюшной абсцесс	3 (3,6)	1 (1,9)
Эвентрация	2 (2,4)	1 (1,9)
Странгуляционная кишечная непроходимость	1 (1,2)	-
Всего	16 (19,2)	5 (9,5)

В 10 случаях колостомы накладывалась в 6 см от опухолевого образования (в последующем выполняли одномоментную резекцию участка ободочной кишки с опухолью, наложение первичного толстокишечного анастомоза). После выполнения колостомии проводили лаваж толстой кишки, трансанально и трансколостомически. Контроль качества лаважа ободочной кишки осуществляли с помощью фиброколоноскопии. После подготовки пациенту выполняли радикальную операцию под интубационным эндотрахеальным наркозом.

Достоверность различий непараметрических данных оценивали по критерию согласия (χ^2). За минимальный порог принимали вероятность $p=0,95$. Ниже этого уровня различия считали недостоверными. Расчет параметров эффективности предложенных методов лечения производили в соответствии с требованиями CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) [9].

В контрольной группе большинству пациентов (71,4 %) выполнен обструктивный вариант оперативного вмешательства, и лишь в 28,6 % случаев удалось выполнить резекцию ободочной кишки с наложением первичного межтолстокишечного анастомоза (табл. 1). Обструктивный вариант оперативного вмешательства выполнен вследствие неудовлетворительной предоперационной подготовки толстой кишки – наличие в просвете толстой кишки каловых масс. В основной группе ни в одном случае обструктивная резекция ободочной кишки не выполнялась (табл. 1) ($p<0,01$).

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли в 19,2 %

(табл. 2). Летальность составила 1,2 %, причина летального исхода – послеоперационный перитонит. В последующем реконструктивные оперативные вмешательства были выполнены 48 пациентам (57,1 %). При реконструктивных операциях послеоперационный период осложнился в 3 случаях несостоятельностью межтолстокишечного анастомоза, в одном – стриктурой колоректального анастомоза.

В основной группе выполнение лапароскопической колостомии проведено без осложнений. В ходе основного этапа оперативного лечения в основной группе 9,5 % ($p<0,01$) возник ряд осложнений, но летальности, связанной с оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде не было (табл. 2). Анализируя уровень послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, отмечается значимо меньшее их количество у пациентов основной группы.

Всем пациентам основной группы через 2–3 мес после операции выполнен реконструктивный этап хирургического лечения – закрытие петлевой колостомы местным доступом. При этом осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось ($p<0,01$).

Таким образом, результаты лечения пациентов в контрольной группе, где выполнялись радикальные одномоментные оперативные вмешательства, демонстрируют неудовлетворительную эффективность в сравнении с основной группой. Использование лапароскопической колостомии на предоперационном этапе позволило избежать выполнения обструктивных операций, достоверно снизить число послеоперационных осложнений и летальность, в

большинстве случаев обеспечило выполнение реконструктивного хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при осложненном раке сигмовидной кишки // Хирургия. 1999. № 11. С. 26–30.
2. Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия. 1999. № 5. С. 37–40.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Фролов С.А. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград, 2000. С. 154.
4. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). Практическая онкология: избранные лекции. СПб., 2004. С. 151–161.
5. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М.: ПРОФИЛЬ, 2005. 224 с.

6. Федорова В.Д., Воробьев Г.И., Ривкина В.Л. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. 432 с.

7. CONSORT Group. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement // JAMA. 1996. Vol. 276. P. 637–639.

8. Cugnenc P.H., Berger A., Zinzindohoue F. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches neoplasiques reste la securite // J. Chir. Paris. 1997. Vol. 134, № 7. H. 275–278.

9. Forloni B., Reduzzi R., Paludetti A. Intraoperative Colonic Lavage in Emergency Surgical Treatment of Left – Sided Colonic Obstruction // J. Dis. Colon Rectum. 1998. Vol. 41, № 1. P. 23–27.

10. Iarumov N., Viiachki I., Korukov B. Tactics and operative methods in treating complicated colorectal cancer // Khirurgiia (Sofia). 1999. Vol. 55, № 6. P. 29–34.

11. Tzu-Chi Hsu. One Stage Resection and Anastomosis for Acute Obstruction of the Left Colon // J. Dis. Colon Rectum. 1998. Vol. 41, № 1. P. 28–32.

Поступила 4.06.07