

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

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ***Областной онкологический диспансер (Иркутск)  
Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

*Выбор хирургической тактики при опухолевом стенозе ободочной кишки является дискуссионным. Цель работы – предложить программу лечения больных стенозирующим раком ободочной кишки. Контрольная группа пациентов (n = 84) – выполнение одномоментных оперативных вмешательств по поводу стенозирующего рака ободочной кишки при стандартной предоперационной подготовке. В основной группе (n = 53), на первом этапе пациентам выполняли лапароскопическую колостомию, далее, после лаважа толстой кишки, проводили радикальное оперативное вмешательство. В контрольной группе 77,4 % пациентов выполнена обструктивная операция, в 22,6 % случаев удалось выполнить резекцию ободочной кишки с наложением анастомоза. Количество осложнений – 19,1 % случаев.*

*Реконструктивные операции были выполнены 48 пациентам (57,1 %).*

*В основной группе все операции выполнены с наложением толстокишечного анастомоза (p < 0,01). Количество осложнений – 9,1 % случаев (p < 0,01).*

*Всем пациентам основной группы спустя 2–3 месяца после операции выполнена реконструктивная операция.*

*Использование лапароскопической колостомии на предоперационном этапе позволяет достоверно избежать выполнения обструктивной операции, уменьшить число послеоперационных осложнений и позволяет выполнить реконструктивную операцию.*

**Ключевые слова:** рак ободочной кишки, опухолевый стеноз, эндоскопическая хирургия

**COMPARATIVE ANALYSIS OF TREATMENT METHODS OF PATIENTS WITH STENOSING COLON CANCER**

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

*Irkutsk Regional Oncological Clinic, Irkutsk  
State Institute of Advanced Training of Physicians, Irkutsk*

*The purpose of work is to offer the program of treatment of patients suffering from stenosing colon cancer. Control group of patients (n = 84) – performance of one-stage surgeries on account of stenosing colon cancer under standard preoperative preparation.*

*In the basic group (n = 53) at the first stage patients were carried out laparoscopic colostomy, then, after colon lavage radical surgeries were carried out.*

*In control group 77,4 % of patients were carried out obstructive operations, in 22,6 % of cases it was possible to execute a resection of colon with use of anastomosis. Quantity of complications is 19,1 %.*

*48 patients (57,1 %) have been carried out reconstructive operations.*

*In the basic group all operations are executed with imposing colon or colorectal anastomoses (p < 0,01). Quantity of complications - 9,1 % (p < 0,01).*

*To all patients of the basic group later 2–3 months after operation reconstructive operation is executed.*

*Usage of laparoscopic colostomy at preoperative stage allows to avoid authentically performance of obstructive operation, to reduce number of postoperative complications and allows to execute reconstructive operation.*

**Key words:** colon cancer, tumorous stenosis, endoscopic surgery

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Злокачественные новообразования прямой и ободочной кишки по своей распространенности и смертности относятся к группе лидирующих онкологических заболеваний, занимая, по данным ВОЗ, в структуре онкологической заболеваемости 2–3 место [2, 5].

Число пациентов, страдающих стенозирующим раком ободочной кишки, по данным отечественных и зарубежных авторов, достигает 70 % от всего количества больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки [7, 8].

В изученной нами 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, и затем через некоторое время после ликвидации интоксикации проводить радикальную операцию [4, 6, 9], тогда как другие настаивают на выполнении радикальных одномоментных операций, в большинстве случаев носящих обструктивный характер [1, 3, 11, 12].

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 использования двух вышеописанных методов.

**Цель работы** — предложить программу лечения больных стенозирующим раком ободочной кишки.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Период работы составляет 1998 — 2006 гг. Больные раком ободочной кишки, осложненным опухолевым стенозом, были разделены на 2 группы.

Контрольная группа пациентов ( $n = 84$ ) — выполнение одномоментных оперативных вмешательств по поводу стенозирующего рака ободочной кишки при стандартной предоперационной подготовке (бесшлаковая диета, прием сернокислой магнезии, очистительные клизмы).

В контрольную группу пациентов было включено 55 женщин и 29 мужчин. Средний возраст пациентов составил  $64,8 \pm 1,0$  года. Рак сигмовидной кишки диагностирован в 63 случаях, рак нисходящей ободочной кишки — в 15, рак поперечно-ободочной кишки — в 6. 40 пациентам установлена II стадия заболевания, 44 пациентам — III стадия. Согласно TNM-классификации (2003 г.), критерий T2 зарегистрирован у 1 пациента, критерий T3 — у 55 пациентов, критерий T4 — у 28 пациентов. В 40 случаях не отмечено поражения лимфатических коллекторов (N0), у 29 пациентов зарегистрирован критерий N1, в 15 случаях — N2. Как видно из представленных данных, максимальное количество пациентов страдало III стадией заболевания при росте опухоли в серозный слой кишки.

У всех пациентов контрольной группы определяли нарушение толстокишечного пассажа вследствие опухолевого стеноза, по данным анамнеза заболевания и клиническим данным. Кроме того, наличие опухолевого стеноза подтверждали данными ирригоскопии и фиброколоноскопии.

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.

Средний возраст пациентов составил  $63,2 \pm 1,4$  года ( $p > 0,1$ ). В основную группу пациентов было включено 34 женщины и 19 мужчин ( $p > 0,1$ ). Рак сигмовидной кишки диагностирован в 50 случаях, рак нисходящей ободочной кишки — в 3 случаях. 25 пациентам установлена II стадия заболевания, 28 пациентам — III стадия ( $p > 0,1$ ). Согласно TNM-классификации (2003 г.): критерий T2 зарегистрирован у 1 пациента, критерий T3 — у 34 пациентов, критерий T4 — у 18 пациентов ( $p > 0,1$ ). В 25 случаях не отмечено поражения лимфатических коллекторов (N0), у 24 пациентов зарегистрирован критерий N1, у 4 — N2.

Наложение лапароскопической колостомы выполняли с помощью эндохирургического комплекса (Олутрас, Япония). После создания карбоксиперитонеума (давление  $\text{CO}_2 = 11 - 12$  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 кетгутowymi 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.

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 водный лаваж толстой кишки, трансанально и трансколостомически. Контроль качества лаважа ободочной кишки осуществляли с помощью фиброколоноскопии.

После подготовки, пациенту выполняли радикальный оперативный объем под интубационным эндотрахеальным наркозом.

В исследуемых группах, обследование больных включало в себя: рентгенологическое исследование органов грудной клетки и толстой кишки, эндоскопическое исследование толстой кишки с взятием биопсии, ультразвуковое сканирование органов брюшной полости.

Достоверность различий непараметрических данных оценивали по критерию согласия ( $\chi^2$ ). 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) [10].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Спектр оперативных вмешательств, выполненных в контрольной группе пациентов, представлен в таблице 1.

Таким образом, большей части пациентов (77,4 %) выполнен обструктивный вариант оперативного вмешательства, и только лишь в 22,6 % случаев удалось выполнить резекцию ободочной кишки с наложением первичного межтолстокишечного анастомоза.

Обструктивный вариант оперативного вмешательства выполнен вследствие неудовлетворительной предоперационной подготовки толстой кишки — наличия в просвете толстой кишки каловых масс.

В ходе оперативного лечения возникли следующие интраоперационные и послеоперационные осложнения, представленные в таблице 2.

Процент послеоперационных осложнений в контрольной группе равнялся 19,1 %. Интраопера-

ционная летальность вследствие развития послеоперационного перитонита составила 1,2 %.

Реконструктивные операции были выполнены 48 пациентам (57,1 %). В трех случаях послеоперационный период реконструктивного вмешательства осложнился несостоятельностью межтолстокишечного анастомоза, в одном наблюдении – стриктурой колоректального анастомоза.

В основной группе выполнение лапароскопической колостомии проведено без осложнений.

Виды радикальных оперативных вмешательств, выполненных в основной группе, представлены в таблице 3.

Ни в одном случае обструктивная резекция ободочной кишки не выполнялась ( $p < 0,01$ ).

В ходе оперативного лечения в основной группе возникли следующие осложнения, процент которых составил 9,1 % (табл. 4).

Сравнивая число осложнений в контрольной и основной группах, можно отметить значимо меньшее число осложнений, возникших в послеоперационном периоде у пациентов основной группы ( $p < 0,01$ ) (табл. 5).

Летальности, связанной с оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде отмечено не было.

Всем пациентам основной группы, спустя 2–3 месяца после операции выполнен реконструктивный этап – закрытие петлевой колостомы местным доступом. Осложнений в послеоперационном периоде не выявлено ( $p < 0,01$ ).

Как следует из таблицы 5, в основной группе снижается абсолютный и относительный риск выполнения обструктивной резекции ободочной кишки, уменьшается риск возникновения послеоперационных осложнений, возрастает вероятность выполнения реконструктивной операции.

Таблица 1

Оперативные объемы, выполненные пациентам контрольной группы ( $n = 84$ )

Оперативный объем	Количество пациентов
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	8
Левосторонняя гемиколоэктомиа*	6
Обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки	3
Резекция поперечно-ободочной кишки*	3
Обструктивная резекция сигмовидной кишки	44
Комбинированная обструктивная резекция сигмовидной кишки	5
Резекция сигмовидной кишки*	9
Резекция сигмовидной кишки, превентивная колостома	2
Комбинированная резекция сигмовидной кишки	3
Субтотальная колэктомия (илеоколоанастомоз)*	1

Примечание: \* – вмешательство с выполнением межтолстокишечного анастомоза.

Таблица 2

Интраоперационные и послеоперационные осложнения у пациентов контрольной группы

Осложнения	Количество
Ранение мочевого пузыря	1
Несостоятельность анастомоза	3
Послеоперационный перитонит	3
Флегмона передней брюшной стенки	3
Внутрибрюшной абсцесс	3
Эвентрация	2
Странгуляционная кишечная непроходимость	1

Таблица 3

Спектр оперативных вмешательств в основной группе ( $n = 53$ )

Оперативный объем	Количество пациентов
Правосторонняя гемиколэктомия	2
Левосторонняя гемиколоэктомиа	9
Резекция сигмовидной кишки	29
Одномоментная резекция сигмовидной кишки и колостомы	10
Комбинированная резекция сигмовидной кишки	6

Таблица 4

Послеоперационные осложнения, возникшие у пациентов основной группы.

Осложнения	Количество
Несостоятельность анастомоза	1
Послеоперационный перитонит	1
Флегмона передней брюшной стенки	1
Внутрибрюшной абсцесс	1
Эвентрация	1

Таблица 5

Параметры эффективности оперативного лечения пациентов контрольной и основной групп

Параметры эффективности	Послеоперационные осложнения	Обструктивная резекция ободочной кишки	Отказ от реконструктивной операции
САР	10	77,4	43
СОР	52,3%	100%	75,4%
ЧБНЛ	10	1,7	2,3

**Примечание:** САР – снижение абсолютного риска; СОР – снижение относительного риска; ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы достичь определенного благоприятного эффекта.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты лечения пациентов в контрольной группе, где выполнялись радикальные одномоментные оперативные вмешательства, демонстрируют неудовлетворительные результаты в сравнении с основной группой.

В основной группе пациентов использование лапароскопической колостомии на предоперационном этапе позволило избежать выполнения обструктивного оперативного вмешательства, уменьшить число послеоперационных осложнений и летальности и в большинстве случаев позволило выполнить реконструктивное оперативное вмешательство.

Применение лапароскопии на предоперационном этапе позволяет проводить качественную ревизию органов брюшной полости на предмет распространенности опухолевого процесса и исследовать локальный статус злокачественного новообразования ободочной кишки.

### ЛИТЕРАТУРА

- Алиев С.А. Хирургическая тактика при осложненном раке сигмовидной кишки / С.А. Алиев // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 26–30.
- Барсуков Ю.А. Сравнительный анализ хирургического и комбинированного лечения больных операбельным раком прямой кишки (результаты рандомизированного исследования) / Ю.А. Барсуков, А.В. Николаев, Р.И. Тамразов // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3, № 2. – С. 105–113.
- Брискин Б.С. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки / Б.С. Брискин, Г.М. Смаков, А.С. Бородин // Хирургия. – 1999. – № 5. – С. 37–40.
- Воробьев Г.И. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака / Г.И. Воробьев Ю.А. Шелы-

гин, С.А. Фролов // IX Всерос. съезд хирургов: Материалы съезда. – Волгоград, 2000. – С. 154

5. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В.В. Мартынюк // Практическая онкология: Избранные лекции. – СПб., 2004. – С. 151–161.

6. Пугаев А.В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: ПРОФИЛЬ, 2005 – 224 с.

7. Руководство для врачей: Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. – М.: Медицина, 1994. – 432 с.

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

9. Cugnenc P.H. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches neoplasiques reste la securite / P.H. Cugnenc, A. Berger, F. Zinzindohoue // J. Chir. – Paris, 1997. – Vol. 134, N 7. – P. 275–278.

10. Forloni B. Intraoperative colonic lavage in emergency surgical treatment of left-sided colonic obstruction / B. Forloni, R. Reduzzi, A. Paludetti // J. Diseases of the Colon and Rectum. – 1998. – Vol. 41, N 1. – P. 23–27.

11. Iarumov N. Tactics and operative methods in treating complicated colorectal cancer / N. Iarumov, I. Viiachki, B. Korukov // Khirurgiia (Sofiiia). – 1999. – Vol. 55, N 6. – P. 29–34.

12. Tzu-Chi Hsu. One-stage resection and anastomosis for acute obstruction of the left colon / Tzu-Chi Hsu // J. Diseases of the Colon and Rectum. – 1998. – Vol. 41, N 1. – P. 28–32.

Поступила в редакцию 21.12.2006 г.