

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Д.О. Маханьков, А.В. Важенин, С.Ю. Сидельников

*Южно-Уральский научный центр РАМН,
Челябинский областной онкологический диспансер*

Представлены результаты лечения 126 больных опухолевой толстокишечной непроходимостью, проходивших лечение в многопрофильной хирургической больнице за период с 1990 по 2005 г. Использование хирургической тактики, учитывающей особенности патогенеза и выраженность опухолевой толстокишечной непроходимости, позволило улучшить непосредственные результаты лечения. В основной группе в 48 % случаев удалось наложить первичный анастомоз. В то же время летальность и частота послеоперационных осложнений были несколько ниже в основной группе – 15,5 % и 26 %, по сравнению с контрольной – 22 % и 35 % соответственно.

Ключевые слова: рак толстой кишки, обтурационная непроходимость, хирургическое лечение.

TREATMENT OF PATIENTS WITH LEFT-SIDE COLON CANCER COMPLICATED BY OCCLUSIVE ILEUS

D.O. Makhankov, A.V. Vazhenin, S.Yu. Sidelnikov

*Southern-Ural Scientific Center, RAMS
Chelyabinsk Regional Oncology Clinic*

Treatment results for 126 patients with ileus-complicated colon cancer for the period 1990–2005 were presented. The use of surgical technique taking into account pathogenesis characteristics allowed the improvement of short-term treatment results to be obtained. Primary anastomosis was possible to apply to 48 % of patients of the study group. The rates of lethality and postoperative complications in the study group were 15,5 % and 26 %, respectively as compared to 22 % and 35 % in the control group.

Key words: colon cancer, ileus, surgery treatment.

Согласно публикациям последних лет отмечается увеличение числа больных раком толстой кишки. По данным ВОЗ, рак толстой кишки занимает 3–4-е место в структуре онкологической заболеваемости, а количество больных с запущенными формами достигает 70 %. Вследствие поздней диагностики заболевания значительное число больных поступает в клинику с осложненными формами рака [5, 9]. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является самым частым осложнением колоректального рака (КРР), причём чаще всего ОТКН развивается при локализации опухоли в левой половине толстой кишки [9, 10, 12].

Хирургическая тактика при ОТКН левой половины толстой кишки уже давно является предметом оживлённых дискуссий. Ещё в 1913 г. на XIII съезде хирургов было принято положение о выполнении многоэтапных оперативных вмешательств при лече-

нии осложнённых форм КРР, с наложением на первом этапе разгрузочной колостомы. Подобная тактика получила широкое распространение, что объяснялось высоким уровнем летальности после первично-радикальных вмешательств. Дальнейшее развитие медицины, достижения анестезиологии и оперативной техники позволили пересмотреть эти положения. В настоящее время большинство хирургов у больных осложнёнными формами КРР предпочитают выполнять вмешательства с первичным удалением опухоли, что обеспечивает значительное снижение интоксикации в послеоперационном периоде и препятствует дальнейшему росту и диссеминации злокачественного процесса [2–4, 8, 12, 14]. Соответственно, многими авторами отмечается более доброкачественное течение ОТКН, по сравнению с другими видами кишечной непроходимости. Это объясняется тем, что при раке толстой кишки редко встречается полная

обтурация просвета кишки. Причиной непроходимости, с одной стороны, служат отёк и ригидность кишечной стенки в месте поражения, с другой стороны, характер каловых масс в толстой кишке, способных обтурировать суженный опухолью участок кишки [1, 3, 4]. Вышеназванные особенности патогенеза ОТКН, а также значительные компенсаторные возможности толстой кишки позволяют часто разрешить приступ кишечной непроходимости консервативными мероприятиями либо уменьшить его проявления и стабилизировать состояние больных.

Стремление оперировать больных ОТКН в отсроченном порядке вполне объяснимо, поскольку оно даёт время для планирования предстоящего хирургического лечения и подготовки организма больного к обширному и травматичному оперативному вмешательству. Тем не менее это не должно быть поводом для отсрочки операции у больных с некупируемой декомпенсированной ОТКН и тем более у больных с клиникой перитонита. Кроме того, до сих пор нет единого мнения в отношении восстановления кишечного пассажа при опухолевой ОТКН левосторонней локализации. Ещё до недавнего времени наложение толстокишечного анастомоза при этом заболевании считалось недопустимым. В настоящее время появляется всё больше публикаций, согласно которым выполнение такого анастомоза возможно при тщательном отборе больных [2, 4, 13, 15].

Нами проанализированы результаты лечения 126 больных левосторонней ОТКН. Первую группу составили 65 больных, получавших лечение в хирургическом отделении многопрофильной хирургической больницы в период с 1990 по 1999 г. Вторую группу составил 61 больной, поступивший в стационар в 2000–2005 гг.

В группе I у 10 больных ОТКН осложнилась перфорацией с перитонитом. После первичного осмотра все эти больные были оперированы в первые часы поступления. У 5 из них выполнена операция типа Гартмана, у 5 наложена разгрузочная колостома. Умерло 4 больных. Остальным пациентам проводилась консервативная терапия с целью купирования кишечной непроходимости. У 19 из них приступ купировался, они были переведены в другие лечебные учреждения. Были прооперированы в первые дни от поступления 36 больных, у 22 – опухоль удалена на первом этапе, в том числе 21 пациенту выполнены

обструктивные резекции типа Гартмана, одному больному – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. У 14 больных выполнялись симптоматические вмешательства. Частота послеоперационных осложнений составила 35 %. Наиболее часто встречались инфекционно-воспалительные процессы и осложнения в области колостомы. В 7 случаях послеоперационный период осложнился абсцессом брюшной полости. Общая летальность составила 22 %, умерло 10 больных.

Неудовлетворённые результатом лечения, мы пересмотрели хирургическую тактику в отношении этих больных, в зависимости от выраженности ОТКН в соответствии с классификацией ОТКН при раке толстой кишки, предложенной ГНЦ колопроктологии МЗ РФ [4], согласно которой выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии кишечной непроходимости. Поскольку компенсированная стадия не имеет выраженных клинических проявлений, легко купируется консервативно и лишь в редких случаях служит причиной экстренного оперативного вмешательства, в исследование вошли больные с субкомпенсированной и декомпенсированной стадиями. При определении стадии ОТКН, помимо клинических данных и результатов инструментальных исследований, использовались также интраоперационные находки. Оценивались состояние супрастенотического участка кишки, гипертрофия или атрофия её мышечного слоя, увеличение размеров толстой кишки, степень обтурации просвета опухолью, наличие или отсутствие изменений тонкой кишки. Таким образом, субкомпенсированная стадия ОТКН была диагностирована у 28 больных, декомпенсированная – у 30.

В момент поступления больного в стационар решался вопрос о дальнейшей тактике. При наличии клиники перитонита и при подозрении на перфорацию кишки выполнялось оперативное вмешательство в первые часы от поступления. Предпочтение отдавалось многоэтапным вмешательствам с удалением опухоли на первом этапе. Подобные операции выполнены у 6 больных. У 1 больного из-за крайне тяжёлого состояния ограничились наложением колостомы. Умерло 4 человека. У всех этих больных была установлена декомпенсированная степень кишечной непроходимости.

Остальным больным проводилась комплексная

интенсивная терапия, направленная на детоксикацию и устранение кишечной непроходимости. В случае отсутствия динамики от проводимой терапии либо при нарастании клиники ОТКН выполнялись экстренные вмешательства в течение первых суток. Оперировано 8 больных. У 4 из них выполнены вмешательства типа Гартмана, а у 4 – разгрузочная колостома.

У основной массы больных с помощью консервативных мероприятий удалось добиться улучшения состояния, уменьшить проявления кишечной непроходимости. Они были оперированы в отсроченном порядке. Это позволяло провести больным коррекцию гомеостаза, детоксикационные мероприятия, а также выполнить гистологическую верификацию и предоперационное стадирование рака. Большое внимание уделялось подготовке кишечника к операции, которая занимала от 3 до 5 дней, с использованием бесшлаковой диеты, клизм, солевых слабительных и препаратов на основе полиэтиленгликоля (Фортранс, Форлакс) [11].

Предпочтение отдавалось вмешательствам с первичным удалением опухоли. Вопрос об одноэтапном восстановлении кишечного пассажа решался каждый раз индивидуально. Во внимание принимались: подготовка кишечника, выраженность трофических нарушений кишечной стенки, состояние репаративных и пластических функций организма больного. Обычно у больных с субкомпенсированной ОТКН была возможность для выполнения первичного анастомоза. При наличии сомнений в его состоятельности отказывались от выполнения. У 28 больных с субкомпенсированной стадией кишечной непроходимости наложен первичный анастомоз. Случаев несостоятельности не было. В 8 случаях декомпенсированной стадии ОТКН также выполнен первичный анастомоз: у 6 больных внутрибрюшной и в 2 случаях колоанальный анастомоз, после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением. У 2 больных с внутрибрюшным анастомозом развилась несостоятельность. Оба больных погибли. Ещё у 4 больных с декомпенсированной стадией кишечной непроходимости выполнены операции типа Гартмана и 3 наложение разгрузочная колостома.

Частота послеоперационных осложнений в группе II равнялась 26 %. В основном имели место инфекционно-воспалительные осложнения, в 2 случаях раз-

вилась несостоятельность толстокишечного анастомоза. Послеоперационная летальность составила 15,5 %.

Следовательно, при соответствующей подготовке возможно наложение первичного анастомоза на фоне субкомпенсированной ОТКН. В группе II межкишечное соустье на первом этапе наложено у 28 больных, что составило 48 % от всех произведённых оперативных вмешательств. Случаев несостоятельности анастомоза не было. Все больные были оперированы в отсроченном порядке. В первой группе первичный анастомоз не накладывался, тем не менее летальность была выше, это можно объяснить тем, что подобные вмешательства выполнялись в экстренном порядке у неподготовленных больных.

Наложение первичного анастомоза в группе II при декомпенсированной стадии ОТКН в 25 % случаев приводило к несостоятельности анастомоза. Эти данные подтверждают мнение большинства хирургов о том, что декомпенсированная ОТКН, при левосторонней локализации опухоли, служит противопоказанием к наложению толстокишечного анастомоза [2, 4, 6].

Наихудшие результаты в обеих группах были у больных ОТКН, осложнённой перфорацией и перитонитом. Более высокий уровень летальности во второй группе, на наш взгляд, объясняется более агрессивной хирургической тактикой. У этой категории пациентов не стоит стараться убрать первичную опухоль любой ценой. В некоторых случаях разгрузочная колостома позволяет спасти жизнь больного.

Таким образом, использование хирургической тактики, учитывающей особенности патогенеза и выраженность ОТКН, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения. При субкомпенсированной ОТКН возможно выполнять радикальные вмешательства с первичным наложением толстокишечного анастомоза. При декомпенсированной стадии ОТКН показано выполнение вмешательств с первичным удалением опухоли, завершающихся наложением колостомы. Если ОТКН осложнилась перфорацией и перитонитом возможно выполнение обструктивных резекций или разгрузочных колостом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь, 1980. 303 с.

2. Бондарь В.Г., Яковец Ю.И., Башеев В.Х. и др. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью // Хирургия. 1990. № 7. С. 94–97.
3. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 1999. С. 287–335.
4. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В.Д. Фёдорова, Г.И. Воробьёва, В.Л. Ривкина. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
5. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология. 2000. № 1. С. 3–9.
6. Воробьёв Г.И., Одарюк Т.С., Шелыгин Ю.А. и др. Хирургическая тактика у больных раком толстой кишки с метастазами в печень // Колопроктология. 2002. № 2. С. 2–5.
7. Пророков В.В., Малихов А.Г., Кныш В.И. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки // Практическая онкология. 2002. Т. 3, № 2. С. 77–81.
8. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика-М, 2004. С. 292–402.
9. Старинский В.В., Петрова Г.В., Грецова О.П., Харченко Н.В. Злокачественные новообразования в России в 1993–2002 гг. // Материалы VIII онкологического конгресса. М., 2004. С. 105.
10. Тотиков В.З., Хестанов А.К., Зураев К.Э. и др. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки // Хирургия. 2001. № 8. С. 51–54.
11. Ханевич М.Д., Шаполин М.А., Зязин А.А., Агаларова Э.А. Подготовка толстой кишки к операциям у больных колоректальным раком, осложнённым кишечной непроходимостью // Колопроктология. 2003. № 3 (5). С. 3–7.
12. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. С. 153–206.
13. Borie F., Tretarre B., Marchigiano E. et al. Management and prognosis of colon cancer in patients with intestinal obstruction or peritonitis: a French population-based study // Med. Sci. Monit. 2005. Vol. 11, № 6. P. 266–273.
14. Guillem J., Philip P., Cohen A. Surgical treatment of colorectal cancer // CA Cancer J. Clin. 1997. Vol. 47, № 2. P. 113–128.
15. Runkel N.S., Hinz U., Lechnert V. et al. Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine // Br. J. Surg. 1998. Vol. 85, № 9. P. 1260–1265.

Поступила 26.04.06