

## Хирургическое лечение осложненного колоректального рака С.А.АФЕНДУЛОВ, А.С.МИШИН, В.С.ВВЕДЕНСКИЙ

### Surgical treatment of complicated colorectal cancer S.A.AFENDULOV, A.S.MISHIN, V.S.VVEDENSKY

Тамбовский государственный университет им. Р.Г.Державина  
Центральная городская клиническая больница, г. Липецк  
Городская клиническая больница им. Архиепископа Луки, г. Тамбов

Представлены результаты хирургического лечения 118 больных раком ободочной кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью. Большинство пациентов были пожилого и старческого возраста. Хирургическая тактика при данной патологии окончательно не определена. Летальность остается высокой как при радикальных, так и паллиативных вмешательствах. Наиболее высок риск послеоперационных осложнений и летального исхода в группе пациентов старше 60 лет. Необходимо стремиться к индивидуализации выбора метода операции, исходя из тяжести состояния больного, степени компенсации сопутствующей патологии, эндотоксикоза, после адекватно выполненной предоперационной подготовки и безуспешности всех методов консервативного разрешения непроходимости.

*Ключевые слова:* колоректальный рак, хирургическое лечение

The results of surgical treatment of 118 patients with colon cancer complicated with acute obstruction. Most patients are elderly. Surgical tactics in this pathology is uncertain. Mortality remains high in the group of radical, and in the group of palliative interventions. The highest risk of postoperative complications and death in patients older than 60 years. The objective is to choose the method of personalizing operation, based on the severity of the patient, the degree of compensation of comorbidity, endotoxemia after adequately performed the preoperative and the failure of all Conservative methods permit obstruction.

*Key words:* colorectal cancer, surgical treatment

В последние годы заболеваемость опухолями ободочной и прямой кишок неуклонно растет. Во многих странах мира рак толстой кишки занимает одно из ведущих мест в структуре злокачественных новообразований. В 1998-1999 годах число вновь выявленных случаев рака толстой кишки в нашей стране превысило 50000 в год. В структуре злокачественных новообразований в Российской Федерации рак толстой кишки занимает четвертое место, при этом уступая лишь раку легкого, желудка и раку молочной железы.

Учитывая позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью, недостатки в работе амбулаторной службы, зачастую опухоль толстой кишки впервые диагностируется при выявлении ее осложнений, наиболее распространенным из которых является острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Среди этой группы больных наиболее часто встречаются пациенты с III и IV клинической группой заболевания [1, 4].

Несмотря на большое количество работ, посвященных оптимизации хирургической тактики и лечебных мероприятий при острой кишечной непроходимости, летальность, по данным различных авторов, остается высокой и составляет от 20 до 60% [2, 3, 5, 6, 8]. Хирургическое лечение непроходимости кишеч-

ника осуществляется после кратковременной предоперационной подготовки, длительность которой не должна превышать 2-6 часов, включающей в себя инфузионную терапию с целью коррекции расстройств гемостаза, сопутствующей патологии, а также консервативные попытки разрешения непроходимости.

Однако в настоящее время единая хирургическая тактика при острой обтурационной толстокишечной непроходимости отсутствует.

Распространенным мнением является необходимость выполнения первично радикальной операции с удалением опухоли и восстановлением кишечной проходимости при любой степени интоксикации, длительности непроходимости и сопутствующей патологии. Ряд исследователей даже предлагают выполнять сверхрадикальные операции на высоте непроходимости – в виде субтотальной колэктомии с онкорадикальными целями [7].

Распространено мнение также о целесообразности многоэтапного хирургического лечения с выполнением на первом этапе разгрузочной колостомы, предпочтительно из мини-доступа, с последующим дообследованием и выполнением при возможности радикальной операции с наложением анастомоза.

Цель работы – анализ результатов хирургического лечения осложненного колоректального рака.

## Материалы и методы

Оперировано 118 больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью.

Среди исследуемой группы мужчин – 51 (43%), женщин – 67 (57%). По возрасту больные распределились следующим образом – до 50 лет – 10 пациентов (8,4%), до 60 лет – 12 (10,6%), до 70 лет – 50 (42,5%), до 80 лет – 28 (23,5%) и старше 80 лет – 18 (15%). Обращает на себя внимание то, что большинство больных (81%) были старше 60 лет, что подчеркивает геронтологическую важность проблемы.

Выявлено большое количество пациентов с сопутствующей патологией. Ишемическая болезнь сердца имела место у 75 (64%) пациентов, причем у 10 (12%) она проявлялась перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом; у 14 (12%) больных – сахарный диабет, причем у 6 (42%) в стадии декомпенсации; гипертонической болезнью страдали – 63 (54%) больных, хроническими заболеваниями бронхолегочной системы (хронический бронхит, эмфизема, пневмосклероз) – 43 (36%) пациента; заболеваниями органов пищеварения (желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы) – 8 (7%) больных, хроническим пиелонефритом – 10 (12%) пациентов.

25 (21%) больных поступили в стационар при длительности заболевания до 2-х суток, 65 (55%) – от 3-х до 7-ми суток и 28 (24%) – с длительностью непроходимости свыше 7-ми суток.

Все больные были оперированы после кратковременное предоперационной подготовки в течение 2-4 часов.

Причиной толстокишечной непроходимости была опухоль толстой кишки: в слепой кишке – у 7

(6%) больных, в правой половине ободочной кишки (восходящей ободочной и печеночном углу) – у 8 (7%), поперечно-ободочной кишке – у 6 (5%), в левой половине ободочной кишки (селезеночный угол и нисходящая ободочная кишка) – у 14 (12%), сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе – у 74 (63%), в прямой кишке – у 9 (7%) больных.

Радикальные операции на высоте непроходимости при операбельности опухоли, отсутствии отдаленных метастазов по типу обструктивной резекции без наложения анастомоза выполнены 72 (61%) пациентам.

Паллиативные операции – наложение разгрузочной колостомы – выполнены при неоперабельности опухоли, наличии отдаленных метастазов и тяжелом общем состоянии 45 (48,5%) пациентам.

При гистологическом исследовании в подавляющем большинстве наблюдений имели место аденокарцинома различной степени дифференцировки – у 109 (93%) больных. Слизистый рак был обнаружен у 3 (2,5%) больных, недифференцированная опухоль – у 6 (4,5%).

У одного больного была выполнена эксплоративная лапаротомия.

Локализация опухоли и объем оперативного вмешательства представлены в таблице 1.

Наибольшее количество радикальных операций выполнено при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, наименьшее – при опухолях прямой и слепой кишок.

## Результаты и их обсуждение

Послеоперационные осложнения отмечены у 31 (26%) больных.

Таблица 1

*Объем оперативного вмешательства в зависимости от локализации опухоли*

Локализация опухоли	Радикальные операции	Паллиативные операции
Сигмовидная кишка	44 (67%)	21 (33%)
Левая половина ободочной кишки	9 (64%)	5 (36%)
Прямая кишка	3 (33%)	6 (67%)
Ректосигмоидный отдел	5 (63%)	3 (37%)
Правая половина ободочной кишки	4 (50%)	4 (50%)
Слепая кишка	3 (42%)	4 (57%)
Поперечно-ободочная кишка	5 (83%)	1 (17%)

Таблица 2

*Послеоперационная летальность в зависимости от локализации опухоли*

Локализация опухоли	Число умерших больных	Общее число операций	Послеоперационная летальность
Слепая кишка	3	7	43%
Правая половина ободочной кишки	3	8	37,5%
Поперечно-ободочная кишка	2	6	33,3%
Левая половина ободочной кишки	2	14	14,2%
Сигмовидная кишка и ректосигмоидный отдел	13	71	18%
Прямая кишка	1	9	11,1%

В структуре послеоперационных осложнений преобладали гнойно – воспалительные осложнения – у 21 (67%) больного; нагноения послеоперационной раны – у 12 (38%); параколомические абсцессы – у 7 (22%); абсцессы брюшной полости – у 2 (8%); несостоятельность анастомозов – у 2 (8%), пневмонии – у 5 (16%), инфаркт миокарда – у 3 (9%) больных.

После хирургического лечения умерло 24 (26%) пациента. Среди умерших было 10 мужчин и 14 женщин. После радикальных операций умерло 11 (15%) пациентов, после паллиативных – 12 (27%) и один больной умер после эксплоративной лапаротомии. Среди умерших пациентов преобладали пациенты в возрасте старше 60 лет (83%). Послеоперационная летальность в зависимости от локализации опухоли представлена на таблице 2. В структуре послеоперационной летальности преобладает летальность по причине токсикоза и полиорганной недостаточности – 13 (54%) больных;

8 (33%) пациентов умерли от тромботических осложнений (инфаркта миокарда – 2 больных, тромбоэмболии легочной артерии – 4, мезентерального тромбоза – 2 больных), 3 (13%) больных – в результате несостоятельности анастомоза.

Летальность при данной патологии остается высокой как при радикальных, так и паллиативных вмешательствах. Наиболее подвержены осложнениям и высокому риску летального исхода пожилые пациенты старше 60 лет с тяжелой сопутствующей патологией, а также тяжелой степенью эндотоксикоза.

### Вывод

Выбор метода операции должен быть сугубо индивидуальным и зависеть от тяжести состояния больного и сопутствующей патологии после выполнения предоперационной подготовки и применения консервативных методов разрешения непроходимости.

### Список литературы

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью у больных пожилого и старческого возраста. Российский онкологический журнал 1998; 6: 23-27.
2. Бадежин А.Я. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью. Хирургия 2007; 4: 49-53.
3. Макарова Н.П. Выбор хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости. Хирургия 2000; 8: 45-48.
4. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости. Хирургия 2008; 9: 15-18.
5. Султанов Г.А., Алиев С.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном непроходимостью. Хирургия 1998; 2: 17-19.
6. Ханевич М.Д., Шамолин М.А. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости. Вестник хирургии 2005; 1: 85-89.
7. Шулуток А.М. Субтотальная колэктомия при обтурационной непроходимости опухолевой генеза. Хирургия 2000; 2: 14-16.
8. Эктов В.Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Автореферат дисс. д-ра мед. наук. Воронеж 1995. Поступила 23.08.2010 г.

### Информация об авторах

1. Афендулов Сергей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и анестезиологии Тамбовского государственного университета им. Р.Г.Державина; e-mail: [witus@pochta.ru](mailto:witus@pochta.ru)
2. Введенский Виталий Сергеевич – ординатор отделения колопроктологии МУЗ «Центральная городская клиническая больница города Липецка»; e-mail: [dr\\_wws@mail.ru](mailto:dr_wws@mail.ru)
3. Мишин Алексей Сергеевич – врач-ординатор хирургического отделения 2 Городской клинической больницы им. Архиепископа Луки, г. Тамбов; e-mail: [mishinlexan@rambler.ru](mailto:mishinlexan@rambler.ru)