

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИА.А. УМИРОВ, Л.Т. ГАЗИЕВ, А.Ж. КАХХАРОВ, М.С. ХУДОЁРОВ, Н.И. ТУРСУНОВА
Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент**ЧАМБАР ИЧАК САРАТОНИ ТУФАЙЛИ ОБТУРАЦИОН ИЧАК ТУТИЛИШИДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИ УСЛУБЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАСНИФИ**А.А. УМИРОВ, Л.Т. ГАЗИЕВ, А.Ж. КАХХАРОВ, М.С. ХУДОЁРОВ, Н.И. ТУРСУНОВА
Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE ILEUS COLON CANCER**A.A. UMIROV, L.T. GAZIEV, A.J. KAKHKHAROV, M.S. KHUDAYOROV, N.I. TURSUNOVA
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ушбу мақолада чамбар ичак саратоми туфайли обтурацион ичак тутилиши билан хасталанган 83 беморни жаррохлик амалиёти услублари натижалари курсатилган. Чамбар ичак ўтказувчанлиги 3 даражага ажратилган. Жаррохлик амалиёти услуги ўсманинг жойлашган жойига қараб, ичак ўтказувчанлик даражасига қараб ҳамда беморнинг ёндош хасталикларига қараб танланган. Жаррохлик амалиётидан кейинги умумий ўлим курсаткичи 12% (83 бемордан 10 таси вафот этган). Бир пайтда ичак узлуксизлигини тиклашда чамбар ичакнинг резекцияси ва субтотал колэктомия амалиёти ичак тутилишининг компенсирланган даражасида ва беморнинг стабил ҳолатида амалга оширишни тавсия қилган яшироқ.

Калит сўзлар: жаррохлик амалиёти, компенсирланган, субкомпенсирланган, декомпенсирланган, субтотал колэктомия.

The results of surgical treatment of 83 patients with colon cancer complicated with obstructive obstruction. Distinguish 3 degrees of impaired patency of the colon. Surgical treatment depended on the area of tumor localization in the colon obstruction degree, severity and patient's general condition associated diseases. Overall postoperative mortality was 12% (10 patients died out of 83 operated). Resection of the colon and subtotal colectomy with simultaneous reduction of the continuity of the intestine can be recommended to patients in the compensated stage of obstruction in the area of the tumor and the patient's condition stable.

Key words: operation, compensated, subcompensated, decompensated, subtotal colectomy.

Число больных с осложненными формами рака ободочной кишки в последние годы не только остается стабильно высоким, но и отмечается тенденция к ухудшению показателей. Более чем у 500000 пациентов колоректальный рак является причиной смерти (Quasar Collaborative Group, 2008). Ежегодный прирост заболеваемости раком толстой кишки в мире за последние пятнадцать лет составляет в среднем около 3% в год. (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2011). В Узбекистане каждый год регистрируется более 500 случаев рака ободочной кишки из них более 300 больных в III – стадии, около 150 больных в IV – стадии, летальность более 300 больных. Поэтому проблема лечения больных раком ободочной кишки с осложненными формами опухоли явля-

ется актуальной для хирургов, онкологов и колопроктологов.

Материал и методы. За период с 2008 по 2010 гг. нами изучены результаты лечения 83 больных, оперированных в отделении колопроктологии РОНЦ МЗ Руз и торако – абдоминальном отделении ТашГОД по поводу рака ободочной кишки, осложнённого обтурационной непроходимостью. Мужчин было 49(59%), женщин - 34 (41 %) в возрасте от 30 до 88 лет (табл. 1). Анализ возрастного состава 83 больных раком ободочной кишки, осложненным обтурационной непроходимостью, показал, что 57 (68,6 %) больной был пожилого и старческого возраста.

Таблица 1.

Распределение обследованных больных по возрасту и полу

Пол больных	Возраст больных						Всего
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 и более	
мужчины	2 (2,4%)	3 (3,6%)	8 (9,6%)	18 (21,7%)	15 (18,1%)	3 (3,6%)	49 (59,0%)
женщины	1 (1,2%)	3 (3,6%)	9 (10,8%)	14 (16,8%)	6 (7,2%)	1 (1,2%)	34 (41,0%)
Итого	3 (3,6%)	6 (7,2%)	17 (20,5%)	32 (38,5%)	21 (25,3%)	4 (4,8%)	83 (100%)

Это говорит о геронтологической значимости проблемы. В то же время 26 (31,4 %) пациент был молодого и среднего возраста, т.е. самый активный и трудоспособный контингент населения. Это еще раз подчеркивает важность проблемы диагностики, лечения, хирургической реабилитации больных с кишечной непроходимостью вследствие РОК. Средний возраст - $63,6 \pm 10,7$. У большинства оперированных был рак левой половины ободочной кишки — 55 (66,2%), в правой половине опухоль локализовалась у 24 (38,9%), в поперечной ободочной кишке — только у 4 (4,8%) больных (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение больных по локализации опухоли в ободочной кишке

	абс	%
Левой половины ободочной кишки	55	66,2%
правой половины ободочной кишки	24	38,9%
поперечной ободочной кишки	4	4,8%

При распределении больных в зависимости от клинической стадии заболевания использовали классификацию Б.Е. Петерсона и Н.Н. Блохина (1979 г.). (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение больных в зависимости от стадии рака ободочной кишки

Стадии рака ободочной кишки	Количество больных	
	абс. число	%
IIA	2	2,4
IIB	4	4,8
IIIA	36	43,4
IIIB	31	37,3
IV	10	12,0
Всего	83	100

Как видно из табл. 3, у большинства оперированных (80,7%) отмечен РОК III стадии. Микроскопическое строение опухоли изучали по удаленным препаратам. Наиболее часто выявляли адено-карциному различной степени дифференцировки. Обтурационную непроходимость,

обусловленную стенозирующей опухолью ободочной кишки, диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных физикального, лабораторного, рентгенологического и эндоскопического методов обследования.

Результаты и обсуждение. Что касается классификации обтурационной непроходимости ободочной кишки на почве рака, то по данному вопросу нет единого мнения. Полная обтурация просвета кишки трактуется как острая кишечная непроходимость, при этом отсутствуют четкие критерии, определяющие частичную кишечную непроходимость. В механизме развития кишечной непроходимости значительную роль играют следующие факторы: состояние моторики кишки, консистенция каловых масс, воспаление кишечной стенки, обусловленное дивертикулумом или пенетрацией опухоли. Однако именно степень сужения просвета кишки опухолью является ведущей причиной развития кишечной непроходимости. Г.В. Бондарь и соавт. [3] определяют степень опухолевого стеноза лишь после принятых консервативных мероприятий и в зависимости от операционных находок (во время ревизии ободочной кишки при декомпенсированной кишечной непроходимости обнаруживали почти полный ее стеноз). Мы считаем, что степень стеноза можно определить на диагностическом этапе, основываясь на данных колоноскопии и контрастной ирригоскопии. Кроме того, современное развитие ультразвуковых аппаратов позволяет определить выраженность нарушения проходимости ободочной кишки. Исходя из этого, выделяли 3 степени нарушения проходимости:

I — компенсированное нарушение проходимости ободочной кишки, при которой диаметр просвета составлял 1,5—2 см;

II — субкомпенсированное нарушение проходимости ободочной кишки при диаметре в зоне опухоли от 1 до 1,5 см;

III — декомпенсированное нарушение проходимости ободочной кишки при диаметре в зоне опухоли менее 1 см. (табл. 4).

Таблица 4.

Распределение больных раком ободочной кишки по степени проходимости и локализации опухоли (классификация Топузова Э.Г. 1986)

Степень кишечной проходимости	Локализация опухоли в ободочной кишке						Всего	
	справа		поперечная		слева			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Компенсированная	4	4,8	2	2,4	13	15,6	19	22,8
Субкомпенсированная	18	21,6	2	2,4	33	39,7	53	63,8
Декомпенсированная	2	2,4	0	0	9	10,8	11	13,2
Итого	24	28,9	4	4,8	55	66,2	83	100

Как видно из табл. 4, только у 19 (22,8%) больных непроходимость ободочной кишки была в стадии компенсации. У пациентов этой группы непроходимость и имеющиеся расстройства гемодинамики были слабо выражены и довольно хорошо корригировались. Эти больные были оперированы в плановом порядке.

У 53 (63,8%) больных после обследования было выявлено субкомпенсированное нарушение проходимости ободочной кишки в зоне локализации опухоли. Клинически у больных были отмечены анемия, интоксикация, гипопроотеинемия и нарушение водно-электролитного баланса.

У 11 (13,2%) пациентов при обследовании обнаружено декомпенсированное нарушение проходимости ободочной кишки. Неблагоприятным явился тот факт, что у 5 из 11 больных была полная непроходимость, обусловленная сочетанием непроходимости с перифокальным воспалением, у 2 из 11 больных обтурационная непроходимость сочеталась с перитонитом из-за перфорации опухоли в свободную брюшную полость либо с пенетрацией опухоли в брыжейку с развитием абсцесса. Больные этой группы находились в состоянии тяжелой интоксикации, обезвоживания, анемии, гипопроотеинемии, у них были высокая температура, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Предоперационная подготовка заключалась в проведении интенсивных мероприятий, направленных на коррекцию водного и белково-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния. Особое внимание обращали на декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта: после тщательного промывания желудка эндоскопически проводили двухканальный зонд через двенадцатиперстную кишку в тощую с аспирацией и промыванием зонда солевыми растворами. Применяли спазмолитики, очистительные и сифонные клизмы, инфузионно-трансфузионную терапию. По показаниям больным переливали свежечитратную кровь, сухую и нативную плазму.

При отсутствии эффекта от интенсивных консервативных мероприятий, нарастании клинических проявлений кишечной непроходимости и при наличии признаков перитонита выполняли экстренное оперативное вмешательство.

Объем оперативных вмешательств при обтурационной непроходимости ободочной кишки зависел от зоны локализации опухоли в ободочной кишке, степени непроходимости, тяжести общего состояния больного и наличия сопутствующих заболеваний.

Большинство хирургов при раке правой половины ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью, отдадут предпочтение

одномоментной операции — правосторонней гемиколэктомии с илеотрансверзоанастомозом [8, 9]. Однако некоторые хирурги [6, 10] при тяжелом общем состоянии больного, наличии перитонита, воспалительного процесса считают целесообразным разделить операцию на два этапа.

Оперировано 24 (28,9 %) пациентов с локализацией опухоли в правой половине ободочной кишки. 22 (91,6 %) больным с кишечной непроходимостью в стадии компенсации или субкомпенсации была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзанастомоза (бок в бок или конец в бок двумя рядами узловых швов). При этом у 2 из них правосторонняя гемиколэктомия сочеталась с атипичной резекцией участка печени.

Из-за выраженности перифокального воспаления с вовлечением в воспалительный процесс печени, почки, желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки и образованием инфильтрата с абсцедированием 2 пациентам операция была выполнена в два этапа. Первым этапом сформировали илеотрансверзанастомоз с отключением правой половины ободочной кишки и дренированием зоны абсцесса, через 2—4 мес выполнили правостороннюю гемиколэктомию.

При декомпенсированной кишечной непроходимости 2 больным проводили интенсивную предоперационную подготовку в течение 4—6 ч. Затем 6 больным выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. 1 пациентам с локализацией опухоли в печеночном изгибе операцию выполнили в два этапа. Первым этапом сформировали цекостому с декомпрессией тонкой кишки, через 1 мес произвели правостороннюю гемиколэктомию с ликвидацией цекостомы и формированием илеотрансверзанастомоза.

В послеоперационном периоде осложнения в виде нагноения послеоперационной раны наблюдались у 3 больных. Несостоятельность швов илеотрансверзанастомоза была у 1 больного из-за развития послеоперационного перитонита, для лечения которого потребовалась повторная релапаротомия с выведением зоны анастомоза и формированием кишечного свища. Больные выздоровели. Умерли после операции 1 больной: 1 — массивная тромбоэмболия легочной артерии (послеоперационная летальность 4,1%).

Из 4 больных с локализацией опухоли в поперечной ободочной кишке 1 с кишечной непроходимостью в субкомпенсации выполнили субтотальную колэктомию с формированием илеосигмоидного анастомоза, 1 — резекцию по-

перечной ободочной кишки по типу операции Гартмана.

В послеоперационном периоде в этой группе нагноение послеоперационной раны отмечено у 1 пациента после операции типа Гартмана. Умерла 1 больная от тромбоэмболии легочной артерии (послеоперационная летальность 50%).

Вопрос о хирургической тактике при обтурационной непроходимости левой половины ободочной кишки остается дискуссионным. Ряд хирургов [1, 7] считают целесообразными многоэтапные оперативные вмешательства: на первом этапе — наложение декомпрессионных цекко- или колостом, в последующем — удаление опухоли и восстановление непрерывности кишки. Такой тактики придерживаются у больных с повышенным операционным риском, обусловленным тяжелым состоянием, выраженной интоксикацией, наличием декомпенсированных сопутствующих заболеваний, в пожилом и старческом возрасте. Другие хирурги [8, 10] предпочитают резекцию кишки с опухолью без формирования анастомоза (по типу операции Гартмана). Однако высока частота параколостомических осложнений (грыжа, эвентрация, абсцесс, флегмона) и стенозов [11]. Кроме того, после операции типа Гартмана необходимо повторное оперативное вмешательство для восстановления непрерывности кишки, которое в 40—72% наблюдений становится невозможным [12].

Оперировано 51 больных с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки. В этой группе только у 13 больных имелась кишечная непроходимость в стадии компенсации, у 29 — субкомпенсированная, у 9 больных — декомпенсированная.

В отсроченном порядке, после стабилизации гомеостаза было оперировано 46 больных с компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимостью 5 из них выполнили левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзосигмоидного анастомоза конец в конец, 11 — резекцию сигмовидной кишки с наложением сигмо-сигмоидного анастомоза конец в конец, 6 — резекцию сигмовидной кишки по Гартману, 14 больным — левостороннюю гемиколэктомию по типу операции Гартмана. 4 больным произвели субтотальную колэктомию, при этом у 2 одномоментно с формированием илеосигмо-анастомоза, 1 пациенту на первом этапе — левостороннюю гемиколэктомию по типу операции Гартмана, через 6 мес — правостороннюю гемиколэктомию с ликвидацией колостомы и формированием илеосигмоанастомоза. 5 больному в связи с канцероматозом выполнили паллиативные операции (3 — обходной

илеосигмоанастомоз и 2 — наложение проксимальной трансверзостомы).

Экстренно, после кратковременной (4—6 ч) пред-операционной подготовки было оперировано 9 больных с обтурационной непроходимостью в стадии декомпенсации. 2 из них с перфорацией опухоли и разлитым перитонитом была выполнена резекция сигмовидной кишки по Гартману. 2 больным с параканкротическим абсцессом наложена проксимальная петлевая трансверзостомы для отключения кишечного пассажа от зоны пенетрации опухоли и дренирован абсцесс. Остальным 5 больным произведена резекция сигмовидной кишки или левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 15 больных (29,4 %): 8- нагноение послеоперационной раны (удалось успешно справиться); 1 - кровотечение в брюшную полость, потребовавшее релапаротомии (удалось успешно справиться); 1 - несостоятельность культи отключенной кишки; 1- несостоятельность швов сигмосигмоидного анастомоза; 1- несостоятельность трансверзосигмоидного анастомоза; 1- некроз и ретракция колостомы; 1- инфаркт миокарда, 1 - тромбоэмболия легочной артерии;

Итак, в данной группе больных в послеоперационном периоде осложнения возникли у 15 больных (29,4 %). Из них у 9 (17,6 %) удалось успешно справиться с послеоперационными осложнениями.

После операции умерло 8 (15,6 %) человека, в том числе 4 - от разлитого гнойного перитонита, причиной которого явились осложнения, связанные с оперативными вмешательствами, 2 - от общесоматических осложнений, 2 - от основного заболевания (продолжающаяся раковая интоксикация).

Таким образом, обтурационная непроходимость ободочной кишки является наиболее частым осложнением РОК. Обтурационная непроходимость нередко сочетается с перифокальным воспалением и перфорацией опухоли, что значительно усугубляет течение заболевания и приводит к повышению летальности в послеоперационном периоде.

При выполнении оперативного вмешательства следует учитывать не только локализацию опухоли в ободочной кишке, но и степень проходимости ободочной кишки, стадию компенсации и длительность существования непроходимости, возраст больных и состояние гемодинамических нарушений.

Резекция ободочной кишки и субтотальная колэктомия с одномоментным восстановлением непрерывности кишки может быть рекомендо-

вана в компенсированной стадии непроходимости в зоне опухоли и при стабильном состоянии больного. Во всех остальных случаях, особенно при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, показано многоэтапное оперативное вмешательство — предпочтительно выполнять резекцию ободочной кишки вместе с опухолью по типу операции Гартмана с последующим восстановлением непрерывности кишки.

Литература:

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь 1980.
2. Ашурков М.Г. Тактика и комплексное лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1991.
3. Бондарь Г.В., Яковец Ю.И., Башеев В.Х., Звездин В.П. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью. Хирургия 1990; 7: 94—97.
4. Злокачественные новообразования в России в 1997 г. (заболеваемость и смертность). Ред. В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Л.В. Ременник. М 1999.
5. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). Практическая онкология 2000; 1: 3—9.
6. Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В., Леонов С.В., Михайлова Е.В., Царев М.И. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002; 392—394.
7. Подловченко Т.Г., Пахомова Г.В. Рак левой половины ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002; 396—399.
8. Сидоренко Ю.С., Грушко С.А., Назаренко В.П., Токарский А.А. К вопросу о тактике лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки на современном этапе. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002; 432—438.

9. Топузов Э.Г. Острая кишечная непроходимость вследствие рака толстой кишки. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана, 5-й: Тез. докл. и сообщений (20—22 мая 1991 г.). Ташкент 1991; 221-222.

10. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология. М: Медицина 1994.

11. Cola B., Farella S., Bacilini G.C. et al. Le dermatiti peristamoli. Considerazioni eziopato genetiche, cliniche e terapeutiche a proposito di 102 casi. Minerva chir 1984; 39: 22: 1565—1570.

12. Ling L., Aberg Th. Hartmann procedure. Acta chir Scand 1984; 150: 413—417.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

А.А. УМИРОВ, Л.Т. ГАЗИЕВ,
А.Ж. КАХХАРОВ, М.С. ХУДОЁРОВ,
Н.И. ТУРСУНОВА

Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Представлены результаты хирургического лечения 83 больных раком ободочной кишки, осложненного обтурационной непроходимостью. Выделялись 3 степени нарушения проходимости ободочной кишки. Тактика хирургического лечения зависела от зоны локализации опухоли в ободочной кишке, степени непроходимости, тяжести общего состояния больного и наличия сопутствующих заболеваний. Общая послеоперационная летальность составила 12% (умерли 10 пациента из 83 оперированных). Резекция ободочной кишки и субтотальная колэктомия с одномоментным восстановлением непрерывности кишки может быть рекомендована больным в компенсированной стадии непроходимости в зоне опухоли и при стабильном состоянии больного.

Ключевые слова: операция, компенсированная, субкомпенсированная, деконпенсированная, субтотальная колэктомия.