

Хирургическое лечение колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью

С.Н. Шаева

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России;
Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Контакты: Светлана Николаевна Шаева shaeva30@mail.ru

Введение. Основной причиной urgentных осложнений рака толстой кишки является острая кишечная непроходимость (ОКН). Это сложное патологическое состояние в 90 % случаев обусловлено колоректальным раком (КРР).

Цель исследования – оценить радикальность выполненных операций при осложненном КРР в общехирургических стационарах, проанализировать зависимость выраженности кишечной непроходимости от локализации опухоли, ее морфологических характеристик, определить зависимость типа выполненной операции от выраженности кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Изучены сведения о 667 больных КРР, осложненным ОКН, которые в период с 2001 по 2013 г. получали лечение в общехирургических стационарах на территории Смоленска и Смоленской области. Для обработки полученных результатов использовали программное обеспечение Statistica 6.1, достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. Все больные по выраженности кишечной непроходимости были разделены на 3 группы. Первую группу ($n = 279$) составили пациенты с наличием декомпенсированной кишечной непроходимости (ДКН), 2-ю группу ($n = 313$) – с субкомпенсированной кишечной непроходимостью (СКН), 3-ю ($n = 75$) – с компенсированной кишечной непроходимостью (ККН). При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки наиболее часто наблюдали клиническую картину остро возникшего и наличия ДКН ($p = 0,041$). При левосторонней и прямокишечной локализации преобладала СКН. В общехирургических стационарах говорить о радикальности проведенного оперативного вмешательства не всегда представляется возможным, так как в большом количестве наблюдений (до 62,5 %) число исследуемых лимфатических узлов было менее 4. При поступлении больных с клиникой ДКН процент одноэтапных операций составил 7,5 % ($n = 21$). При СКН и ДКН наблюдался высокий процент многоэтапных операций с удалением опухоли на 2-м этапе (33,0 и 25,2 % соответственно). ДКН наиболее часто отмечена при циркулярном опухолевом росте (93,5 % случаев). В меньшей степени на выраженность ОКН влияли такие факторы, как протяженность опухоли по кишечной стенке и ее гистологический тип.

Заключение. В общехирургических стационарах окончательное решение по выбору хирургической тактики зависит от общего состояния пациента, опыта хирурга и лечебного учреждения, где проводится операция. Хирургические вмешательства данному контингенту больных целесообразно выполнять в профильных отделениях.

Ключевые слова: колоректальный рак, декомпенсированная кишечная непроходимость, субкомпенсированная кишечная непроходимость, компенсированная кишечная непроходимость, одноэтапные и многоэтапные хирургические вмешательства

DOI: 10.17650/2220-3478-2016-6-3-8-16

Surgical treatment of colorectal cancer complicated with acute intestinal obstruction

S.N. Schaeva

Smolensk State Medical University at the Ministry of Health of Russia; 28 Krupskaya St., Smolensk, 214019, Russia

Background. The main reason for urgent complications of colon cancer is an acute intestinal obstruction (AIO). This is complex pathological condition in 90 % of cases caused by colorectal cancer (CRC).

Objective – to evaluate radicality of the performed operations in complicated colorectal cancer in general surgical hospitals. Dependence of the severity of intestinal obstruction by tumor localization, its morphological characteristics, determine dependence of the type of the surgical operation performed on the severity of intestinal obstruction.

Materials and methods. We have studied the data on 667 patients with colorectal cancer complicated by acute intestinal obstruction. These patients were treated in the period from 2001 to 2013 in general surgical hospital in the territory of Smolensk and Smolensk region. For the processing of the obtained results we have used software Statistica 6.1. Differences were considered statistically at $p \leq 0.05$.

Results. All the patients were divided into 3 groups by the expression of intestinal obstruction. Group 1 ($n = 279$) consisted of patients with the presence of decompensated intestinal obstruction (DIO), group 2 ($n = 313$) consisted of patients with subcompensated intestinal obstruction (SIO), group 3 ($n = 75$) included patients with compensated intestinal obstruction (CIO). In case of tumor localization in right half of the colon we most commonly observed clinical picture of acute development of decompensated intestinal obstruction ($p = 0.041$). Subcompensated intestinal obstruction prevailed in case of tumor localization in left half of the colon and rectal localization. In general surgical hospitals it is not always possible to speak about radicality of surgical treatment, as in a large number of cases (62.5 %) the number of examined lymph nodes was less than 4. When DIO patients are admitted in the clinic, the percentage of single-stage operations is equal to 7.5 % ($n = 21$). In case of DIO and SIO there was a high percentage of multi-stage operations with removal of the tumor at the 2nd stage (33.0 and 25.2 %, respectively). DIO most often was noted in case of circular tumor growth (93.5 %

of cases). To a lesser extent the severity of acute intestinal obstruction was influenced by such factors as extent of the tumor along the intestinal wall and its histological type.

Conclusion. In the general surgical hospitals final decision on the choice of surgical approach depends on the general condition of patients, surgeon's experience and hospital where the surgery is performed. It is advisable to carry out surgical interventions in the given contingent of patients in the specialized departments.

Key words: colorectal cancer, decompensated intestinal obstruction, subcompensated intestinal obstruction, compensated intestinal obstruction, single-stage and multi-stage surgery

Введение

Основной причиной urgentных осложнений рака толстой кишки является острая кишечная непроходимость (ОКН). Это сложное патологическое состояние в 90 % случаев обусловлено колоректальным раком (КРР). В настоящее время общепризнано, что КРР, осложненный ОКН, представляет отдельную форму заболевания [1–3]. При этом клиническая картина кишечной непроходимости при КРР имеет свои особенности в зависимости от локализации и формы роста опухоли, механизма развития обтурации. КРР ежегодно диагностируется почти у миллиона человек во всем мире, из которых 600 тыс. умирают [4].

В последние годы отмечено, что описываемые классиками хирургии стадии клинического течения непроходимости в виде фазы «илеусного крика», интоксикации и перитонита при опухолевой природе непроходимости могут быть стертыми и нетипичными. Современные фармакологические препараты сглаживают проявление болезни, а медленное нарастание опухолевого стеноза приводит к субъективной и объективной адаптации больного. Классическая картина резкого ухудшения самочувствия пациента развивается вследствие полной обтурации просвета кишки [5].

Таким образом, обтурационная кишечная непроходимость является одной из самых больших проблем в абдоминальной хирургии, поскольку она становится причиной 20 % экстренных поступлений пациентов в стационары (уровень летальности 10–23 % по данным различных авторов [6–8]). К сожалению, несмотря на успехи в диагностике, у 20 % больных с осложненным КРР диагноз бывает установлен лишь на операционном столе во время экстренного вмешательства по поводу острой обструкции кишечника. Техника оперативных вмешательств у данного контингента больных является достаточно сложной из-за общего тяжелого состояния, неподготовленного кишечника, который растянут, заполнен калом и газами. Экстренные хирургические операции при обструктивном раке толстой кишки сопровождаются высоким процентом сформированных стом, которые в 60 % случаев остаются постоянными. Возраст пациента, общее состояние, локализация и размер опухоли, а также опыт хирурга являются ключевыми

факторами при определении хирургической стратегии.

Цель данного исследования – оценить радикальность выполненных оперативных вмешательств при осложненном КРР в общехирургических стационарах, проанализировать зависимость выраженности кишечной непроходимости от локализации опухоли, ее морфологических характеристик, связь между видом выполняемой операции и выраженностью кишечной непроходимости.

Материалы и методы

Изучены сведения о 667 больных КРР, осложненным кишечной непроходимостью, которые в период с 2001 по 2013 г. получали лечение в общехирургических стационарах Смоленска и Смоленской области и внесены в базу данных областного популяционного ракового регистра. Использовалась классификация обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза по степени компенсации (2014) [9]. Для статистической обработки данных применяли программный пакет Statistica 6.1, достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты

Среди больных с кишечной непроходимостью при КРР было 65,2 % женщин ($n = 435$) и 34,8 % мужчин ($n = 232$). Преобладали пациенты в возрасте 60–74 года, их доля составила 62,5 % (25–44 года – 5,4 %; 45–59 лет – 23,5 %; 75–90 лет – 8,6 %). Все больные по выраженности кишечной непроходимости были рандомизированы на 3 группы. В 1-ю группу ($n = 279$) были включены пациенты с наличием декомпенсированной кишечной непроходимости (ДКН); большинство из них поступили более чем через 3 сут с момента появления первых признаков заболевания (до 83,6 %). У данной группы больных присутствовали выраженные признаки интоксикации, нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, анемия, гипопротейнемия. По данным инструментального исследования были выявлены гастростаз и рентгенологические признаки как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости. Во 2-ю группу ($n = 313$) были включены больные с субкомпенсированной кишечной непрохо-

Таблица 1. Распределение больных с кишечной непроходимостью при колоректальном раке по локализации опухоли

Локализация опухоли	Клинический вид непроходимости						Число пациентов	
	декомпенсированная		субкомпенсированная		компенсированная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слепая кишка	20	95,3	1	4,7	—	—	21	100
Восходящий отдел	5	83,3	1	16,7	—	—	6	100
Печеночный изгиб	10	100	—	—	—	—	10	100
Поперечная ободочная кишка	24	65,5	7	20,7	5	13,8	36	100
Селезеночный изгиб	14	21,2	42	63,6	10	15,2	66	100
Нисходящий отдел	16	55,2	10	34,5	3	10,3	29	100
Сигмовидная кишка	106	42,3	113	45,0	32	12,7	251	100
Прямая кишка:								
верхнеампулярный отдел	84	33,9	139	56,0	25	10,1	248	100
среднеампулярный отдел	73	42,2	92	53,2	8	4,6	173	100
нижнеампулярный отдел	6	11,1	39	72,2	9	16,7	54	100
нижнеампулярный отдел	5	23,8	8	38,1	8	38,1	21	100
Число пациентов	279	41,8	313	47,0	75	11,2	667	100

димостью (СКН). Общее состояние оценивалось как средней степени тяжести. Причем время с развития первых симптомов непроходимости до момента госпитализации составило менее 3 сут. Отсутствовали признаки полиорганной дисфункции. При рентгенологическом исследовании определялись тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота. Большинству больных (94,9 %) была выполнена фиброколоноскопия кишечника: опухоль суживала просвет кишки до 1 см. В 3-ю группу ($n = 75$) вошли больные с компенсированной кишечной непроходимостью (ККН). Общее состояние пациентов было удовлетворительным, симптомы интоксикации отсутствовали. На обзорной рентгенограмме брюшной

полости у 67,4 % больных выявлена пневматизация ободочной кишки ($n = 51$), у остальных 32,6 % ($n = 24$) – пневматизация ободочной кишки с единичными уровнями жидкости в ней. По данным эндоскопического исследования опухоль суживала просвет кишки до 1,5 см. По локализации в зависимости от выраженности кишечной непроходимости больные распределялись следующим образом (табл. 1).

Таким образом, при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки наиболее часто наблюдали клиническую картину острого возникновения и наличие декомпенсированных форм кишечной непроходимости ($p = 0,041$). При левосторонней и прямокишечной локализации преобладала СКН.

Таблица 2. Распределение urgentных операций в зависимости от выраженности кишечной непроходимости

Кишечная непроходимость	Вид операции								Всего	
	одноэтапная	многоэтапная				симптоматическая				
		с удалением опухоли на 1-м этапе		с удалением опухоли на 2-м этапе						
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.
Декомпенсированная	21	7,5	98	35,1	92	33,0	68	24,4	279	100
Субкомпенсированная	23	7,3	105	33,6	79	25,2	106	33,9	313	100
Компенсированная	60	80,0	15	20,0	—	—	—	—	75	100
Всего пациентов, в том числе:	104	15,6	218	32,7	171	25,6	174	26,1	667	100
с наличием отдаленных метастазов	2	3,2	2	3,2	—	—	59	93,6	63	100
с отсутствием отдаленных метастазов	102	16,9	216	35,8	171	28,3	115	19,0	604	100

Таблица 3. Распределение больных с декомпенсированной кишечной непроходимостью по результатам лечения

Вид операции	Всего пациентов		Число пациентов с наличием послеоперационных осложнений		Летальный исход		Выписаны из стационара	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одноэтапная	21	100	19	90,5	1	4,8	20	95,2
Многоэтапная с удалением опухоли на 1-м этапе	98	100	57	58,2	—	—	98	100
Многоэтапная с удалением опухоли на 2-м этапе	92	100	26	28,3	7	7,6	85	92,4
Симптоматическая	68	100	48	70,6	43	63,2	25	36,8
Всего, в том числе:	279	100	150	53,8	51	18,3	228	81,7
с наличием отдаленных метастазов	44	100	42	95,5	29	65,9	15	34,1
с отсутствием отдаленных метастазов	235	100	108	46,0	22	9,4	213	90,6

При анализе материала становится очевидным: в большинстве общехирургических стационаров говорить о радикальности проведенного оперативного вмешательства не всегда представляется возможным, так как даже «радикальные» операции в большинстве случаев не соответствовали критериям радикальности даже по количеству исследованных лимфатических узлов (менее 12). В большинстве наблюдений (62,5 %) число исследуемых лимфатических узлов было менее 4 (4–6 лимфатических узлов – 22,2 %; 6–10 – 5,4 %; 10–12 – 9,9 %). Причем при последующих госпитализациях в общехирургические стационары даже на 2-м этапе оперативного вмешательства вопрос о лимфодиссекции не рассматривался: выполняли либо удаление опухоли (если она не была удалена на 1-м этапе), либо реконструкцию толстой кишки. Кроме того, оперативные вмешательства, выполненные в общехирургических стационарах, не соответствовали объему резекции, необходимому при данной локализации и стадии опухоли. Таким образом, проведенные оперативные вмешательства рассматривались как одно-

этапные, многоэтапные с удалением опухоли на 1-м этапе, многоэтапные с удалением опухоли на 2-м этапе, в том числе с наличием и отсутствием отдаленных метастазов, симптоматические операции (табл. 2).

Когда больные поступали в стационары города с клинической картиной ДКН, процент одноэтапных операций был ниже и составил 7,5 % ($n = 21$). Причем в данной ситуации предпочтение отдавали многоэтапным хирургическим вмешательствам с удалением опухоли на 1-м этапе – 35,1 % ($n = 98$; $p = 0,019$). Из 104 одноэтапных операций 2 были выполнены в отношении пациентов с наличием отдаленных метастазов при ККН; также 2 операции с удалением опухоли на 1-м этапе проведены у больных с отдаленными метастазами при СКН.

Регистрируется высокая доля многоэтапных операций с удалением опухоли на 2-м этапе по сравнению с другими видами оперативных вмешательств при СКН и ДКН (33,0 и 25,2 % соответственно), что связано с общим тяжелым состоянием больных. Симптоматический характер операций обусловлен

Таблица 4. Распределение больных с субкомпенсированной кишечной непроходимостью по результатам лечения

Вид операции	Всего пациентов		Число пациентов с наличием послеоперационных осложнений		Летальный исход		Выписаны из стационара	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одноэтапная	23	100	7	30,4	—	—	23	100
Многоэтапная с удалением опухоли на 1-м этапе	105	100	31	29,5	—	—	105	100
Многоэтапная с удалением опухоли на 2-м этапе	79	100	27	34,2	—	—	79	100
Симптоматическая	106	100	47	44,3	—	—	106	100
Всего, в том числе:	313	100	112	35,9	—	—	313	100
с наличием отдаленных метастазов	17	100	9	52,9	—	—	17	100
с отсутствием отдаленных метастазов	296	100	103	34,8	—	—	296	100

Таблица 5. Распределение больных с компенсированной кишечной непроходимостью по результатам лечения

Вид операции	Всего пациентов		Пациенты с наличием послеоперационных осложнений		Летальный исход		Выписаны из стационара	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одноэтапная	60	100	14	23,3	—	—	60	100
Многоэтапная с удалением опухоли на I-м этапе	15	100	3	20,0	—	—	15	100
Всего, в том числе:	75	100	17	22,7	—	—	75	100
с наличием отдаленных метастазов	2	100	1	50,0	—	—	2	100
с отсутствием отдаленных метастазов	73	100	16	21,9	—	—	57	78,1

наличием отдаленного метастазирования, местно-распространенным опухолевым процессом. При ККН наибольшая частота выполнения одноэтапных операций (80,0 %), безусловно, связана с менее тяжелым состоянием больных, отсутствием декомпенсации сопутствующей патологии.

Результаты оперативных вмешательств, выполненных в стационарах города у больных с ДКН, отражены в табл. 3.

Из табл. 3 следует, что после одноэтапных операций отмечен высокий процент послеоперационных осложнений (90,5 %); доля летальных исходов составила 4,8 %. Наибольшее число послеоперационных осложнений и летальных исходов наблюдали после симптоматических хирургических вмешательств (70,6 и 63,2 % соответственно). Общий процент летальности у больных с ДКН составил 18,3 % (51 из 279) чаще после симптоматических операций – 63,2 % (43 из 68).

При СКН (табл. 4) чаще всего осуществляли многоэтапные хирургические вмешательства с удалением опухоли на I-м этапе и симптоматические операции по поводу отдаленных метастазов и местно-распространенного КРР. Наибольший процент послеоперационных осложнений зарегистрирован после симптоматических операций (44,3 %). Статистически значимых различий по количеству послеоперационных осложнений после остальных видов оперативных вмешательств при СКН не получено ($p = 0,0021$).

Таблица 6. Распределение больных по стадии заболевания

Классификация TNM (7-е издание)	Декомпенсированная кишечная непроходимость (n = 279)	Субкомпенсированная кишечная непроходимость (n = 313)	Компенсированная кишечная непроходимость (n = 75)
Стадия IIC (n = 209) T4bN0M0	127	22	60
Стадия IIIB (n = 213) T3N1M0 (n = 73) T4aN1M0 (n = 101) T3N2aM0 (n = 39)	130 45 49 36	74 26 48 —	9 2 4 3
Стадия IIIC (n = 182) T4aN2aM0 (n = 21) T3N2bM0 (n = 25) T4aN2bM0 (n = 31) T4bN1M0 (n = 73) T4bN2M0 (n = 32)	19 2 3 3 8 3	159 18 22 27 63 29	4 1 — 1 2 —
Стадия IV (n = 63) M1a (n = 52) M1b (n = 11)	3 3 —	58 47 11	2 2 —

Послеоперационных осложнений в группе пациентов с ДКН было значительно больше, чем в группе с СКН (53,8 и 35,9 % соответственно). Кроме того, летальных исходов в группе с СКН не зарегистрировано. Симптоматические операции проводили в объеме колостом и обходных межкишечных анастомозов.

Таблица 7. Распределение больных по распространению опухоли по окружности кишки

Вид кишечной непроходимости	Распространение опухоли по окружности кишки						Всего	
	до 1/4		от 1/4 до 3/4		циркулярное			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Декомпенсированная	—	—	18	6,5	261	93,5	279	100
Субкомпенсированная	—	—	35	11,2	278	88,8	313	100
Компенсированная	—	—	71	94,7	4	5,3	75	100
Всего	—	—	124	18,6	543	81,4	667	100

Таблица 8. Распределение больных по распространению опухоли по длине кишки

Вид кишечной непроходимости	Поражение кишки по длине						Всего	
	< 4 см		4–7 см		> 7 см			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Декомпенсированная	30	10,8	223	79,9	26	9,3	279	100
Субкомпенсированная	28	8,9	244	78,0	41	13,1	313	100
Компенсированная	16	21,3	57	76,0	2	2,7	75	100
<i>Всего</i>	<i>74</i>	<i>11,1</i>	<i>524</i>	<i>78,6</i>	<i>69</i>	<i>10,3</i>	<i>667</i>	<i>100</i>

Таблица 9. Распределение больных по степени дифференцировки аденокарциномы

Вид кишечной непроходимости	Степень дифференцировки						Всего	
	G ₁		G ₂		G ₃			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Декомпенсированная	9	3,2	178	63,8	92	33,0	279	100
Субкомпенсированная	21	6,7	285	91,1	7	2,2	313	100
Компенсированная	67	89,3	5	6,7	3	4,0	75	100
<i>Всего</i>	<i>97</i>	<i>14,5</i>	<i>468</i>	<i>70,2</i>	<i>102</i>	<i>15,3</i>	<i>667</i>	<i>100</i>

Результаты лечения больных КРР, осложненным ККН, которым проводили хирургические вмешательства, отражены в табл. 5.

Отсутствие летальных исходов, наименьший процент послеоперационных осложнений (22,7 %) характеризует наиболее благоприятные исходы у данного контингента больных с менее выраженной клинической картиной кишечной непроходимости. Распределение больных по выраженности кишечной непроходимости в зависимости от стадии процесса представлено в табл. 6.

Как следует из табл. 6, ДКН наиболее часто зарегистрирована при стадиях ПС и ПИВ, СКН – при ПС и IV. При дальнейшем анализе четко прослеживалась зависимость клинического вида кишечной непроходимости от характера роста опухоли (табл. 7).

Таким образом, ДКН наиболее часто отмечена при циркулярном опухолевом росте (в 93,5 % случаев). В меньшей степени на выраженность ОКН влияли такие факторы, как протяженность опухоли по кишечной стенке и ее гистологический тип (табл. 8).

Все 3 клинические формы кишечной непроходимости наиболее часто развивались при протяженности опухоли по длине кишки от 4 до 7 см (79,9; 78,0 и 76,0 % соответственно).

Выраженной зависимости между гистологическим строением опухоли и частотой развития кишечной непроходимости не получено. Известно, что аденокарцинома достаточно часто встречается как при неосложненном, так

и при осложненном КРР [1, 9]. Аденокарцинома зарегистрирована у 87,6 % больных с кишечной непроходимостью ($n = 584$), слизистый рак – у 11,4 % ($n = 76$), солидный – всего лишь в 1 % наблюдений ($n = 7$).

Также не выявлено существенной зависимости между степенью дифференцировки аденокарциномы и клиническим видом кишечной непроходимости (табл. 9), хотя высокая степень дифференцировки наиболее часто отмечена при ККН (89,3 %). При СКН и ДКН чаще регистрировали умеренно-дифференцированную аденокарциному. Данный факт, скорее всего, обусловлен тем, что большее количество больных КРР, осложненным кишечной непроходимостью, имели именно умеренную степень дифференцировки опухоли.

В настоящем исследовании у 50,8 % ($n = 339$) больных с кишечной непроходимостью имел место местно-распространенный КРР (табл. 10).

Наиболее часто при местно-распространенном КРР регистрировали СКН (64,9 %).

Обсуждение

Лечение больных осложненным КРР представляет значительные трудности. Это обусловлено разнообразием клинических проявлений данного заболевания, поздней диагностикой, несвоевременным обращением больных за медицинской помощью, причиной непроходимости опухоли в толстой кишке и другими факторами [2, 10–14]. Таким образом, при наличии 2 тяжелых заболе-

Таблица 10. Распределение больных с местно-распространенным колоректальным раком

Инвазия злокачественной опухоли в органы и ткани	Декомпенсированная кишечная непроходимость		Субкомпенсированная кишечная непроходимость		Компенсированная кишечная непроходимость		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Брюшная стенка	10	29,4	21	61,8	3	8,8	34	100
Забрюшинная клетчатка	12	23,5	35	68,7	4	7,8	51	100
Тонкая кишка	14	26,9	34	65,4	4	7,7	52	100
Брыжейка и другие отделы толстой кишки	11	22,5	35	71,4	3	6,1	49	100
Желудок	4	44,4	4	44,4	1	11,2	9	100
Мочевой пузырь	9	32,1	16	57,2	3	10,7	28	100
Предстательная железа	10	26,3	25	65,8	3	7,9	38	100
Матка	8	29,7	13	48,1	6	22,2	27	100
Придатки матки	4	20,0	15	75,0	1	5,0	20	100
Ворота селезенки	7	22,6	22	70,9	2	6,5	31	100
<i>Всего</i>	<i>89</i>	<i>26,3</i>	<i>220</i>	<i>64,9</i>	<i>30</i>	<i>8,8</i>	<i>339</i>	<i>100</i>

ваний — злокачественного новообразования и ОКН — непосредственную угрозу для жизни больного представляет кишечная непроходимость. На 1-м этапе лечение необходимо направить на ликвидацию данного осложнения и его последствий. Наличие кишечной непроходимости не должно быть препятствием для выполнения радикальной операции; необходимо соблюдать принципы абластики и антиабластики [3, 5, 15–17]. Нужно очень тщательно подходить к решению вопроса о формировании первичного внутрибрюшного анастомоза [9, 10, 15]. По мнению большинства авторов, при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью, необходимо первичное удаление опухоли независимо от степени выраженности осложнения. При обширном местном распространении опухоли и большом количестве отдаленных метастазов, а также при нестабильной гемодинамике на фоне эндотоксикоза и у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легких, почек и др. следует выполнять симптоматические операции [2, 12, 17].

В настоящем исследовании «радикальные» операции в большинстве случаев не соответствовали критериям радикальности ни по количеству исследованных лимфатических узлов, ни по объему резекций, необходимому при данной локализации и стадии опухолевого процесса. В работах отечественных и иностранных авторов неоднократно затрагивалась эта проблема, существующая в экстренной онкохирургии [5, 15, 16]. На 2-м этапе оперативного вмешательства вопрос о лимфодиссекции не рассматривался, выполняли либо удаление опухоли (если она не была удалена на 1-м этапе), либо реконструкцию толстой кишки. При правосторонней

гемиколэктомии в случае поражения правого изгиба не всегда были дополнительно лигированы средние ободочные сосуды. В случае поражения лимфатических узлов необходимо выполнять расширенные резекции. В общехирургических стационарах они не выполнялись ни на 1-м этапе лечения, даже если позволяло общее состояние больных, ни на 2-м.

В современной хирургии не существует противоречий по поводу лечения КРР правосторонней локализации, осложненного obtурационной кишечной непроходимостью. В большинстве случаев выполняется правосторонняя гемиколэктомия с формированием (реже без формирования) первичного анастомоза. При левосторонней толстокишечной локализации, а также при опухолях прямой кишки складывается совершенно иная ситуация: существуют разные способы хирургического лечения в зависимости от выраженности осложнения, возраста больных, тяжести общего состояния [4, 15, 16]. По данным Международной ассоциации неотложной хирургии, основанном на анализе работ, опубликованных до 2010 г., операция Гартмана является лучшим решением в экстренной ситуации (уровень доказательности 2b). Поскольку при данном виде вмешательства анастомоз не формируется, отсутствуют осложнения с его стороны, что, по мнению многих авторов, является преимуществом [4]. Однако в 60 % случаев реконструктивного этапа после операции Гартмана не проводится, поэтому у пациентов остается постоянная колостома. По данным некоторых авторов, в 15 % случаев регистрируется несостоятельность анастомоза после реконструктивного этапа по поводу операции Гартмана; смертность составляет 10 % [4, 15]. По мнению других авторов,

нет статистически значимых различий в послеоперационной летальности, общей и безрецидивной выживаемости при одноэтапном и многоэтапном хирургическом лечении, в то время как продолжительность пребывания в стационаре значительно выше у больных при многоэтапном лечении [16, 17]. Проведенное исследование показало, что после одноэтапных вмешательств отмечен высокий процент послеоперационных осложнений в 90,5 % случаев, процент летальных исходов составил 4,8 %. Показатель летальности после многоэтапных операций с удалением опухоли на 2-м этапе в нашем исследовании составил 7,6 %, что согласуется с имеющимися данными литературы.

По данным существующих на сегодняшний день исследований на выраженность кишечной непроходимости непосредственное влияние оказывает распространение опухоли по окружности кишечной стенки [2, 18], что подтверждено в настоящем исследовании. Такие факторы, как протяженность опухоли по кишечной стенке и гистологический тип, не влияли на выраженность кишечной непроходимости. При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки наиболее часто регистрировали клиническую картину острого возникновения и наличия ДКН, что находит

подтверждение во многих проведенных исследованиях [2, 7].

Тип выполненного оперативного вмешательства зависит от выраженности кишечной непроходимости: так, при ККН процент одноэтапных оперативных вмешательств был значительно выше, чем при СКН и ДКН, и составил 80 %, что также подтверждается данными литературы. Недостатком является отсутствие рандомизированных исследований, затрагивающих данную проблему.

Заключение

Несмотря на многолетний опыт в лечении КРР, осложненного кишечной непроходимостью, а также большое количество исследований, посвященных данной проблеме, до сих пор нет четкой позиции по выбору оперативной техники. Окончательное решение по выбору хирургической тактики зависит от общего состояния больных, опыта хирурга и лечебного учреждения, где проводится операция. Каждое из этих хирургических вмешательств в лечении осложненного КРР имеет свои преимущества, недостатки и определенные показания. Хирургические вмешательства данному контингенту больных целесообразно выполнять в профильных отделениях.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С. Выбор объема и метода операции при кишечной непроходимости. Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. С. 35–43. [Vorob'ev G.I., Odaryuk T.S. Selection of the volume and method of operation at the intestine blockage. Clinical operative coloproctology. Manual for Physicians. Moscow: Meditsina, 1994. Pp. 35–43. (In Russ.)].
2. Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Лузин В.В. и др. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости. СПб.: Аграф+, 2008. 136 с. [Khanevich M.D., Manikhas G.M., Luzin V.V. et al. Selection of surgical tactics for the colonic obstruction. Saint-Petersburg: Agraft+, 2008. 136 p. (In Russ.)].
3. Багненко С.Ф., Беляев А.М., Васильев С.В. и др. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии (о проекте Национальных клинических рекомендаций). Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2015;174(3):76–80. [Bagnenko S.F., Belyaev A.M., Vasil'ev S.V. et al. Acute intestine blockage with tumoral etiology (on the project of National clinical recommendations). Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova = I.I. Grekov Surgery Herald 2015;174(3):76–80. (In Russ.)].
4. Milojkovic B., Mihajlovic D., Ignjatovic N. et al. Surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by colorectal cancer. Acta Medica Medianae 2015;54(4):18–22.
5. Локотов А.М., Комов Д.В., Кочоян Т.М. и др. Видеолaparоскопические операции у больных местно-распространенным раком ободочной и прямой кишок, осложненным кишечной непроходимостью. Эндоскопическая хирургия 2004;(1):99–101. [Lokotov A.M., Komov D.V., Kochoyan T.M. et al. Videolaparoscopic operations at patients with the regional cancer of the colon and rectum cancer, complicated with the intestine blockage. Endoskopicheskaya khirurgiya = Endoscopic Surgery 2004;(1):99–101. (In Russ.)].
6. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л. и др. Сочетание осложненных форм рака толстой кишки: клиника, диагностика, хирургическая тактика. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011;4(4):641–6. [Shevchenko Yu.L., Stoyko Yu.M., Levchuk A.L. et al. Combination of complicated forms of the colon cancer: clinics, diagnostics, surgical tactics. Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii = Herald of the Experimental and Clinical Surgery 2011;4(4):641–6. (In Russ.)].
7. Пахомова Г.В. Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с. [Pakhomova G.V. Podlovchenko T.G., Uteshev N.S. Urgent rectal surgery. Moscow: Miklosh, 2009. 96 p. (In Russ.)].
8. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая кишечная непроходимость. М.: Профиль, 2005. 224 с. [Pugaev A.V., Achkasov E.E. Obturation tumoral intestine blockage. Moscow: Profil', 2005. 224 p. (In Russ.)].
9. Шельгин Ю.А. Рак толстой кишки. Справочник по колопроктологии. Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. М.: Литтерра, 2014. С. 229–67. [Shelygin Yu.A. Rectal cancer. Coloproctology manual. Eds. by: Yu.A. Shelygin, L.A. Blagodarny. Moscow: Litterra, 2014. Pp. 229–267. (In Russ.)].
10. Kam M.H., Tang C.L., Chan E. et al. Systematic review of intraoperative colonic irrigation vs. manual decompression in obstructed left-sided colorectal emergencies. Int J Colorectal Dis 2009;24(9):1031–7. DOI: 10.1007/s00384-009-0723-1.
11. Coco C., Verbo A., Manno A. et al. Impact of emergency surgery in the outcome of rectal and left colon carcinoma. World J Surg 2006;29(11):1458–64.
12. Tsai H.L., Hsieh J.S., Yu F.J., et al. Perforated colonic cancer presenting as intra-abdominal abscess. Int J Colorectal Dis 2007;22(1):15–9.
13. Щаева С.Н. Колоректальный рак, осложненный перфорацией. Особенности хирургической тактики. Онкологическая колопроктология 2015;5(4):38–41.

[Shchaeva S.N. Colorectal cancer complicated by perforation. Specific features of surgical tactics. *Onkologicheskaya koloproktologiya = Oncological Coloproctology* 2015;5(4): 38–41. (In Russ.)].
DOI:10.17650/2220-3478-2015-5-4-38-41.

14. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным obturационной кишечной непроходимостью. *Российский онкологический журнал* 2004;5(3):4–7. [Bryusov P.G., Malakhov Yu.P. Evolution of approaches to the surgical treatment of patients with

the colon cancer, complicated by the obturation intestinal obstruction. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal = Russian Oncology Journal* 2004;5(3):4–7. (In Russ.)].

15. Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma. *Zentrabl Chir* 2007;132(1):16–25.

16. Rudra K.M., Charles A M. Surgical management of obstructed and perforated colorectal cancer: still debating and unresolved issues. *Colorectal Cancer* 2013;2(6):573–84.

17. Alvarez-Perez J.A., Baldonedo-Cernuda R.F. et al. Risk factors in patients older than 70 years with complicated colorectal

carcinoma. *Cir Esp* 2006;79(1): 36–41.

18. Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И. Анализ гистологического строения, типов роста и характера метастазирования осложненного колоректального рака. *Онкологическая колопроктология* 2016;6(1):14–21.

[Shchaeva S.N., Narezkin D.V., Solov'ev V.I. Analysis of the histological pattern, growth rates, and nature of metastases from complicated colorectal cancer. *Onkologicheskaya koloproktologiya = Oncological Coloproctology* 2016;6(1):14–21. (In Russ.)].
DOI: 10.17650/2220-3478-2016-6-1-14-21.