

## Современные аспекты хирургического лечения больных осложненным колоректальным раком на региональном уровне

С.Н. Щаева, Д.В. Нарезкин

Кафедра факультетской хирургии ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России

Контакты: Светлана Николаевна Щаева shaeva30@mail.ru

Число пациентов, обращающихся за помощью с запущенными стадиями и осложненными формами колоректального рака неуклонно растет. Высокий процент больных госпитализируется в экстренном порядке в связи с осложнениями заболевания, такими как кишечная непроходимость, перфорация опухоли, параколитическое воспаление, кишечное кровотечение, анемия. Важным этапом лечения этого контингента больных является оказание адекватного хирургического лечения, соответствующего онкологическим принципам.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, кишечная непроходимость, перфорация опухоли, кишечное кровотечение, хирургическое лечение

### Modern aspects of colorectal cancer surgery on regional level

S.N. Shchayeva, D.V. Narezkin

Department of Faculty Surgery, Smolensk State Medical Academy, Ministry of Health of Russia

The high percent of patients with the complicated colorectal cancer is hospitalized in an emergency order due to disease complications, such as intestinal obstruction, tumor perforation, a regional inflammation, intestinal bleeding, anemia. Adequate oncological surgery is an important stage of treatment for these patients.

**Key words:** colorectal cancer, intestinal obstruction, tumor perforation, an intestinal bleeding, surgical treatment

### Введение

На сегодняшний день данные статистики свидетельствуют о том, что в России колоректальный рак (КРР) занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 2-е место. Наибольший удельный вес рака ободочной и прямой кишки отмечен в возрасте старше 60 лет у мужчин (7,1 и 6 %) и женщин (9,5 и 7 %). Рост смертности от рака ободочной кишки в России зарегистрирован у лиц обоего пола, с 2004 по 2009 г. составил 2 % у мужчин и 2,7 % у женщин [1].

В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака ободочной кишки приходится 4,3 % у мужчин и 7,9 % у женщин, прямой кишки 4,2 и 6,1 % соответственно [1, 2]. Значительными остаются и показатели выявления больных КРР в запущенных стадиях: так, при первичном обращении к врачу III–IV стадии диагностируются у 71,4 % больных раком ободочной кишки и у 62,4 % больных раком прямой кишки [1, 2].

По данным ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, в Смоленской области в 2009 г. зарегистрировано 25,2 % больных раком ободочной кишки в IV стадии заболевания, из них 28,9 % умерли в течение первого года с момента установления диагноза. В III стадии заболевание было выявлено у 35,1 % пациентов.

Высокий процент (до 60 %) больных КРР госпитализируется в экстренном порядке в связи с осложнениями заболевания, такими как кишечная непроходимость, перфорация опухоли, параколитическое воспаление, кишечное кровотечение, анемия. Большая часть из них поступает с неопределенным диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости [3–7].

Проблема лечения пациентов с осложненным КРР остается по-прежнему актуальной. В настоящее время сохраняются высокие цифры осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде у данного контингента. Кроме того, показатели 5-летней выживаемости, составляющие 46–55 %, способствуют постоянному поиску путей улучшения лечения этого заболевания [4, 8, 9].

### Материалы и методы

Проведен анализ хирургического лечения 534 больных с urgentными осложнениями КРР, получавших лечение в Городской клинической больнице № 1, Клинической больнице скорой медицинской помощи г. Смоленска с 2001 по 2011 г. Из них кишечная непроходимость наблюдалась в 439 (82,3 %) случаях, перфорация опухоли – в 56 (10,4 %), кровотечение в 39 (7,3 %). Все пациенты поступали по экстренным и срочным показаниям. Возраст больных составил от 39 до 86 лет. Из числа всех оперированных было 276 (51,9 %)

женщин, 258 (48,3 %) мужчин. Стадийность процесса по классификации TNM (6-я редакция) распределилась следующим образом: IB – 8,1% ( $n = 43$ ); IIA – 16,7 % ( $n = 89$ ); IIB – 31,3 % ( $n = 167$ ); IIC – 21,3 % ( $n = 114$ ); IV – 22,7 % ( $n = 121$ ).

Удовлетворительное состояние при поступлении отмечалось у 10 (2 %) больных, средней степени тяжести – у 379 (70,9 %), тяжелое у 129 (24,1 %), крайне тяжелое у 16 (3 %) пациентов. Сроки с момента возникновения непроходимости были различными: от 6 до 12 ч поступило 24 % ( $n = 128$ ), 12–24 ч – 37,6 % ( $n = 201$ ), остальные пациенты поступили свыше 24 ч от момента появления первых симптомов.

Всем больным проводился необходимый клинический минимум диагностических исследований: общеклинические анализы крови и мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, электрокардиография, ультразвуковое исследование брюшной полости; кроме того, в зависимости от состояния больного выполнялось эндоскопическое исследование толстой кишки и компьютерная томография брюшной полости.

Правосторонняя локализация опухоли выявлена в 187 случаях, локализация в поперечной ободочной кишке в 21, левосторонняя и прямокишечная – в остальных 326 случаях. Все пациенты с urgentными осложнениями КРР нуждались в целенаправленной и интенсивной предоперационной подготовке, содержание и продолжительность которой зависела от состояния больного и срочности показаний к операции.

Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию водно-электролитных и гемодинамических нарушений, а также, по возможности, очистку толстой кишки очистительными клизмами.

В urgentной онкологии наиболее часто употребляемой классификацией для определения степени выраженности кишечной непроходимости является классификация, разработанная в НИИ проктологии, согласно которой различают 3 степени кишечной непроходимости. I степень (компенсированная) характеризуется периодически возникающими запорами, продолжающимися 2–3 дня, которые могут быть ликвидированы с помощью диеты или слабительных. Общее состояние больного удовлетворительное, бывают периодические вздутия, отсутствуют симптомы интоксикации. При колоноскопии и ирригографии опухоль суживает просвет кишки до 1,5 см, обнаруживается небольшое скопление газов и кишечного содержимого в ободочной кишке. При II степени (субкомпенсированной) наблюдаются стойкие запоры, отсутствие самостоятельного стула. Прием слабительных дает временный эффект. Присутствуют затрудненное отхождение газов, периодическое вздутие живота. Общее состояние относительно удовлетворительное, есть симптомы интоксикации. Опухоль суживает просвет кишки до 1 см. При рентгенологическом исследовании

ободочная кишка расширена, заполнена кишечным содержимым. Могут быть отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера). III степень (декомпенсированная) характеризуется отсутствием стула и газов, нарастающими схваткообразными болями в животе и его вздутием, тошнотой, рвотой. Выраженные признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, анемия, гипопропротеинемия. При рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом, множество уровней жидкости. В нашем исследовании больных с компенсированной кишечной непроходимостью наблюдалось 11,6 % ( $n = 62$ ), с субкомпенсированной 42,6 % ( $n = 228$ ) и с декомпенсированной 45,8 % ( $n = 18$ ).

Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации опухоли, распространенности опухолевого процесса, общего состояния пациента, степени кишечной непроходимости. Всем больным проводилась интра- и послеоперационная антибиотикотерапия. В послеоперационном периоде длительность антибактериальной терапии в среднем составила 7 дней, из препаратов наиболее часто использовались цефалоспорины III–IV поколений в комбинации с метронидазолом.

### Результаты

Радикальные операции выполнены 407 (76,4 %) больным, паллиативные 74 (13,8 %), симптоматические 53 (9,8 %). Из радикальных и паллиативных оперативных вмешательств ( $n = 417$ ) наиболее часто проводились правосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки и брюшно-анальная резекция прямой кишки. Причиной хирургического лечения больных раком прямой кишки, как первого этапа, явились субкомпенсированная кишечная непроходимость, перфорация опухоли. В 46 случаях выполнены комбинированные операции. Симптоматические операции проводились при множественном характере отдаленного метастазирования, нерезектабельности опухоли (врастание в магистральные сосуды забрюшинного пространства, кости таза) и тяжелом состоянии пациента. Из осложнений в послеоперационном периоде отмечались нагноение послеоперационной раны – в 16 (2,9 %) случаях, пневмония в 8 (1,5 %) и несостоятельность анастомоза в 5 (1,1 %). В раннем послеоперационном периоде наблюдалось 6 (1,1 %) летальных исходов в группе радикально оперированных больных и 9 (1,5 %) в группе с симптоматическими операциями: тромбоэмболия основного ствола легочной артерии – у 4 пациентов, острая сердечная недостаточность – у 5, полиорганная недостаточность – у 6.

### Заключение

Отдаленные результаты хирургического лечения urgentных осложнений КРР прежде всего зависят

от степени распространения опухоли к моменту операции, поэтому при осложненном раке толстой кишки следует стремиться не только к ликвидации осложнения, но и к выполнению первичной радикальной операции, так как удаляется опухоль — источник метастазирования. Однако у больных, поступающих в тяжелом состоянии, приходится выполнять разгрузочные операции с целью ликвидации осложнения, с последующими реконструктивными операциями.

При правосторонней локализации опухоли допустимо выполнение гемиколэктомии с формированием илеотрансверзоанастомоза. В случае левосторонней локализации, небольших изменений в стенке кишки

возможна резекция ее с формированием анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операция выполняется в объеме обструктивной резекции (операция Гартмана). Разгрузочные и дренирующие операции проводятся в случаях исходного тяжелого состояния пациента, выраженной интоксикации, наличия местно-нерезектабельной опухоли или генерализации злокачественного процесса.

Так как число осложненных форм связано с запущенными стадиями заболевания, необходимо усиление мероприятий по выявлению данного заболевания в более ранних стадиях, что в итоге улучшит результаты хирургического лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2011. Т. 22, № 3 (85), (прил. 1). С. 172.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. М.: Наука, 2008. С. 351–378.
3. Васютков В.Я., Блохин В.Н., Панков С.М., Козлов С.Е. Принципы диагностики и хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости у больных раком ободочной кишки. Мат. IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград, 2000. С. 15.
4. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с.
5. Biondo S., Pares D, Frago R. et al. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum* 2004;47(11):1889–97.
6. 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.
7. Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma. *Zentralbl Chir* 2007;132(1):16–25.
8. Tong D.K., Law W.L. Laparoscopic versus open right hemicolectomy for carcinoma of the colon. *JSLs* 2007;11(1):76–80.
9. Alvarez-Perez J.A., Baldonado-Cernuda R.F. et al. Risk factors in patients older than 70 years with complicated colorectal carcinoma. *Cir Esp* 2006;79(1):36–41.