

*Н. Н. Милица, И. Н. Ангеловский, В. Б. Козлов, Н. Д. Постоленко, К. Н. Милица, В. С. Казаков*  
ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

## ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

По предложенной методике оперировано 244 больных с obturационной толстокишечной непроходимостью. Применена в 121 случае закрытая интраоперационная декомпрессия оксигенированными растворами, что позволило исключить инфицирование брюшной полости и наложить первичный анастомоз. У 27 пациентов непроходимость удалось разрешить при помощи предложенного устройства, что позволило выполнить одномоментно брюшно-анальную резекцию с низведением ободочной кишки. Предложенная тактика позволила у 70,9% больных расширить показания к проведению первично-восстановительных операций. Послеоперационные осложнения возникли в 21,7% случаев, летальность составила 9,4%.

**Ключевые слова:** obturационная толстокишечная непроходимость, декомпрессия кишечника, хирургическая тактика.

Низкая выявляемость колоректального рака на ранних стадиях, возрастание заболеваемости у пожилых с бессимптомным течением, ошибки диагностики на догоспитальном этапе способствуют тому, что до 85% больных с развитием obturационной толстокишечной непроходимости (ОТКН) поступают в общехирургические отделения в ургентном порядке с перифокальным воспалением, перфорацией, кровотечением [1, 4, 6, 8]. Послеоперационная летальность в этих случаях составляет более 20%.

Ряд частных аспектов хирургического лечения, особенно это относится к этапности при левосторонней локализации obtурирующей опухоли, остаются неразрешенными. До сих пор в общехирургических отделениях общепринятым «золотым стандартом» продолжает оставаться операция типа Гартмана с наложением колостомы, что приводит к стойкой инвалидизации больных. Ликвидация колостомы при повторной операции оказывается возможной у 40% таких пациентов [2, 3, 5, 8].

Выполнение первично-восстановительных операций с формированием толстокишечного анастомоза сопровождается значительным риском несостоятельности швов за счет дилатированных приводящих отделов, переполненных кишечным содержимым [4, 5, 6, 9]. В последние годы ряд авторов сформировали научно обоснованные показания к одноэтапным операциям путем разработки новых технологий их проведения при obtурирующем колоректальном раке. Такими технологиями являются: 1) реканализация опухоли малоинвазивными эндоскопическими приемами [3] для подготовки к отсроченной операции с формированием одномоментного анастомоза; 2) разработка и применение

интраоперационной колоирригации толстой кишки [7, 8].

Таким образом, остаётся актуальной необходимость поиска современных методов улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с ОТКН.

**Цель исследования** – совершенствование хирургической тактики лечения больных ОТКН с осложненным колоректальным раком.

### Материалы и методы исследования

В основу сообщения положены результаты лечения 244 больных, у которых была применена разработанная нами тактика. Возраст больных составлял от 61 до 94 лет. Мужчин было 111 (44,6%), женщин – 133 (55,4%). Поздняя госпитализация (свыше 24 часов) отмечена у 151 (61,9%) больного. В стадии субкомпенсации ОТКН оперировано 142 (58,2%) больных. В стадии декомпенсации – 102 (41,8%). Пациенты в стадии компенсации в настоящем исследовании не учитывались. У всех больных ОТКН была обусловлена опухолевым поражением толстого кишечника.

Во время операции в 44% наблюдений было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, у 27% обследованных выявлены отдаленные метастазы с наиболее частой локализацией в печени 61,4%, реже в легких 12,6%. Канцероматоз брюшины установлен в 17,1% наблюдений.

У больных пожилого и старческого возраста имели место сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем. Наиболее часто (69,7%) больные страдали хронической ишемической болезнью сердца (кардиосклероз

атеросклеротический, постинфарктный кардиосклероз). Хронические неспецифические заболевания легких встречались у 12,0%, заболевания органов гепатобиллиарной системы – у 7,0%, сахарный диабет – у 5,9% пациентов.

### Результаты исследования и их обсуждение

Больные с явлениями перитонита оперированы в срочном порядке после проведения краткосрочной предоперационной подготовки. Им выполнена операция типа Гартмана – 16 (6,6%) пациентов.

С помощью консервативных мероприятий (инфузионная терапия, очистительные клизмы, слабительные) острые явления непроходимости удалось разрешить у 29 (11,9%) больных. Проводили эвакуацию содержимого желудка, интенсивную дезинтоксикационную терапию, коррекцию водно-электролитного и белкового балансов, кислотно-щелочного состояния. В программу мероприятий входили поясничная новокаиновая блокада, назначение спазмолитиков, анестетиков и антигистаминных препаратов. Профилактика гнойно-септических осложнений включала стартовую антибактериальную терапию (инванз, офлокс). Заканчивали проведение консервативных мероприятий выполнением очистительных клизм и колоноскопией для определения уровня препятствия. После дополнительной подготовки и обследования эти больные оперированы в отсроченном периоде (через 2–5 суток). Им произведены радикальные операции с резекцией опухоли и наложением первичного анастомоза (1-я группа).

У 26 пациентов при опухоли левой половины ободочной кишки первым этапом накладывали разгрузочную трансверзостому с видеолапароскопической поддержкой. Это позволяло разрешить явления ОТКН и оценить распространенность процесса для выбора объема последующей операции. Этим больным в отсроченном порядке проводили радикальные операции с первичным анастомозом, а наложенную ранее разгрузочную стому закрывали спустя 3–4 недели после оперативного вмешательства (2-я группа).

При наличии метахромных процессов в толстой кишке, а также диастатических супрастенотических разрывах при декомпенсированной ОТКН у 25 пациентов выполнена субтотальная колэктомия с наложением илеоректоанастомоза. Несмотря на объем оперативного вмешательства, срочная субтотальная резекция ободочной кишки при ОТКН позволяет одновременно вместе с токсическим содержимым толстой кишки устранить непроходимость и удалить опухоль (3-я группа).

В стандартном варианте операции при ОТКН выполнялась открытая интраоперационная декомпрессия приводящих отделов толстой киш-



Рис. 1. Интраоперационный лаваж для декомпрессии ободочной кишки



Рис. 2. Мобилизованная и пересеченная выше опухоли ободочная кишка



Рис. 3. Инъекция раствора адреналина в пространство между внутренним и наружным сфинктерами



Рис. 4. Циркулярное рассечение слизистой анального канала

ки. В последнее время у 121 пациента с клиникой ОТКН при помощи предложенного устройства (патент Украины № 53426) проводили закрытую интраоперационную декомпрессию вышележащих отделов с использованием оксигенированных растворов (4-я группа). Во время операции, при выявленной obtурирующей опухоли толстой кишки, ассистент вводит зонд через прямую кишку в просвет толстой кишки до нижней границы опухоли. При помощи поступательно-вращательных движений под интраабдоминальным контролем хирурга устройство устанавливали в суженый опухолью просвет, прокладывая «туннель» и тем самым, расширяя ее просвет. После проведения зонда выше опухоли осуществляли закрытую интраоперационную декомпрессию вышележащего отдела толстой кишки без опасности инфицирования брюшной полости.

Таким образом, опорожняли переполненные кишечным содержимым приводящие отделы ободочной кишки, с одновременным промыванием просвета кишечника оксигенированными растворами. Интраоперационный лаваж для декомпрессии кишечника перед его резекцией позволил выполнить одномоментные операции с наложением первичного инвагинационного анастомоза по Бондарю.

Для обоснования возможности проведения первично-восстановительных операций проведено ретроспективное изучение гистологических препаратов стенки толстой кишки у 83 пациентов. Морфологические изменения стенки субстенотического отдела толстой кишки имели признаки хронического катарального колита с очаговой атрофией и дисплазией слизистой оболочки. В супрастенотическом отделе преобладали гиперпластические процессы с невыраженной воспалительной инфильтрацией и достаточной регенераторной способностью всех слоев стенки толстой кишки. Выявленные гистологические изменения стенки кишки у пациентов с ОТКН указывали на возможность проведения первично-восстановительных операций.

При локализации опухоли в прямой кишке у 27 пациентов непроходимость удалось разрешить при помощи предложенного устройства для проведения зонда за опухоль (патент Украины № 54984А), что позволило выполнить одномоментно брюшно-анальную резекцию с низведением ободочной кишки, демукацией слизистой анального канала и сохранением сфинктерного аппарата (5-я группа). Этапы операции представлены на рисунках 1–8.

При декомпенсированных формах ОТКН и наличии энтеральной недостаточности интубировали тонкий кишечник назогастроинтестинальным зондом с целью проведения послеоперационной детоксикации и более быстрого восстановления моторики кишечника. Энтеральное питание через зонд начинали, как правило, с 3–4 суток,

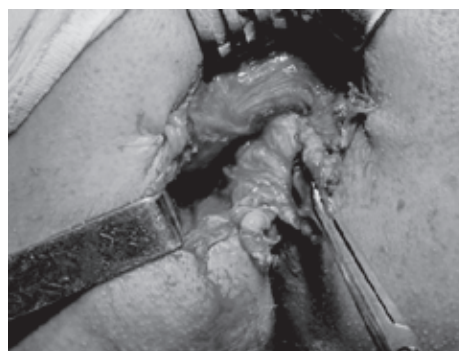


Рис. 5. Препарирование интрасфинктерного пространства



Рис. 6. После отслоения прямая кишка мобильна и наружный сфинктер сохранен



Рис. 7. После резекции ободочная кишка выводится через анальный канал



Рис. 8. Колоанальный анастомоз

после регистрации перистальтики и отсутствия «стоков» по зонду.

Степень тяжести синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) определяли с использованием модифицированной системы АРАСНЕ II (А. П. Радзиховского и соавт., 1997 г.) и ряда специальных показателей: молекул средней массы (МСМ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), малонового диальдегида (МДА), уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Использованная интраоперационная декомпрессия и послеоперационная детоксикация оксигенированными растворами с энтеросорбцией позволила уменьшить степень выраженности эндотоксикоза с наличием достоверных различий по всем параметрам. Так, содержание МДА в плазме крови уже к 3-м суткам после операции приближается к норме ( $p > 0,05$ ). Количество МСМ хотя и остается выше контрольных показателей в 1,6 раза к 7-м суткам, однако прослеживается тенденция к их уменьшению. Уровень ЛИИ к 7-м суткам достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже контрольных показателей в 1,3 раза.

Анализ данных клинического обследования и лабораторно-биохимических показателей, полученных при наблюдении, свидетельствовал о прямой корреляционной зависимости уровня исследуемых параметров (МСМ, ЛИИ, МДА, ЦИК) от степени клинических проявлений эндотоксикоза.

В 71 случае оперативные вмешательства с наложением первичного анастомоза выполнили через 2–4 суток, у 148 больных в экстренном порядке во время первой операции (27 из них брюшно-анальные резекции с низведением), а у 25 пациентов, учитывая распространенность процесса, произведена субтотальная колэктомия.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 53 (21,7%) пациентов.

Нагноения послеоперационных ран наблюдались у 17 (7,0%), абсцессы брюшной полости у 4 (1,6%), некроз и ретракция колостомы у 5

(2,1%), несостоятельность швов анастомоза у 8 (3,3%), эвентерация у 6 (2,5%), пневмония у 4 (1,6%), острая сердечно-сосудистая недостаточность у 7 (2,9%) и ТЭЛА у 2 (0,8%) пациентов. Осложнения наблюдались, как правило, у больных, оперированных в экстренном порядке. Умерло 23 (9,4%) пациента. Причинами смерти были: острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне постинфарктного кардиосклероза у 7; ТЭЛА – у 2 больных, которая возникла несмотря на проведение профилактических мероприятий; множественные абсцессы брюшной полости – у 3; несостоятельность швов с развитием калового перитонита – у 5 оперированных в стадии декомпенсации ОТКН; раковая интоксикация у 6 больных.

### Выводы

1. Лечение больных с ОТКН без явлений перитонита следует начинать с проведения консервативных мероприятий, направленных на снижение эндогенной интоксикации и разрешение кишечной непроходимости, а также на коррекцию сопутствующих заболеваний. При их неэффективности в течение шести часов показано срочное оперативное лечение.

2. Закрытая интраоперационная декомпрессия толстой кишки при использовании предложенного устройства позволяет исключить инфицирование брюшной полости и создает условия для первичного анастомоза. Выявленные гистологические изменения стенки кишки у пациентов с ОТКН указывают на возможность проведения этих операций.

3. Предложенная тактика и индивидуальный подход позволили расширить показания к проведению первично-восстановительных операций (70,9%), снизить послеоперационные осложнения до 21,7% и летальность до 9,4%, тем самым избежать повторной операции и улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

### Список литературы

1. Бондарь В. Г., Яковец Ю. А., Башеев В. Х. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью. // Хирургия. – 1990. – № 7. – с. 94–97.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Проблема осложненного колоректального рака. // Вестник Московского онкологического общества. – 2007. – с. 20–23.
3. Дворецкий С. Ю. Эндоскопическая реканализация при колоректальном раке, осложненном непроходимостью: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук. – СПб., 2008.
4. Ермолов А. С., Рудин Э. П., Оюн Д. Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. // Хирургия. – 2004. – № 2. – с. 4–7.
5. Маманов Н. А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук. – Бишкек, 2007.
6. Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г. Хирургическое лечение больных со стенозирующим раком левой половины ободочной кишки. // Актуальные вопросы современной хирургии. – Астрахань, 2006. – с.148–149.
7. Ханевич М. Д., Шашопин М. А., Зязин А. А. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции. – М.: МедЭкспертПресс, 2003. – с. 136.
8. Шишкина Г. А. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук. – СПб., 2008.
9. Шелутко А. М., Моисеев А. Ю., Зубцов В. Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости. // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 2. – с.22–26.

Стаття надійшла до редакції: 12.11.2012

*М. М. Милиця, В. Б. Козлов, І. М. Ангеловський, М. Д. Постоленко, К. М. Милиця, В. С. Казаков*  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

## ВИБІР ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

За запропованою методикою прооперовано 244 хворих з obturaційною товстокишковою непрохідністю. Застосована в 121 випадку закрита інтраопераційна декомпресія оксигенованими розчинами, що дозволило виключити інфікування черевної порожнини і накласти первинний анастомоз. У 27 пацієнтів непрохідність вдалося вирішити за допомогою запропонованого пристрою, що дозволило виконати одномоментно черевно-анальну резекцію з низведенням ободової кишки. Запропонована тактика дозволила у 70,9% хворих розширити показання до проведення первинно-відновних операцій. Післяопераційні ускладнення виникли в 21,7% випадків, летальність склала 9,4%.

**Ключові слова:** obturaційна товстокишкова непрохідність, декомпресія кишечника, хірургічна тактика.

*N. N. Militca, V. B. Kozlov, I. N. Angelovsky, N. D. Postolenko, K. N. Militca, V. S. Kazakov*  
SI "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education MOH of Ukraine"

## CHOICE SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS COLORECTAL CANCER

In the proposed method were operated 244 patients with obstructive colonic obstruction. Applied in 121 case closed intraoperative decompression of oxygenated solution that allowed us to exclude infection of the abdominal cavity and to impose a primary anastomosis. In 27 patients, obstruction was resolved with the help of the proposed device, which allowed to perform in one stage abdominoperineal resection of the anal with bringing down the colon. Suggested tactics allowed for 70,9% of patients with expanded indications for primary recovery operations. Postoperative complications occurred in 21,7% of cases, mortality was 9,4%.

**Keywords:** obstructive colonic obstruction, bowel decompression, the surgical approach.