

DOI 10.37539/2949-1991.2024.23.12.023

Эфрон Александр Григорьевич, Главный врач,
ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический диспансер»,
научный сотрудник НИЦ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ, г. Смоленск

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED COLORECTAL CANCER

Аннотация: Рассмотрена тактика лечения пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака на территориальном уровне на примере города Смоленска и Смоленской области. Указана важность своевременной ликвидации осложнений, что позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Abstract: The tactics of treating patients with urgent complications of colorectal cancer at the territorial level are considered using the example of the city of Smolensk and the Smolensk region. The importance of eliminating complications is indicated, which allows for a significant improvement in immediate and remote treatment results.

Ключевые слова: осложненный колоректальный рак, хирургическое лечение.

Keywords: complicated colorectal cancer, surgical treatment.

Введение.

Высокий процент – до 60% больных колоректальным раком 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 [1,2,3]. Проблема лечения больных колоректальным раком по-прежнему остаётся актуальной [4,5]. Экстренное хирургическое лечение urgentных осложнений рака толстой кишки на сегодняшний день является самым эффективным.

Цель исследования – рассмотреть тактику лечения пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака на региональном уровне, оценить результаты хирургического лечения urgentных осложнений колоректального рака.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2021 год в больницах г. Смоленска выполнено 168 оперативных вмешательств у больных со злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишок, осложненными кишечной непроходимостью – 213 (78,3%), перфорацией опухоли – 38 (14,0%), кровотечением – 21 (7,7%). Все пациенты поступали по экстренным и срочным показаниям. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Из числа всех оперированных женщин было 143 (52,6%), мужчин – 129 (47,4%). Удовлетворительное состояние при поступлении отмечалось у 8 больных (2,9%), средней степени тяжести – в 193 наблюдениях (71,0%), тяжелое – у 61 (22,4%), крайне тяжелое – у 10 (3,7%) пациентов. Сроки с момента возникновения непроходимости были различными: от 6 до 12 часов поступило 22,8% (n=62), 12–24 часа – 36,4% (n=99), остальные пациенты поступили более чем через 24 часа от момента заболевания. Всем больным проводился необходимый клинический минимум диагностических



исследований: общеклинические анализы крови и мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ, УЗИ брюшной полости. Правосторонняя локализация опухоли выявлена в 91 случаях, локализация в поперечной ободочной кишке – в 24, левосторонняя и прямокишечная – у остальных 157 пациентов. Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию водно-электролитных и гемодинамических нарушений, а также, по возможности, очистку толстой кишки очистительными клизмами. У 63 пациентов (23%) кишечную непроходимость удалось разрешить консервативно, в последующем они были прооперированы в плановом порядке. Степень выраженности кишечной непроходимости была различной и подразделялась нами на компенсированную (n=98) – 47%, субкомпенсированную – 33% (n=69) и декомпенсированную – 20% (n=42). Для определения степени кишечной непроходимости прежде всего оценивались клиническая картина, рентгенологические данные, интраоперационные находки: цвет и степень расширения кишки, наличие или отсутствие тонкокишечного компонента, диастатических разрывов. Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации опухоли, распространенности опухолевого процесса, общего состояния больного, степени кишечной непроходимости. Всем больным проводилась интра- и послеоперационная антибиотикотерапия.

Результаты и обсуждение.

При правосторонней локализации опухоли операцией выбора в большинстве случаев была правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза – 38 (42%). При левосторонней и прямокишечной локализации опухоли выполнялись различные операции. Наиболее часто выполнялась операция типа Гартмана (96 наблюдений). У 14 больных была выполнена операция Микулича. У 3 пациентов с декомпенсированной кишечной непроходимостью, сопровождавшейся диастатическими разрывами кишечной стенки, была выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза. У 24 больных после резекции участка кишки с опухолью операция была завершена формированием первичного анастомоза. При выраженных явлениях кишечной непроходимости и диффузном распространенном перитоните со вздутием петель тонкого кишечника проводилась назоинтестинальная интубация – у 32 больных (19%). При гистологическом исследовании материала наиболее часто наблюдались аденокарцинома – 234 (86,0%), слизистый рак – у 4 (1,5%), солидный рак – в 6 наблюдениях (2,2%); в 28 (10,3%) случаях гистологическая структура опухоли не была установлена. Регионарные метастазы отмечены в большем числе случаев до 70 лет, n=92 (34%). Отдаленные метастазы новообразований регистрировались чаще в возрасте старше 80 лет, n=117 (43,0%). В целом послеоперационные осложнения развились у 41 (15,1%) больного. Чаще всего отмечались нагноение послеоперационной раны – у 25 больных (9,2%), послеоперационная пневмония – у 4,8% (n= 13) и несостоятельность анастомоза – у 1,1% (n=3). Показатель общей летальности составил 9,5 % (n=26) в связи с тромбоемболией легочной артерии (n=4) и сердечно-сосудистой недостаточностью (n=22).

Тактика хирургического лечения различна при раке правой и левой половины ободочной кишки. При правосторонней локализации опухоли допустимо выполнение гемиколэктомии с формированием илеотрансверзоанастомоза. В случае левосторонней локализации, небольших изменений в стенке кишки возможна ее резекция с формированием анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операция выполняется в объеме обструктивной резекции (операция Гартмана).



Заключение.

Разгрузочные и дренирующие операции проводятся в случаях исходного тяжелого состояния пациента, выраженной интоксикации, наличия местно-нерезектабельной опухоли или генерализации злокачественного процесса.

Список литературы:

1. Тотиков З.В., Тотиков В.З., Епхийев А.А., Кулумбегов Г.Р., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А. К вопросу о возможности проведения эндоскопической реканализации у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью [Текст]: / З.В. Тотиков, В.З. Тотиков, А.А. Епхийев, Г.Р. Кулумбегов, Ш.Ш. Гадаев, Э.А. Магомадов// Колопроктология. – 2019. – 3 (69). – С. 71-76.

2. Щаева С.Н. Анализ выживаемости при осложненном колоректальном раке [Текст]: / С.Н. Щаева //Онкологическая колопроктология. – 2017. – № 2. – С. 20-29.

3. Щаева С.Н., Эфрон А.Г., Магидов Л.А., Волынец Л.И. Оценка общей выживаемости у больных пожилого и старческого возраста с ургентными осложнениями колоректального рака [Текст]: / С.Н. Щаева, А.Г. Эфрон, Л.А. Магидов, Л.И. Волынец // Колопроктология. – 2021. – 3 (77) – С. 62-70.

4. Щаева С.Н., Соловьев В.И. Результаты радикальных операций при местно-распространенном колоректальном раке, осложненном кишечной непроходимостью [Текст]: / С.Н. Щаева, В.И. Соловьев// Колопроктология. – 2015. – 2 (52) – С. 44-48.

5. Борсуков А.В., Щаева С.Н., Соловьев В.И. Предоперационный электрохимический лизис в лечении очаговых доброкачественных заболеваний молочной железы [Текст]: /А.В. Борсуков, С.Н. Щаева, В.И. Соловьев// Анналы хирургии– 2008. – № 1. – С. 35-38.

