

© К. Г. Кубачев, С. В. Артюхов, 2014  
УДК 616.345-006.6-06:616.345-007.272-089:616.381-072.1

К. Г. Кубачев, С. В. Артюхов

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОМ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

ГБУЗ «Александровская больница» (главврач — Ю. П. Линец), Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** колоректальный рак, обтурационная кишечная непроходимость, хирургическая тактика, лапароскопия

**Введение.** Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжёлым осложнением рака ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого неотложного состояния в структуре других его осложнений составляет около 90%. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах мира рак ободочной и прямой кишки занимает III место, а среди осложнённых форм злокачественных опухолей, требующих срочных хирургических вмешательств, является лидирующим. В последние 2 десятилетия в эпидемиологии рака ободочной кишки наблюдаются 2 неблагоприятные тенденции. Во-первых, растёт заболеваемость данной патологией, во-вторых, увеличивается удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста, лечение которых сопряжено с определёнными организационными и лечебно-тактическими особенностями. Так, среди больных раком ободочной кишки 65–75% — старше 60 лет [3, 5, 6].

Возрастает число больных раком ободочной кишки и в России. В 2011 г. показатель заболеваемости по разным регионам составил 17,3–20,1, а показатель распространённости — 58,6–60,2 на 100 тыс. населения. Как следует из Государственного доклада, анализирующего здоровье населения РФ, в 2000 г. прирост заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тыс. населения за 1 год составил 2,57% [8, 9].

Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, увеличение

доступности высокотехнологических инструментальных методов исследования, у большинства пациентов рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях или при развитии острых хирургических осложнений. Если в развитых странах соотношение плановых и экстренных хирургических вмешательств при раке левой половины толстой кишки составляет 3,5 к 1, то в России 79% больных этой патологией оперируются при развитии острой кишечной непроходимости или других осложнений [1, 2, 4, 5].

Далеко неоднозначными остаются подходы к хирургическому лечению обтурационной кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки. До сих пор выполняют трёхэтапные оперативные вмешательства типа Цейдлера—Шлоффера. Чаще всего рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств с удалением опухоли [9]. Из-за высокого риска развития несостоятельности отношение к первичным анастомозам остаётся весьма сдержанным. Однако по причине тяжести состояния и декомпенсации сопутствующих заболеваний выполнить операцию типа Гартмана удаётся не всегда, либо она сопровождается высокой летальностью. Кроме того, формирование колостомы на длительные сроки, а иногда и на всю жизнь, существенно снижает качество жизни пациентов, особенно в стеснённых жилищных условиях или при отсутствии коммунальных удобств. До сих пор недостаточно чётко определены возможности эндовидеохирургических и эндоскопических технологий при лечении осложнённого рака левой половины толстой кишки.

### Сведения об авторах:

Кубачев Губач Гаджимагомедович (e-mail: [kubachev\\_kubach@mail.ru](mailto:kubachev_kubach@mail.ru)), Артюхов Сергей Викторович (e-mail: [art\\_serg@mail.ru](mailto:art_serg@mail.ru)), ГБУЗ «Александровская больница», 193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4

Таблица 1

**Инструментальные исследования**

Вид исследования	Итого
Рентгенография лёгких	2200
Рентгенография живота	2200
В том числе в латеропозиции	720
Фиброзофагогастродуоденоскопия	87
Отсроченная компьютерная томография	495
Отсроченная магнитно-резонансная томография	43
Срочная фиброколоноскопия	273
Отсроченная фиброколоноскопия	121
Лапароскопия	295
Всего больных	2200

Таблица 2

**Сочетанные осложнения у больных с обтурационной кишечной непроходимостью (n=1046)**

Встречаемые осложнения	Абс. число	%
Диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки	59	5,6
Некроз приводящих отделов ободочной кишки	37	3,5
Некроз и перфорация приводящих отделов	21	2,0
Перфорация опухоли с перитонитом	188	18,0
Перитонит без перфорации	68	6,5
Околоопухолевый абсцесс	123	11,8
Абдоминальный тяжёлый сепсис	47	4,5
Септический шок	8	0,8
Анемия (гемоглобин <100 г/л)	452	43,2
Кровотечение из опухоли	20	1,9
Обструкция мочеточника, гидронефроз	17	1,6
Прорастание опухоли других органов	315	30,1
Отдалённые метастазы	810	77,4

Таблица 3

**Распределение больных по локализации опухоли**

Локализация опухоли	Итого	
	Абс. число	%
Левая треть поперечной ободочной кишки	101	4,6
Селезёночный изгиб	216	9,8
Нисходящая кишка	383	17,4
Сигмовидная кишка	869	39,5
Ректосигмоидный отдел	500	22,7
Прямая кишка	131	6
Всего	2200	100

Таким образом, существует необходимость выработки хирургической тактики, которая посредством применения малоинвазивных технологий позволила бы снизить тяжесть хирургической агрессии на первом этапе операции, предполагающей выполнение в ближайшие сроки радикального вмешательства, при котором удаляют опухоль и восстанавливают непрерывность кишечника. Обоснованию подобной тактики и посвящено данное исследование.

Цель исследования — улучшение непосредственных результатов лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью, обусловленной раком левой половины толстой кишки, посредством внедрения эндовидеохирургических и эндоскопических технологий и двухэтапных операций в течение одной госпитализации.

**Материал и методы.** За 2003–2012 гг. в больницу госпитализированы 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2%, женщин — 55,8%. До 12 ч с момента развития непроходимости госпитализированы 1,1%, ещё 1,9% — от 12 до 24 ч. 97% больных доставлены в стационар после 24 ч с момента развития острой кишечной непроходимости. С целью уточнения диагноза при поступлении больных в приёмное отделение выполнялись различные инструментальные методы исследования. Характер инструментальных исследований представлен в *табл. 1*.

Объём обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistica for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

**Результаты и обсуждение.** Из проанализированных 2200 случаев у 1154 (52,5%) пациентов диагностирована только острая обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 (47,5%) больных, наряду с кишечной непроходимостью, имелись другие (одно или несколько) осложнения рака. Их частота и характер представлены в *табл. 2*.

Чаще всего опухоль располагалась в сигмовидной кишке, ректосигмоидном отделе и нисходящей ободочной кишке (*табл. 3*).

Согласно классификации TNM (2009), рак стадии T3 выявлен у 9,2%, стадии T4a, b — у 90,8%. Синхронный рак ободочной кишки обнаружен у 47 (2,1%) больных.

Из дальнейшего анализа исключены 1181 (53,7%) больной: 810 больных с отдалёнными метастазами, 223 пациента с местно-распространёнными неудаляемыми опухолями и 148 больных,

имеющих тяжёлые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить радикальную операцию.

Объектом исследования стали 1019 (46,3%) больных, у которых при операции не были выявлены отдалённые метастазы и им выполнены I и II этапы операции. После предоперационной подготовки все пациенты на I этапе были оперированы в течение 3–6 ч после госпитализации. Вид операций представлен в *табл. 4*.

При выборе вида оперативного вмешательства учитывали тяжесть состояния и соматический статус пациента, наличие и характер дополнительных осложнений. При тяжести состояния менее 15 баллов по шкале APACHE-II оперативное вмешательство начинали с диагностической лапароскопии доступом по Хассену. Наличие в структуре больницы отделения неотложной эндовидеохирургии способствует решению многих организационных проблем, связанных с использованием этой методики. Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 (28,9%) больным (см. табл. 4), из них у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки для формирования двустольной колостомы. Участок кишки для формирования стомы выбирали ближе к опухоли. После этого посредством мини-лапаротомии при помощи лапароскопической ассистенции петлю ободочной кишки выводили в виде двустольной колостомы. Далее пациенты в течение нескольких дней находились в отделении реанимации, где им выполняли катетеризацию эпидурального пространства, интенсивную терапию, направленную на восстановление функции желудочно-кишечного тракта.

Второй этап без выписки из стационара в сроки от 6 до 18 сут выполнен 500 (49,0%) больным (*табл. 5*), в том числе 353 (70,6%) боль-

ным — после двустольной колостомии, 128 (25,6%) — после лапароскопически ассистированной двустольной колостомии и 19 (3,8%) — после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки).

Сроки полного восстановления функции желудочно-кишечного тракта после лапароскопически ассистированной и традиционной двустольной колостомии существенно отличались. После лапароскопических вмешательств колостома начинает нормально функционировать сразу после операции, тогда как после традиционных операций перистальтика ободочной кишки восстанавливается на 2–5-е сутки. Сроки выполнения II этапа представлены в *табл. 6*.

Как следует из представленных данных, после лапароскопических вмешательств все повторные оперативные вмешательства с радикальным удалением опухоли и восстановлением непрерывности кишки удалось выполнить на 6–10-е сутки. После традиционной колостомии повторные вмешательства были выполнены на 8–18-е сутки, около 80% больных были оперированы на 10–13-е сутки. После лапароскопически ассистированной колостомии большинство вмешательств были выполнены на 7–8-е сутки.

Причинами поздних операций после традиционных дренирующих операций явились различные осложнения раннего послеоперационного периода.

Выполнение повторных операций после лапароскопически ассистированных колостомий не представляло технических неудобств для операционной бригады, так как спаечный процесс в брюшной полости практически отсутствовал, тогда как лапаротомия всегда приводила к более или менее выраженному спаечному процессу,

Таблица 4

**Оперативные вмешательства при обтурационной толстокишечной непроходимости, выполненные при поступлении**

Операции	Абс. число больных	Умерли	
		Абс. число	%
Лапаротомия, двустольная колостомия	353	21	6
Лапароскопически ассистированная двустольная колостомия	128	6	4,7
Левосторонняя обструктивная гемиколэктомия	154	16	10,4
Цекостомия, операция Гартмана	21	9	42,9
Цекостомия, трансверзостомия	19	7	36,8
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	271	22	8,1
Субтотальная колэктомия	22	7	31,8
Передняя резекция прямой кишки	51	6	11,8
Всего	1019	97	9,5

Таблица 5

Таблица 6

**Второй этап оперативного вмешательства с восстановлением непрерывности толстой кишки**

Вид операции	Число операций	Умерли	
		Абс. число	%
Левосторонняя гемиколэктомия	236	7	1,4
Резекция сигмовидной кишки	200	3	0,6
Передняя резекция прямой кишки	58	2	0,4
Субтотальная колэктомия	6	1	0,2
Всего	500	13	2,6

усложняющему выполнению повторного оперативного вмешательства.

Немаловажным является и то, что при такой тактике пациент перед повторной операцией подвергался дополнительному обследованию, которое позволяло более чётко стадировать заболевание и выполнить радикальное вмешательство более квалифицированной хирургической бригадой. Умерли после повторных вмешательств 5 пациентов, все из группы больных с традиционно выполненной колостомой.

**Выводы.** 1. Формирование лапароскопически ассистированной двухствольной колостомы при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины толстой кишки позволяет эффективно устранить симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки ко второму II этапу операции.

2. Подобная тактика позволяет оптимизировать стадирование заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Александров В.Б. Каковы перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 53 1 операции) // Тезисы докл. III Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. М., 2000. С. 3.
2. Алиев М.Я. Тактика хирургической детоксикации при лечении больных с острой непроходимостью кишечника опухолевого генеза // Материалы междунар. хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». М., 2003. С. 130.
3. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложнённых формах рака ободочной и прямой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1993. 34 с.
4. Мазунин В.Д. Опыт хирургического лечения толстокишечной непроходимости // Материалы конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии «Актуальные проблемы колопроктологии». М., 2005. С. 251–252.

**Сроки выполнения второго этапа операций**

Сроки выполнения, сутки	Лапароскопически ассистированные стомы (n=128)	Традиционные стомы (n=372)
6-е	7	–
7-е	23	–
8-е	78	1
9-е	19	23
10-е	1	42
11-е	–	54
12-е	–	171
13-е	–	49
14-е	–	12
15-е	–	5
16-е	–	9
17-е	–	4
18-е	–	2
Всего	128	372

5. Миронов В.И., Килин А.Г. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза // Материалы междунар. хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». М., 2003. С. 136.
6. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Хирургическая реабилитация пациентов с двухствольными кишечными стомами // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2008. № 4. С. 69–73.
7. Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Кокая А.А. и др. Современные методы диагностики и лечения рака толстой кишки, осложнённого острой кишечной непроходимостью // Вестн. хир. 2001. Т. 160, № 3. С. 127.
8. Шелехов А.В., Белоногов А.В., Храмов Е.В. Применение лапароскопической колостомии при паллиативном лечении рака прямой кишки // Труды КОЦ МЗ РТ «Эндоскопическая хирургия в онкологии». 1999. Т. 4. С. 31–33.
9. Шепсковски М. Лапароскопическое восстановление непрерывности кишки после операции Хартманна // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1998. № 3. С. 66–68.

Поступила в редакцию 18.06.2014 г.

K. G. Kubachev, S. V. Artyukhov

**LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN LEFT SECTIONS COLON CANCER COMPLICATED BY OBTURATION INTESTINAL OBSTRUCTION**

Alexandrovskiy hospital, Saint-Petersburg

On the basis of an analysis of 2200 cases of left sections colon cancer complicated by obturation intestinal obstruction the authors showed the possibility and reasonability of two-step operation performance. The first operation formed unloading part and the second was the radical operation in one hospitalization. Given method allowed improvement of the results and quality of life of the patients.

**Key words:** colon cancer, obturation intestinal obstruction, surgical strategy, laparoscopy