

октября 2001 г. – Гродно 2001. – С. 49–50.

2. Катько В.А.. Гидростатическая клизма физиологическим раствором как альтернативный метод консервативного лечения инвагинации кишечника у детей. Проблемы детской хирургии нового века. Материалы межд. научн.-практ. конференции, посвященной 25-летию кафедры детской хирургии ГГМУ, 18-20 октября 2001 г. – Гродно 2001. – С. 147–151.

3. Катько В.А. Виды оперативных вмешательств по поводу инвагинации кишечника у детей. Проблемы детской хирургии нового века. Материалы межд. научн.-практ. конференции, посвященной 25-летию кафедры детской хирургии ГГМУ, 18-20 октября 2001 г., Гродно 2001, стр. 147 – 151.

4. Караваева С.А., Котин А.Н., Левадиев Ю.В., Немилова Т.К., Новопольцева О.Н., Омельченко Т.В., Попова Е.Б., Попов А.А. Результаты лечения пороков развития у новорожденных на современном этапе. Актуальные вопросы детской хирургии. Материалы Республиканской научно-практической конференции детских хирургов, 29 – 30 мая 2008 года. – Витебск, 2008. – С. 142 - 144.

**УДК 616. 351-006.6**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

**Угляница К.Н., Каравай А.В., Божко Г.Г, Кеда В.В.,  
Миклашевич Ф.С., Муринов А.В., Дерман С.Э.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

В мировой популяции колоректальный рак (КРР) занимает 3–4 место в структуре онкологической заболеваемости [1]. В Республике Беларусь заболеваемость раком ободочной и прямой кишок также имеет отчетливую тенденцию к росту, в настоящее время в структуре

онкологической патологии КРР занимает 4–5 место [2]. В Гродненской области в структуре онкозаболеваемости в 2011 г. КРР занял второе место (10,6%) после рака легкого. По данным областного канцер-регистра, отмечается отчетливая тенденция роста КРР. Так, заболеваемость раком ободочной кишки в Гродненской области с 2002 по 2011 гг. выросла с 17,1% до 24,8%, раком прямой кишки – с 17,8% до 21,3% на 100 000 населения.

Вследствие поздней диагностики заболевания значительное число пациентов (до 70%) поступают в клинику с различными осложненными формами КРР [3]. К понятию «осложненный рак» относят опухоли, осложненные кишечной непроходимостью, воспалительным процессом, перфорацией и кровотечением [4]. Обтурационная непроходимость является самым частым осложнением рака толстой кишки [5, 6]. Большинство таких больных оперируют в учреждениях, оказывающих экстренную хирургическую помощь, однако и в специализированных онкологических отделениях число таких пациентов остается весьма значительным.

В онкохирургических отделениях ГОКБ за период с 2007 по 2011 гг. лечились 296 первичных больных раком ободочной, и 264 – раком прямой кишки. Среди всех поступивших первичных больных КРР (560 пациентов) у 11 (2,0%) при поступлении была диагностирована острая кишечная непроходимость. Безуспешность стандартного консервативного лечения в течение 4–6 часов стала показанием к экстренному оперативному вмешательству у этой категории больных. Всем пациентам были выполнены разгрузочные коло(илео)стомы. В послеоперационном периоде умер 1 пациент от прогрессирующей хронической почечной недостаточности.

Всем остальным пациентам с хронической кишечной непроходимостью проводился клинический минимум диагностических исследований и лечебных мероприятий, необходимых при данной патологии. Пациенты с кишечной непроходимостью, успешно разрешенной консервативными

мероприятиями, были подготовлены к операциям в плановом порядке (в данное исследование эта группа пациентов не вошла).

Кроме того, была третья группа пациентов с КРР – с клиникой разной степени выраженности обтурационной кишечной непроходимости, не устраненной консервативными мероприятиями, и которые в первые 2–5 дней оперировались. В эту группу включены 82 пациента (у 37 был рак ободочной и у 45 – прямой кишки). Опухоли диагностированы в слепой кишке у 8 (9,8%), восходящей – у 2 (2,4%), поперечной ободочной – у 4 (4,9%), нисходящей – у 5 (6,1%), сигмовидной – у 18 (22,0%) и в прямой кишке – у 45 (54,9%) пациентов. Развитие обтурационной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки наблюдалось почти в два раза чаще, чем при правой. Кроме того, тяжесть состояния у части пациентов была обусловлена сочетанием ряда неблагоприятных факторов: кишечная непроходимость, локо-регионарное распространение опухоли, местный воспалительный процесс, а в ряде случаев – наличие отдаленных метастазов.

Хирургическое лечение рака ободочной кишки, осложненного хронической обтурационной непроходимостью, проведено 37 пациентам, из которых первичные радикальные и паллиативные операции произведены у 24 (64,9%). В том числе правосторонняя гемиколэктомия выполнена 8 (21,6%), левосторонняя гемиколэктомия – 5 (13,5%), резекция сигмы – 4 (10,8%) и операция Гартмана – 7 (18,9%) пациентам. Симптоматические операции при осложненном раке ободочной кишки выполнены 13 пациентам (35,1%), из них 2 – обходные кишечные анастомозы, 8 – колостомия и 3 – илеостомия. Послеоперационная летальность составила 8,1%.

Из 45 больных раком прямой кишки и с сопутствующей хронической кишечной непроходимостью первичные радикальные операции выполнены 20 пациентам (44,4%), паллиативные – 10 (22,3%), и симптоматические – 15 (33,3%). Из радикальных операций в основном применяли чрезбрюшную резекцию прямой кишки с формированием аппаратного колоректального анастомоза (16

случаев). Для профилактики несостоятельности анастомоза часто формировали превентивную колостому. Паллиативные операции выполняли в объеме обструктивной резекции (операция Гартмана). Послеоперационная летальность составила 6,7%: от различных осложнений соматического характера умерли 3 пациента. Симптоматические операции (колостомы и редко – илеостомы) были выполнены 15 пациентам (33,3%). Такие операции производились, как правило, пожилым, ослабленным пациентам с наличием выраженной кишечной непроходимости, серьезной сопутствующей соматической патологией, либо при местно-распространенном и/или диссеминированном опухолевом процессе. В послеоперационном периоде умерли 2 пациента (13,3%).

По нашему мнению, при хирургическом лечении рака толстой кишки, осложненного обтурационной непроходимостью, необходимо отдавать предпочтение не симптоматическим, а первично-радикальным и паллиативным операциям. Такая тактика позволяет придерживаться главного принципа онкологии – не только ликвидировать непроходимость, но и по возможности произвести радикальное (паллиативное) удаление опухоли при первом оперативном вмешательстве, и тем самым улучшить отдаленные результаты лечения. Непременным условием данного подхода мы считали положение, когда такие операции должны иметь минимальный риск для жизни больного. Преимущество первичной операции заключается также и в том, что удаление опухоли – источника интоксикации и прогрессирования рака – повышает эффективность адъювантной химиотерапии.

Для профилактики гнойных осложнений всем пациентам с КРР проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика в виде однократного внутривенного болюсного введения разовой дозы метронидазола и антибиотика цефалоспоринового ряда сразу после введения больного в наркоз. При значительной микробной контаминации брюшной полости антибиотикотерапию продолжали в послеоперационном периоде в течение 5–7 дней.

## Выводы

1. При раке толстой кишки, осложненном обтурационной непроходимостью, следует стремиться не только к ликвидации данного осложнения, но и к выполнению первичной радикальной (паллиативной) операции, выгодно отличающейся тем, что удаляется опухоль – источник интоксикации и генерализации опухолевого процесса.

2. Операцией выбора при раке прямой кишки, осложненном кишечной непроходимостью, следует считать внутрибрюшную резекцию с первичным анастомозом и при необходимости – превентивной колостомой.

3. Разгрузочные (симптоматические) операции должны выполняться только в случаях исходного тяжелого состояния пациента, выраженной интоксикации, при нерезектабельной опухоли или генерализации рака.

## Литература

1. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25-28 мая, 2004. Ч.1 – Мн.: ОДО «Танпик», 2004. – С. 15-29.

2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.]. – Минск: Зорны верасень, 2006. С. 51-68.

3. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология: избранные лекции. – СПб., 2004. – С.151–161.

4. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки.– М.: Медицина, 1997.–304 с.

5. Яковец Ю.И. Тактика хирургического лечения осложненных форм рака толстой кишки // Ю.И. Яковец, А.В.Борота, С.Э. Золотухин и др. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ., 1996. – С.369.

6. Колоректальная хирургия / под ред. Р.К.С. Филиппа; пер. с англ. Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 352 с.