

В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, С. В. АВАКИМЯН, М. Т. ДИДИГОВ, О. А. АЛУХАНИЯН

## ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

### АННОТАЦИЯ

**Цель.** Выработка тактики лечения осложненного (перфорация опухоли, кровотечение из опухоли, острая обтурационная непроходимость) рака толстой кишки.

**Материалы и методы.** В клиническую разработку включено 324 больных с ургентными осложнениями рака толстой кишки. В срочном и неотложном порядке оперировано 269 больных и в отсроченном – 56 пациентов. Диагноз базировался на анамнезе, клинических, лабораторных и специальных методах исследования (УЗИ, КТ, ФГДС, колоноскопия, гистологическое исследование).

**Результаты.** Послеоперационная летальность при ургентных осложнениях рака толстой кишки составила 3,5%.

**Заключение.** Дано обоснование выбора метода и объема оперативного вмешательства в зависимости от локализации и характера осложнения рака ободочной кишки.

**Ключевые слова:** рак толстой кишки, осложнения, тактика хирурга

**Для цитирования:** Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Авакимян С.В., Дидигов М.Т., Алуханян О.А. Тактика хирурга при ургентных осложнениях рака толстой кишки. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(6): 9-13. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-6-9-13.

**For citation:** Avakimyan V.A., Karipidi G.K., Avakimyan S.V., Didigov M.T., Alukhanyan O.A. Tactics of the surgeon in urgent complications of colon cancer. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2018; 25(6): 9-13. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-6-9-13

V. A. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, S. V. AVAKIMYAN, M. T. DIDIGOV, O. A. ALUKHANYAN

TACTICS OF THE SURGEON IN URGENT COMPLICATIONS OF COLON CANCER

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Sedina str., 4, Krasnodar, Russia, 350063

### ABSTRACT

**Aim.** The aim of the work is to develop the tactics for the treatment of complicated colon cancer (tumor perforation, tumor bleeding, acute obturation obstruction).

**Materials and methods.** The clinical development included 324 patients with urgent complications of colon cancer. 269 patients were operated urgently and immediately, 56 operations were deferred. The diagnosis was based on anamnesis, clinical, laboratory and special research methods (ultrasound, CT, EGD, colonoscopy, histological examination).

**Results.** Postoperative mortality in urgent complications of colon cancer was 3.5%.

**Conclusion.** The rationale for the choice of method and volume of surgery, depending on the location and nature of complications of colon cancer, is provided.

**Keywords:** colon cancer, complications, surgeon's tactics

### Введение

Необходимость данного исследования определяется частотой встречаемости [1, 2], трудностями диагностики (ошибочный диагноз достигает 20% [3], тяжестью осложнений (осложненный рак толстой кишки встречается в 25-32% случаев [3, 4]; большим числом послеоперационных осложнений, которые по данным [5, 6, 7] достигают 30-35%); высокой послеоперационной летальностью, кото-

рая колеблется от 5 до 13% [3, 4, 5, 8, 9]. Большое число осложнений и высокая послеоперационная летальность в значительной мере объясняются отсутствием единой тактики лечения и выбора метода оперативного пособия при неотложных состояниях, вызванных осложнениями рака толстой кишки.

**Цель исследования:** выработка тактики лечения осложненного (перфорация опухоли, кровоте-

чение из опухоли, острая обтурационная непроходимость) рака толстой кишки.

### Материалы и методы

Всего было оперировано и включено в разработку 324 больных с осложненным раком ободочной кишки, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии на базе 2 ЭХО МУЗ КГК БСМП г. Краснодара за период 2007 по 2017 годы. Мужчин было 151, женщин – 173 в возрасте от 37 до 92 лет. Средний возраст больных составил 56,7 года. Диагноз основывался на жалобах больного и анамнезе болезни, объективном статусе больного и лабораторных данных, лучевых методах диагностики (обзорная рентгеноскопия, УЗИ, КТ, МРТ) и колоноскопии, эндовидеокапсульного и гистологического методов исследования. Однако не у всех больных может быть использован указанный объем обследования. Одни методы, как, например, пассаж бария по ЖКТ, не имеют при urgentной ситуации диагностической ценности; другие, такие как колоноскопия, в том числе и видеокапсульная, ирригография – не могут быть использованы без специальной подготовки кишечника. Поэтому накопленный нами опыт показал, что для выбора правильной тактики хирурга при urgentных осложнениях рака толстой кишки достаточно использовать общеклиническое обследование больного, включая пальцевое исследование прямой кишки, общий анализ крови и мочи, ЭКГ, обзорную рентгенографию грудной и брюшной полости, желательное выполнение УЗ сканирования и КТ для исключения отдаленных метастазов.

Минимальный стандарт обследования больного с urgentными осложнениями опухоли ободочной кишки должен включать: общеклиническое обследование, в том числе и пальцевое исследование прямой кишки; общий анализ крови и мочи; ЭКГ; обзорную рентгенографию грудной и брюшной полости; УЗИ брюшной полости. При невозможности выполнения этого минимального объема обследования больной должен быть немедленно переведен в другое, более оснащенное, хирургическое отделение.

Важно отметить, что даже минимальное комплексное обследование больного в подавляющем большинстве случаев позволяет хирургу решить и ответить на главный вопрос – нужно ли больного оперировать в неотложном порядке. Совершенно недопустимо терять время на уточнение топического диагноза и характера осложнения патологического процесса.

### Результаты и обсуждение

Все 324 больных были разделены на 4 группы.

1-ю группу составили 137 больных с острой толстокишечной непроходимостью;

2-я группа состояла из 97 больных с перфорацией опухоли и развитием распространенного перитонита;

3-ю группу составили 54 больных с паратуморозным инфильтратом, т.е. с местным ограниченным перитонитом;

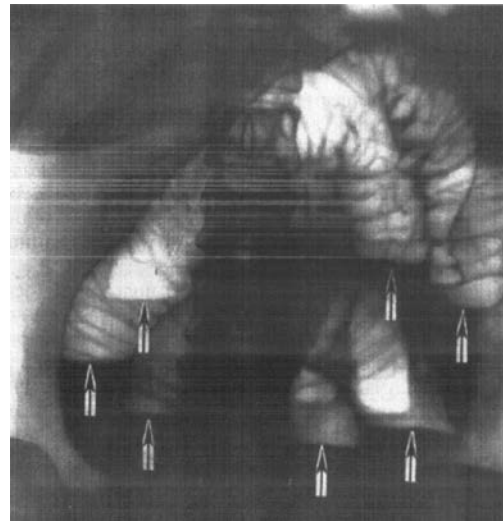


Рис. 1. Обзорная рентгенография брюшной полости, множественные чаши Клойбера, кишечные арки.

Fig. 1. Plain radiography of abdominal cavity, multiple Kloi-ber's bowls, intestinal arches.



Рис. 2. УЗИ брюшной полости – явления энтеростаза.

Fig. 2. Abdominal ultrasound – enterostasis phenomena.

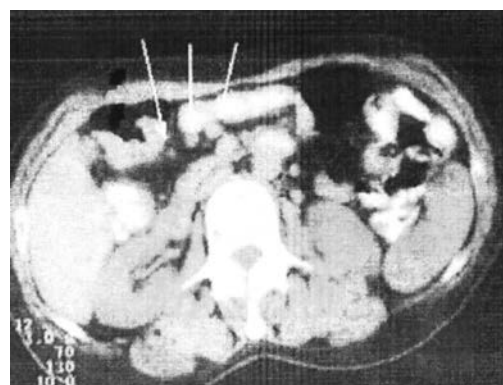


Рис. 3. КТ – утолщение стенки ободочной кишки (стрелка в центре) и увеличенные лимфатические узлы (стрелки слева и справа).

Fig. 3. CT – thickening of the colon wall (the arrow in the center and enlarged lymph nodes (left and right arrows).

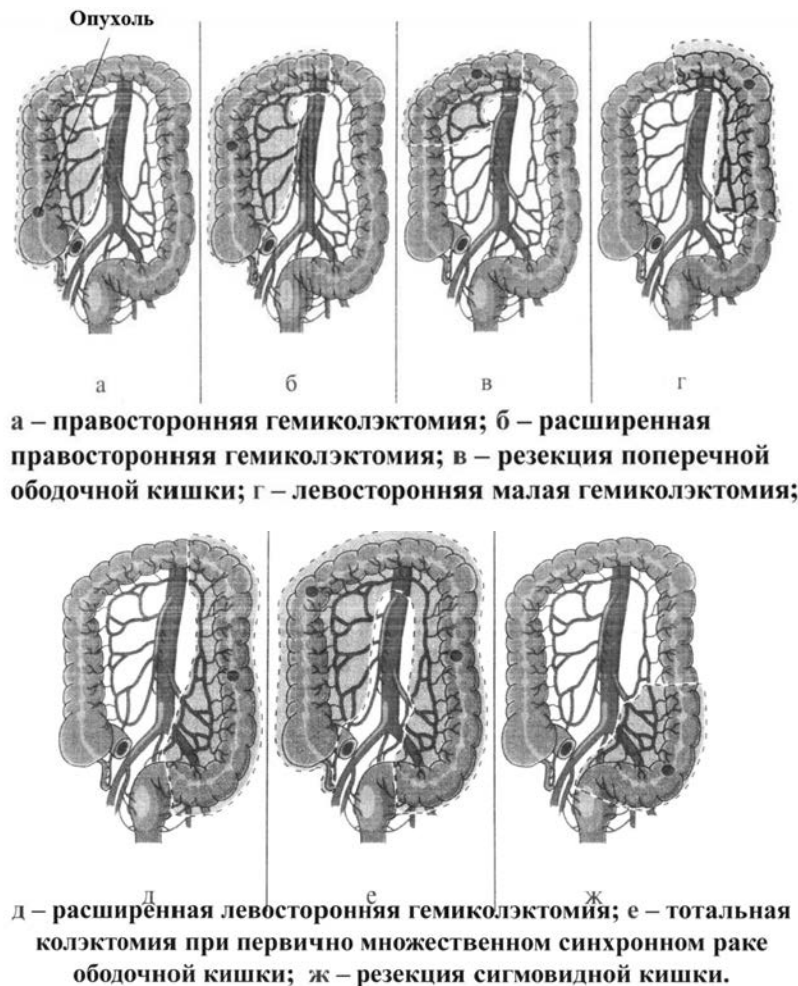
4-ю группу составили 36 больных с опухолью толстой кишки, осложненной кровотечением.

Локализация опухоли в толстой кишке представлена в таблице 1.

Как видно из приводимой таблицы, наиболее часто встречаются опухоли, расположенные в слепой и сиг-

**Локализация опухоли в толстой кишке**  
Localization of the tumor in the colon

Локализация опухоли в толстой кишке	Число больных	%%
Слепая кишка	70	21,7
Восходящая кишка	17	5,2
Печеночный изгиб толстой кишки	35	10,3
Поперечная ободочная кишка	8	2,5
Селезеночный изгиб толстой кишки	27	8,4
Нисходящая кишка	67	20,5
Сигмовидная кишка	99	31,1
Первично-множественный рак ободочной кишки	1	0,3
<b>ИТОГО:</b>	324	100,0



**Рис. 4.** Объем оперативного вмешательства при опухоли толстой кишки в зависимости от её локализации.

**Fig. 4.** The volume of surgery for colon tumor, depending on its location.

а – right hemicolectomy; б – extended right hemicolectomy; в – resection of transverse colon; г – left hemicolectomy; д – extended left hemicolectomy; е – total colectomy for primary multiple synchronous colon cancer; ж – resection of sigmoid colon.

мовидной кишке, значительно реже – в восходящей и поперечной ободочной кишке и очень редко – первично-множественный рак ободочной кишки (всего 0,3%).

Объем оперативного вмешательства при различных локализациях опухоли ободочной кишки представлен на рисунке 4.

Все 324 больных были подвергнуты оперативному вмешательству. В неотложном или срочном порядке было оперировано 268 пациентов, и в отсроченном порядке – 56.

В правой половине толстой кишки опухоль локализовалась у 122 больных. Характер оперативного вмешательства в зависимости от локализации опухоли в правой половине толстой кишки и его исход представлены в таблице 2.

В левой половине толстой кишки опухоль была диагностирована у 137 человек. Характер операции в зависимости от локализации опухоли в левой половине толстой кишки и их исходы представлены в таблице 3.

### Характер оперативного пособия у больных с опухолью правой половины толстой кишки в зависимости от её локализации

Характер операции	Локализация опухоли в толстой кишке (n)				
	Слепая	Восходящая	Печеночный изгиб	Число умерших	% от числа оперированных
ПГКЭ + ИТА	25	8	14	2	4,23
ПГКЭ + ТИС	22	6	12	5	12,50
ИТА	9	1	5	2	13,33
ТИС	14	2	4	2	10,00
Итого	70	17	35	11	—
<b>ВСЕГО</b>		122		11	9,02

**Примечание:** ПГКЭ – правосторонняя гемиколэктомия; ИТА – илеотрансверзо-анастомоз; ИМС – терминальная илеостомия.

Таблица 3 / Table 3

### Характер оперативного пособия у больных с опухолью левой половины толстой кишки в зависимости от её локализации

Характер операции	Локализация опухоли в толстой кишке (n)				
	Селезеночный изгиб	Нисходящая	Сигмовидная	Число умерших больных	% от числа оперированных
PCY+ ТСт	4	–	–	–	–
ЛГКЭ + ТСт	–	31	–	2	6,45
PC + КСт	–	–	86	4	4,65
ПКСт	–	7	9	4	25,00
Итого	4	38	95	10	
<b>ВСЕГО</b>		137		10	7,3

**Примечание:** PCY – резекция селезеночного угла толстой кишки; ТСт – трансверзостомия; ЛГКЭ – левосторонняя гемиколэктомия; PC – резекция сигмы; КСт – колостомия; ПКСт – проксимальная колостомия.

У 8 человек опухоль локализовалась в поперечно-ободочной кишке. Все они были оперированы в неотложном порядке. Всем этим больным была выполнена резекция поперечной ободочной кишки с наложением проксимальной и дистальной колостомы. Среди этих 8 больных летальных исходов не было.

У одного больного был первично множественный рак ободочной кишки с явлениями непроходимости в сигмовидной кишке. Ему была произведена колэктомия с терминальной илеостомией. Больной погиб на 5 сутки после операции от полиорганной недостаточности.

Таким образом, в неотложном и срочном порядке было оперировано 268 больных из 324, с 22 летальными исходами, что составляет 8,2%. Остальные 56 пациента были оперированы в отсроченном порядке после тщательного обследования. Группу из 56 человек составили больные, которые поступали в отделение с диагнозом: с острой кишечной непроходимостью (42 человека); с инфильтратом брюшной полости (5 больных) и кровотечением из опухоли (9 пациентов).

Характер оперативных пособий в этой группе больных был следующим. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом была выполнена 6 больным без летального исхода, еще 2

пациентам была произведена резекция поперечной ободочной кишки с созданием трансверзо-трансверзоанастомоза, также без летального исхода; у 8 человек была произведена левосторонняя гемиколэктомия с созданием трансверзосигмоанастомоза, также без летального исхода. Ещё у 40 больных оперативное вмешательство заключалось в резекции сигмовидной кишки с созданием десцендоректального анастомоза, с двумя летальными исходами. Всего из 56 больных, оперированных в отсроченном порядке, умерло 2 человека, что составило 3,5 %.

В эту группу из 56 больных вошли те пациенты, у которых удалось достичь стабильного гемостаза консервативными мероприятиями (9 больных) или разрешить явления острой кишечной непроходимости консервативными мерами (42 больной) и ещё 5 больных с местным ограниченным перитонитом. В результате медикаментозной терапии была отмечена положительная динамика, что позволило этих больных тщательно обследовать и оперировать в «плановом» порядке. Всем этим 56 больным оперативное пособие было выполнено в один этап. Полученный нами опыт позволяет нам в классификации острой опухолевой кишечной непроходимости выделить острую полную и острую неполную кишечную непроходимость.

*Острая полная непроходимость* – это случай,

когда опухоль обтурирует весь просвет толстой кишки, и таких больных нужно оперировать в неотложном или срочном порядке после кратковременной предоперационной подготовки.

*Острая неполная непроходимость* – это случай, когда опухоль обтурирует просвет кишки не полностью, а клиника явлений острой кишечной непроходимости обусловлена обтурацией оставшегося просвета кишки каловыми массами. У таких больных с помощью клизм часто удается разрешить явления острой непроходимости толстой кишки. Таких больных представляется возможным, после обследования и уточнения характера патологического процесса, оперировать в отсроченном порядке, и оперативное вмешательство выполнить в один этап. Целесообразность такой тактики совершенно очевидна, так как послеоперационная летальность у этих больных в 2,5 раза ниже послеоперационной летальности у лиц, оперированных в неотложном порядке (3,5 против 8,9%).

Во всех случаях было произведено гистологическое исследование как биопсийного материала, так и самой опухоли и лимфатических узлов. Аденокарцинома высокодифференцированная была выявлена у 93 больных. Аденокарцинома умеренно дифференцированная отмечена у 101 больного. Аденкарцинома низкодифференцированная установлена у 80 больных. Слизистая аденокарцинома (мукоидный, слизистый, коллоидный рак) встретился у 19 пациентов. Перстневидноклеточный (мукоцеллюлярный) рак обнаружен у 11 человек. Недифференцированный рак выявлен у 13 больных и неклассифицируемый рак отмечен у 7 человек.

### Заключение

При левосторонней локализации опухоли операцией выбора должна быть обструктивная резекция толстой кишки. Вместе с тем целесообразно выделение острой полной и острой неполной кишечной непроходимости. При острой неполной непроходимости возможно более полное обследование больного и более тщательная его подготовка к оперативному вмешательству, которое может быть выполнено в один этап.

При правосторонней локализации опухоли практически в половине случаев возможно выполнение оперативного пособия в один этап – правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Мы считаем, что независимо от характера осложнения опухоль должна быть удалена, если это технически возможно, а при высоком риске оперативного вмешательства операцию нужно заканчивать формированием

илеостомы, а иногда и колостомы.

Послеоперационная летальность после urgentных операций составляет 8,9%, а после отсроченных операций – 3,5% т.е. в 2,5 раза ниже, что позволяет считать принятую в клинике тактику лечения urgentных осложнений рака толстой кишки целесообразной.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петров Г.В. *Злокачественные новообразования в России в 2012 году*. Москва. ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ России. 2014. 250 с. [Kaprin A.D., Starinskij V.V., Petrov G.V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2012 godu*. Moskva. FGBU MNI OI im. P.A. Gercena MZ Rossii. 2014: 250. (In Russ.)].
2. Лебедева Л.Н., Вальков М.Ю., Асахин С.М., Красильников А.В. Динамика заболеваемости и смертности при раке ободочной кишки 2000-2010 годах по данным Архангельского регионарного ракового регистра. *Экология человека*. 2014; 9: 18-23. [Lebedeva L.N., Valkov M.Y., Asakhin S.M. Dynamics of the incidence and mortality of colon cancer in the 2000-2010 according to data of the Arkhangelsk regional cancer registry: medical and ecological aspects. *Human ecology*. 2014; 9: 18-23. (In Russ., English abstract)].
3. *Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей*. Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. М. Медицина. 1993. 563 с. [Oshibki v klinicheskoy diagnostike. *Rukovodstvo dlya vrachej*. Pod. red. V. I. Chissova, A.H. Traktenberga. M. Medicina. 1993: 536. (In Russ.)].
4. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. *Хирургия кишечника*. Киев. 1977. 248 с. [Shalimov A.A., Saenko V.F. *Hirurgiya kishechnika*. Kiev. 1977: 248. (In Russ.)].
5. Ганичкин А.М. *Рак толстой кишки*. Л. «Медицина». 1970. 416 с. [Ganichkin A.M. *Rak tolstoj kishki*. L. "Medicina". 1970: 416. (In Russ.)].
6. Литтманн И. *Брюшная хирургия*. Изд-во Академии наук Венгрии. Будапешт, 1970. 576 с. [Littmann I. *Bryushnaya hiruriya*. Izd-vo Akademii nauk Vengrii. Bedapest, 1970: 576. (In Russ.)].
7. *Неотложная абдоминальная хирургия*. Под ред. А.А. Гринберга. Москва. «Триада – Х». 2010. 493 с. [Neotlozhnaya abdominal'naya hiruriya. Pod. red. A.A. Grinberga. Moskva. "Triada–X". 2010: 493. (In Russ.)].
8. Ефимов Т.Г., Ушаков Ю.М. *Осложненный рак ободочной кишки*. М. «Медицина». 1984. 147 с. [Efimov T.G., Ushakov Yu.M. *Oslozhnennyj rak obodochnoj kishki*. M. "Medicina". 1984: 147. (In Russ.)].
9. *Онкология. Национальное руководство*. Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. Изд-во «ГЭОТАР – Медицина». 2008. 1060 с. [Onkologiya. *Nacional'noe rukovodstvo*. Pod red. V.I. Chissova, M.I. Davydova. Izd-vo "GEHOTAR – Medicina". 2008: 1060. (In Russ.)].

Поступила / Received 10.09.2018

Принята в печать / Accepted 15.11.2018

*Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest*

**Контактная информация:** Авакимян Владимир Андреевич; тел.: +7(918) 497-06-07; e-mail: Avakimyansv@mail.ru; Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4.

**Corresponding author:** Vladimir A. Avakimyan; tel.: +7(918) 497-06-07; e-mail: Avakimyansv@mail.ru; 4 Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063.