

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В БЛИЖАЙШИЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ**

А.О. ТАНАНЯН

*Национальный Центр Онкологии им.В.А.Фанарджяна Министерства Здравоохранения  
республики Армения, ул.Фанарджяна, 76, Ереван, 0052*

**Аннотация.** В работе представлены результаты комплексного подхода при хирургическом лечении больных колоректальным раком, осложненным острой или частичной кишечной непроходимостью и метастазами в ближайшие органы и ткани. В случаях острой кишечной непроходимости больные подвергались оперативному вмешательству в первые 2-4 часа после поступления на лечение в клинику. При частичной кишечной непроходимости и метастазах в ближайшие органы и ткани пациенты были подвергнуты хирургическому вмешательству в соответствии с показаниями, возникшими в процессе наблюдения в стационаре, в различные сроки после поступления в клинику в плановом порядке. При хирургическом лечении колоректального рака с метастазами в близлежащие лимфатические узлы и прилежащие органы и ткани осуществлялась одномоментная операция по удалению единым блоком опухоли вместе с участками метастазированных органов и тканей. В период послеоперационной реабилитации все больные получали соответствующее интенсивное восстановительное лечение, направленное на профилактику гнойно-септических осложнений, используя противобактериальные препараты, с восстановлением и нормализацией водно-электролитного и белкового баланса, с активным поддержанием функций жизненно важных органов и систем. Лечение колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью и метастазами, при дифференцированном подходе может служить предиктом высокой вероятности благоприятного исхода непосредственных и отдаленных результатов.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, метастазы, хирургическое лечение, комплексный подход.

**THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER WITH METASTASES IN THE NEXT ORGANS AND TISSUES**

A.O. TANANYAN

*National V.A. Fanardzhyan Centre of Oncology of the Ministry Health in Republic of Armenia,  
Fanardzhyan str. 76, Yerevan, 0052*

**Abstract.** The article presents the results of a comprehensive approach in the surgical treatment of patients with colorectal cancer complicated by acute or partial intestinal obstruction and metastases in the next organs and tissues. In cases of acute intestinal obstruction, surgery was carried out in the first 2-4 hours after admission for treatment at the clinic, according to the indications of observation in the hospital, at different times after admission to hospital in a planned manner. In the surgical treatment of colorectal cancer with metastasis to nearby lymph nodes and adjacent organs and tissues, single-stage surgery was performed to remove the tumor en bloc together with sites metastatic organs and tissues. During the period of post-operative rehabilitation of all patients received appropriate intensive rehabilitation treatment aimed at prevention of septic complications, using antibacterial drugs, with the restoration and normalization of water and electrolyte balance, and protein, the active maintenance of the functions of vital organs and systems. Treatment of colorectal cancer complicated by colonic obstruction and metastases, with differentiated approach can serve as prevention of probability of a favorable outcome of the immediate and long-term results.

**Key words:** colorectal cancer, metastases, surgical treatment, holistic approach.

Как известно, колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и летальности от злокачественных новообразований в развитых странах мира. В настоящее время хирургический метод лечения КРР является основным, а его успехи определяются прежде всего комплексным подходом в зависимости от развившихся метастазов, состоянием организма и всех органов и систем больного. Анализ литературы свидетельствует, что КРР представляет сложную проблему, решение которой имеет клинически важное значение для практического здравоохранения. Улучшение результатов лечения больных данной категории, связано с решением таких вопросов, как выработка алгоритма обследования, определение четких показаний к комплексному подходу при хирургическом лечении, совершенствование методов по рациональному выбору тактики послеоперационного ведения и реабилита-

ции больных. В то же время сложность хирургического лечения КРР во многом определяется ранним развитием метастазов [1, 4].

Большая протяженность толстого кишечника, постоянная вегетация условно-патогенной микрофлорой, мезоперитонеальное расположение восходящего и нисходящего отделов способствуют быстрому развитию изменений в виде спаечно-воспалительных процессов, нарушений проходимости кишечника, кровотечения вследствие травматизации опухоли и развития метастазов. Эти осложнения, наступающие относительно рано на фоне опухолевого процесса, ухудшают непосредственные, а порой и отдаленные результаты хирургического лечения. Следует отметить, что до настоящего времени нет единого мнения в отношении хирургической тактики при осложненных формах КРР. Считается, что при плановых операциях в основном выполняется одномоментная резекция участка кишки с опухолью с восстановлением кишечной проходимости. Однако при осложненных формах КРР такая операция порой сопряжена с риском развития несостоятельности анастомоза. Поэтому во многих клиниках при данной патологии используется одностольная колостома, операция по типу Гартмана, которая на сегодня многими онкохирургами воспринимается как «Золотой стандарт» при осложненных формах КРР [2, 3, 7].

Наряду с этим, многоэтапные операции при выполнении первого этапа без удаления опухоли чреваты дальнейшим развитием метастазов и страданиями больного. Это в полной мере относится к больным пожилого и старческого возраста. Наличие колостомы у таких пациентов зачастую усугубляет течение как основного, так и сопутствующих заболеваний, что затрудняет или даже полностью исключает возможность дальнейшего удаления опухоли. Поэтому возможные подходы к выбору метода оперативного вмешательства при КРР с метастазами все еще остается актуальной задачей современной клинической онкохирургии [5, 6, 8].

**Цель исследования** – определить комплексный подход при одновременном оперативном вмешательстве у больных с колоректальным раком с метастазами.

**Материалы и методы исследования.** Настоящее исследование основано на лечении 31 больного с острой или частичной кишечной непроходимостью при КРР, среди которых было 13 больных мужского пола (41,9%) и 18 – женского пола (58,1%) в возрасте от 39 до 80 лет (средний возраст составил  $63,1 \pm 1,7$  лет). Локализация опухолевого процесса была определена в области ободочной (12 больных, 38,7%), сигмовидной кишки (11 больных, 35,5%) и прямой кишки (8 больных, 25,8%). В 21 случае (67,7%) первичная опухоль была инфильтрирована во все слои кишечной стенки с прорастанием в прилежащие органы и структуры. При этом метастазы в печень выявлены у 7 больных (22,6%), в регионарные лимфатические узлы – у 5 больных (16,1%) и в другие органы и ткани – у 9 больных (29,1%). Оперативному вмешательству были подвергнуты 29 больных (93,5%). В двух случаях опухоли оказались неоперабельными (6,5%). Следует отметить, что больные в случае острой кишечной непроходимости подвергались оперативному вмешательству в первые 2-4 часа после поступления в стационар. В других случаях пациенты были прооперированы по срочным показаниям в различные сроки поступления в стационар, либо в плановом порядке из-за безуспешного применения консервативных методов лечения.

В предоперационном периоде осуществлялась механическая очистка дистальных отделов толстой кишки очистительными клизмами, а также рентгеноскопия органов брюшной полости и ректороманоскопия. Вопрос о первичном восстановлении кишечной непрерывности и комплексном подходе при хирургической операции решался в зависимости от состояния и возраста больного, стадии опухолевого процесса, наличия метастазов и сопутствующих заболеваний. Но самым серьезным противопоказанием для первичного восстановления кишечной непрерывности считается наличие перитонита. Антибиотики широкого спектра действия использовались до, в ходе и после операции с целью подавления патогенной микрофлоры и предотвращения гнойно-септических осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** Основываясь на клинических данных, нами была выполнена радикальная операция по удалению опухоли у 29 больных с 3-й стадией КРР с локализацией процесса в следующих областях. При выявлении опухоли в ободочной кишке (12 больных – 41,4%) определялись одиночные метастазы в печень (у 7 больных), которые иссекались в комплексе с одновременным удалением опухолевого участка ободочной кишки. У 3 больных из этой группы опухоль прорастала в петли тонкого кишечника, в результате чего производилась резекция пораженного участка тонкого кишечника единым комплексным подходом в виде целого блока с опухолью ободочной кишки.

У 9 больных (31,0%) опухоль располагалась в области сигмовидной кишки с явлениями метастазов в близлежащие лимфатические узлы (в 5 случаях), а также в тело матки и придатки у больных женского пола (в двух случаях). В этих случаях использовался комплексный подход в виде одномоментной резекции опухоли с маткой и придатками, с удалением пораженных лимфатических узлов и с наложением колостомы или обходных анастомозов.

В 8 случаях (27,6%) локализация опухоли определялась в прямой кишке с метастазами в области брыжейки (в двух случаях) и в близлежащие лимфатические узлы (в 4 случаях), в матку и придатки больных женского пола (в трех случаях). У этих больных была произведена комплексная резекция участка прямой кишки с удалением пораженных лимфатических узлов и части брыжейки, а также матки с

придатками. Этим больным накладывались различные стомы или обходные анастомозы. У всех больных на последнем этапе производилось восстановление проходимости кишечной трубки.

В послеоперационном периоде все больные получали соответствующее интенсивное восстановительное лечение, направленное на профилактику гнойно-септических осложнений, используя противобактериальные препараты, с восстановлением и нормализацией водно-электролитного и белкового баланса, с активным поддержанием функций жизненно-важных органов и систем [4, 6, 9].

Послеоперационные осложнения были отмечены в 7 случаях (24,1%), среди них несостоятельность анастомозов была отмечена в двух случаях, некроз низведенной кишки возник у трех больных, осложнившись параректальным абсцессом. У двух больных были отмечены гнойно-септические осложнения в области операционной раны с развитием внутрибрюшного абсцесса. Ранняя послеоперационная летальность была отмечена в одном случае.

По результатам наших клинических наблюдений нам не удалось выявить различий в прогнозе хирургического лечения среди больных мужского и женского пола, а также изменений в зависимости от локализации опухолевого процесса, степени распространения на близлежащие органы и ткани. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 21 пациента (72,4%) из 29 оперированных. Пятеро больных выбыли из-под наблюдения в связи со сменой места жительства или неявкой на контрольные обследования, трое умерли в сроки от 1,5 до 3-х лет. Общая послеоперационная летальность составила 13,8%. Сроки наблюдения пациентов варьировали от 12 месяцев до пяти лет. При этом функциональные нарушения за указанный период послеоперационных наблюдений были отмечены у 7 больных, которым была оказана соответствующая адекватная профессиональная помощь при контрольных посещениях и обследованиях больных.

Таким образом, при разработке алгоритма диагностики и тактики при комплексном подходе хирургического лечения больных КРР учитывались не только степень распространенности опухолевого процесса и объективная оценка общесоматического статуса, но и оценка состояния больного по шкалам объективизации и возможность комплексного подхода при хирургическом лечении данной патологии, что может способствовать значительному снижению как числа послеоперационных осложнений, так и летальности [5, 6].

**Заключение.** Таким образом, лечение колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью, позволяет полагать, что правомерность избирательного и дифференциального подхода к выбору тактики лечения при комплексном подходе, в зависимости от сложности и стадии опухолевого процесса, степени глубины и ареала распространения метастазов, возраста и состояния пациентов, может служить предиктом высокой вероятности благоприятного исхода непосредственных и отдаленных результатов при комплексном подходе хирургического лечения колоректального рака.

### Литература

1. Алиев С.А. Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии // Вестник хирургии. 1999. №3. С. 66–69.
2. Кныш В.И., Черкес В.Л. Восстановление непрерывности кишечной трубки после операции Гартмана // Хирургия. 1996. №6. С. 23–25.
3. Хирургическое комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени / Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н. [и др.] // Онкологическая колопроктология. 2011. №1. С. 32–40.
4. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. Клинические рекомендации. М.: Гэотар-Медиа, 2006. 720 с.
5. Preoperative serum levels of serum VEGF-C is associated with distant metastasis in colorectal cancer patients / Alabi A. [et al.] // Int.J.Colorectal Dis. 2009. №24. P. 269–274.
6. Berretta S., Barbagallo S., Bonanno S. Our experience with the Hartmans operation in colorectal emergencies // Minerva Chir. 2000. V.55. P. 247–258.
7. Single-incision laparoscopic colectomy using the Gelport system for early colon cancer / Egi H., Okajama M., Hinoi T. [et al.] // Scand.J.Surg. 2012. №101(1). P. 16–20.
8. Comparative analysis of predictive biomarkers for therapeutical strategies in colorectal cancer / Gasser M. [et al.] // Ann. Surg. Oncol. 2007. №4. P. 1272–1284.
9. Comparison of the prognostic value of selected markers of the systemic inflammatory response in patients with colorectal cancer / Leitch E. [et al.] // Br.J.Cancer. 2007. №97. P.1266–1270.

### References

1. Aliev SA. Taktika hirurgicaleskogo lechenija posleoperacionnyh oslozhnenij u bol'nyh s obturacionnoj neprohodimost'ju obodochnoj kishki opuholevoj jetiologii. Vestnik hirurgii. 1999;3:66-9. Russian.

2. Knysh VI, Cherkes VL. Vosstanovlenie nepreryvnosti kishhechnoj trubki posle operacii Gartmana. Hirurgija. 1996;6:23-5. Russian.
  3. Patjutko II, Sagajdak IV, Poljakov AN, et al. Hirurgicheskoe kombinirovannoe lechenie bol'nyh kolorektal'nym rakom s metastaticheskim porazheniem pecheni. Onkologicheskaja koloproktologija. 2011;1:32-40. Russian.
  4. Chissov VI, Dar'jalova SL. Onkologija. Klinicheskie rekomendacii. Moscow: Gjeotar-Media, 2006. Russian.
  5. Alabi A, et al. Preoperative serum levels of serum VEGF-C is associated with distant metastasis in colorectal cancer patients. Int.J.Colorectal Dis. 2009;24:269-74.
  6. Berretta S, Barbagallo S, Bonanno S. Our experience with the Hartmans operation in colorectal emergencies. Minerva Chir. 2000;55:247-58.
  7. Egi H, Okajama M, Hinoi T, et al. Single-incision laparoscopic colectomy using the Gelport system for early colon cancer. Scand.J.Surg. 2012;101(1):16-20.
  8. Gasser M, et al. Comparative analysis of predictive biomarkers for therapeutical strategies in colorectal cancer. Ann. Surg. Oncol. 2007;4:1272-84.
  9. Leitch E, et al. Comparison of the prognostic value of selected markers of the systemic inflammatory response in patients with colorectal cancer. Br.J.Cancer. 2007;97:1266-70.
- 

**Библиографическая ссылка:**

Тананян А.О. Хирургическое лечение больных колоректальным раком с метастазами в ближайшие органы и ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №1. Публикация 2-17. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-1/2-17.pdf> (дата обращения: 02.03.2016). DOI: 10.12737/18448.