

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРАВОГО ФЛАНГА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Сельнягина Л.А., Воробей А.В., Вижинис Е.И., Махмудов А.М., Тихон В.К.*

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь*

*Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, Минск, Республика Беларусь*

**Реферат.** Предметом исследования были осложнения рака правого фланга ободочной кишки, варианты оперативных вмешательств. В 93,7% экстренных операций были сформированы первичные анастомозы. Послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнение релапаротомии в первой (экстренной) и второй (плановой) группах, составили 11,2 и 9% соответственно. Трех- и 5-летняя выживаемость в первой и второй группах составила 63,6 и 65,8%, 40,8 и 59,1% соответственно.

**Ключевые слова:** рак правого фланга ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, мезоколонэктомия, лимфодиссекция.

**Summary.** The subject of the study was complicated right colon cancer and options for there surgical treatments. In 93.7% of emergency operations were performed with primary anastomosis. Postoperative complications need to perform relaparotomy in the first (emergency) and second (elective) groups 11.2 and 9% respectively; 3 and 5 year survival rate in the first and second groups were 63.6 and 65.8%, 40.8 and 59.1% respectively.

**Keywords:** right colon cancer, right hemicolectomy, mesocolic excision, lymph node dissection.

**Введение.** Сохраняется высокий уровень заболеваемости раком ободочной кишки (26,7 на 100000 населения в 2013 г. в Беларуси). Пятилетняя выживаемость в 2008–2012 гг. составила 42,4% [3].

Обтурационная кишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака ободочной кишки, встречается от 5–60% [1]. Перфорация опухоли встречается у 0,5–5,4% пациентов, кровотечение из распадающейся опухоли еще реже [1, 4].

Операцией выбора при раке правого фланга ободочной кишки является правосторонняя гемиколэктомия с мезоколонэктомией, высокой перевязкой сосудов и ДЗ уровнем лимфодиссекции, которую предложил W. Hohenberger в 2009 г. [2, 5, 6].

**Цель работы** — изучить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с осложнениями рака правого фланга ободочной кишки.

**Материалы и методы.** Исследование выполнили на основе клинического материала, включающего 190 первичных пациентов, страдающих раком правого фланга ободочной кишки, получивших хирургическое лечение на базе хирургических и проктологического отделений Республиканского центра хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (РЦХГ и КП) за 2003–2014 гг. Объединенная группа пациентов характеризовалась следующими признаками: 1) соотношение мужчин к женщинам составило 1:1,3; 2) средний возраст пациентов —  $68,5 \pm 0,3$  года; 3) чаще всего опухоли локализовались в слепой кишке — 26,8%, восходящем отделе — 26,8%, печеночном изгибе — 23,1%; поперечно-ободочной кишке — 18,4%; 4) первично-множественные опухоли наблюдали в 4,7%; 5) преобладали II и III стадии опухолевого роста — 42,6 и 28,9% соответственно; 6) по гистологической структуре преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы — 75,7%.

Предметом исследования были осложнения рака правого фланга ободочной кишки, варианты оперативных вмешательств, разновидности примененных межкишечных соустьев, послеоперационные осложнения, показатели 3- и 5-летней выживаемости. Пациенты были разделены на 2 группы: первая (80 пациентов) — оперированы по экстренным показаниям, вторая (110 пациентов) — оперированы в плановом порядке. Показаниями к экстренной операции были: острая кишечная непроходимость — 58 (72,5%), перфорация опухоли — 14 (17,5%), кровотечение — 5 (6,2%), перитонит — 3 (3,7%).

Дизайн исследования хирургического метода лечения пациентов первой и второй групп представлен в таблице 1.

Таблица 1. — Дизайн исследования хирургического метода лечения первой и второй группы пациентов

Ретроспективное исследование (2003–2014 гг.)			
Сравнительная оценка метода оперативного лечения			
Общая характеристика пациентов		– pT1-4N0-2M0-1 – экстренная операция, группа 1 (n = 80) – плановая операция, группа 2 (n = 110)	
Исследуемые группы		Группа 1 (n = 80)	Группа 2 (n = 110)
1	Пациенты, подвергнутые правосторонней гемиколэктомии	62	53
2	Пациенты, подвергнутые правосторонней гемиколэктомии с мезоколонэктомией и ДЗ лимфодиссекцией	5	36
3	Пациенты, подвергнутые лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с мезоколонэктомией и лимфодиссекцией ДЗ	–	2
4	Пациенты, подвергнутые расширенной правосторонней гемиколэктомии	9	6
5	Пациенты, подвергнутые расширенной правосторонней гемиколэктомии с мезоколонэктомией и ДЗ лимфодиссекцией	–	6
6	Пациенты, подвергнутые резекции поперечно-ободочной кишки	2	4
7	Пациенты, подвергнутые субтотальной колэктомии и колэктомии	2	3

## Окончание таблицы 1

Варианты межкишечных анастомозов			
1	«конец в конец» — инвагинационный	46	54
2	«конец в конец» — однорядный	18	42
3	«конец в конец» — аппаратный	1	2
4	«конец в бок» — инвагинационный	2	—
5	«конец в бок» — однорядный	7	—
6	«конец в бок» — аппаратный	—	4
7	«бок в бок» — аппаратный	—	6
8	2 анастомоза	1	2
9	Концевая илеостомия	5	—

У всех пациентов с острой кишечной непроходимостью производили интраоперационную декомпрессию приводящей кишки по методике клиники с последующей оценкой возможности завершения операции формированием первичного анастомоза, что и выполнили в 93,7% случаев. Если после декомпрессии приводящий отдел кишки не уменьшался в размерах, сохранялся парез или была клиническая картина разлитого перитонита, то операцию завершали формированием концевой илеостомы (6,2%).

**Результаты и их обсуждение.** Подавляющему числу пациентов обеих групп выполнили правостороннюю гемиколэктомию, в 25,8% с мезоколонэктомией и лимфодиссекцией ДЗ. В 93,7% экстренных операций были сформированы первичные анастомозы. Послеоперационные осложнения (таблица 2), потребовавшие выполнения релапаротомии в первой и второй группах, составили 11,2 и 9% ( $z = 1,00$ ;  $p > 0,20$ ;  $x^2 = 0,99$ ). Трехлетняя выживаемость в первой группе составила 63,6%, во второй — 65,8% ( $z = 5,64$ ;  $p < 0,001$ ;  $x^2 = 31,85$ ). Пятилетняя выживаемость составила — 40,8% в первой группе и 59,1% — во второй ( $z = 3,79$ ;  $p < 0,001$ ;  $z^2 = 14,38$ ). Различия в 5-летней выживаемости обусловлены тем, что пациентам первой группы в большинстве случаев выполняли стандартную правостороннюю гемиколэктомию, пациентам второй группы с 2011 г. выполняют мезоколонэктомию и лимфодиссекцию ДЗ.

Таблица 2. — Характеристика послеоперационных осложнений

Осложнения, потребовавшие выполнение релапаротомии	Группа 1	Группа 2
Несостоятельность анастомоза	3	3
Внутрибрюшное кровотечение	2	3
Острая перфоративная язва ДПК	—	1
Инфицированная гематома	1	1
Поддиафрагмальный абсцесс	—	2
Острая кишечная непроходимость	1	—
Панкреонекроз	1	—
Стриктура мочеточника	1	—
Осложнения, потребовавшие малоинвазивных вмешательств и консервативной терапии		
Подпеченочный абсцесс	1	—
Кровотечение из острой язвы желудка	—	1
Механическая желтуха	—	1
Наружный кишечный свищ	2	—
Спаечная кишечная непроходимость	—	1
ТЭЛА	2	2

**Заключение.** Основной операцией при осложненном раке правого фланга ободочной кишки была правосторонняя гемиколэктомия; оперативное пособие предпочтительно завершать формированием первичного анастомоза; объем радикального вмешательства должен включать правостороннюю гемиколэктомию с мезоколонэктомией, высокую перевязку сосудов и Д3 уровень лимфодиссекции.

### **Литература**

1. Колоректальный рак / А.В. Воробей [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2005. — 160 с.
2. Отдаленные результаты лечения рака правой половины ободочной кишки с применением мезоколонэктомии и Д3-лимфодиссекции / С.К. Ефетов [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2014. — Т. 24, № 1. — С. 62–70.
3. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин; под ред. О.Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им Н.Н. Александрова, 2014. — С. 77–84
4. Филлипс, Р.К. Колоректальная хирургия / Р.К. Филлипс; под ред Г.И. Воробьева. — М.: ГЭОТАР-Медия, 2009. — С. 49–73.
5. Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome / W. Hohenberger [et al.] // Colorect. Dis. — 2009. — Vol. 4, № 11. — P. 354–365.
6. D3 Lymph Node Dissection in Right Hemicolectomy with a No-touch Isolation Technique in Patients With Colon Cancer / Y. Kanemitsu [et al.] // Dis. Colon. Rectum. — 2013. — Vol. 7, № 56. — P. 815–824.