

*Э.Г. Топузов, Е.А. Ерохина, Э.Э. Топузов, О.Н. Кислицина,
Е.И. Дрогомирецкая, В.К. Балашов*

Хирургическая коррекция послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных колоректальным раком

ФГБОУВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург

В работе изучены результаты лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных, перенесших вмешательства по поводу рака толстой кишки. Оценено влияние сроков повторной операции. Обсуждается объем хирургической коррекции при несостоятельности швов анастомоза. Результаты исследования позволили выделить наиболее рациональные сроки и объем хирургической коррекции послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных колоректальным раком.

Ключевые слова: рак толстой кишки, послеоперационный период, лечение осложнений

Колоректальный рак занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости [3, 4, 6,]. Основным способом лечения опухолей этой локализации является хирургическое вмешательство, результаты которого во многом зависят от появления послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВБО), частота которых иногда достигает 30-40% [1, 5, 11]. Среди причин их развития отмечают увеличение числа больных пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, объем

и травматичность выполняемых хирургических вмешательств, микробную контаминацию раны, нарушение кровоснабжения анастомозируемых концов кишки, погрешности в хирургической технике. Нерациональная тактика лечения осложнений ведет к развитию распространенного перитонита и повышению летальности до 83% [7, 9, 10]. До настоящего времени актуальным остается вопрос о сроках и объеме хирургической коррекции ПВБО. Предлагается множество методик от консервативного лечения до широкой релапаротомии с различным объемом вмешательства. Некоторые хирурги применяют метод программированных релапаротомий, другие выполняют повторное вмешательство по требованию [2, 8, 12].

Целью исследования явилось изучение результатов лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений и определение рациональных путей их хирургической коррекции.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 1510 больных, оперированных по поводу верифицированного рака толстой кишки в клиниках и клинических базах СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 1999 по 2015г. Из них послеоперационные вну-



Рис. 1. Частота послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных (n=1510), оперированных по поводу рака толстой кишки

трибрюшные осложнения (ПВБО) диагностированы у 154 (10,2%). Мужчин было 87 (56,5%), женщин — 67 (43,5%). Средний возраст составил 67±2 лет.

Частота ПВБО у больных раком толстой кишки представлена на рис. 1.

Характер послеоперационных внутрибрюшных осложнений представлен в табл. 1.

Таблица 1. Структура послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных колоректальным раком

Осложнение	Частота осложнения	
	п	%
Несостоятельность кишечных швов	60	38,9
Кишечная непроходимость	23	14,9
Абсцессы	14	9,1
Кровотечение	11	7,1
Перфорация острых язв	11	7,1
Перитонит без четко выявленного источника	10	6,5
Несостоятельность колостомы	8	5,2
Некроз низведенной кишки	5	3,2
Мезентериальный тромбоз	3	1,9
Сочетанные осложнения	9	5,8
Всего	154	100%

Наиболее частым ПВБО явилась несостоятельность швов анастомоза (38,9%). У большинства (94,2%) больных имелись сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистые, бронхолегочные, печени и желчевыводящих путей, мочевыводящей системы, обменные нарушения. Гистологической структурой опухоли в 95% наблюдений явилась аденокарцинома различной степени дифференцировки. Основные операции выполнялись под общим обезболиванием у 80 (51,9%) больных в плановом порядке, у 74 (48,1%) — экстренно. ПВБО чаще развивались после резекции поперечной ободочной кишки (28,6%), субтотальной колэктомии (25%) и левосторонней гемиколэктомии типа Гартмана (17,8%). Следует отметить, что несостоятельность кишечных швов чаще всего наблюдалась при формировании колоректальных анастомозов.

Распределение больных с ПВБО по стадиям заболевания отражено в табл. 2.

Таблица 2. Распределение больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями по стадиям заболевания

Стадия заболевания	п больных (%)
T1-3N0M0	56 (36,4%)
T3-4 NxM0	45 (29,2%)
T3-4 N1M0	23 (14,9%)
T3-4N1M1	30 (19,5%)
Всего	154 (100%)

Среди больных с ПВБО распространенный опухолевый процесс, соответствующий стадиям T3-4N1M0 и T3-4N1M1 отмечен только в 14,9% и 19,5% наблюдений соответственно. Большую часть составила доля более ранних стадий — 65,6% (36,4% и 29,2%) (p<0,05).

С целью своевременного выполнения хирургической коррекции ПВБО применялась схема клиничко-лабораторного мониторинга включающая динамическое наблюдение за состоянием больных, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенологические методы, компьютерная томография, лапароскопия. В диагностике осложнений особое внимание уделялось сочетанию клинических проявлений, полученных в динамике, таких как: вздутие живота, задержка стула и газов, лихорадка, тахикардия. Хирургическая коррекция выполнялась под общим обезболиванием у 145 больных с ПВБО после верификации их диагноза, 9 больных получали только консервативную терапию. Статистический анализ исследования выполнен с помощью Microsoft Excel и пакета Statistica 6.0. Критерием статистической достоверности полученных результатов считали p<0,05.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных хирургической коррекции у 145 больных с осложнениями показал важность учета ряда факторов. Особое внимание обращали на сроки ее выполнения с момента диагностики ПВБО (рис. 2).

Оказалось, что больше (65,2%) благоприятных исходов наблюдалось, если повторная операция выполнялась в первые сутки с момента верификации осложнения. На 3 сутки и позже результаты ухудшались, выживаемость состави-

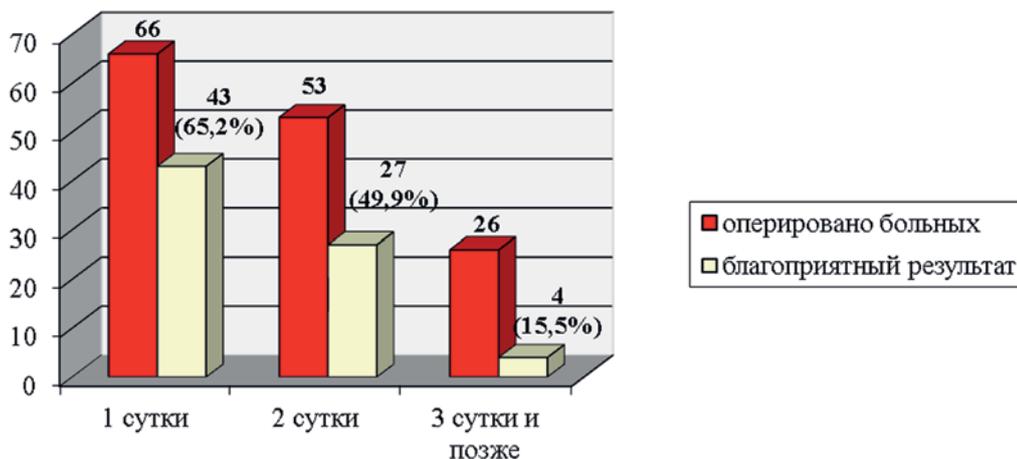


Рис. 2. Результаты лечения больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями в зависимости от сроков хирургической коррекции

ла только 15,5%. Особенно большое значение сроки выполнения хирургической коррекции имели при несостоятельности кишечных швов, кровотечении, перфорации острых язв, острой кишечной непроходимости, мезентериальном тромбозе. Промедление с решением вопроса об операции в течение 48 часов не являлось критическим только у больных с абсцессами брюшной полости. Но отсрочка хирургической коррекции на 3 суток и более во всех наблюдениях имела негативные последствия — летальность в этой группе достигала 84,5% ($p < 0,05$).

Несмотря на активную хирургическую тактику, консервативное лечение получали 9 больных: 6 с несостоятельностью кишечных швов, двое с абсцессами брюшной полости и один с перитонитом без четко выявленного источника. Двое из этой группы не были оперированы повторно из-за тяжелого общего состояния вследствие декомпенсации сопутствующих заболеваний. У 7 больных клиническая картина осложнения была стерта, и поначалу не было признаков распространенного перитонита. Им проводилась интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия, лаваж зоны анастомоза через дренажи. Однако попытки консервативного лечения были безуспешными. У всех больных развился распространенный перитонит, послуживший причиной неблагоприятных исходов.

Объем хирургической коррекции определялся индивидуально, в зависимости от характера осложнения. Как правило, больным выполнялась релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Перфорации острых язв зашивались. При ретракции колостомы вследствие некроза концевой отдела выведенной кишки формировали anus praeternaturalis заново в другом месте передней брюшной стенки. После брюшно-анальной резекции при выявлении признаков нежизнеспособности низведенной в анальный канал кишки производили ее полное отключение с формированием двуствольной колостомы. При мезентериальном тромбозе тонкой кишки выполняли резекцию некротизированного участка с формированием анастомоза в пределах тканей с хорошим кровоснабжением. Остановка внутрибрюшного кровотечения производилась, путем релапаротомии или лапароскопии с последующей перевязкой, коагуляцией сосудов, а капиллярное кровотечение из ложа удаленной кишки — тампонированием прядью сальника. Острая кишечная непроходимость устранялась рассечением спаек, назоинтестинальной интубацией, формированием обходного анастомоза или формированием anus praeternaturalis. При абсцессах брюшной полости выполняли релапаротомию, вскрытие и дренирование гнойника. У ряда больных удалось достичь удовлетвори-

тельных результатов пункцией и дренированием абсцесса без широкой релапаротомии.

При анализе результатов хирургической коррекции несостоятельности швов анастомоза больные были разделены на несколько групп в зависимости от объема повторной операции (Табл.3). У большинства повторное вмешательство включало широкую релапаротомию с последующей санацией и дренированием брюшной полости.

Таблица 3. Результаты хирургической коррекции при несостоятельности швов анастомоза у больных, оперированных по поводу рака толстой кишки

Объем хирургической коррекции	п больных	Умерло
Укрепление зоны анастомоза дополнительными швами, прядью сальника, дренирование с последующим лаважем	3	3
Выведение анастомоза в виде пристеночной колостомы	2	2
Разобщение анастомоза или его резекция и выведение концов кишки в виде anus praeternaturalis	10	7
Укрепление анастомоза дополнительными швами и формирование anus praeternaturalis	4	1
Формирование anus praeternaturalis через сутки и позже после появления симптомов несостоятельности	13	4
Формирование anus praeternaturalis без широкой релапаротомии при первых признаках несостоятельности анастомоза	21	0
Диагностическая лапароскопия, формирование anus praeternaturalis при первых признаках несостоятельности анастомоза	7	0
Всего	60	17 (28,3%)

Из полученных данных видно, что помимо релапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости, объем хирургической коррекции включающий укрепление анастомоза дополнительными швами либо выведение его в виде пристеночной колостомы, а также разобщение или резекция межкишечного соустья и выведение концов кишки в виде anus praeternaturalis малоэффективны. Перечисленные варианты хирургической коррекции выполнялись у 15 больных, из них выжило лишь 3 (20%). В группе из 17 больных, которым формировался anus praeternaturalis с целью отключения несостоятельного кишечного соустья через сутки и позже после появления симптомов осложнения результаты лечения были более благоприятные. В этой группе выжило 12 (70,6%) больных. Среди пациентов, которым выполнялось отключение кишки в первые сутки с момента появления первых признаков осложнения, неблагоприятных исходов не было. Отсутствие разлитого перитонита позволило ограничить повторное вмешательство формированием anus praeternaturalis через небольшой отдельный разрез без широкой релапаротомии у 21 больного. Небольшой доступ позволял оценить на-

личие и характер выпота в брюшной полости и сделать вывод об отсутствии распространенного перитонита. У 7 пациентов объем хирургической коррекции заключался в выполнении лапароскопии, при которой был выявлен спаечный процесс в области анастомоза, ограничивающий несостоятельные кишечные швы и отсутствие признаков распространенного перитонита. Это также позволило ограничиться формированием anus praeternaturalis на приводящем отделе толстой кишки. При этом принципиальным являлось обязательное пересечение задней стенки колостомы, что позволяло полностью отключить кишку. Малый объем хирургической коррекции легче переносился пациентами и в то же время позволял создать условия для заживления анастомоза и предупредить дальнейшее развитие перитонита.

Выводы

1. Проведенное исследование показало, что для успешного лечения ПВБО важным является оценка сроков и объема хирургической коррекции. Операция, проведенная в ранние сроки с момента верификации осложнения, позволила достичь благоприятного результата лечения у 65.2% больных.

2. При несостоятельности толстокишечного анастомоза промедление с хирургическим вмешательством на 3 суток и более и проведение при этом операций с разобщением анастомоза, приводило к распространению перитонита, увеличивало летальность до 80% ($p < 0,05$).

3. При первых признаках несостоятельности толстокишечного анастомоза избежать распространенность перитонита и снизить летальность позволило полное отключение кишки (без разобщения анастомоза). Лучшие результаты получены при хирургической коррекции в первые сутки с формированием колостомы в объеме минилапаротомии или лапароскопии. Летальных исходов в этой группе ($n=28$) не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майстренко Н.А. Современные подходы в диагностике и лечении ранней послеоперационной кишечной непроходимости / Н.А. Майстренко, А.А. Курыгин, Ю.Н. Сухопара // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. — Волгоград.- 2000. — С. 190-191.
2. Маскин С.С., Дербенцева Т.В., Карсанов А.М. и др. Плановые и срочные релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях // Кубанский научный медицинский вестник. — 2013. — Т. 142. — № 7. — С. 101-106.
3. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (анализ базы данных ракового регистра по международным стандартам: забо-

- леваемость, смертность, выживаемость) // Под ред. проф. А.М. Беляева. — СПб, 2015. — 297 с.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году // Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2016. — 236 с.
 5. Топузов Р.Э. Оптимизация показаний применения лапароскопических технологий на хирургическом этапе лечения колоректального рака: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17. — СПб, 2016. — 24 с.
 6. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии // Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. М. — Литтерра, 2014. — 608 с.
 7. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. — М.: МЕДпресс-информ., 2004. — 371 с.
 8. Akasu T., Takawa M., Yamamoto S. et al. Risk factors for anastomotic leakage following intersphincteric for very low rectal adenocarcinoma // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14 (1). — P. 104-111.
 9. Kang J., Choi G.S., Oh J.H. et al. Multicenter analysis of long-term oncologic impact of anastomotic leakage after Laparoscopic total mesorectal excision // The Korean laparoscopic colorectal surgery. Study Group. Medicine (Baltimore). — 2015. — Vol. 94(29). — P. 1202.
 10. Kawada K., Hasegawa S., Hida K. et al. Risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic low anterior resection with DST anastomosis // Surg. Endosc. — 2014. — Vol. 28 (10). — P. 2988-2995.
 11. Ruggiero R., Sparavigna L., Docimo G., Gubitosi A., Agresti M., Procaccini E., Docimo L. Post-operative peritonitis due to anastomotic dehiscence after colonic resection. Multicentric experience, retrospective analysis of risk factors and review of the literature. // Ann. Ital. Chir. — 2011. — Vol. 82. — № 5. — P. 369-375.
 12. Trencheva K., Morrissey K.P., Wells M. et al. Identifying important predictors for anastomotic leak after colon and rectal resection: Prospective study on 616 patients // Ann. of Surgery. — 2013. — Vol. 257. — № 1. — P. 108-113.

Поступила в редакцию 23.03.2017 г.

*E.G. Topuzov, E.A. Erokhina, E.E. Topuzov,
O.N. Kislitsyna, E.I. Drogomiretskaya, V.K. Balashov*

Surgical correction of postoperative intraabdominal complications in patients with colorectal cancer

I.I. Mechnikov North-West State Medical University
St. Petersburg

The results of treatment of postoperative intraabdominal complications in patients who underwent surgical interventions for colon cancer were studied. The effect of the re-operation time was assessed. The volume of surgical correction was discussed in case of insufficiency of anastomosis sutures. The results of the study made it possible to identify the most rational timing and scope of surgical correction of postoperative intraabdominal complications in patients with colorectal cancer.

Key words: colon cancer, postoperative period, treatment of complications