

С.В. Антипова
Е.В. Калинин
В.В. Шляхтин

Луганский государственный
медицинский университет,
Луганск, Украина

Ключевые слова: первично-восстановительные оперативные вмешательства, отсроченные первично-восстановительные оперативные вмешательства.

ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 1022 больных, оперированных по поводу местно-распространенных и осложненных форм злокачественных опухолей малого таза и брюшной полости, включая первично-восстановительные операции — 674 и отсроченные первично-восстановительные операции — 239. При одномоментных операциях по всем сравниваемым параметрам получены лучшие результаты лечения, чем при многоэтапных хирургических вмешательствах. К первично-восстановительным операциям следует относиться как к обязательному этапу хирургического лечения, позволяющему сохранить естественные функции терминального отдела пищеварительного тракта, мочевыводящих путей и сосудов. В период с 1991 по 2008 г. количество послеоперационных осложнений уменьшилось с 46,2 до 25,5%.

ВСТУПЛЕНИЕ

В настоящее время возрастает интерес к реконструктивным и восстановительным операциям на толстой кишке (ТК). Это обусловлено тем, что хирургическое вмешательство вынуждено заканчиваться наложением кишечного свища в ряде клинических ситуаций: при выполнении операций по поводу рака прямой и ободочной кишки (РПК, РОК), воспалительных заболеваний ТК, дивертикулярной болезни и травм, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом. Восстановительные операции на ТК представляют последовательное выполнение мероприятий, предусматривающих определение границ резекции, оценку функционального состояния оставшихся участков кишки и возможности их дислокации в другие отделы брюшной полости, подготовку и наложение анастомоза, выбор оптимального способа его формирования, создание анатомо-функциональных (в том числе резервуарных) конструкций после удаления участка кишки.

Сегодня у каждого третьего онкологического больного к моменту установления диагноза процесс носит местно- и регионарно распространенный характер. Параллельно с увеличением заболеваемости РОК и РПК повышается частота их осложненных форм, которые составляют 60–89% [1, 2, 5]. Больные с обтурационной кишечной непроходимостью (до 85%), перифокальным воспалением (12–35%), перфорацией (2–27%) и кровотечением (4–15%) по линии экстренной медицинской помощи поступают в общехирургические стационары [2, 3, 5]. По данным разных авторов, от 40 до 60% радикально оперированных больных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические страдания. После операций типа Гартмана, выполненных в условиях осложненного течения, в 16–48% случаев происходит разви-

тие гнойно-воспалительных осложнений как в параколостомической области, так и в брюшной полости [4–6]. Неблагоприятные исходы при многоэтапных операциях связаны с оставлением опухоли в брюшной полости и формированием колостомы [2, 5, 6]. Стойкая инвалидность больных с колостомами, необходимость повторной реконструктивной операции, неконтролируемый акт дефекации, высокая частота (50,3%) параколостомических осложнений представляют сложную медико-социальную проблему, требующую дальнейшего решения [2, 6].

В настоящее время установлены показания к хирургическому лечению осложненных форм РПК и РОК, но по некоторым частным вопросам единого мнения пока нет. Отсутствует унифицированный подход к лечению таких осложнений, как перфорация и перифокальное абсцедирование. Высокие цифры послеоперационной летальности (46–50%) при первичных резекциях заставляют хирургов прибегать к выполнению двух-, а зачастую и трехэтапных хирургических вмешательств [3, 4, 6].

Опыт, накопленный онкологическими клиниками за последние 15–20 лет, существенно изменил представления о возможностях хирургического лечения осложненных, местно-распространенных опухолей брюшной полости и малого таза. На сегодняшний день на первый план выступают задачи не только проведения комбинированных оперативных вмешательств, но и одномоментного выполнения восстановительного этапа на мочевом и пищеварительном тракте. Однако до настоящего времени не отмечено широкого внедрения в хирургическую практику данного оперативного пособия. Наличие большого количества разработанных методик интраоперационной декомпрессии ТК, защиты анастомозов от несостоятельности, непрерывно про-

должающаяся работа хирургов в этом направлении говорят о том, что сегодня не существует «идеального» метода профилактики такого грозного осложнения, как несостоятельность анастомоза [2, 5, 6].

Первично-восстановительные операции имеют ряд бесспорных преимуществ перед реконструктивно-восстановительными. Прежде всего это отсутствие необходимости выполнения многоэтапных оперативных вмешательств, сокращение сроков хирургической и трудовой реабилитации.

Применение компьютерного томографа позволяет определить до операции степень распространения опухоли с точностью до 86–92%, однако довольно трудно оценить распространение в случае, когда воспалительная инфильтрация тканей может быть принята за опухолевую. Зачастую хирурги ограничиваются выполнением симптоматических вмешательств, заключающихся в формировании обходных анастомозов либо только пробной лапаротомией. По данным Донецкого противоопухолевого центра, в 79,2% случаев хирургам-онкологам удалось выполнить радикальное вмешательство после пробных лапаротомий, проведенных в общелечебной сети. Поэтому считаем целесообразным ввести понятие «отсроченные первично-восстановительные вмешательства» — операции, выполняемые уже после наложения различного рода колостом (как подготовительного этапа) с целью последующего одномоментного удаления опухолевого конгломерата и колостомы. Выполнение таких вмешательств рекомендуют через 2–3 нед после наложения колостомы и проведения предоперационной подготовки.

Учитывая все изложенное, можно констатировать, что на современном этапе развития хирургии осложненного РПК и РОК нерешенных моментов больше, нежели четких лечебно-тактических установок, касающихся сроков, объема и вида оперативных вмешательств, показаний к их выполнению. Есть необходимость переосмысления и унификации хирургической тактики в пользу расширения показаний к одномоментным оперативным вмешательствам с учетом реабилитации больных в социально-трудовом плане, а также пересмотра позиций двухэтапных операций в ургентных ситуациях. На характер хирургического лечения влияет правильность дооперационного диагноза не только относительно природы опухоли, но и степени распространения ракового процесса.

Цель исследования — анализ эффективности внедрения в клиническую практику Луганского областного клинического онкологического диспансера (ЛОКОД) первично-восстановительных и отсроченных первично-восстановительных оперативных вмешательств, направленных на улучшение результатов хирургического лечения запущенных, осложненных форм РОК и РПК.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 1022 историй болезни стационарных больных с осложненными, местно-распространенными злокачественными

опухолями органов малого таза и брюшной полости, оперированных на базе ЛОКОД в период с 1991 по 2008 г. Предметом изучения были случаи с осложненным течением опухолевого процесса.

Критерии включения в исследование: наличие у больного местно-распространенных форм РПК или РОК; отсутствие первично-множественных опухолей; наличие осложненных форм течения РПК и РОК. Возраст больных — от 20 до 82 лет ($62,0 \pm 4,4$ года), более 1/3 пациентов составили лица старше 61 года. Число женщин превышало число мужчин в 2,5 раза. Распределение больных в группы по ключевым параметрам исследования представлено в табл. 1, где указано, что при лечении осложненных форм РОК и РПК преобладали вмешательства одномоментного характера, частота отсроченных первично-восстановительных операций была в 2,9 раза ниже, обструктивных — в 5,2.

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от локализации опухоли и характера лечебной помощи

Характер хирургического лечения	Локализация первичной опухоли		
	Ободочная кишка	Прямая кишка	Всего, n (%)
Первично-восстановительные операции	201	473	674 (65,94)
Отсроченные первично-восстановительные операции	96	143	239 (23,38)
Обструктивные резекции	39	70	109 (10,66)
Всего	336	686	1022

Вопрос о лечебной тактике при перифокальном воспалении решали в пользу одномоментных вмешательств, несмотря на выраженный воспалительный процесс с развитием параканкротического абсцесса. У всех 346 больных (33,85%) с данным осложнением, которые были радикально оперированы, операции завершены в один этап. При разлитом перитоните рекомендуется проведение двухэтапного хирургического вмешательства; при местном ограниченном перитоните мы выполняем одномоментные оперативные вмешательства с восстановлением непрерывности кишечной трубки.

При кишечной непроходимости, вызванной РПК, в 100% случаев выполнено оперативное вмешательство по радикальной программе — брюшно-анальная резекция прямой кишки или экстирпация. При других локализациях в случае декомпенсированной кишечной непроходимости у 239 пациентов (23,4%) выполнены отсроченные первично-восстановительные оперативные вмешательства. На первом этапе в случае декомпенсированной кишечной непроходимости считаем целесообразным наложение кишечного свища, интубацию тонкой кишки, различные варианты интраоперационной декомпрессии кишечника. Вопрос о возможности выполнения одномоментной первично-восстановительной операции в случае субкомпенсированной кишечной непроходимости хирург решает самостоятельно, так как на этапе проведения операции это понятие субъективно. Возможный вариант лечения в этом случае — одномоментное радикальное оперативное лечение с интубацией кишечника, интра- и послеоперационной декомпрессией.

При перфорации оптимальной хирургической тактикой является применение этапных вмешательств. При данном осложнении рекомендуется придерживаться активной тактико-технической установки — резекции участка кишки вместе с опухолью и перфорационным отверстием без восстановления непрерывности кишечной трубки. Обструктивные резекции при осложненном РОК выполнены у 39 пациентов (11,60%), при РПК верхнеампулярного, среднеампулярного отделов у 70 (20,83%).

Из вариантов двухэтапных оперативных вмешательств в настоящее время мы используем методику создания «У»-образного анастомозирования. На первом этапе выполняется резекция опухоли с выведением концевой колостомы на переднюю брюшную стенку, проксимальнее стомы накладывается анастомоз «бок в бок» между приводящей и отключенной, дистальной кишкой. В некоторых случаях культи отключенной кишки просто фиксируется к колостоме. Повторное оперативное вмешательство чаще всего проводится через 3–4 нед, что значительно облегчает работу хирурга на втором этапе — проведения восстановительной операции (закрытие колостомы или формирование анастомоза).

При кровотечении из опухоли прямой кишки в случае отсутствия эффекта от консервативных мероприятий (местное воздействие на опухоль) проводили оперативное вмешательство по радикальной программе с одновременным переливанием эритроцитарной массы. При кровотечении из опухоли ободочной кишки, а также токсико-анемическом синдроме выполняли фракционное переливание эритроцитарной массы и цельной крови в течение 1 нед 2–3 раза. При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий (по данным колоноскопии) осуществляли оперативное вмешательство по радикальной программе с одновременным проведением гемотрансфузии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего послеоперационные осложнения отмечены нами у 432 больных, перенесших первично-восстановительные и отсроченные первично-восстановительные операции, что составило 42,27% (табл. 2). В некоторых случаях отмечали 2 и более осложнения. Преобладали больные с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями. В результате внедрения новых технологий, стратегических направлений и тактики хирургического лечения осложненных форм РПК и РОК частота осложнений после одномоментных оперативных вмешательств снизилась с 46,2–44,0 (1991–1998 гг.) до 25,3% (2005–2007 гг.), соответственно уменьшилась послеоперационная летальность с 19,1 до 4,5%. Частота восстановительных и пластических операций на мочевыводящих путях составила 25,2%, на аорте и подвздошных сосудах — 4,5%, сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке до 71,3%. Мы убеждены, что к первичному восстановлению непрерыв-

ности ТК и мочевых путей следует относиться как к обязательному этапу хирургического вмешательства, отказ от выполнения которого должен быть аргументированно обоснован. Радикальная операция должна проводиться при минимальном риске для больного. Если риск оперативного удаления опухоли был велик, мы выполняли минимальный объем — наложение кишечного свища как можно ближе к опухоли. А через 2–3 нед проводили радикальное вмешательство — удаление опухолевого конгломерата вместе с колостомой и восстановлением непрерывности пищеварительной трубки (отсроченные первично-восстановительные операции).

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений

Характер послеоперационных осложнений	Число осложнений, n	Частота осложнений, %
Гнойно-воспалительные, в том числе:	317	73,38
нагноение раны	254	58,78
перитонит	21	6,25
пневмония	23	7,25
экссудативный плеврит	19	5,10
Невоспалительные, в том числе:	45	10,42
несостоятельность анастомоза	23	51,21
непроходимость	14	31,31
эвентрация	8	17,90
Кардиореспираторные, в том числе:	70	16,20
сердечно-сосудистая недостаточность	56	80,20
тромбоэмболия легочной артерии	14	20,00
Итого	432	100,00

ВЫВОДЫ

1. Расширение показаний к выполнению первично-восстановительных операций позволило снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,8 раза, послеоперационную летальность в 4,2 раза, сократить длительность пребывания больных в стационаре и обеспечить медико-хирургическую экономичность по сравнению с этапным лечением.

2. Внедрение в хирургическую практику различных видов первично-восстановительных, расширенных и комбинированных операций дало возможность сохранить естественные функции терминального отдела пищеварительного тракта, мочевыводящих путей и сосудов. Освоение такого рода оперативных вмешательств способствует увеличению числа резектабельных больных, ранее считавшихся неоперабельными.

3. Отказ от выполнения первично-восстановительной операции должен быть аргументирован обоснованными противопоказаниями: перитонит, массивное кровотечение, выраженные нарушения водно-электролитного обмена, анемия, гипопротейнемия, тяжелое общее состояние больного с суб(де)компенсацией по сопутствующей патологии, при котором риск развития послеоперационных осложнений слишком велик и основная цель оперативного вмешательства — спасение жизни. В таких случаях мы предлагаем проводить минимальные по объему оперативные вмешательства — наложение кишечного свища, обходные анастомозы, с последующим (через 10–12 дней) направлением этих больных в онкологические диспансеры.

ЛИТЕРАТУРА

- Астахов ВА, Сергеева ОН. Непосредственные результаты выполнения расширенной аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии. /Высокие технологии в онкологии. Мат V Всеросс съезда онкологов. Казань, 2000: 243–5.
- Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / Под ред: МИ Давыдова, ЕМ Аксель / Вестн РОНЦ им. Блохина 2006; 17 (3, приложение 1): 202.
- Воробьев ГИ, Царьков ПВ, Одарюк ТС и др. Техника выполнения и непосредственные результаты аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии (с латеральной лимфодиссекцией) при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки. Анн хирургии 2000; (1): 53–60.
- Гуляев АВ, Симонов НН, Халтурин ВЮ. К вопросу о выполнении пластических операций на органах мочевыводящей системы при комбинированных резекциях сигмовидной и прямой кишок. Новые методы диагностики, лечения и организации работы: тез докл науч-практ конф ГМПБ 2. СПб, 1998: 33–4.
- Олейник ВВ, Симонов НН, Васильев СВ. Результаты лечения местно распространенных и метастазировавших опухолей органов малого таза (прямой кишки, женских половых органов, мочевого пузыря). Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: Сб научн трудов ГМПБ 2 (вып 3). СПб, 2003: 165.
- Симонов НН, Гуляев АВ, Максимов СЯ и др. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий. Вopr онкол 2000; (2): 224–8.

PRIMARY-RESTORATIVE AND EXTENDED PRIMARY-RESTORATIVE OPERATIONS AT COLORECTAL CANCER

S.V. Antipova, E.V. Kalinin, V.V. Shlyakhtin

Summary. The results of treatment of 1022 patients are analysed, operated on an occasion local widespread and complicated forms of malignant tumors of small pelvis and abdominal cavity region, including primary-restorative operations — 674 and the extended primary-restorative operations — 239. At one-stage operations on all compared parameters the best results of treatment are got, than at multistage surgical interferences. To primary-restoration operations it is necessary to belong as to the obligatory stage of surgical treatment allowing to save the natural functions of terminal segment of gastrointestinal tract, urinoexcretory ways and vessels. Postoperations complications went down in the period of 1991–2008 years from 46,2 to 25,5%.

Key Words: primary-restorative surgical interventions, extended primary-restorative surgical interventions.

Адрес для переписки:

Калинин Е.В.
91055, Луганск, Украина,
ул. Коцюбинского, 27, кв. 85