

Б.В. Сорокин
 В.Ю. Пироговский
 А.А. Тараненко
 Р.К. Тащев
 С.Д. Мясоедов
 С.А. Злобенец
 С.П. Задорожний
 Н.Н. Лященко
 С.В. Племянник
 О.И. Адаменко
 А.Д. Ноес

Киевская областная
 клиническая больница

Национальная академия
 последилового образования
 им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Ключевые слова: колоректальный
 рак, ранние послеоперационные
 осложнения, профилактика.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Резюме. *Описан алгоритм предоперационной подготовки, а также особенности обезболивания, операционной и послеоперационной тактики лечения больных колоректальным раком. Проанализирована частота ранних послеоперационных осложнений и сопоставлена с показателями, полученными отечественными и зарубежными авторами.*

ВВЕДЕНИЕ

Операции по поводу колоректального рака (КРР) считаются одними из наиболее сложных в абдоминальной хирургии и зачастую сопровождаются послеоперационными осложнениями, а также летальностью. Согласно историческим данным, летальность после операций по поводу КРР в 30-е годы XX в. составляла 80%, в 50-е — 14–16% [1]. Результаты хирургического лечения удалось улучшить за счет введения в клиническую практику современных медицинских технологий, методов обследования; усовершенствования анестезиологического обеспечения, рациональной антибактериальной терапии. Однако показатель послеоперационной летальности все еще остается высоким и в настоящее время достигает около 4% [2]. Основными причинами послеоперационной летальности являются: перитонит, травматический шок, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК), ранняя спаечная болезнь, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы [3]. С целью предупреждения послеоперационных осложнений рекомендован ряд мероприятий: ранняя активация пациентов; адекватное обезболивание во время операции и в послеоперационный период; восстановление водно-электролитного баланса; назначение низкомолекулярных гепаринов, блокаторов H_2 -рецепторов или ингибиторов протонной помпы; коррекция сопутствующей патологии в предоперационный период; щадящая операционная тактика; раннее парентеральное и энтеральное питание; адекватная подготовка кишечника [4–7].

Цель этого сообщения — анализ профилактической эффективности в отношении ранних послеоперационных осложнений алгоритма лечения больных

КРР, используемого в отделении проктологии Киевской областной клинической больницы (КОКБ).

За период с 2004 по 2010 гг. в отделении проктологии КОКБ было прооперировано 417 больных КРР (женщин — 54,6%, мужчин — 45,4%), из них раком ободочной кишки — 169 (40,5%), раком прямой кишки — 248 (59,47%). Возраст пациентов колеблется от 31 до 80 лет, старше 60 лет — 68,3%. I стадия заболевания установлена у 3%, II — у 74,6%, III — у 19,4%, IV — у 3% больных. Более половины пациентов имели сопутствующую патологию: сердечно-сосудистой системы (53%), органов пищеварения (19%), эндокринной системы (9%), мочевыделительной системы (3%), половой системы (5%).

При лечении больных КРР в клинике использовали следующий алгоритм:

— обследование в предоперационный период согласно стандартам с обязательным привлечением смежных специалистов для консультации нуждающихся в этом пациентов;

— коррекция сопутствующей патологии в предоперационный период (в том числе при сахарном диабете — нормализация гликемии; при варикозной болезни — венэктомия, эластическое бинтование нижних конечностей; при язвенной болезни — противоязвенная терапия);

— тщательная подготовка кишечника — за 3 суток до операции питание адаптированными смесями, назначение макроголов (Фортранс), с 2007 г. подготовка дополнена очистительным сеансом гидроколонтерапии;

— использование комбинированной анестезии с пролонгированным введением анестетиков в перидуральный катетер в течение 4–5 дней после операции (для адекватного обезболивания и раннего возобновления перистальтики);

— объем оперативных вмешательств проводили соответственно локализации опухоли (при правосторонней — правосторонняя гемиколэктомия, при левосторонней — левосторонняя гемиколэктомия, в поперечно-ободочной кишке — резекция поперечно-ободочной кишки, в сигмовидной кишке — сигмоидэктомия, в верхнеампулярном отделе прямой кишки — передняя резекция с аппаратным анастомозом, в среднеампулярном и нижнеампулярном отделах без поражения сфинктерного аппарата — низкая передняя резекция или интерсфинктерная резекция, при поражении сфинктерного аппарата прямой кишки — экстирпация прямой кишки) (таблица);

— при наличии хронического заболевания других органов брюшной полости или брюшной стенки выполняются симультантные операции, так как у 20–30% прооперированных пациентов возможно обострение такой патологии в послеоперационный период [8];

— для профилактики недостаточности анастомоза проводятся мероприятия по его защите (при правосторонней гемиколэктомии и резекции поперечно-ободочной кишки — дивульсия сфинктера, при левосторонней гемиколэктомии, сигмоидэктомии, передней резекции — дивульсия сфинктера с трансанальной интубацией проксимальнее анастомоза. При низких передних резекциях перечисленные методы дополняются чрезпромежностным ретроректальным дренированием крестцовой ямки, отграничением брюшной полости от анастомоза брюшиной и формированием протектирующей трансверзостомы);

— обязательное пребывание больных в первые сутки после операции в отделении интенсивной терапии;

— для профилактики ранней спаечной болезни, осложнений со стороны дыхательной системы, ТЭЛА проводится ранняя активизация пациентов, ЛФК, дыхательная гимнастика, раннее энтеральное питание (через 12 ч после операции адаптированными смесями).

Таблица

Виды хирургических вмешательств, выполненных у больных КРР

Операции	n (%)
Правосторонние гемиколэктомии (в том числе расширенные)	44 (10,5)
Левосторонние гемиколэктомии	28 (6,7)
Сигмоидэктомии	66 (15,8)
Резекция поперечно-ободочной кишки	2 (0,4)
Передние резекции прямой кишки	109 (26,3)
Низкие передние резекции прямой кишки	46 (11,0)
Интерсфинктерные резекции	6 (1,4)
Экстирпации прямой кишки	42 (10,1)
Обструктивные резекции толстой кишки	47 (11,3)
Колпроктэктомии	8 (1,9)

По данным разных авторов, показатель резектабельности у больных КРР колеблется от 34 до 82% [9–11]; по нашим данным, резектабельность — 80%. Сочетанных операций проведено 76 (18,2%), комбинированных — 42 (10,07%) (в том числе с резекцией печени — 11 (2,6%)), первично-восстановительных — 87,2%.

Из 227 аппаратных анастомозов недостаточность возникла в 5 случаях (все случаи отмечали в ранний период использования соответствующей техники), что составило 2,2%. По данным других авторов, недостаточность анастомоза возникала у 12,6–18,6% прооперированных пациентов [7, 12, 14] и была ликвидирована консервативно, в среднем в течение 2 нед. У 2 больных развилась ТЭЛА, в 3 случаях отмечена ранняя спаечная непроходимость, в 12 — нагноение послеоперационной раны, в 2 — желудочно-кишечное кровотечение. Общее количество ранних послеоперационных осложнений — 24. Летальных случаев за данный период насчитывается 2 (оба вследствие ТЭЛА). Таким образом, частота осложнений в раннем послеоперационный период — 5,7%, летальность — 0,5%.

ВЫВОД

Благодаря отработанному алгоритму ведения пациентов с КРР в пред-, интра- и послеоперационный период удалось минимизировать летальность до 0,5% и снизить частоту осложнений в раннем послеоперационный период до 5,7%, что свидетельствует о профилактической эффективности описанного алгоритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров ВБ. Рак прямой кишки. Москва, 1977: 199 с.
2. Баулин АА, Баулина ЕА, Лесин ВН, Баулин ВА. Профилактическая и лечебная программы при несостоятельности толстокишечных анастомозов. Мат II съезда колопроктолог стран СНГ, III съезда колопроктол Украины. Одесса, 2011: 386–7.
3. Яицкий НА, Седов ВЖ, Васильев СВ. Опухоли толстой кишки. Москва, 2004: 376 с.
4. Алексеев АВ. Профилактика возникновения несостоятельности швов межкишечных анастомозов в неотложной хирургии. Мат II конгресса хирургов Украины. Киев-Донецк, 1998: 501.
5. Лохвицкий СВ, Дарвин ВВ. Профилактика несостоятельности швов ободочной кишки при ее повреждениях. Хирургия 1992; 9–10: 51–6.
6. Левчик ЕЮ, Абоянц РК, Истранов ЛП. Способы защиты швов на желудке и кишечнике. Хирургия 1999; 9: 13–5.
7. Шалімов СО, Свтушенко ОІ, М'ясоєдов ДВ. Комбіноване лікування хворих на рак ободової кишки. Київ: Четверта хвиля, 2006: 166 с.
8. Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России. / Под ред: ГИ Воробьева, ВМ Тимербулатова, ИЛ Халифа / Уфа, 2007: 703 с.
9. Мальгин БД, Левчик ЕЮ, Климушев ВН и др. Наружная защита кишечного шва. Мат I Белорусского междунар конгресса хирургов. Витебск, 1996: 259–62.
10. Гринцов ВН, Буценко ЮЛ, Куницкий ЛИ и др. Применение сшивающих аппаратов в хирургии ободочной кишки. Мат II з'їзду колопроктологів України. Львів, 2006: 434–7.
11. Dickson GH. Some clinical and technical aspects of circular stapled anastomoses of rectum and oesophagus. Ann Roy Coll Surg Engl 1988; 71 (1): 59–63.
12. Петров ВП, Нуреев ВН. О возможности ранней диагностики несостоятельности швов анастомоза на толстой кишке. Вестн Хирург 1987; 11: 63–5.
13. Scott D, Goldstein Stepano Valabrega luca Peccioli Maryalice Cheney. The effect of stapling reconstruction of the

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

radiate rectum on sphincter preservation. Eur congress on stapling in surgery 1991: 107–9.

14. Шалімов СО, Євтушенко ОІ, М'ясоєдов ДВ. Сучасна діагностика та лікування злоякісних пухлин ободової кишки. Київ, 2004: 248 с.

PREVENTION OF EARLY POSTSURGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

*B.V. Sorokin, V.Y. Pirogovsky, A.A. Taranenko,
R.K. Tashchiev, S.D. Miasoedov, S.A. Zlobenets,
S.P. Zadorozhny, N.N. Liashchenko, S.V. Plemianik,
O.I. Adamenko, A.D. Noes*

Summary. *The algorithm of preoperative preparation, peculiarities of anesthesia, surgical and postsurgical*

therapeutic approach of patients with colorectal cancer is elucidate. The frequency of early postsurgical complications is analyzed and compared with the rates of domestic and foreign scholars.

Key Words: colorectal cancer, early postsurgical complications, prevention.

Адрес для переписки:

Сорокин Б.В.

04107 Киев, ул. Богоутовская, 1

Киевская областная клиническая больница,
хирургический корпус 2,

отделение проктологии

E-mail: mcdnlp@rambler.ru