

УДК 616.345-006.6-089

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Мидленко В.И., Баринов Д.В., Зайцев А.В., Смолькина А.В.,
Зайцева О.Б., Дойко М.И., Казыханов Р.И.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,
Ульяновск, e-mail: zavbsmp@rambler.ru

Рак толстого кишечника в последние годы привлекает особое внимание ученых и клиницистов в связи с неуклонным ростом заболеваемости данной патологией. Целью данного ретроспективного исследования явился анализ осложнений в периоперационном периоде хирургического лечения больных раком толстого кишечника. Представлены результаты обследования и оперативного лечения 196 пациентов с раком толстого кишечника, находившихся в клинике кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета. По нашим данным, у большинства оперированных пациентов – 123 (62,7%) – выявлена III стадия, у 54 (27,5%) – IV стадия рака ободочной кишки и лишь у 19 (9,8%) – II стадия. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость являлась самой частой формой осложнений рака ободочной кишки: в 50% случаев. Клинически у всех были отмечены анемия, интоксикация, гипопропротеинемия и нарушение водно-электролитного баланса. При обследовании выявлены осложнения: перифокальное воспаление, перфорация опухоли в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита, пенетрация опухоли в брыжейку тонкой кишки с развитием абсцесса и у 12,7% пациентов выявлено кишечное кровотечение. Объем операции зависел от локализации опухоли, степени непроходимости, состояния толстой кишки, характера метастазирования, тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний. У 166 (84,7%) пациентов удалось выполнить радикальную операцию, и послеоперационная летальность составила 13,3%. Наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде выявлено у больных с перфорацией опухоли и развитием перитонита.

Ключевые слова: рак толстого кишечника, острая кишечная непроходимость опухолевого генеза, радикальная операция, периоперационные осложнения

PERIOPERATIONNYE OF COMPLICATION IN SURGERY OF THE CANCER OF THICK INTESTINES

Midlenko V.I., Barinov D.V., Zaytsev A.V., Smolkina A.V.,
Zaytseva O.B., Doiko M.I., Kazykhanov R.I.

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: zavbsmp@rambler.ru

The cancer of thick intestines draws in recent years special attention of scientists and clinical physicians in connection with the steady growth of incidence of this pathology. The purpose of this retrospective research was the analysis of complications in the perioperatsionny period of surgical treatment of patients with cancer of thick intestines. Results of inspection and expeditious treatment of 196 patients with a cancer of the thick intestines, being in clinic of chair of hospital surgery of the Ulyanovsk state university are presented. According to our data, at the majority of the operated patients – 123 (62,7%) the III stage, at 54 (27,5%) – IV a stage of a cancer of an obodochny gut, and only at 19 (9,8%) – the II stage is revealed. Sharp obturatsionny tolstokishechny impassability was the most frequent form of complications of a cancer of an obodochny gut: in 50% of cases. Clinically at all anemia, intoxication, a gipoproteinemiya and violation of water and electrolytic balance were noted. At inspection complications are revealed: the perifokalny inflammation, tumor perforation in a free abdominal cavity and development of the poured peritonitis, a tumor penetration in a bryzheyka of a small intestine with development of abscess and in 12,7% of patients is revealed intestinal bleeding. The volume of operation depended on localization of a tumor, degree of impassability, a condition of a thick gut, character of a metastazirovaniye, weight of the general condition and existence of accompanying diseases. At 166 (84,7%) patients were succeeded to execute radical operation, and the postoperative lethality made 13,3%. The greatest number of complications in the postoperative period is revealed at patients with perforation of a tumor and peritonitis development.

Keywords: tumor colon, acute colon obstruction by tumor genesis, firstly complete surgical operation, perioperatsionny complications

Рак толстого кишечника в последние годы привлекает особое внимание ученых и клиницистов в связи с неуклонным ростом заболеваемости данной патологией, прежде всего в социально-экономических развитых странах. Каждый год на планете диагностируется более 800 тыс. вновь выявленных пациентов с колоректальным раком и 440 тыс. смертей от него, при этом общее количество больных составляет 3,5 млн человек [2, 3, 6]. Несмотря на внедрение новых медицинских технологий и значительные

достижения в онкологии и хирургии, по-прежнему продолжается рост числа больных с осложненными формами колоректального рака. Так, в 2001 г. было зарегистрировано 24 849 вновь заболевших раком ободочной и 20 541 – раком прямой кишки. В 2003 году (10 лет назад) в России выявлено 50 689 новых случаев заболевания, на данный момент имеется тенденция роста данной нозологической единицы [1, 5].

В 2003 году в России от данной патологии умерло 36 036 человек [1, 5]. Прирост

стандартизированных показателей смертности за последнее десятилетие наиболее выражен при раке ободочной кишки за счет осложнений в послеоперационном периоде – 13,3% [5, 6]. Основной причиной летальности при данной патологии является отсутствие раннего выявления злокачественных заболеваний толстой кишки и развившихся осложнений [4, 7].

Цель исследования: анализ осложнений в периоперационном периоде хирургического лечения больных раком толстого кишечника.

Материал и методы исследования

С 2010 по 2012 годы в клинике кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета г. Ульяновска пролечено 196 больных по поводу осложненных форм рака толстой кишки. Мужчин было 101 человек (51,5%), женщин – 95 (48,5%) в возрасте от 36 до 86 лет. Анализ возрастного состава больных показал, что 138 (70,4%) пациентов были пожилого и старческого возраста, опухолевый процесс у которых был отягощен сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и мочевыделительной системы, а также нарушениями обменных процессов. И 58 (29,6%) пациентов были молодого и среднего возраста. Диагностика распространенности рака ободочной кишки, выявление осложнений опухолевого процесса, а также сопутствующих заболеваний основывались на комплексе клинико-инструментальных

обследований, который включал лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические и морфологические методы диагностики.

Наиболее информативными в диагностике острой кишечной непроходимости оказались рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Патогномичным рентгенологическим признаком явились наличие горизонтальных уровней жидкости и скопление газа в кишечнике в виде «чаш Клойбера». Они наблюдались у 95% больных как в ободочной, так и в тонкой кишке. Проведение и интерпретация ультразвуковой диагностики (УЗИ) при вздутии живота и переполнении кишечника были затруднительны, что позволило лишь в 23% случаев подтвердить диагноз непроходимости кишечника с локализацией опухолевого процесса. В диагностике формирования внутрибрюшного абсцесса вследствие перфорации опухоли или параканкрозного воспаления у 15 (7,6%) пациентов наиболее ценной явилась УЗИ-диагностика. Экстренное эндоскопическое исследование, выполненное 10 (5,1%) больным, позволило установить факт наличия опухоли и ее локализацию лишь в 50% случаев из-за невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию.

В зависимости от осложнений злокачественных опухолей толстой кишки было выделено четыре группы пациентов, представленные в таблице, в клинической картине которых преобладали основные симптомы: первая группа – острая толстокишечная непроходимость – 98 (50,0%), вторая группа – воспалительные параканкрозные осложнения с элементами абсцедирования – 45 (23,0%), третья группа – перфорация опухоли с развитием перитонита различной распространенности – 28 (14,3%), четвертая группа – профузное кишечное кровотечение – 25 (12,7%).

Группы пациентов, распределённые по клиническим проявлениям

Симптомы рака толстого кишечника	<i>n</i> больных	%
Острая толстокишечная непроходимость	98	50,0%
Воспалительные параканкрозные осложнения с элементами абсцедирования	45	23,0%
Перфорация опухоли с развитием перитонита	28	14,3%
Профузное кишечное кровотечение	25	12,7%
Всего	196	100

Большая часть выявленных осложнений отмечена у пациентов с раком сигмовидной и слепой кишок – 78%. Осложненные опухоли в 36% случаев (*n* = 70) локализовались в правой половине ободочной кишки, в 59% (*n* = 116) – в левой, в поперечной ободочной кишке у 5% (*n* = 10) больных.

Наибольшее количество больных с вновь диагностированным колоректальным раком приходится на 3–4 стадию заболевания [1, 2]. По нашим данным, у большинства оперированных пациентов – 123 (62,7%) – выявлена III стадия, у 54 (27,5%) – IV стадия рака ободочной кишки и лишь у 19 (9,8%) – II стадия.

При анализе данных обследования и клинической картины, изучении операционных находок и морфологического материала не было обнаружено зависимости распространения процесса от пола и возраста больных. Во всех группах больных по данным гистологического исследования основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации – 80,8%, гораздо реже встречались

перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (7,1 и 12,1% соответственно).

В 45% наблюдений во время оперативного вмешательства было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, отдаленные метастазы выявлены у 27% обследованных с наиболее частой локализацией в печени (62%), легких (12%), канцероматоз брюшины выявлен в 18% наблюдений.

Результаты исследования и их обсуждение

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (*n* = 98 (50%)) являлась самой частой формой осложнений рака ободочной кишки. Причем в 75% это были больные старше 60 лет. Преобладающее число пациентов с этим осложнением составили больные с опухолями сигмовидной (*n* = 54 (53,3%)) и слепой (*n* = 29 (31%))

кишок. В эту группу вошли больные с декомпенсированным нарушением проходимости ободочной кишки и при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости кишечника. Клинически у всех были отмечены анемия, интоксикация, гипопроотеинемия и нарушение водно-электролитного баланса. В 59% наблюдений отмечены проявления токсико-анемичного синдрома преимущественно у пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки. Неблагоприятным явился тот факт, что у 21 (22%) больного обтурационная непроходимость сочеталась с опухолевым перифокальным воспалением, у 12 (11%) – имела место перфорация опухоли в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита, у 4 (4%) – с пенетрацией опухоли в брыжейку тонкой кишки с развитием абсцесса. Предоперационная подготовка заключалась в проведении лечебных мероприятий, направленных на коррекцию водного и белково-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, купирование интоксикации.

Объем операции при обтурационной непроходимости ободочной кишки зависел от локализации опухоли, степени непроходимости, состояния толстой кишки, характера метастазирования, тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний. Из 70 оперированных пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки в 21,2% ($n = 15$) случаев выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. Восьми (11,4%) пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе и восходящем отделе ободочной кишки были выполнены паллиативные симптоматические операции – наложение илеотрансверзанастомоза с обязательной зондовой назоинтестинальной декомпрессией, пятерым пациентам (7,1%) этой группы при наличии тяжелой сопутствующей патологии наложена разгрузочная цекостома. При IV стадии онкологического процесса с наличием отдаленных метастазов, но при технически возможной резектабельности опухоли считали правомочным выполнение паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза.

При раке левой половины и поперечно-ободочной кишок, осложненных кишечной непроходимостью, у 71 (61,2%) пациента выполнены резекции сегмента кишки со стенозирующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки

и выведением проксимального конца в виде одноствольной колостомы на переднюю брюшную стенку по типу операции Гартамана. При неоперабельности опухоли 45 (38,7%) пациентам были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы.

Умерли после операции 12 (12,2%) пациентов от прогрессирующей раковой интоксикации и декомпенсации сопутствующей патологии.

Параканкротные воспалительные процессы осложняют клиническое течение рака ободочной кишки. По нашим данным, воспалительные изменения в опухоли, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,9% ($n = 45$). У большинства пациентов ($n = 38$ (84%)) опухоль с перифокальным воспалением локализовалась в правой половине ободочной кишки, что клинически проявлялось токсико-анемичным синдромом. И только у 7 (16%) пациентов воспалительный процесс локализовался при опухолях селезеночного изгиба и сигмовидной кишки.

Клинические проявления в этой группе зависели от степени выраженности и характера воспалительной реакции тканей вокруг опухоли (стадии развития опухолевого процесса, локализации опухоли, реактивности организма больного). В 87% случаев эти больные поступали по неотложным показаниям с симптоматикой острых хирургических заболеваний органов брюшной полости или забрюшинного пространства. Сложность дифференцировки перифокального воспаления, обусловленного опухолью или доброкачественной воспалительной инфильтрацией стенки ободочной кишки (при дивертикулите, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите), позволяла разрешить эндоскопическое исследование. При ирригоскопии определялся суженный участок ободочной кишки, неровность рельефа слизистой, выход контрастного вещества за пределы кишечной стенки, что не позволяло отдифференцировать опухолевое поражение от доброкачественного воспалительного процесса. В сомнительных случаях при наличии положительных симптомов раздражения брюшины, а также в связи с дифференциальной диагностикой острой хирургической патологии органов брюшной полости у 8 (17,7%) пациентов была выполнена диагностическая лапароскопия, которая позволила определить характер воспалительного процесса и его распространенность. У 22 больных (51,1%) этой группы при отсутствии симптомов перитонита и прогрессирования воспалительного процесса предпринята выжидательная тактика, позволяющая выполнить операцию

в плановом порядке после купирования воспалительного процесса путем проведения курса антибактериальной и детоксикационной терапии. Однако у 15 (33,3%) из 45 больных с клиникой прогрессирования перитонита и кишечной непроходимости пришлось выполнить экстренные оперативные вмешательства.

При локализации опухоли в правых отделах, печеночном изгибе, правой трети поперечной ободочной кишки с распространением воспалительной инфильтрации на брыжейку у 25 (55,5%) больных была выполнена расширенная правосторонняя гемиколэктомия с адекватным дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости в зоне оперативного пособия. При левосторонней локализации ($n = 8$ (16%)) выполняли операцию типа Гартмана, так как наличие даже умеренного перифокального воспаления тканей в зоне оперативного вмешательства не создают условия для безопасного наложения первичного толстокишечного анастомоза, тем более при наличии параканкротических абсцессов.

Тяжелым осложнением при раке ободочной кишки является перфорация кишечной стенки. Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у 28 (14,2%) больных. Значительно чаще это осложнение развивалось при поражении левых отделов ободочной кишки ($n = 26$ (92,8%)) с перфорацией опухоли вследствие ее распада. Перфорация вне зоны опухоли от пролежня каловым камнем или перерастяжения кишечной стенки при обтурационной непроходимости выявлена у 2 (7,2%) больных. Обнаруженные осложнения позволяют предполагать, что ведущим этиологическим фактором при диастатической перфорации кишки являются сосудистые расстройства и дистрофические изменения стенки кишки, тогда как основной причиной перфорации самой опухоли явились нарушения кровоснабжения с последующей ишемией и некрозом. Во всех случаях перфорации обнаружены при III и IV стадии заболевания преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке. При перфорации самой опухоли, располагающейся в левой половине ободочной кишки, 24 пациентам (85,7%) выполнили обструктивные резекции типа операции Гартмана. «Прикрытые» перфорации опухоли и ограниченный характер перитонита при правосторонней локализации позволили у двух (4,4%) пациентов выполнить правостороннюю гемиколэктомию.

Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений и летальных исходов ($n = 12$, что составило 42,8%).

Кишечные кровотечения являются нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 25 (12,7%) больных с профузными ($n = 7$, то есть 28%) и рецидивирующими ($n = 18$ соответственно 72%) кровотечениями из опухолей толстой кишки. Локализация опухолей, явившихся источником профузного кровотечения, по нашим данным была преимущественно в левой половине ободочной кишки (92%), тогда как для рецидивирующих кровотечений более характерна правосторонняя локализация опухоли (8%). Как правило, возникновение обильных кровотечений связано с аррозией сосудов при распаде опухолевой ткани.

Клиническая картина кишечного кровотечения проявляется значительной слабостью пациентов, анемией и кровянистыми выделениями или кратковременными периодическими кровотечениями из прямой кишки. Длительность существования этих признаков у 20 пациентов (80%) превышала несколько месяцев. Эти больные длительно лечились и обследовались по поводу анемии, которая в определенной степени была связана не только с кровотечением, но и с раковой интоксикацией. Половина пациентов этой группы ($n = 13$, что составило 52%) поступила в стационар с анемией тяжелой степени и требовала заместительных гемотрансфузий.

В диагностический алгоритм этой группы пациентов нами включены эндоскопия и ультразвуковая диагностика, которые в 72% случаев помогли поставить правильный диагноз. Проведение экстренной диагностической фиброколоноскопии у 5 (20%) больных было затруднительным вследствие невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию из-за наличия сгустков крови и поступления её из проксимальных отделов кишки, затрудняющих визуализацию и идентификацию источника кровотечения.

В связи с отсутствием эффекта от гемостатической терапии и невозможностью выполнения эндоскопического гемостаза 2 пациента с профузным кишечным кровотечением опухолевого генеза были оперированы по жизненным показаниям в ургентном порядке, выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Крайне тяжелое состояние двух пациентов старческого возраста с анемией тяжелой степени позволило выполнить только паллиативные резекции сигмовидной кишки с кровоточащей опухолью по

типу операции Гартмана. Эта группа пациентов с геморрагическими осложнениями опухолей ободочной кишки характеризовалась наименьшим количеством послеоперационных осложнений и двумя летальными исходами.

У 166 (84,7%) пациентов удалось выполнить радикальную операцию. Умерло 26 пациентов, следовательно, послеоперационная летальность составила 13,3%. Наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде выявлено у больных с перфорацией опухоли и развитием перитонита.

Заключение

Таким образом, непосредственные результаты хирургического лечения больных осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнения, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

Несмотря на современный уровень организации и оснащенность медицинской помощи, ранняя диагностика рака толстого кишечника остается на низком уровне, и выявление данной патологии происходит на поздних стадиях, что способствует увеличению периоперационных осложнений.

Список литературы

1. Бочкарева Н.А., Напольских В.М., Камашев В.М. Анализ результатов лечения больных колоректальным раком по данным республиканского клинического онкологического диспансера г. Ижевска // Медицинский альманах. – 2009. – № 3(8). – С. 73–76.
2. Гатауллин И.Г., Аглуллин И.Р., Шакиров Р.К. Фундаментальные и прикладные аспекты первичной профилактики, ранней диагностики и совершенствования методов лечения колоректального рака // Онкология сегодня: пациент, государство, медицинское сообщество: материалы VII Росс. конф. – Ульяновск, 2011. – С. 69–73.
3. Городнов С.В., Набегаев А.И., Мальченко С.А. Анализ хирургического лечения больных колоректальным раком // Онкология сегодня: пациент, государство, медицинское сообщество: материалы VII Росс. конф. – Ульяновск, 2011. – С. 80–82.

4. Измайлов С.Г., Лукоянычев Е.Е., Орлинская Н.Ю. Алгоритм коррекции высокого внутрибрюшного давления при острой кишечной непроходимости // Медицинский альманах. – 2012. – № 2(21). – С. 171–174.

5. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2003 году // В.И. Чиссов, В.В. Старинский. – М., 2005. – 264 с.

6. Шойхен Я.Н. Рак толстой кишки в Алтайском крае // Я.Н. Шойхен, А.Ф. Лазарев, К.Г. Мамонтов. – Барнаул, 2006. – 211 с.

7. Malbrain M.L.N.G., I.E. De Laet, De Waele J.J. IAH/ACS: the rationale for surveillance. // World J. Of Surg. – 2009. – Vol. 33, № 6. – P. 1110–1115.

References

1. Botchkarev N.A. Napolsky B.M., Kamashev V.M. The analysis of results of treatment of patients with a colorectal cancer according to a republican clinical oncological clinic of Izhevsk. Medical almanac, 2009, no. 3(8), pp. 73–76.
2. Gataullin I.G. Agullin I.R. Shakirov R.K. Fundamental and applied aspects of primary prevention, early diagnostics and improvement of methods of treatment of a colorectal cancer. Oncology today: patient, state, medical community: materials VII Ross. confer., Ulyanovsk, 2011, pp. 69–73.
3. Gorodnov S.V., Nabegayev A.I. Malchenko S.A. Analysis of surgical treatment of patients with a colorectal cancer. Oncology today: patient, state, medical community: materials VII Ross. confer., Ulyanovsk, 2011, pp. 80–82.
4. Izmaylov S.G., Lukoyanychev E.E., Orlynsky N.Yu. Algorithm of correction of high intra belly pressure at sharp intestinal impassability. Medical almanac, 2012, no 2(21), pp. 171–174.
5. Chissov V.I. Malignant new growths in Russia in 2003. I. Chissov, V.V. Starinsky. Moscow, 2005. 264 p.
6. Shoykhen YA.N. Cancer of a thick gut in the Altai territory // Ya.N. Shoykhen, A.F. Lazarev, K.G. Mamontov. Barnaul, 2006. 211 p.
7. Malbrain M.L.N.G., I.E. De Laet, De Waele J.J. IAH/ACS: the rationale for surveillance. World J. Of Surg, 2009. Vol. 33, no. 6, pp. 1110–1115.

Рецензенты:

Кукош М.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород;

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 11.03.2013.