

Тактика хирургического лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки

Суров Д.А.

Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, ул. Ак. Лебедева, дом 6; моб. тел. 8-911-143-82-80; sda120675@mail.ru.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская дом 3; моб. тел. 8-911-143-82-80; sda120675@mail.ru.

Резюме: В статье приведены результаты лечения 51 пациента с осложненным раком толстой кишки. Разработан оригинальный алгоритм тактики хирургического лечения данной категории больных, применение которого позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений в 1,4 раза и летальность в 1,3 раза. Наибольшая эффективность отмечена у пациентов с тяжелыми формами гнойно-воспалительных осложнений: тяжелым сепсисом и септическим шоком (снижение летальности с 87,5% до 57,1%).

Ключевые слова: колоректальный рак, злокачественная опухоль, перитонит, сепсис, лапаростома.

Surgical treatment of patients with complicated forms of colon cancer

Surov D.A.

Military Medical Academy. SM Kirov, Department of Naval Surgery

GBU "St. Petersburg Research Institute of Emergency Care named after II Dzhanelidze "

Abstract: The results of treatment of 51 patients with complicated colorectal cancer. An original algorithm for surgical treatment of these patients through the application of which

achieved a reduction in the number of postoperative complications in 1,4 times, 1,3 times the fatality. The highest efficiency was observed in patients with severe inflammatory complications: severe sepsis and septic shock (reduction in mortality from 87,5% to 57,1%).

Keywords: colorectal cancer, malignant tumor, peritonitis, sepsis, laparostomy.

Введение.

Колоректальный рак в настоящее время занимает второе-третье место среди всех злокачественных новообразований. Непрерывный рост числа больных со злокачественными новообразованиями толстой кишки и высокая частота развития осложнений обуславливает особую актуальность данной проблемы. При этом до 50–90 % больных осложненным колоректальным раком поступают в общехирургические, а не специализированные онкологические стационары [1,2].

Наряду с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, которая встречается у 20 – 40% больных, особое клиническое значение имеет проблема хирургического лечения пациентов с перфорациями злокачественных опухолей и гнойно-воспалительными осложнениями [3]. Частота развития данного вида осложнений, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах от 2,3 до 22,3%, а послеоперационная летальность достигает 23,0 – 88,9%. Как правило, эти осложнения развиваются в случаях локализации опухоли в левой половине ободочной кишки и наблюдаются у 75 – 82% больных [4,5]. Наиболее тяжелую группу пациентов составляют больные с развитием абдоминального сепсиса, который диагностируется у 15,4 - 25,0% больных с перитонитом, вследствие перфорации опухоли толстой кишки. Частота развития тяжелого абдоминального сепсиса и септического шока достигает 13,9%. Летальность в данной группе пациентов, по данным некоторых авторов, составляет от 50,0 до 100,0% [6,7].

Цель: улучшить непосредственные результаты лечения больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, посредством разработки патогенетически обоснованного алгоритма этапного оказания хирургической помощи.

Материал и методы исследования.

В исследование включены больные раком толстой кишки, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2007-2012 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». В контрольную группу вошли 26 больных, находившихся на лечении в 2007-2009 гг. Основную группу составили 25 больных колоректальным раком, осложненным распространённым перитонитом, оперированные в 2010-2012 гг. в соответствии с разработанной тактикой этапного хирургического лечения. Средний возраст больных основной группы составил $78,5 \pm 5,0$ лет, контрольной $77,4 \pm 4,5$ (таб.1).

Таблица 1.

Распределение больных основной и контрольной групп по полу и возрасту

Пол и возраст	Контрольная группа (n=26)		Основная группа (n=25)
Пол	мужской	10 (38,5%)	11 (44,0%)
	женский	34 (61,5%)	14 (56,0%)
Возраст	$77,4 \pm 4,5$		$78,5 \pm 5,0$

В контрольной и основной группах преобладали больные с III стадией заболевания, соответственно, 57,7 %(n= 15) и 64,0% (n = 16). Примерно у 25% пациентов в обеих группах диагностирована IV стадия заболевания (таб. 2).

Таблица 2.

Распределение больных основной и контрольной групп по стадиям онкологического процесса

Стадия заболевания	Контрольная группа (n=26)	Основная группа (n=25)
II стадия (T N M) 3-4 0 0	4 (15,4%)	3 (12,0%)
III стадия	15 (57,7%)	16 (64,0%)

(T N M) 1-4 1-2 0		
IV стадия	7 (26,9%)	6 (24,0%)
(T N M) 1-4 0-2 1		

Наиболее часто источником гнойно-септических осложнений являлись злокачественные опухоли сигмовидной кишки (таб. 3).

Таблица 3.

Локализация опухоли толстой кишки у больных основной и контрольной групп

Локализация опухоли	Контрольная группа (n=26)	Основная группа (n=25)
Слепая кишка	2 (7,7%)	2 (8,0%)
Восходящая ободочная кишка	1 (3,9%)	1 (4,0%)
Печёночный изгиб ободочной кишки	1 (3,9%)	1 (4,0%)
Поперечная ободочная кишка	1 (3,9%)	-
Селезеночный изгиб ободочной кишки	2 (7,7%)	3 (12,0%)
Нисходящая ободочная кишка	1 (3,9%)	2 (8,0%)
Сигмовидная кишка	12 (46,1%)	10 (40,0%)
Ректосигмоидный отдел	4 (15,2%)	3 (12,0%)
Прямая кишка	2 (7,7%)	3 (12,0%)

Больные контрольной группы получали лечение согласно общепринятой тактике: предоперационная подготовка и интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, дренирование брюшной полости и ушивание раны передней брюшной стенки.

В соответствии с разработанной тактикой этапного хирургического лечения все больные основной группы были распределены на 3 подгруппы.

1. Больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом без явлений системного воспалительного ответа (SIRS₀₋₁), либо с абдоминальным сепсисом (SIRS₂₋₄). Объем оперативного вмешательства у пациентов данной подгруппы определялся локализацией злокачественной опухоли. После декомпрессии тонкой кишки, санации брюшной полости при правосторонней локализации выполнялась правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза, в случаях левосторонних опухолей – обструктивные резекции толстой кишки.

2. Больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом с тяжелым сепсисом. Учитывая наличие множественной органной дисфункции, на первом этапе объем оперативного вмешательства вне зависимости от локализации злокачественной опухоли ограничивался только обструктивной резекцией толстой кишки формированием стомы. После окончательной санации брюшной полости формировали лапаростому с использованием системы для вакуумной терапии (VAC – системы). Этапную ревизию и санацию брюшной полости осуществляли в течение 72 часов в зависимости от динамики состояния больного. В случае отсутствия прогрессирования перитонита операцию заканчивали дренированием брюшной полости и ушиванием лапаротомной раны.

3. Больные раком толстой кишки, осложненным распространенным перитонитом и развитием септического шока. Учитывая крайне тяжелое состояние данной группы пациентов, нестабильную гемодинамику на первом этапе осуществлялась только санация брюшной полости, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, формирование декомпрессивной стомы, временное отграничение очага опухолевой деструкции и формирование лапаростомы с использованием VAC – системы. После стабилизации состояния пациента (через 24 - 48 часов) выполняли этапное оперативное вмешательство, во время которого выполняли обструктивную резекцию толстой кишки и повторно устанавливали VAC – систему. Этапную ревизию и санацию брюшной полости осуществляли в течение 72 часов в зависимости от динамики состояния больного. В случае отсутствия прогрессирования перитонита операцию заканчивали дренированием брюшной полости и ушиванием лапаротомной раны.

В целях оценки эффективности предложенного алгоритма хирургической тактики оценивали непосредственные результаты лечения - послеоперационные осложнения и летальность.

Результаты исследования.

Характер и объём оперативных вмешательств, выполненных больным основной и контрольной групп, представлен в таблице 4.

Таблица 4.

Характер и объём оперативных вмешательств в основной и контрольной группах

Выполненные операции	Контрольная группа (n=26)	Основная группа (n=25)
Правосторонняя гемиколэктомия	4 (15,4%)	3 (12,0%)
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	4 (15,4%)	3 (12,0%)
Обструктивная резекция сигмовидной кишки	8 (30,8%)	6 (24,0%)
Обструктивная резекция прямой кишки	4 (15,4%)	6 (24,0%)
Обструктивная правосторонняя гемиколэктомия, наложение VAC-системы	-	1 (4,0%)
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия, наложение VAC-системы	-	1 (4,0%)
Обструктивная резекция сигмовидной кишки, наложение VAC-системы	-	2 (8,0%)
Обструктивная резекция прямой кишки, наложение VAC-системы	-	-
Двуствольная коло/илеостома, санация, наложение VAC-системы	-	3 (12,0%)
Двуствольная колостома, санация, дренирование, тампонирование	6 (23,0%)	-

У пациентов основной группы по сравнению с контрольной отмечено значительное снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны тканей передней брюшной стенки с 30,1% до 16,0% и прогрессирования послеоперационного перитонита с 23,0% до 4,0%.

В целом, разработанный алгоритм тактики хирургического лечения данной категории больных позволил снизить послеоперационные осложнения с 61,5% до 44,0% и летальность с 42,3% до 32,0% (таб. 5, 6).

Таблица 5.

Осложнения	Контрольная группа (n=26)	Основная группа (n=25)
Целлюлофасциомиозит передней брюшной стенки	8 (30,1%)	
Нагноение послеоперационной раны	2 (7,7%)	4 (16,0%)
Пневмония	4 (15,4%)	4 (16,0%)
Некроз колостомы	2 (7,7%)	1 (4,0%)
Перфорация острой язвы тонкой кишки	2 (7,7%)	
Прогрессирующий послеоперационный перитонит	6 (23,0%)	1 (4,0%)
Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы	2 (7,7%)	2 (8,0%)
ТЭЛА	1 (3,8%)	1 (4,0%)
Всего	16 (61,5%)	11 (44,0%)

Структура послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп

*у одного больного могло быть 2 и более осложнений.

Таблица 6.

Послеоперационная летальность в основной и контрольной группах больных

Подгруппа больных	Контрольная группа (n=26)	Основная группа (n=25)
SIRS 0 -1 и сепсис	4 (45,0%)	4 (46,8%)
Тяжёлый сепсис	4 (80,0%)	2 (50,0%)
Септический шок	3 (100,0%)	2 (66,7%)
Всего	11 (42,3%)	8 (32,0%)

Выводы.

Применение разработанного алгоритма тактики этапного хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, позволило снизить количество послеоперационных осложнений в 1,4 раза, летальность в 1,3 раза. Предложенный тактический подход показал наибольшую эффективность у пациентов с тяжелыми формами гнойно-воспалительных осложнений - тяжелым сепсисом и септическим шоком, что выразилось в снижении послеоперационной летальности с 87,5% до 57,1%.

Литература.

1. Гафтон Г.И., Щербаков А.М., Егоренков В.В., Гельфанд В.М. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта // *Практ. онкология*. - 2006. - Т. 7, № 2. - С.77–82.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные заболевания в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). - М., 2012.
3. Попов Д. Е., Семёнов А. В., Григорян В. В. и др. Хирургическое лечение кишечной непроходимости у больных обтурирующим раком левых отделов толстой кишки // *Вестн. Санкт-Петербургского университета*. - 2009. - Сер. 11, Вып. 2. - С. 100–107.
4. Ханевич М.Д., Сальников А.А. с соавт. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита // *Тез. матер. междуна. научно-практ. конф. посвящ. 200-летию гос. учреждения «432 ГВКГ ВС Республики Беларусь» «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения»*. - 2005.- С.305.
5. Ханевич М.Д., Сальников А.А. с соавт. Лечение тяжелых форм разлитого перитонита у больных пожилого и старческого возраста // *Тез. работ 4-ой научно-практ. конференции РАСХИ «Абдоминальная хирургическая инфекция»* - М., 2005.- С.76.
6. Зубрицкий В.Ф., Киселевский М.В., Минский Р.В. Анализ результатов хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли // *Материалы Всероссийской научно-практ. конференции с международным участием*

«Достижения и перспективы лечения и реабилитации в колопроктологии».- СПб.,2007.- С.160.

7. Ceriati F., Tebala G. D., Ceriati E. et al. Surgical treatment of left colon malignant emergencies: Anewtoolforoperativerisk evaluation // Hepatogastroenterology. - 2002. - Vol. 49.- N. 46. - P. 961–966.