

УДК 616.348-006.6-089.168 (575.2) (04)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ДВУХЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ж.О. Белеков – докт. мед. наук,

Н.А. Маманов – аспирант,

О.А. Салибаев – канд. мед. наук

Центр последипломного медицинского образования г. Ош

The authors describe the results of single-stage and two-stage operations at complicated cancer of colon.

Согласно многочисленным публикациям, в последние годы повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки (РОК) [1, 2]. Параллельно увеличению заболеваемости РОК возрастает частота его осложненных форм, которая составляет 60–89% [3, 4]. Больные РОК, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью (до 85%), перифокальным воспалением (12–35%), перфорацией (2,1–27%) и кровотечением (4–15,3%) поступают в общехирургические стационары.

В настоящее время в хирургии осложненного РОК больше нерешенных вопросов, нежели четких лечебно-тактических установок, касающихся сроков, объема и вида оперативных вмешательств, показаний к их выполнению [1, 4–6].

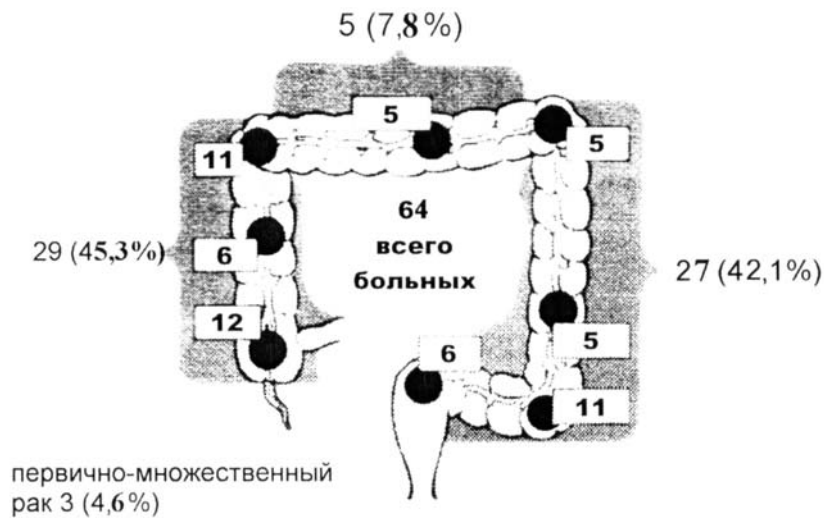
Цель работы – сравнительный анализ и оценка эффективности одномоментных и двухэтапных операций при осложненных формах РОК.

Материал и методы. С 1993 по 2007 г. в Ошской областной объединенной клинической больнице находились 64 больных с осложненными формами РОК, которым были выполнены различного рода оперативные вмешательства.

При обследовании у 37 (57,8%) пациентов были диагностированы различные клинически значимые сопутствующие заболевания. При распределении больных в зависимости от локализации опухоли первично-множественный РОК обнаружен у трех (4,6%) больных (см. рисунок).

Анализ степени распространения рака в наших наблюдениях показал, что стадия T1-2 констатирована у 12 больных из 64 (18,7%). Подавляющее большинство пациентов (81,2%) имели запущенные формы (T3-4) заболевания. В трех (4,6%) наблюдениях выявлен первично-множественный рак (pT(m)2-4N0-1M0).

Результаты и обсуждение. При обработке полученных результатов установлено, что осложнения РОК создавали целый ряд предпосылок для повышенного риска послеоперационных осложнений: у 32 больных (50%) осложненным РОК. Преобладали больные 37 (72,5%) с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями. Нагноения операционных ран, в том числе и параколостомические абсцессы, зарегистрированы у 18 (35,2%) больных, различные формы перитонита – у 7 больных, причиной его у 2 явилась несостоятельность швов межкишечного анастомоза. Еще у 5 пациентов образовались абсцессы



Локализация опухолевого процесса в ободочной кишке

поддиафрагмального, подпеченочного пространства и полости малого таза. Из них 4 больным потребовались повторные хирургические вмешательства (вскрытие и дренирование гнойников, пункция под контролем УЗИ). В одном наблюдении абсцесс подпеченочной области самостоятельно дренировался через операционную рану.

Высокие показатели гнойно-воспалительных осложнений помимо вида осложнения РОК зависели от операции колостомии, прежде всего от операции Гартмана и паллиативных декомпрессионных колостом. Колостома – отрицательный фактор операции Гартмана, внезапно и резко меняющий качество жизни больного и ставящий его перед необходимостью сложного повторного оперативного вмешательства. Из этого следует необходимость пересмотра показаний и дифференцированно-подхода к применению двухэтапных операций типа Гартмана.

Кишечная непроходимость наблюдалась у 3 больных. Причиной развития данного осложнения у одного из них явилась стриктура сформированного обходного трансверзосигмоанастомоза, что потребовало повторного хирургического вмешательства. В остальных 2 наблюдениях, в которых были осуществлены субтотальные колэктомии, отмечен временный

парез кишечника, обусловленный обширностью вмешательства и, вероятно, связанный с ней денервацией кишечника. Эвентрацию кишечника вследствие расхождения операционной раны наблюдали у 2 больных. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой (острая сердечно-сосудистая недостаточность у 3 больных) и дыхательной систем (послеоперационная пневмония у 3 больных) обнаружены у 6 больных (11,7%). При анализе хирургического лечения больных осложненным РОК установлено, что частота послеоперационных осложнений как в группе радикально, так и паллиативно оперированных больных оказалась почти одинаковой, составляя 50 и 54,5% соответственно. В первой группе это связано с хирургической агрессией. Из 64 больных с осложненными формами РОК 53 были выполнены радикальные операции, в том числе у 15 пациентов – комбинированные вмешательства.

В группе больных ($n = 38$), перенесших одномоментные операции, послеоперационные осложнения отмечены в 16 (42,1%) случаях. Среди двухэтапно оперированных больных ($n = 15$) частота послеоперационных осложнений составила 60%, т.е. 9 пациентов ($p > 0,05$). Из этого следует, что более лучшие непосредственные результаты были получены в группе больных, перенесших одноэтапную субтотальную колэк-

томию. Напротив, сравнительно худшие результаты регистрируются у больных после двухэтапной операции Гартмана, главным образом за счет высокой частоты гнойно-воспалительных параколомических осложнений.

Одним из немаловажных критериев целесообразности выполнения одномоментных и двухэтапных операций при различных формах осложнения РОК является длительность пребывания больного в стационаре. Этот показатель у больных после операций Гартмана в среднем составил $21,3 \pm 0,5$ койко-дней, субтотальных колэктомий – $19,6 \pm 0,3$, одномоментных сегментарных резекций ободочной кишки – $20,5 \pm 0,5$, одноэтапных гемиколэктомий – $18,8 \pm 1$, двухэтапных гемиколэктомий – $26 \pm 1,4$. Одним из показателей эффективности хирургического лечения осложненного РОК является частота послеоперационной летальности. Из 64 больных в послеоперационном периоде умерли 8 (12,5%). После радикальных операций летальность составила 7,5%, после паллиативных – 36,3%. В структуре послеоперационной летальности ведущее место занимали гнойно-септические процессы. Перитонит причиной смерти оказался у 4 больных из 8 умерших. Развитию перитонита способствовали несостоятельность швов анастомоза, диастатическая перфорация стенки кишки, перифокальные абсцессы с прорывом в брюшную полость. Другими причинами летальных исходов были сепсис, печеночная недостаточность в результате развития множественных абсцессов печени, острая сердечно-сосудистая недостаточность, кишечная непроходимость.

Осложненный РОК создает целый ряд предпосылок для развития различного рода послеоперационных осложнений, причем довольно высока их частота (50%). Они развивались после операций типа Гартмана и разгрузочных паллиативных вмешательств. После двухэтапных операций послеоперационные осложнения отмечены в 60% случаев, а после одномоментных – в 42,1%. Это свидетельствует

о том, что выбор хирургической тактики при осложненном РОК должен решаться в пользу одномоментных операций независимо от локализации опухоли.

При левостороннем расположении осложненного рака в качестве альтернативы двухэтапным операциям типа Гартмана зарекомендовала себя одномоментная субтотальная колэктомия, для которой характерны онкологическая радикальность, минимальные показатели послеоперационных осложнений и летальности (умерших нет), отсутствие в необходимости повторной реконструктивной операции, лучшие возможности социальной и профессиональной реабилитации оперированных, так как колостома не формируется.

Литература

1. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 4–7.
2. Пахомова Г.В., Утешев Н.С., Подловченко Т.Г. и др. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 55–59.
3. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. – М.: Медицина, 1984. – С. 152.
4. Шулуток А.М., Мусеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости // Рос. медицинский журнал. – 2000. – № 2. – С. 22–26.
5. Basse L., Jacobsen D.H., Billesbole P. et al. Colostomy closure after Hartman's procedure with fast-tract rehabilitation // Dis Colon Rectum. – 2002. – V. 45. – № 12. – P. 1661–1664.
6. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J. et al. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. Colostomy // Dis. Colon Rectum. – 2000. – V. 43. – № 5. – P. 650–655.