

Есин В.И.¹, Мустафин Д.Г.², Халов В.Ю.², Мустафина Ю. Р.¹

Непосредственные результаты восстановительных операций в хирургии колоректального рака и их оптимизация в многопрофильной больнице

1 - ГУЗ «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань, 2 - Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

Esin V.I., Mustafin D.G., Khalov V.Yu., Mustafina Yu.R.

Short-term results after reconstructive operations for colorectal cancer

Резюме

Цель работы: улучшение непосредственных результатов операций с одномоментным выполнением толстокишечных анастомозов при колоректальном раке и его осложнениях путем применения современных медицинских технологий в условиях специализированного центра. Основные методы: проведен ретроспективный сравнительный анализ двадцатилетнего опыта областного колопроктологического центра по хирургической реабилитации 825 больных колоректальным раком с одномоментным толстокишечным анастомозом. Первую (контрольную) группу составили 240 больных, оперированных в период становления в клинике колопроктологической службы. Во вторую (основную) группу вошли 585 больных с внедрением за последнее десятилетие ряда усовершенствованных технологий и экстренной онкоколопроктологической помощи. Результаты: резектабельность опухоли в основной группе повысилась на 18,9%, а число абдоминальных осложнений в основной группе снизилось до 6,8% по сравнению с 32% в группе сравнения. Несостоятельность швов толстокишечных анастомозов в основной группе составила 2,4%, в группе сравнения – 10,4%. Послеоперационная летальность, связанная с хирургическими осложнениями, снизилась за десятилетие с 6,5 до 1,7%. **Ключевые слова:** колоректальный рак, восстановительные операции, осложнения, исходы

Summary

The purpose of the work is to improve results of one-stage colon reconstruction for colorectal cancer. Methods: the retrospective analysis results of surgical rehabilitation of 825 patients. Results: Organize the surgical and urgent oncoproctologic service with usage improved technology allowed to lower abdominal complications to 6,8% among 585 patients of first (base) group in comparison 32% among 240 patients of control group. Leakage of colon anastomosis in patients of first group were 2,4% and 10,4% - in second (control) group. Post-operative mortality, caused by surgical complications, decrease for last ten years from 6,5 to 1,7%. **Key words:** colorectal cancer, surgery, reconstructive operations, complications, results

Введение

Согласно многочисленным публикациям отечественных и зарубежных авторов в последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваемости и смертности при раке прямой и ободочной кишки («колоректальном раке»). Прирост интенсивного показателя заболеваемости при данной патологии в России за 10 лет составил 29,5%, а смертность – 18,6% [1,2,3,4]. Об этом же свидетельствуют данные зарубежных авторов [5,6,7]. Центральным звеном комплексного лечения колоректального рака остается хирургический метод. Хирургическое лечение осложненного рака толстой кишки является одной из сложных проблем и стоит на пересечении интересов urgentных хирургов, онкологов, колопроктологов. В последние годы разработаны алгорит-

мы применения радикальных, паллиативных, симптоматических, комбинированных, циторедуктивных операций в сочетании с неoadьювантной и лечебной химиоиммунотерапией [8,9,10,11]. Ближайшие и отдаленные результаты лечения данной возрастающей по численности категории больных остаются неудовлетворительными. По данным различных авторов частота несостоятельности толстокишечных анастомозов при плановых операциях в разных учреждениях в зависимости от их профиля варьирует от 1,5 до 7%, а частота других абдоминальных осложнений достигает 29,9%. Послеоперационная летальность при плановых операциях в отделениях колопроктологии и онкоцентрах снизилась и составляет 2,5-6%, в то же время при осложненных формах в общехирургических отделениях она достигает 20-60%

[8,9,10]. Продолжающийся поиск оптимизации способов и техники формирования толстокишечных анастомозов остается актуальной задачей. Ряд частных аспектов хирургической реабилитации этих больных остается неразрешенной (особенно это касается этапности при левосторонней локализации обтурирующей опухоли). Общепринятые подходы выполнения первичных расширенных резекций заканчиваются частым наложением колостом с возникновением почти у 50% стойкой инвалидизации и осложнений с необходимостью повторной операции, что представляет сложную медико-социальную проблему [9,10,11,14,15]. На многочисленных конференциях колопроктологов страны обсуждается наметившаяся тенденция и целесообразность выполнения одномоментных восстановительных операций при осложненных формах колоректального рака, что требует разработки научно-обоснованных подходов к оценке показаний к данным вмешательствам с усовершенствованием хирургической техники [10,12,13,16,17,18]. Для воплощения в жизнь таких современных принципов оказания хирургической помощи этой категории пациентов лечебному учреждению требуется как определенный опыт, так и ряд организационных нововведений, направленных на приближение специализированного звена к этапу экстренной помощи.

Цель работы - проанализировать возможности улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных раком толстой кишки в многопрофильной больнице.

Материалы и методы

В основу статьи положен 20-летний опыт работы колопроктологического отделения областной больницы г.Астрахани по выполнению 825 восстановительных операций после различного объема резекции толстой кишки по поводу колоректального рака. В данное исследование не вошли сведения о реконструктивно-восстановительных операциях колостомированным больным, перенесшим при раке резекцию толстой кишки по типу операции Гартмана, и перфорации опухоли с развитием перитонита (лечение последних было организовано в общехирургическом отделении). Проанализирована эволюция результатов хирургического лечения с оптимизацией онкологических подходов и усовершенствованием ряда технологий в двух временных группах. Первую

группу составили 240 больных, оперированных в период 1981-1997 гг. (группа клинического сравнения). Вторую (основную) группу составили 585 больных, оперированных с созданием толстокишечного анастомоза с внедрением усовершенствованных технологий и организацией экстренной специализированной помощи онкопроктологическим больным в период 1998-2009 гг. (табл.1).

Клинический материал первой группы (группы сравнения) отражает начальный период и явился основой для изучения ретальности с освоением алгоритма и профилактики результатов, причин гнойных осложнений. Средний возраст оперированных этой группы составил 51,7 года. II стадия опухоли была в 86,4% случаях. Только в 19 (12,4%) случаях выполнены комбинированные операции. Анастомозы накладывались в основном двухрядным ручным швом и аппаратами КЦ-28 и АКА-2. Переход на однорядный ручной шов атравматическим материалом осуществлен только у 47 (19,3%) больных.

Во второй (основной) группе в следующий период (1998-2009 гг.) число выполненных операций (585) увеличилось в 2,4 раза. Увеличился и средний возраст больных – до 61,3 года; 30,9% из них были старше 69 лет. III стадия опухоли установлена у 81,4%. У 146 пациентов (19,8%) при стадиях T4N0-1 выполнены расширенные и комбинированные вмешательства с восстановлением непрерывности кишки. При прорастании в соседние органы резекция толстой кишки сочеталась чаще с ампутацией матки и придатков (35), резекцией мочевого пузыря (18), тонкой кишки (19), спленэктомией (6) одним блоком. 24 больным с метастазами в печень при резектабельной опухоли кишки проведены гемигепатэктомия (9), секторэктомия (2), экономные резекции (13). В 3 случаях выполнялась энтеростомия малого таза. Освоение и внедрение расширенных комбинированных методик с сегментарной резекцией печени мочевого пузыря, и гемигепатэктомией позволило повысить резектабельность на 18,9%.

Важным принципом оптимизации хирургических технологий, наряду с расширенными операциями, были сфинктеросохраняющие методики операции при раке прямой кишки в 51 случае (с созданием неоректума – 8, серозно-мышечной манжетки – 6, с колоанальным анастомозом – 3, интрасфинктерная резекция – 5). Кроме того, выполнены 29 предельно низких резекций пря-

Таблица 1. Операции, выполненные с толстокишечным анастомозом при колоректальном раке

Вид вмешательства	Группы больных	
	I группа сравнения	2 группа основная
Передняя резекция прямой кишки	57	193
Низкие передние резекции сфинктеросохраняющие	3	51
Гемиколэктомия справа	48	100
Гемиколэктомия слева	49	93
Резекция сигмовидной кишки	62	100
Резекция поперечно-ободочной кишки	14	21
Колонэктомия	3	7
Субтотальная резекция толстой кишки	4	20
Всего	240	585

Таблица 2. Удельный вес отдельных осложнений при операциях с толстокишечным анастомозом

ОСЛОЖНЕНИЯ	Группа сравнения (n=240)		Основная группа (n=585)	
	Число	%	Число	%
Несостоятельность швов анастомоза	25	10,4	14	2,4
Перитонит	12	5,1	12	2,0
Кровотечение внутрибрюшное	6	2,5	7	1,2
Кишечная непроходимость спастическая	4	1,9	8	1,4
Инфильтрат брюшной полости	4	1,9	4	0,8
Нагноение лапаротомной раны	16	6,4	4	0,7
Абсцессы брюшной полости	6	2,5	4	0,7
Эвентрация	4	1,9	2	0,4
ВСЕГО	77	32	55	9,4

мой кишки с колоанальным анастомозом, разработанным нами кокцигоэктомическим доступом (патент РФ №2182816). Всего же доля сфинктеросохраняющих методик операций с созданием толстокишечного анастомоза при различных вариантах передних, низких передних резекций прямой кишки, проведенных у 418 больных, составила 41,6%. К моменту выписки функциональные результаты этих операций расценены у 98% как хорошие.

В основной группе больных применялась только техника разработанного нами усовершенствованного «закрытого» и «полузакрытого» однорядного толстокишечного анастомоза, защищенного патентами РФ №2328992. Принцип способа создания закрытого анастомоза «конец в конец» заключается в циркулярном рассечении серозно-мышечного слоя аппаратом «Сургитрон», наложением лигатуры на выделенный цилиндр слизистой с последующим его снятием после наложения последнего серозно-мышечно-подслизистого слоя перед его затягиванием. При этом избыток слизистой приводящего конца укрывает линию швов анастомоза изнутри. Преимуществом нашего способа является закрытый способ, укрепление физической прочности анастомоза за счет серозно-мышечной муфты, дополнительное укрепление герметизма изнутри. В 30 случаях линия анастомоза защищалась полоской «Тахокомб».

64 больным основной группы осложненным раком левой половины ободочной и прямой кишки (декомпенсированная обтурационная непроходимость – 60, кровотечение – 4) за последние 3 года организована экстренная колопроктологическая помощь с неотложной резекцией толстой кишки с одномоментным анастомозом. Для этого внедрен модифицированный нами интраоперационный кишечный сорбционный диализ полипептаном с внутрикишечным введением перфторана (патент РФ №2371121). При расположении опухолей в правой половине толстой кишки (от слепой до правой половины поперечной ободочной) независимо от выраженности кишечной непроходимости выполняли правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом. Эта тактика общепринятая и дискуссий не вызывает. Таких вмешательств в основной группе выполнено 100, несостоятельность швов анастомоза возникла в 1 (1%) случае, умерли 3 больных от «нехирургических» осложнений, в то вре-

мя как среди 48 в группе сравнения после правосторонней гемиколэктомии несостоятельность швов возникла у 4(8,3%) с 2(4,1%) летальными исходами.

Результаты и обсуждение

Среди 240 оперированных в группе сравнения различные абдоминальные осложнения возникли в 32% случаев (табл. 2), а в основной группе их число снизилось до 9,4%.

Такие «хирургические» осложнения как несостоятельность швов, перитонит, кровотечения были летальными – в группе сравнения в 17 (6,5%) случаях, а в основной – в 10 (1,7%). В структуре летальных осложнений преобладающей, несмотря на снижение частоты, остается несостоятельность швов толстокишечного анастомоза. Число случаев несостоятельности толстокишечного анастомоза за весь период работы среди 825 оперированных составило 39 (4,7%). Совершенствование колопроктологической помощи и хирургической техники за двадцатилетний период работы при различных по объему операциях при колоректальном раке и его осложнениях с одноступенчатым анастомозированием привело к снижению частоты случаев несостоятельности швов толстокишечных анастомозов в условиях специализированного отделения до 2,4%. Достигнуто снижение летальности после резекций прямой кишки с 14 до 3,4%, правосторонней гемиколэктомии – с 8,3 до 1%, после левосторонней гемиколэктомии до 2,1%, резекции сигмовидной кишки – с 13 до 1%. Средние сроки послеоперационного лечения сокращены с 17,5 до 13 койко-дней.

Выводы

Таким образом, в условиях многопрофильной областной больницы достигнуто улучшение качества хирургической помощи при колоректальном раке: послеоперационная летальность, связанная с хирургическими абдоминальными осложнениями снижена с 6,5% до 1,7%; частота несостоятельности толстокишечного анастомоза снижена до 2,4%. Доля сфинктеросохраняющих методик при передней и низкой резекциях прямой кишки из 418 резектабельных случаев составила 41,6%. Освоенные расширенные комбинированные методики с сегментарной резекцией печени и гемигепатэктомией позволили повысить резектабельность на 18,9%.

Организационная работа хирургической и онкологической служб многопрофильной больницы при ослож-

ненном колоректальном раке позволили приблизить этап экстренной специализированной помощи к онкологическому больному с выполнением одномоментных восстановительных операций в 9% случаев при острой обтурационной кишечной непроходимости и кишечном кровотечении с сокращением сроков реабилитации.

Выполнение комплекса разработанных профилактических мероприятий, использование современных и усовершенствованных технологий и материалов, несмотря на кажущуюся дороговизну последних, в хирургии колоректального рака в колопроктологическом отделении способствовало уменьшению частоты абдоминальных послеоперационных осложнений за последнее десятилетие с 32 до 9,4%, снижению общей летальности с 6,5 до 3,2% и сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 13% .■

Есин В. И. – к.м.н., заслуженный врач РФ, заведующий колопроктологическим отделением ГУЗ «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань; Мустафин Д.Г. – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом последипломного образования Астраханской государственной медицинской академии, г.Астрахань; Халов В. Ю. – врач-колопроктолог, ГУЗ «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань; Мустафина Ю.Р. – старший лаборант кафедры факультетской хирургии с курсом последипломного образования Астраханской государственной медицинской академии, г. Астрахань; Автор, ответственный за переписку – Есин Владимир Иванович, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева,2, тел.: 8(85144)21-01-58, e-mail lazer@astranet.ru

Литература:

1. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф., Ачкасов С.И., Хачатурова Э.А. Результаты лечения неосложненного рака ободочной кишки. Хирургия. 2010; 7:41-3.
2. Есин В.И. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в хирургии толстой кишки [автореф.дисс.канд.мед.наук]. Астрахань: АГМА; 1-23.
3. Чалов В.В., Мирошников В.М., Сердюков А.Г. Современное состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения Астраханской области. Астраханский мед. журнал. 2006; 1: 7-16.
4. Алиев С.А. Колоректальный рак: Заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска. Вестн.хир. 2007; 4: 118-22.
5. Cohen M.E. Morbidity and mortality risk-calculator for colorectal surgery. Proceedings of European colorectal congress; 2010; St.Galen, Switzerland.
6. Boyle P., Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Ann oncol. 2005; 3 (16): 481-8.
7. Mathis K.L., Cimo R.R., Pemberton J.H. New developments in colorectal surgery. Curr. Opin.gastroenterol. 2010; 10: 253-5.
8. Багненко С.Ф., Гринев М.В., Абдусаматов Ф.Х., Карачун Р.В., Бабков О.В., Будько О.А. Циторедуктивная хирургия в комплексном лечении осложненного колоректального рака в стационаре скорой помощи. Новый хирургический архив. 2004; 4:39-42.
9. Сотниченко Б.А., Дмитриев М.О. Осложненный колоректальный рак: не только хирургическая, но и социальная проблема. Владивостокский меджурнал. 2004; 2:35-8.
10. Сафронов Д.В., Богомолов Н.И. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью и перфорацией. Сибирский мед-журнал. 2005; 7:11-2.
11. Шишкина Г.Н. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки [автореф.дисс.докт.мед.наук]. М; 2008.
12. Александров В.Б., Рахимова О.Ю. Колоректальный рак (некоторые вопросы диагностики и лечения). Врач. 2009; 11: 8-10.
13. Маманов Н.А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки [автореф.дисс. канд.мед. наук]. Бишкек; 2007.
14. Пахомова Г.В., Утешев И.С., Подловченко Т.Г. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М: Медицина; 2009.
15. Villar J., Martinez A., Villegas M., Muffak K. Surgical options for Malignant left-side Colonic obstruction. Surg.Today. 2005; 35:275-81.
16. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. Хирургия. 2004; 2:4-7.
17. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия. М:Бином; 2011.
18. Белеков Ж.О., Маманов Н.А. Возможности первичного восстановления кишечной непрерывности при стенозирующем раке левой половины толстой кишки. Здравоохранение Кыргызстана. 2006; 5: 40-2.