

В.И. Есин¹, Д.Г. Мустафин², Р.Д. Мустафин², А.И. Воробьев¹

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
(по материалам областного колопроктологического центра)**

¹ГУЗ Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань

²ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Представлен анализ 10-летнего опыта областного колопроктологического центра по хирургической реабилитации 911 больных колоректальным раком. Применение усовершенствованных технологий с внедрением экстренной колопроктологической помощи в условиях многопрофильной больницы позволило снизить общую летальность до 3,2% (связанную с хирургическими осложнениями – до 1,4%) с хорошим качеством жизни в 89% случаях.

Ключевые слова: колоректальный рак, хирургия, восстановительные операции, исходы.

V.I. Esin, D.G. Mustafin, R.D. Mustafin, A.I. Vorobyev

**THE ACTUAL PROBLEMS OF SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COLORECTAL
CANCER (MATERIALS OF REGIONAL COLOPROCTOLOGIC CENTRE)**

The analysis of 10-years experience of regional coloproctologic centre in surgical rehabilitation of 911 patients with colorectal cancer was presented. The usage of advanced technology with introduction of urgent coloproctologic help in conditions of many-expected hospital gave the possibility to decrease the general lethal outcome to 3,2% (connected with surgical complications – to 1,4 %) with positive quality of life in 89% of cases.

Key words: colorectal cancer, surgery, restorative operations, outcomes.

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% [4, 6, 13]. По данным Российского онкологического центра, показатель заболеваемости увеличился с 1960 по 1992 гг. в 7 раз, а смертность возросла у мужчин на 6,8%, а у женщин – на 7,5%. Согласно клиническому материалу областного онкологического диспансера, в Астрахани прирост этих показателей за десятилетие составил соответственно 17,1% и 18,6%, причем в 86,6% случаев выявлена 3-4 стадия опухоли с резектабельностью 65,6% [3, 12].

Проблема очень актуальна для США и Европейских стран. Так, в США ежегодно регистрируются до 150 000 новых случаев, а 55 000 из них с летальным исходом. Как причина онкологической смертности колоректальный рак на 2 месте после рака легких. 5-летняя выживаемость в Европе (Швейцария, Финляндия, Нидерланды, Испания, Италия) варьирует от 50% до 30% [16, 17, 18].

Стертый клинический характер развития опухоли особенно у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей «терапевтической» патологией с последствиями инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, энцефалопатией и диабетом, ошибки на догоспитальном этапе приводят к поздней госпитализации с развитием осложненных форм у 88% из них, а в 30% уже имеются отдаленные метастазы [1, 2, 7, 9, 10], хотя при ранней стадии А по Dukes [19] возможно местное иссечение опухоли.

Проблема лечения колоректального рака с осложненным течением (обтурационная непроходимость, кровотечение, перфорация с перифакальным воспалением и перитонитом) стоит на пересечении интересов неотложной хирургии и онкологии.

В последние годы с развитием практической онкологии, проктологических центров значительно изменились представления о способах лечения данной патологии, где

разработаны алгоритмы применения радикальных, паллиативных, симптоматических, комбинированных, циторедуктивных операций в сочетании с неоадьювантной и лечебной химиоиммунотерапией [2, 9, 10, 14].

В то же время в стационарах скорой помощи объем лечебных мероприятий ограничивается выполнением паллиативных или симптоматических оперативных вмешательств (выведение колостом, двухствольного ануса) [5, 8, 14].

Послеоперационная летальность при плановых операциях в онкоцентрах и отделениях колопроктологии снизилась и составляет 2,5-6%, в то же время при осложненных формах в общехирургических отделениях она достигает 20-60% [1, 8, 15].

Ряд частных аспектов хирургической реабилитации этих больных остается неразрешенным (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 [5, 9, 10, 14].

В последние годы наметилась 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 [7, 8, 10, 11, 14, 15]. Для воплощения в жизнь этих 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. Изложить опыт собственной клинической работы и проанализировать возможности улучшения результатов хирургического лечения больных раком толстой кишки.

Таблица 1

Операции, выполненные на толстой кишке

Наименование операции	Количество операций
ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ	735
- рак толстой кишки	585
- реконструктивные операции	150
I. ПРЯМАЯ КИШКА	249
а) Передняя резекция	193
б) Низкая передняя резекция с созданием анастомоза кокцигэктомическим доступом	29
с) Эвисцерация таза	5
д) Низкая передняя резекция с созданием неоректума	8
е) БПЭ с низведением ободочной кишки с созданием неоректума и серозно-мышечной манжетки	3
ф) Интрасфинктерная резекция прямой кишки с низведением ободочной и с созданием серозно-мышечной манжетки	5
г) БАР с колоанальным анастомозом	3
II. ОБОДОЧНАЯ КИШКА	341
h) Гемиколэктомия справа	100
i) Гемиколэктомия слева	93
j) Резекция сигмовидной кишки	100
к) Резекция поперечно-ободочной кишки	21
l) Субтотальная резекция толстой кишки	20
m) Колэктомия	7
ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ БЕЗ СОЗДАНИЯ АНАСТОМОЗА	186
I. ПРЯМАЯ КИШКА	174

a) Экстирпация прямой кишки	114
b) БАР с колостомой	25
c) Операция Гартмана	35
II. ОБОДОЧНАЯ КИШКА	12
d) Колпроктэктомия	3
e) Обструктивная резекция	9

Материал и методы. С 1998 по 2008 гг. в колопроктологическом отделении АМОКБ выполнена 921 операция на толстой кишке (табл. 1). Из них в 735 случаях – с одномоментным анастомозом (на прямой кишке – 244, ободочной – 341, реконструктивных операций – 150). Из 921 больных в 52 случаях (5,5%) выполнены первичные одномоментно восстановительные операции по экстренным показаниям (табл. 2) (опухоль левой половины ободочной кишки с непроходимостью – 42, остальные 10 – при дивертикулезе, инвагинации, завороте, язвенном колите).

Таблица 2

Экстренные операции

Наименование операции	Количество операций
Всего экстренных операций	52
ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	
– онкопроктология, осложненная ООКН	42
– дивертикулез толстой кишки	6
из них:	
– кровотечение	4
– перфорации	2
– заворот сигмовидной кишки	1
– перфорация ректосигмоидного отдела	1
– инвагинация сигмовидной кишки в прямую	1
– неспецифический язвенный колит	1
ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ	42
– рак прямой кишки	3
– рак ректосигмоидного отдела	5
– рак сигмовидной кишки	10
– рак нисходящего отдела	12
– рак селезеночного угла	3
– рак поперечно-ободочной кишки	2
– рак печеночного угла	1
– рак восходящего отдела	2
– рак слепой кишки	2
– рак первично-множественный синхронный	2
ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ	52
– БПЭ	1
– передняя резекция	3
– операция Гартмана	5
– резекция сигмовидной кишки	10
– гемиколэктомия слева	17
– резекция поперечно-ободочной кишки	2
– гемиколэктомия справа	5
– субтотальная резекция	4
– колэктомия	3
– обструктивная резекция	2
ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ С ПЕРВИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ	44

Летальность	0
Осложнение	1
Несостоятельность швов анастомозов	1
КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ	5
– экстирпация кишки с удалением придатков	1
– передняя резекция с метастазэктомией поджелудочной железы, спленэктомия	1
– резекция сигмовидной кишки с резекцией тонкого кишечника	1
– гемиколэктомия слева, резекция желудка, вскрытие поддиафрагмального абсцесса, спленэктомия	1

Из исследования исключены случаи перфорации рака толстой кишки с разлитым гнойным перитонитом – эти больные поступали в общехирургическое отделение. Нами проведена оценка эффективности разработанных и внедренных методик и усовершенствованных подходов к выполнению резекционно-восстановительных операций на толстой кишке в плане выработки показаний, профилактики осложнений и улучшения отдаленных результатов.

Таблица 3

Виды операций, при которых возникла несостоятельность швов толстокишечного анастомоза

Операции	Число операций	Число несост.	%
Передняя резекция прямой кишки	230	8	3,4
Субтотальная резекция толстой кишки	20	2	10
Гемиколэктомия слева	93	2	2,1
Гемиколэктомия справа	100	1	1
Резекция сигмовидной кишки	100	1	1
Реконструктивные операции	150	2	1,3

Результаты и обсуждение. Подробно изучены анатомо-морфологические особенности осложненных форм рака левой половины ободочной кишки (муфтообразное стенозирование выявлено в 70% с концентрическим сужением просвета до 0,8-0,3 см с отсутствием метастазов у 60%, инвазия в соседние органы – у 5,5% больных). Вариант развития и степень obturации просвета опухолью оценивали по Э.Г. Топузову (1998) с оценкой состоятельности баугиниевой заслонки – от компенсированных форм до диастатических разрывов. Декомпенсированный вариант составил 15%. Для выполнения одномоментных резекций с толстокишечным анастомозом разработана запатентованная методика биохимического контроля тканевого ацидоза и гипоксии кишечной стенки с внедрением интраоперационной колоирригации (n=52) и применением сбалансированных растворов и колосорбции полифепаном, коррекцией гипоксии с внутрикишечным введением перфторана. Изучены иммунологические маркеры – острофазовые протеины в кишечной слизи и промывной жидкости. Нами усовершенствована и запатентована хирургическая техника однорядного закрытого толстокишечного шва (Vicryl 4/0) с защитой линии анастомоза антибактериальными свечами и «ТахоКомбом» и пересечением тканей радиочастотным

ножом «Сургитрон». Число случаев несостоятельности толстокишечного анастомоза среди 735 оперированных составило 16 (2,1%) (табл. 3).

Выделена группа из 51 больного, которым при поражении прямой кишки выполнены запатентованные низкие и предельно низкие сфинктеросохраняющие резекции с разработанным кокцигоэктомическим доступом, созданием неоректума. 146 (18,9%) операций были расширенными и комбинированными (табл. 4).

Истинное прорастание в соседние органы подтверждено в 73 (51,4%) случаях. Резекции толстой кишки сочетались с ампутацией матки и придатков (23), резекцией мочевого пузыря (18), тонкой кишки (19), печени (19), спленэктомией (6). В 3 случаях выполнялась эвисцерация малого таза. Среди 921 оперированных различные осложнения возникли у 93 (10%) (табл. 5). В 30 (3,2%) случаях эти осложнения были летальными. «Хирургическая» летальность (несостоятельность швов, перитонит, кровотечения) имела место в 13 случаях, что составило 1,4%.

Таблица 4

Резекция органов по поводу прорастания и метастазирования

Органы	Число резекций	Число истинных прорастаний	%
Мочевой пузырь	18	10	58,8
Брюшная стенка	10	6	60
Влагалище	15	8	53,3
Тонкая кишка	19	10	52,6
Матка	23	12	52,1
Придатки	12	5	41,6
Селезенка	10	1	10
Мочеточник	4	1	25
Желудок	6	2	33,3
Простата	1	1	100
Почки	2	1	50
Поджелудочная железа	3	2	66,6
Аппендикс	4	3	75
12-перстная кишка	3	2	100
Уретра	1	1	100
Печень	15	8	53,3
ВСЕГО	146	73	51,4

Таблица 5

Удельный вес отдельных осложнений при операциях на толстой кишке

Осложнения	Число операций	Кол-во осложнений	Удельный вес %
Несостоятельность анастомоза	735	16	2,1
Кровотечение	921	9	0,9
Кишечная непроходимость	921	11	1,1
Перитонит	921	14	1,5
Инфильтрат брюшной полости	921	3	0,3
ТЭЛА	921	2	0,2
ОССН	921	13	1,4
Параколомический абсцесс	186	7	3,7
Тазовый абсцесс	437	2	0,4
ОНМК	921	2	0,2

Язвенное кровотечение	921	3	0,3
Поддиафрагмальный абсцесс	921	2	0,2
Каловый свищ	921	3	0,3
Эвентрация	921	1	0,1
Плеврит	921	2	0,2
Смерть мозга	921	1	0,1
Прекультевой абсцесс	35	2	5,7
ВСЕГО	921	93	10,0

Заключение. В результате применения усовершенствованных технологий с внедрением экстренной специализированной (колопроктологической) помощи при хирургическом лечении 921 больных колоректальным раком в условиях многопрофильной областной больницы достигнуто следующее:

- общая послеоперационная летальность снижена до 3,2% (связанная с хирургическими осложнениями – до 1,4%);
- частота несостоятельности толстокишечного анастомоза снижена до 2,1%;
- выполнение одномоментных вмешательств дало возможность раннего начала курса послеоперационной химиотерапии;
- в течение пятилетнего наблюдения за пациентами, оперированными по поводу осложненных форм рака толстой кишки, повторно из-за рецидивов нами оперировано 18 больных (4,1%);
- в связи с выполнением одноэтапных операций без формирования колостомы хорошее качество жизни достигнуто в 89% случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Сухов Б.С., Александров К.Р., Корнев Л.В. Проблемы в лечении осложненного колоректального рака // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. – М., 2007. – С. 343-345.
2. Багненко С.Ф., Гринев М.В., Абдусаматов Ф.Х. [и др.]. Циторедуктивная хирургия в комплексном лечении осложненного колоректального рака в стационаре скорой помощи // Новый хирургический архив. – 2004. – № 4. – С. 39-42.
3. Бахина Н.В., Абрамов А.А., Кудряшова И.А., Шелудько В.В. Рак прямой кишки и ректосигмовидного отдела // Актуальные вопросы современной медицины. – Астрахань, 2005. – С. 162-164.
4. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сорокин В.В. Выбор метода хирургического лечения колоректального рака // Тезисы докладов IX съезда хирургов. – 2007. – С.73-76.
5. 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.
6. Жарникова Т.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика и тактика хирургического лечения колоректального рака в РС (Якутия): автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 2009. – 26 с.
7. Маманов Н.А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки: автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2007. – 30 с.
8. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Субтотальная колонэктомия – операция выбора при лечении осложненного рака // Неотложная и специализированная помощь. – М., 2007. – С. 374-376.
9. Сотниченко Б.А., Дмитриев М.О. Осложненный колоректальный рак: не только хирургическая, но и социальная проблема // Владивостокский медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 35-38.
10. Сафронов Д.В., Богомоллов Н.И. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью и перфорацией // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – № 7. – С. 11-12.
11. Топузов Э.Г., Беляков Н.А., Соломенников А.В. Интраоперационный сорбционный толстокишечный диализ при раке толстой кишки // Вопросы онкологии. – 1998. – № 6. – С. 708-710.
12. Чалов В.В., Мирошников В.М., Сердюков А.Г. Современное состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения Астраханской области // Астраханский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С.7-16.
13. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. (заболеваемость и смертность). – М.: Медицина, 2003. – 375 с.
14. Шишкина Г.Н. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью: автореферат дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2008. – 48 с.

15. Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов Е.Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости // Российский медицинский журнал. – 2000. – № 2. – С. 22-26.
16. Jeekel F. Developments of colorectal cancer surgery // Europ. J. Cancer. – 1995. – № 7-8. – P. 1379-1381.
17. Levi F., Luccini F., Negri E. Cancer mortality in the European Union // Int. J. Cancer. – 2002.-Vol. 98, № 4. – P. 636-637.
18. Saab L., Link K., Blatz A., Beger H. Surgery of Colorectal cancer: results in 2400 patients // World J. Surg. – 2002. – Vol. 26. – P. 59-66.
19. Villar J., Martinez A., Villegas M., Muffak K. Surgical options for Malignant left-side Colonic obstruction // Surg. Today. – 2005. –Vol. 35. – P. 275-281.

Есин Владимир Иванович, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, заведующий колопроктологическим отделением ГУЗ «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», Россия, 414056,

г. Астрахань, ул. Татищева, 2, тел. (8512) 25-30-78, факс (8512) 25-31-68, e-mail: lazer@astranet.ru

Мустафин Дамер Гибатович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000,

г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 25-30-78, e-mail: agma@astranet.ru

Мустафин Роберт Дамерович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской хирургии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Воробьев Алексей Иванович, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, заместитель главного врача по хирургии ГУЗ «Александрo-Мариинская областная клиническая больница»