

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.345-006.6-089-06:616.381-002-039.71

Э.Г.Топузов, Е.А.Ерохина, Г.А.Шишкина, К.Н.Алиев

МЕРЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней № 1 с курсом детской хирургии (зав.— проф. Э.Г.Топузов) Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

Ключевые слова: рак толстой кишки, послеоперационные осложнения, несостоятельность анастомоза, перитонит.

Введение. Нередко хирурги сталкиваются с проблемой лечения или предупреждения распространенного перитонита у больных, оперированных по поводу колоректального рака [1, 2, 7, 8]. Причем наибольшие затруднения как в диагностике, так и в лечении вызывает вторичный или третичный перитонит, развивающийся вследствие послеоперационных осложнений [3]. Тяжелое состояние больных, неотчетливая клиническая картина, отсутствие простых и надежных методов диагностики развивающихся послеоперационных осложнений обуславливают неудачи в лечении пациентов с опухолями толстой кишки [4–6, 9, 10].

Материалы и методы. Мы исследовали сборный материал трех хирургических клиник СПбГМА им. Мечникова. Нами проанализированы результаты лечения 117 пациентов, которым в связи с появлением осложнений потребовалась повторная операция, что составило 6% от всего числа больных (1950 чел.), оперированных по поводу рака толстой кишки с 1997 по 2005 г. Наиболее частым осложнением (39%) явилась несостоятельность швов анастомоза. Появление межкишечных абсцессов, нагноение гематомы брюшной полости, забрюшинной клетчатки и клетчатки малого таза отмечено у 18%, некроз низведенной кишки — у 11%, некроз колостомы — у 9%, эвентрация — у 4% больных. У 15% пациентов причины перитонита не были связаны непосредственно с операцией (панкреонекроз, перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки) и у 4% имелся перитонит без точно выявленного источника.

Результаты и обсуждение. Все пациенты с колоректальным раком оперировались высококвалифицированными хирургами, но сама хирургическая тактика при осложнениях несколько отличалась в специализированной

клинике от тактики в общехирургических стационарах. Это дало возможность сравнить полученные результаты.

Лучшие результаты мы наблюдали при лечении больных с колоректальным раком в специализированном стационаре (табл. 1).

Необходимо отметить, что большинство больных раком толстой кишки оперировали на фоне нарушения кишечной проходимости различной степени. Из 35 больных с несостоятельностью швов анастомоза без каких-либо нарушений кишечной проходимости оперированы только 3 пациента. Это больные, которым выполнялась реконструктивная операция восстановления непрерывности толстой кишки с устранением колостомы. С явлениями острой кишечной непроходимости оперированы 5 пациентов. Остальные 27 больных, у которых развилась несостоятельность анастомоза, оперированы на фоне компенсированного или субкомпенсированного нарушения проходимости кишечника.

Клиническими проявлениями развивающихся осложнений в послеоперационном периоде, особенно при несостоятельности швов межкишечного соустья, у большинства больных были жалобы на ухудшение самочувствия на фоне относительно стабильного состояния, сла-

Таблица 1
Результаты лечения больных раком толстой кишки, оперированных в специализированном и в общехирургических стационарах

Место операции	Число больных	Умерли	
		Абс. число	%
В специализированной клинике	1170	35	3
В общехирургической клинике	780	43	5
Всего	1950	78	4

Таблица 2

Клинические проявления несостоятельности анастомоза

Симптомы несостоятельности швов анастомоза	Число больных	%
Ухудшение самочувствия	35	100
Усиление болей или появление самостоятельных болей:	35	100
по всему животу	24	70
в проекции анастомоза и в зоне дренажа	10	30
Тошнота	9	25
Рвота	9	25
Икота	5	13,6
Жажда и сухость во рту	4	12,6
Тахикардия до 100 уд/мин и более	35	100
Снижение артериального давления до 100/60 мм рт. ст. и ниже	5	13,6
Температура тела:		
субфебрильная	35	100
выше 38 °С	5	13,6
Вздутие живота	35	100
Перистальтика:		
вялая	35	100
отсутствует	–	–
Газы:		
затрудненное отхождение	35	100
полное отсутствие	11	31
Стул жидкий, скудный, многократный	17	50
Выделения из дренажа с примесью кишечного содержимого и газов или красителя, введенного в кишку	15	50
Перитонеальные симптомы	18	50

бость, тошноту, иногда рвоту, икоту. Появлялась тахикардия до 100 уд/мин и более, повышение температуры тела до 38–39 °С и вздутие живота. У большинства больных эти признаки появлялись на 3–4-е сутки после операции. Отмечалось затрудненное отхождение газов. В дальнейшем, при развитии перитонита, газы не отходили вообще. У половины больных был жидкий стул до 3 раз в небольших количествах на 3–4-е сутки. В первые дни после операции у большинства больных выслушивалась вялая перистальтика, но с развитием осложнения и перитонита кишечные шумы исчезали. Отчетливые перитонеальные симптомы наблюдались только у 50% больных, что затрудняло диагностику и приводило к отсрочке релапаротомии. Выраженные перитонеальные симптомы свидетельствовали о распространенном перитоните и появлялись чаще на 5–6-е сутки после операции. У 11 пациентов симптомы раздражения брюшины были слабо выражены, но по дренажу, стоявшему в зоне анастомоза, выделялось отделяемое с запахом кишечного содержимого, в некоторых случаях появлялся жидкий кал и отходили газы. У двух пациентов при введении жидкого красителя (метиленовый синий) в прямую кишку окрашивалось отделяемое из дренажа, стоящего в зоне анастомоза (табл. 2).

Все пациенты с осложнениями были повторно оперированы, но результаты лечения были различны. Они зависели от сроков выполнения и объема повторного вмешательства, особенно у больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Анализ нашего клинического материала показывает, что релапаротомия дает шанс к выздоровлению больных с послеоперационными осложнениями. А успех лечения зависит от объема и сроков выполнения реоперации.

В нашей специализированной колопроктологической клинике мы повторно оперировали больных экстренно, при первых же признаках неблагополучия, что позволило предупредить развитие распространенного перитонита и снизить летальность. В других общехирургических клиниках больных оперировали через сутки и более после появления осложнения, когда определялись отчетливые перитонеальные симптомы. Исходы в большинстве наблюдений были неблагоприятные. Летальность в этой группе составила 69%. Это ярко иллюстрируют примеры из группы больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Восемью больным из этой группы повторное вмешательство производилось на 5–7-е сутки после первой операции. Всем им выполнены широкая релапарото-

мия, санация, дренирование брюшной полости и формирование противоестественного ануса. Причем у 2 больных из этой группы на 5-е сутки после первой операции появилась примесь кишечного содержимого из дренажа, но перитонеальные симптомы не были выражены. В надежде на то, что область несостоятельного анастомоза отграничена от свободной брюшной полости спайками, больных лечили консервативно. Но проводимая терапия не дала эффекта, появились признаки разлитого перитонита. Этим больным произвели релапаротомию через 2 сут после обнаружения первых признаков несостоятельности швов анастомоза, т. е. на 7-е сутки после первой операции. Больные умерли от распространенного перитонита. Другим 6 пациентам из этой группы релапаротомия произведена в тот же день, когда появились первые признаки несостоятельности швов. Это позволило предупредить дальнейшее развитие перитонита, и больные выздоровели.

Объем повторной операции также влиял на исход лечения. Он должен определяться индивидуально, в зависимости от характера осложнения. У больных с несостоятельностью толсто-

Таблица 3

Исходы при несостоятельности швов анастомоза у больных, оперированных по поводу рака толстой кишки

Объем повторной операции	Число больных	Умерли
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, формирование anus praeternaturalis через сутки и позже после появления симптомов несостоятельности швов анастомоза	12	3
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, укрепление анастомоза дополнительными швами и прядью сальника	3	3
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Разобщение анастомоза и выведение его в виде anus praeternaturalis	3	2
Релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости и выведение анастомоза в виде пристеночной колостомы	2	2
Формирование anus praeternaturalis без широкой релапаротомии при первых признаках несостоятельности швов анастомоза	15	–
Всего	35	10 (28,5%)

кишечного анастомоза избежать распространенного перитонита и снизить летальность позволило только полное отключение кишки с несостоятельным кишечным соустьем. Операции с укреплением несостоятельного анастомоза местными тканями, как и выведение его на брюшную стенку в виде колостомы даже в ранние сроки после появления осложнения, были малоэффективны.

Особую группу составили 15 пациентов. У них на 4–6-е сутки по дренажу, стоящему в области анастомоза, стало поступать отделяемое с примесью кишечного содержимого или отходить газы, но выраженные клинические проявления перитонита не определялись. Это позволяло думать об отграничении зоны несостоятельного анастомоза от брюшной полости. Этих пациентов оперировали повторно в тот же день, когда была заподозрена несостоятельность межкишечного соустья. Широкая релапаротомия не выполнялась, а объем операции ограничивался формированием противоестественного ануса с целью отключения дистального отдела кишки с несостоятельным анастомозом. Развития разлитого перитонита у этих больных не отмечено. Все пациенты выздоровели (табл. 3).

Таким образом, мы считаем, что при возникновении осложнений в послеоперационном периоде, особенно при несостоятельности толстокишечного анастомоза, предупредить развитие распространенного перитонита может только повторное хирургическое вмешательство в наиболее ранние сроки, т. е. сразу же при появлении первых признаков неблагополучия. Объем повторной операции должен определяться индивидуально, но полное отключение кишки с несостоятельным кишечным соустьем обязательно. При отграничении несостоятельного анастомоза от свободной брюшной полости и отсутствии распространенного перитонита операцию можно ограничить формированием про-

тивоестественного ануса выше анастомоза без широкой релапаротомии, через отдельный небольшой разрез брюшной стенки. Небольшой объем повторной операции легче переносится больными и в то же время позволяет отключить кишку, чтобы создать условия для заживления анастомоза и предупредить дальнейшее развитие перитонита. Через 3–6 мес в таких случаях производим восстановительную операцию также без широкой релапаротомии, ограничиваясь иссечением тканей вокруг искусственного ануса. К этому времени функциональное состояние анастомоза, сформированного при первой операции, полностью восстанавливается.

Выводы. 1. При возникновении осложнений в послеоперационном периоде, особенно при несостоятельности толстокишечного анастомоза, предупредить развитие распространенного перитонита может только повторное хирургическое вмешательство в наиболее ранние сроки, т. е. сразу же при появлении первых признаков неблагополучия.

2. Объем повторной операции должен определяться индивидуально, но полное отключение кишки с несостоятельным кишечным соустьем обязательно.

3. При отграничении несостоятельного анастомоза от свободной брюшной полости и отсутствии распространенного перитонита операцию можно ограничить формированием противоестественного ануса выше анастомоза без широкой релапаротомии, через отдельный небольшой разрез брюшной стенки.

4. Небольшой объем повторной операции легче переносится больными и в то же время позволяет отключить кишку, чтобы создать условия для заживления анастомоза и предупредить дальнейшее развитие перитонита. Через 3–6 мес в таких случаях производится восстановительная операция без широкой релапаро-

томии, ограничиваясь иссечением тканей вокруг искусственного ануса. К этому времени функциональное состояние анастомоза, сформированного при первой операции, полностью восстанавливается.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии // Вестн. хир.—1999.—№ 3.—С. 66–70.
2. Воробьев Г.И., Минц Я.В., Мушников В.Н. и др. Заживление анастомозов в восстановительно-реконструктивной хирургии толстой кишки // Вестн. хир.—1989.—№ 1.—С. 77–81.
3. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис // Consilium Medicum.—2005.—№ 6.—С. 468–472.
4. Костин А.Е. Диагностика несостоятельности швов анастомозов полых органов // Вестн. хир.—1992.—№ 7–12.—С. 195–196.
5. Мельник В.М., Пойда А.И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке // Хирургия.—2003.—№ 8.—С. 69–73.
6. Петров В.П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшной резекции прямой кишки // Вестн. хир.—2001.—№ 6.—С.59–64.
7. Яицкий Н.А., Нечай И.А., Петришин В.Л. и др. Качество жизни и пути его улучшения у больных раком прямой кишки после

сфинктеросохраняющих операций разных видов // Актуальные проблемы колопроктологии: Тезисы научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии (Москва, 2–4 февраля 2005 г.).— М., 2005.—С. 328–329.

8. Graf J., Doig G., Cook D. et al. Randomized, controlled clinical trials in sepsis: has methodological quality improved over time? // Crit. Care Med.—2002.—Vol. 30.—P. 461–472.
9. Khoury G.A., Lewis M.C.A., Melagros L., Lewis A.A.M. Colostomy or ileostomy after colorectal surgery? A randomized trial // Ann. R. Coll. Surg. Engl.—1987.—Vol. 69.—P. 5–7.
10. Tekkis P.P., Kinsman R., Thompson M.R., Stamatakis J.D. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer // Ann. Surg.—2004.—Vol. 240, № 1.—P. 76–81.

Поступила в редакцию 01.03.2006 г.

E.G.Topuzov, E.A.Erokhina, G.A.Shishkina, K.N.Aliev

MEASURES OF PREVENTION OF DIFFUSE PERITONITIS AFTER OPERATIONS FOR COLORECTAL CANCER

An experience with treatment of postoperative complications in patients with colorectal cancer in specialized and surgical hospitals and an analysis of results of treatment of patients with incompetent intestinal anastomoses depending on the surgical strategy have shown that reoperations for exclusion of the gut with the incompetent anastomosis with the first symptoms of a developing complication allows prevention of possible complication.



*Уважаемые читатели, авторы,
представители медицинского сервиса
и производители медицинских препаратов и оборудования!*

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЭСКУЛАП» ПРЕДЛАГАЕТ СВОИ УСЛУГИ:

- ◆ компьютерный набор, вёрстка, изготовление диапозитивов для последующего полиграфического исполнения;
- ◆ размещение заказов на полиграфических предприятиях и контроль всего цикла исполнения;
- ◆ издание рекламных буклетов, пригласительных билетов и проспектов для выставок и презентаций;
- ◆ издание монографий с полной редакционной подготовкой авторской рукописи;
- ◆ размещение рекламы медицинских препаратов, оборудования, специальной литературы в журналах «Вестник хирургии имени И.И.Грекова», «Вопросы онкологии», «Морфология».

*Ждём Ваших предложений:
197110, Санкт-Петербург, Левашовский пр., 12*

Телефон (812) 542-40-45;

E-mail: aesculap@mail.wplus.net