

© Коллектив авторов, 2008
УДК 611.348-007.251-089

С.И.Перегудов, Г.И.Синенченко, А.А.Курыгин, А.В.Пирогов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

2-я кафедра (хирургии усовершенствования врачей) (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: рак толстой кишки, кишечная непроходимость, диастатический разрыв, перфорация, хирургическое лечение.

Таблица 1

Число наблюдений больных с диастатической перфорацией ободочной кишки

Год	Авторы	Число оперированных больных	Из них умерли
1980	Александров Н.Н. и др. [1]	14	12
1986	Renoux В. и др. [16]	15	8
1998	Carraro P.G. и др. [11]	21	10
1999	Алиев С.А. [2]	10	6
1999	Gullino D. и др. [13]	5	3
2000	Chen H.S. и др. [12]	13	10
2001	Khan S. и др. [14]	11	6
2003	Манов Е.Н. [4]	7	4
2003	Шальков Ю.Л. [8]	13	5
2003	Шиленок В.Н. и др. [9]	16	7
2004	Коновалов С.В. и др. [3]	5	1
2004	Minopoulos G.I. и др. [15]	5	0
Всего		135	72

Введение. Несмотря на совершенствование методов диагностики колоректального рака, в нашей стране практически каждый четвертый больной с впервые установленным диагнозом рака толстой кишки относится к IV клинической группе, а в ряде регионов этот показатель достигает 50% [5]. В странах Западной Европы и США, несмотря на попытки внедрения скрининговой системы, также у 25% пациентов при первичной диагностике выявляются метастазы колоректального рака. При этом у 60–90% встречаются осложненные формы этого заболевания [6].

Одним из относительно редких, но чрезвычайно тяжёлых осложнений опухоли толстой кишки является её перфорация. Диастатическая перфорация ободочной кишки встречается гораздо реже — примерно в 26–35% случаев перфорации [2, 13] или в 3,4–8,9% случаев обтурационной толстокишечной непроходимости [4, 7].

Многочисленными исследованиями установлено, что при острой кишечной непроходимости опухоль, вызвавшая обтурацию и последующее растяжение ободочной кишки, как правило, располагается в левой половине толстой кишки [2, 17]. Перфорация развивается обычно в правой половине ободочной кишки и наиболее часто — в слепой кишке. Некоторые авторы описывали разрывы только слепой кишки [8].

Число наблюдений диастатических перфораций толстой кишки у отечественных и иностранных авторов невелико и редко превышает 20, при этом, как правило, умирают большинство больных. Правда, в последние 3 года наметилась тенденция к некоторому снижению летальности при этом осложнении колоректального рака, что объясняется большим использованием первичных радикальных операций субтотальной/тотальной колэктомии (табл. 1).

Действительно, в подобной ситуации спасти жизнь больному бывает чрезвычайно трудно, поэтому летальность при диастатических перфорациях толстой кишки колеблется, по данным различных авторов, от 29 до 85,7%. Основными причинами летальных исходов выступают раковая интоксикация, перитонит, а также септические и тромбоэмболические осложнения.

Материалы и методы. В настоящей работе обобщены сведения о 58 больных в возрасте от 50 до 90 лет, оперированных по поводу опухоли толстой кишки, осложнённой диастатической перфорацией, на клинических базах 2-й кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 1997 по 2005 г. Мужчин было 32, женщин — 26. У 45 пациентов были полные диастатические разрывы (перфорации) ободочной кишки, у 13 — неполные диастатические разрывы (надрывы) кишечной стенки.

Таблица 2

Локализация опухоли толстой кишки при диастатических разрывах

Локализация опухоли	Число больных		Итого
	Полный разрыв	Неполный разрыв	
Печёночный изгиб ободочной кишки	3	–	3
Поперечная ободочная кишка	3	–	3
Селезёночный изгиб ободочной кишки	6	5	11
Нисходящая ободочная кишка	1	1	2
Сигмовидная кишка	17	4	21
Прямая кишка	15	3	18
Всего	45	13	58

Таблица 3

Локализация диастатических разрывов ободочной кишки

Локализация диастатического разрыва	Число больных		Итого
	Полный разрыв	Неполный разрыв	
Слепая кишка	12	6	18
Восходящая ободочная кишка	4	–	4
Печёночный изгиб ободочной кишки	3	–	3
Поперечная ободочная кишка	4	2	6
Селезёночный изгиб ободочной кишки	1	–	1
Нисходящая ободочная кишка	3	1	4
Сигмовидная кишка	16	2	18
Множественные	2	2	4
Всего	45	13	58

У 23 больных констатирована IV стадия опухолевого процесса (отдалённые метастазы) и у остальных 35 — III стадия. По гистологической структуре 12 удалённых опухолей относились к умеренно дифференцированным аденокарциномам, 5 — к высокодифференцированным и 4 — к низкодифференцированным. Локализация опухоли толстой кишки представлена в табл. 2.

Супрастенотический диаметр ободочной кишки при развитии полных диастатических разрывов превышал 12 см, неполных — 10 см. Распределение больных по локализации диастатических разрывов ободочной кишки представлено в табл. 3.

Поскольку все больные были старше 50 лет, то сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у всех. Болезни дыхательной системы отмечены у 12 пациентов (из них 6 — поступили с верифицированным диагнозом острой пневмонии), других органов и систем — у 17. Большинство больных имели два и более сопутствующих заболевания, которые зачастую сопровождалась недостаточностью органов и систем.

В обеих группах пациентов длительность существования разрыва до операции, как правило, или находилась в пределах 12 ч (36,2%), или превышала 1 сут (46,6%). В промежуточном временном диапазоне оперированы лишь 17,2% больных. Этот факт может найти своё объяснение в различных механизмах развития диастатической перфорации ободочной кишки. Вероятно, у больных с ранними сроками развития этого осложнения оно быстро формировалось, прежде всего, за счет сосудистого компонента (некроза

кишечной стенки), в то время как при длительном существовании obturационной толстокишечной непроходимости на первый план выходило постепенное механическое перерастяжение вышерасположенных отделов толстой кишки.

Результаты и обсуждение. По мнению большинства авторов, хирургическая тактика при раке толстой кишки, осложнённом диастатической перфорацией, в каждом конкретном наблюдении носит индивидуальный характер в зависимости от общего состояния пациента, тяжести перитонита, локализации и стадии опухоли, расположения перфорационного отверстия в кишке. В доступной нам литературе не удалось найти единого мнения в вопросах о хирургической тактике при диастатических разрывах толстой кишки.

Сложность ситуации, в которой оказываются дежурные хирурги в попытках спасти больного, используя для этого различные виды экстренного оперативного пособия, наглядно представлена в табл. 4. Подчас они используют операции, предложенные ещё в начале XX в.

К сожалению, из столь многообразных видов операций лишь немногие приводят к сколько-нибудь существенным положительным

Таблица 4

Распределение больных по видам оперативных вмешательств

Вид операции	Манипуляции с разрывом	Полный разрыв	Неполный разрыв	Итого
Выведение колостомы	Ушивание	8	3	11
	Выведение	5	1	6
	Ушивание и экстраперитонизация	3	1	4
Цекостомия	Ушивание	2	–	2
	Выведение	5	–	5
Операция Гартмана	Ушивание	2	–	2
	Удаление	7	2	9
	Выведение	1	–	1
Субтотальная колэктомия	Удаление	3	3	6
Гемиколэктомия слева	Удаление	2	1	3
	Ушивание	1	2	3
	Ушивание и экстраперитонизация	1	–	1
Гемиколэктомия справа	Удаление	2	–	2
Илеотрансверзостомия	Ушивание	1	–	1
Ушивание разрыва	Ушивание	1	–	1
Операция Микулича	Выведение	1	–	1
Всего		45	13	58

результатам. Так, из 58 пациентов 37 умерли в ранние сроки после хирургического вмешательства, общая летальность составила 63,8%. При неполных диастатических разрывах ободочной кишки умерли 7 больных из 13, летальность составила 53,8%, при диастатических перфорациях умерли 30 из 45, летальность — 67,7%. Большая часть (26 из 37) пациентов умерли в первые 3 сут от момента операции. Причиной смерти в основном была полиорганная недостаточность на фоне интоксикации смешанного генеза (раковая+эндогенная). Среди других причин летальных исходов обращают на себя внимание развитие острого инфаркта миокарда и тромбоэмболии сегментарных и среднедолевых ветвей лёгочных артерий в 1-е сутки после операции.

Частота развития эндотоксического (инфекционно-токсического) шока также была высока и составила 13,8% наблюдений. Все 8 больных умерли в 1-е сутки после операции от эндогенной и раковой интоксикации. Какой бы вид оперативного пособия не оказывали таким больным, летальный исход был предопределён тяжестью развившегося системного осложнения.

Позже 3 сут после хирургического вмешательства умерли 13 (29,7%) пациентов. Основной причиной смерти также явилась полиорганная недостаточность на фоне интоксикации. Следует отметить, что 1 умерший пациент был оперирован уже на фоне нижнедолевой пневмонии, и у 2 — пневмония развилась в раннем послеопераци-

онном периоде. Причиной смерти ещё 1 пациента явилась тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии, возникшая на 8-е сутки после операции.

После гемиколэктомии слева умерли 4 из 7 больных. В 2 случаях на неблагоприятный исход повлияла присоединившаяся ранняя послеоперационная пневмония, у 1 — острая почечная недостаточность, и ещё 1 пациент умер в 1-е сутки от полиорганной недостаточности на фоне интоксикации смешанного генеза. После гемиколэктомии справа ни один пациент не выжил. Оба поступили в состоянии эндотоксического шока, что свидетельствует в пользу ограничения объёма операции при столь тяжёлом осложнении.

После наложения двухствольного ануса умерли 2 из 4 больных. Операция Микулича к успешному результату также не привела. Операции Гартмана и типа Гартмана были успешны в 6 случаях из 12, включая и те, когда их дополнили правосторонней гемиколэктомией для удаления диастатической перфорации. После сигмостомии выжили 2 из 8 больных: в обоих случаях диастатические перфорации были ушиты, а 1 — дополнительно экстраперитонизирована. После субтотальной колэктомии умерло 2 пациентов из 6. В одном случае операция проводилась на фоне эндотоксического шока, во втором — на 7-е сутки послеоперационного периода развилась несостоятельность швов культи сигмовидной кишки, разлитой каловый перитонит, потребовавшие релапаротомии.

Структура ранних послеоперационных осложнений, развившихся у больных с диа-статическими разрывами ободочной кишки, представлена в табл. 5.

Таблица 5

Структура послеоперационных осложнений у больных с колоректальным раком с диастатическими разрывами ободочной кишки

Осложнения	Число больных
Нагноение операционной раны	9
Ранняя послеоперационная пневмония	7
Эвентрация	3
Отёк легких	3
Несостоятельность швов культи толстой кишки	2
Тромбоэмболия лёгочных артерий	2
Несостоятельность швов диастатического разрыва	1
Несостоятельность швов межкишечного анастомоза	1
Острые язвы желудка, осложнённые кровотечением	1
Острые язвы тонкой кишки, осложнённые перфорацией	1
Острая почечная недостаточность	1
Острый инфаркт миокарда	1
Токсическая кардиомиодистрофия	1
Отёк головного мозга	1
Всего	34

Наиболее частым послеоперационным осложнением у больных с диастатическими разрывами ободочной кишки было нагноение операционной раны, которое развилось у 9 колостомированных пациентов. Вторым по частоте была ранняя послеоперационная пневмония, диагностированная у 7 больных. Выжила только одна больная, 90 лет, с мелкоочаговыми инфильтративными изменениями в нижней доле левого легкого. Другие послеоперационные осложнения были менее характерными. Некоторые из них потребовали хирургического вмешательства: это — острые язвы тонкой кишки, осложнённые перфорацией, несостоятельность швов межкишечного анастомоза, ушитой диастатической перфорации (по 1 случаю), несостоятельность швов дистальной культи толстой кишки (у 2), подкожная эвентрация (у 3 пациентов).

Среди других осложнений раннего послеоперационного периода отмечались отёк легких, который развился у 3 больных, тромбоэмболия лёгочных артерий — у 2. По 1 случаю встречались острая почечная недостаточность, острый инфаркт

миокарда и острые язвы желудка, осложнённые кровотечением, с которым удалось справиться с помощью методов эндоскопического гемостаза.

Принципиального внимания заслуживает исход радикальных и циторедуктивных операций в зависимости от тяжести перитонита. На фоне местного перитонита выполнены 6 радикальных операций, при этом все больные выжили. В реактивной фазе разлитого перитонита опухоль удалена у 6 пациентов (из них умерли 4), в токсической — 14 (умерли 9), в терминальной фазе внутрибрюшной инфекции безуспешно оперирован 1 больной. После симптоматических операций умерли все больные и при местном перитоните, и при терминальной фазе внутрибрюшной инфекции; также умерли в первые 3 сут после операции большинство (14 из 20) пациентов в токсической фазе.

Выводы. 1. При местном перитоните выполнение радикальной операции сопровождается благоприятным результатом. Достоверных различий в исходах радикальных и циторедуктивных операций в реактивной и токсической фазах перитонита нами не выявлено, поэтому хирургическая тактика в данной ситуации должна определяться ещё и другими критериями, такими как тяжесть общего состояния пациента, местная распространённость опухолевого процесса и наличие отдалённых метастазов, развитие инфекционно-токсического шока.

2. Использование симптоматических операций при диастатических разрывах ободочной кишки в подавляющем большинстве случаев приводит к неблагоприятному непосредственному результату. Опухоль, вызвавшую кишечную непроходимость, необходимо удалять во всех случаях, когда технически это выполнимо, за исключением ситуаций, когда диагностируются канцероматоз брюшины, терминальная фаза внутрибрюшной инфекции или инфекционно-токсический шок, поскольку ни один больной с этими осложнениями не перенёс какого-либо вида оперативного лечения.

3. При правосторонней локализации опухоли и диастатического разрыва показано выполнение гемиколэктомии с удалением опухоли, диастатического разрыва и наложением илеотрансверзоанастомоза. При левосторонней локализации опухоли и диастатического разрыва целесообразна обструктивная резекция (операция Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия); при этом диастатические разрывы следует ушить или экстраперитонизировать с наложением цекостомы. В случае левосторонней локализации опухоли и диастатических разрывах правой половины ободочной кишки допустимо выполнение расширенных операций, вплоть до субтотальной колэктомии.

4. Крайне важным моментом профилактики осложнений операции является интубация тонкой кишки. Выполнение одномоментной декомпрессии раздутой ободочной кишки на фоне опухолевой толстокишечной непроходимости, по нашему опыту, не гарантирует от развития в раннем послеоперационном периоде диастатической перфорации. В таких случаях целесообразно наложить цекостому и дополнить её назоинтестинальной интубацией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки.—Мн.: Беларусь, 1980.—303 с.
2. Алиев С.А. Хирургическая тактика при перфоративных опухолях и диастатических разрывах ободочной кишки // Хирургия.—1999.—№ 12.—С. 37–42.
3. Коновалов С.В., Мовчан К.Н., Щербаков И.Е. и др. Субтотальная колэктомия при стенозирующей опухоли толстой кишки // Современные технологии в хирургии: Сб. трудов.—СПб., 2004.—С. 95–97.
4. Манов Е.Н. К вопросу лечения осложненного колоректального рака // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Сб. трудов.—М., 2003.—С. 115.
5. Мельников Р.А., Симонов Н.Н., Правосудие И.В. Диагностические и тактические ошибки в хирургическом лечении рака ободочной и прямой кишок // Хирургия.—1987.—№ 11.—С. 146–149.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г. Субтотальная колонэктомия: 20-летний опыт // Хирургия.—2003.—№ 12.—С. 63–65.
7. Сусла П.А., Чирицо Б.Г., Панфилов П.В. и др. Хирургическая тактика при осложненных формах рака кишечника различной локализации // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Сб. трудов.—М., 2003.—С. 135.
8. Шальков Ю.Л. Разрывы слепой кишки в патогенезе толстокишечного илеуса // Там же.—С. 126.
9. Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Ефимчик Е.Ю., Есев К.Э. Лечение осложненного рака толстой кишки: Возможности более раннего выявления // Там же.—С. 119.
10. Borovac N. Carcinoma of the anus, rectum and colon // Med. Arch.—2003.—Vol. 57, suppl. 2.—P. 87–99.
11. Carraro P.G., Segala M., Orloff C., Tiberio G. Outcome of large-bowel perforation in patients with colorectal cancer // Dis. Colon Rectum.—1998.—Vol. 41, № 11.—P. 1421–1426.
12. Chen H.S., Sheen-Chen S.M. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: An analysis of prognosis and current trends // Surgery.—2000.—Vol. 127, № 4.—P. 370–306.
13. Gullino D., Giordano O., Masella M. et al. The single-stage surgery of perforated colon carcinoma: Our experience of 46 cases // Minerva Chir.—1999.—Vol. 54, № 3.—P. 127–137.
14. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.C. et al. Acute colonic perforation associated with colorectal cancer // Amer. Surg.—2001.—Vol. 67, № 3.—P. 261–264.
15. Minopoulos G.I., Lyrtzopoulos N., Efremidou H.I. et al. Emergency operations for carcinoma of the colon // Tech. Coloproctol.—2004.—Vol. 8, suppl. 1.—P. S235–S237.
16. Renoux B., Herbault G.F., Jean E. Diastatic perforations of the colon of neoplastic origin: Apropos of 15 cases // J. Chir. (Paris).—1986.—Vol. 123, № 11.—P. 644–650.
17. Yilmazlar T., Toker S., Zorluoglu A. Non-traumatic colorectal perforations // Int. Surg.—1999.—Vol. 84, № 2.—P. 155–158.

Поступила в редакцию 17.06.2007 г.

S.I.Peregudov, G.I.Sinchenko, A.A.Kurygin,
A.V.Pirogov

EXPERIENCE IN SURGERY OF DIASTATIC RUPTURES OF THE COLON

An experience with treatment of 58 patients operated upon for carcinoma of the colon complicated by acute intestinal obstruction and diastatic perforation has been analyzed, 13 patients had incomplete diastatic ruptures (tears) of the colon. In 23 patients the IV stage of the tumor process (remote metastases) were found and the other 35 patients had the III stage. In early terms after operation 37 (63.8%) patients out of 58 patients died. Lethality after incomplete diastatic ruptures of the colon made up 53.8%, and after diastatic perforation — 67.7%. The main cause of lethal outcomes was polyorganic insufficiency against the background of intoxication of mixed genesis (cancerous + endogenous). Ablation of colonic tumor is justified in cases of local peritonitis. Hemicolectomy with ablation of the diastatic rupture is indicated for the right-side localization of the tumor. Obstructive resection is expedient for left-side localization of the tumor and rupture, the diastatic ruptures should be sutured or extraperitonized with application of cecostoma. Subtotal colectomy is possible for left-side localization of the tumor and diastatic ruptures of the right half of the colon. Symptomatic operations are indicated for canceromatosis of the peritoneum, terminal phase of peritonitis or infectious-toxic shock.