

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

А.И. Шетогулов

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя»

В большинстве современных научных исследований рак толстой кишки (ободочной и прямой) трактуется совместно, и почти всегда применяется термин «колоректальный рак». Колоректальный рак занимает во многих странах одно из ведущих мест в структуре злокачественных заболеваний, в последние годы частота заболеваемости значительно увеличилась в экономически развитых странах мира. Так, по данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется 500 тысяч случаев колоректального рака. При этом наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России. В США в 2006 году рак ободочной кишки занял 2 место по заболеваемости, уступив раку легких, а рак прямой кишки – 36 место. В России колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций, при этом за последние 20 лет в структуре онкологической заболеваемости населения РФ переместился с 6 на 3 место. Более того, фактический в ближайшие годы колоректальный рак в России будет ведущим среди опухолей желудочно-кишечного тракта [3,9,10].

Высоким остаются и показатели смертности от колоректального рака. В мире ежегодно регистрируется более 440 тыс. смертей, обусловленных раком ободочной и прямой кишки. В России смертность от колоректального рака занимает третье место в структуре смертности от всех злокачественных новообразований [3,10].

Основным и наиболее эффективным методом лечения больных колоректальным раком является оперативное вмешательство. При этом с учетом осложненных форм частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений колеблется от 12% до 65%, послеоперационная летальность в группе радикальных операций достигает 14–16%, а при осложненных формах заболевания – до 40–45% [1,3,6].

Особое место в современной медицинской науке и практике, в том числе в хирургической онкологии, занимает прогнозирование послеоперационных осложнений – научно обоснованное предвидение результатов проводимых операций [11].

Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений позволяет предпринимать целенаправленные профилактические мероприятия. Тем самым удается добиваться улучшения ближайших результатов хирургического лечения у больных колоректальным раком.

Цель исследования. Оценка прогностических факторов гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу колоректального рака.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе абдоминального отделения Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера. В основу легло наблюдение за 212 больными, радикально прооперированными по поводу колоректального рака. В исследование не были включены больные, имеющие *carcinoma in situ* и первично-множественные опухоли.

Мужчин было 92 (42%), женщин – 110 (57%). У всех больных диагноз верифицирован согласно критериям Международной гистологической и цитологической классификации опухолей кишечника (ВОЗ, 1981). У 71 (33,4%) больных опухоль локализовалась в прямой кишке, у остальных 141 (66,6%) – в различных отделах ободочной кишки.

Больные с локализацией опухолевого процесса в прямой кишке по стадиям распределились следующим образом: 1 стадия заболевания ($T_{1-2}N_0M_0$) была у 1 больного (1,4%), 2 стадия ($T_{3-4}N_0M_0$) – у 27 (38%) больных и 3 стадия ($T_{1-4}N_{1-3}M_0$) – у 43 (60,6%) больных.

У больных с локализацией опухолевого процесса в ободочной кишке стадирование было следующим: 1 стадия ($T_{1-2}N_0M_0$) заболевания была у 2 (1,4%) больных, 2 стадия ($T_{3-4}N_0M_0$) – у 63 (44,6%) пациентов, 3 стадия ($T_{1-4}N_{1-3}M_0$) – у 76 (53,9%). Преимуществом гистологическим вариантом опухоли была умеренно дифференцированная аденокарцинома (92%).

Результаты и обсуждение. Ранний послеоперационный период у 36 (17%) больных осложнился гнойно-воспалительными процессами, при этом было отмечено 41 (19,3%) осложнение – больше чем количество больных. Это связано с возникновением и развитием 2–3 осложнений одновременно или последовательно у одного больного. Характер данных осложнений был следующий: нагноение послеоперационной раны – 18 больных, нагноение параколостомической раны – 4, каловые свищи – 4, нагноение промежностной раны – 3 больных, перитонит вследствие несостоятельности анастомоза – 3, инфильтрат брюшной полости – 3, флегмона передней брюшной стенки – 2, межпетлевые абсцессы – 2, эвентрация – 1, лигатурный свищ – 1 больной.

Релапаротомии подверглись 6 (2,8 %) больных. Летальных исходов не было.

Все внутрибрюшные осложнения часто протекали без явных симптомов катастрофы и маскировались сдвигами в системе гомеостаза, которые сопровождают любую операцию на органах брюшной полости.

Был проведен предварительный анализ клинических, лабораторных, морфологических и некоторых иммунологических критериев в исследуемой группе больных с применением математических методов обработки. Всего выбрано 74 критерия.

Поиск достоверных факторов риска был разделен на два этапа. На первом этапе осуществляли ретроспективный анализ клинических симптомов, лабораторных, морфологических и некоторых иммунологических (ЦИК, средние молекулы – СМ, лейкоцитарный и эритроцитарный индексы интоксикации) критериев в послеоперационном периоде у больных, которым произведена радикальная операция. Особенному анализу и оценке были подвергнуты истории болезни тех больных, у которых возникло осложнение. Вторым этапом на основании полученных результатов проводили сравнение с контрольной группой больных и отбирали прогностически значимые показатели с вычислением прогностической информативности (J) фактора по Шеннону:

$$J = J_i; J_i = 1/2(p+q+\ln 2g - (p+g)\ln 2(p+g));$$

где p_i – вероятность проявления симптома в группе А (с гнойно-воспалительным осложнением) и g_i – вероятность его появления в группе Б (без осложнений). Всего проанализировано 74 критерия, наиболее информативными оказались 11.

Удельный вес каждого вычислялся по методу Неймана-Пирсона:

$$X = 100 \ln g_1/g_2;$$

где X – удельный вес признака, g_1 – частота проявления прогностического признака в группе благоприятного прогноза, g_2 – частота проявления прогностического признака в группе больных с гнойно-воспалительным осложнением.

Процедура определения индивидуального прогноза проводилась по формуле:

$$Z = X_1 + X_2 + X_3 + X_n;$$

где Z – итоговый прогностический индекс; X – удельный вес прогностического признака; n – число прогностических факторов.

По величине итогового прогностического индекса больных относили либо к группе благоприятного, либо к группе неблагоприятного прогноза. При значении $Z > 0$ – прогноз благоприятный, при $Z < 0$ – риск гнойно-воспалительного осложнения повышался.

После математической обработки критериев были установлены следующие неблагоприятные факторы в развитии гнойно-воспалительных осложнений, которые позволили в 80% случаев спрогнозировать данные осложнения:

1. Клинические факторы:

- спаечный процесс в брюшной полости вследствие ранее перенесенного перитонита;
- инфицирование брюшной полости во время оперативного вмешательства;
- параколит;
- радикальная операция при наличии колостомы, наложенной как первый этап при кишечной непроходимости;
- комбинированная операция у больных с трудно корригируемой анемией.

2. Лабораторные факторы:

- лейкоцитоз;

- нарастание показателей лейкоцитарного индекса интоксикации;
 - уровень СМ в послеоперационный период.
- #### 3. Морфологические факторы:
- инвазия опухоли в кишечную стенку до клетчатки;
 - инфильтрация параколитической клетчатки;
 - абсцессы в околокишечной клетчатке.
- #### 4. Иммунологические факторы:
- повышение уровня ЦИК в плазме более чем в 3 раза в послеоперационном периоде.

Заключение. Клинические, лабораторные и некоторые иммунологические показатели у больных колоректальным раком позволяют сделать прогноз в отношении возможности возникновения в раннем послеоперационном периоде гнойно-воспалительных осложнений, позволив тем самым оптимизировать диагностический поиск и начать их своевременное лечение.

Точность прогноза рассматриваемых осложнений составила более 80%, что позволяет использовать комплекс прогностических факторов в повседневной практике.

Литература

1. Давыдов, М.И. Инфекция в онкологии / М.И. Давыдов, Н.В. Дмитриева. – М.: Практическая медицина, 2009. – С. 472.
2. Дарвин, В.В. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операции на толстой и прямой кишке / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, Г.Г. Пехото // Хирургия. – 2002. – №7. – С. 47-49.
3. Кныш, В.И. Рак ободочной кишки / В.И. Кныш. – М.: Медицина, 1997. – 304 с.
4. Кулаков, А.В. Прогнозирование гнойных осложнений в хирургии с помощью определения аффинности антител / А.В. Кулаков, М.И. Карсонова, Б.В. Пинегин // Хирургия. – 2001. – №11. – С. 55-58.
5. Мельник, В.М. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке / В.М. Мельник, А.И. Пойда // Хирургия. – 2003. – №8. – С. 69-74.
6. Пугаев, А.В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: Профиль, 2005. – 224 с.
7. Помазкин, В.И. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости / В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Хирургия. – 2008. – №9. – С. 15-18.
8. Субботин, В.М. Способ диагностики гнойно-воспалительных осложнений после резекции и экстирпации прямой кишки / В.М. Субботин, Э.С. Горовиц, Т.И. Карпунина. – Патент на изобретения № 2153174. 2000.
9. Федоров, В.Д. Рак прямой кишки / В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1979. – 317 с.
10. Чиссов, В.И. Онкология. Национальное руководство / В.И. Чиссов, М.И. Давыдов. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2008. – 1072 с.
11. Шевченко, Ю.Л. Прогнозирование послеоперационных осложнений в плановой хирургии / Ю.Л. Шевченко, Н.А. Кузнецов, О.В. Анисимов // Хирургия. – 2003. – №10. – С. 6-14.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
А.И. ШЕТОГУБОВ

Заболеваемость колоректальным раком в России высока и занимает 3 место в структуре онкологических заболеваний. Осложнения в хирургии колоректального рака достигают 65%. Исследование посвящено оценке прогностических факторов в отношении гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Анализ подверглись 74 фактора у 212 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу колоректального рака. После математического анализа с вычислением прогностической информативности по Шеннону выделены 11 факторов, влияющих на прогноз гнойно-воспалительных осложнений. В ходе исследования точность прогноза достигает 80%, что позволяет рекомендовать использование предлагаемого комплекса факторов в практической медицине.

Ключевые слова: колоректальный рак, гнойно-воспалительные осложнения, послеоперационный период, прогнозирование

FORECASTING OF PYOINFLAMMATORY COMPLICATIONS IN TREATMENT OF COLORECTAL CANCER
SHETOGUBOV A.I.

Cancer morbidity in Russia is high and occupies the 3d place in structure of oncological diseases. The basic method of treatment is surgical. Complications in colorectal cancer surgery are high and reach 65 %.

Research deals with estimation of forecasting factors concerning pyoinflammatory complications during the postoperative period. 74 factors were analyzed at 212 patients being hospitalized for colorectal cancer.

After the mathematical analysis with calculation of self-descriptiveness forecasting by Shannon 11 factors influencing the forecast of pyoinflammatory complications are defined.

During the research, accuracy of the pyoinflammatory complications forecast reaches 80 % that allows recommending the use of the factor complex in practical medicine.

Key words: colorectal cancer, pyoinflammatory complications, postoperative period, forecasting

© В.Л. Коробка, Р.Е. Громыко
УДК: 616.617 – 089.844

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО МОЧЕТОЧНИКОВО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА НА ДРЕНАЖЕ

В.Л. Коробка^{1,2}, Р.Е. Громыко²

¹Ростовский государственный медицинский университет

²Ростовская областная клиническая больница

Онкологические и другие заболевания ободочной кишки нередко сопровождаются вовлечением в патологический процесс средней и нижней трети мочеточника, что, по данным литературы, у 4-30% больных требует его резекции с последующей пластикой [1, 3, 4, 6]. У 1-5% больных необходимость пластики мочеточника возникает из-за ятрогенного повреждения при операциях на органах малого таза (гинекологических вмешательствах) или при опухолях мочеточниково-пузырного сегмента, которые встречаются не более чем у 2% онкоурологических больных [4, 5].

В настоящее время с целью восстановления анатомической и функциональной целостности мочеточника общепризнанной является кишечная пластика [2, 7]. Как и при прочих реконструктивных операциях на полых органах, методика кишечной пластики мочеточников не лишена таких осложнений, как несостоятельность и рубцевание анастомоза, которые развиваются у 10-20% оперированных больных [4, 7]. Причиной этих осложнений чаще всего являются воспалительные изменения стенки мочеточника из-за нарушения кровообращения, травматизации тканей и сквозных проколов при наложении швов, недостаточная герметичность и механическая прочность соустья. Не менее актуальной проблемой при формировании мочеточниково-кишечного анастомоза является рефлюкс мочи и восходящий пиелонефрит у 26-50% больных, перенесших реконструкцию мочеточниково-пузырного сегмента [8, 9].

Поиск новых способов формирования мочеточниково-кишечных соустьев, надежно профилактирующих рефлюкс мочи, являющихся атравматичными, обладающих высокой степенью надежности

Коробка Вячеслав Леонидович, кандидат медицинских наук, директор Центра реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», ассистент кафедры хирургических болезней №4 ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», тел.: 89185584791; e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

Громыко Роман Евгеньевич, врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», тел.: 89185026313; e-mail: orph-rokb@yandex.ru.