

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.351-006.6-089.168

С. В. Васильев, Д. Е. Попов, А. В. Семёнов, А. В. Лисичкин, Е. В. Смирнова

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии (зав. — проф. С. В. Васильев)
Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения

Введение. Проблема рака прямой кишки по-прежнему остается крайне актуальной как в мире в целом, так и в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в частности [1–4]. Хирургическое лечение при этом заболевании остается основным, несмотря на современные достижения фармакологии и радиологии. В этой связи всегда существует риск развития интра- или послеоперационных осложнений. Универсальных советов и путей, позволяющих их избежать, к сожалению, не бывает. Задача профилактики — максимально снизить этот риск.

Цель работы — анализ архивного материала, накопленного за 20 лет в специализированном колопроктологическом центре, и определение положений, направленных на профилактику осложнений хирургического лечения больных раком прямой кишки.

Материал и методы. Нами проанализированы данные о 1740 больных раком прямой кишки, находившихся на лечении в городском Центре колопроктологии Санкт-Петербурга в период с 1989 по 2008 г., которым были выполнены различные хирургические вмешательства, связанные с первичным удалением опухоли. Возраст пациентов колебался от 26 до 90 лет и в среднем составил 63,6 года. Мужчин было 768 (44,1%), женщин — 972 (55,9%). Большая часть пациентов (95,8%) оперированы в плановом порядке. У всех больных верифицирована аденокарцинома, преимущественно (86%) высокой и умеренной степени дифференцировки. У 1477 (84,9%) больных выявлена сопутствующая патология, представленная чаще заболеваниями сердечно-сосудистой системы (76,6%). Почти у трети больных (32,8%) обнаружено 2 хронических сопутствующих заболевания и более. Осложненное течение опухолевого

процесса было выявлено у 78 (4,5%) больных и представлено, как правило, нарушением кишечной проходимости или перифокальным абсцедированием.

Большинство больных, включенных в анализ, имели II и III стадию (Duke's B и C соответственно) онкопроцесса. Весь период исследования мы условно разделили на два десятилетия. Это сделано не случайно. Именно в конце 90-х годов в нашем учреждении происходили серьезные организационные изменения, которые, в итоге, привели к формированию специализированного колопроктологического центра. Со временем количество и характер оперативных вмешательств также менялись. Прежде всего, это касается первично-восстановительных сфинктерсохраняющих операций [увеличилось число передних резекций прямой кишки (ПРПК), и уменьшилось число брюшно-анальных резекций с низведением (БАРн)]. Несколько сократился удельный вес выполняемых сфинктерсохраняющих операций, завершившихся формированием колостомы [брюшно-анальных резекций с колостомой (БАРк) и операций Гартмана (ОГ)]. Стабильным было и остается количество выполняемых брюшно-промежностных экстирпаций (БПЭ). Все включенные в исследование операции выполнены традиционным, открытым способом.

Результаты и обсуждение. Проводя анализ послеоперационных осложнений за весь исследуемый период, с целью наглядности мы составили график изменения частоты развития послеоперационных осложнений по годам (*рисунком*).

На диаграмме видно, что, начиная с конца 90-х годов, с началом регулярного использования надежных сшивающих аппаратов и соблюдения рациональных схем профилактики осложнений кривая динамики частоты развития послеоперационных осложнений приобрела стабильный характер, что в известной степени определяет предсказуемость результатов лечения.

Сведения об авторах:

Васильев Сергей Васильевич, Попов Дмитрий Евгеньевич, Семенов Андрей Викторович, Лисичкин Александр Витальевич, Смирнова Елена Валерьевна, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

Характер развившихся осложнений отражен в *таблице*. Как видно из таблицы, наиболее частыми в структуре осложнений были некроз низведенной кишки после БАРн, несостоятельность анастомоза после передних резекций и гнойные раневые осложнения.

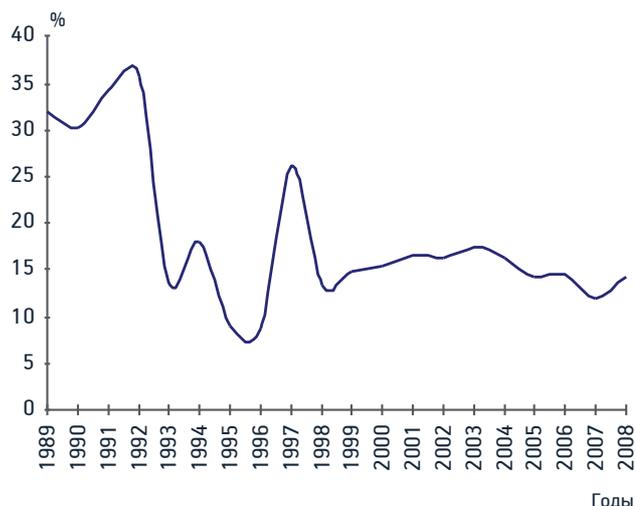
Необходимо уточнить, что некроз низведенной кишки встречался, как правило, в первом десятилетии нашего исследования. Всего осложнения развились у 16,6% больных, при этом в 23% случаев у одного больного отмечались 2 осложнения и более. У 230 (13,2%) пациентов развившиеся осложнения были поводом для повторных операций.

Общая послеоперационная летальность составила 1,4%. Стоит отметить, что этот показатель за первое десятилетие (1989–1998 гг.) составил 3,8%, а за период 1999–2008 гг. — 0,5%. Наиболее частой причиной смерти больных была интоксикация на фоне послеоперационного перитонита. В последние 3 года летальных исходов после операций у больных раком прямой кишки не было.

Накопленный опыт позволил нам выработать ряд положений, прямо или косвенно связанных с профилактикой осложнений хирургического лечения больных с колоректальным раком. Их соблюдение и выполнение может в определенной степени снизить частоту послеоперационных осложнений и, соответственно, летальность.

Выбор адекватного объема оперативного вмешательства и планирования комбинированного или комплексного лечения в целом с учетом предоперационного стадирования — максимально полного обследования больных с использованием эндоскопических, лабораторных и лучевых методов исследования, включая внутривидеографию, УЗИ, КТ и МРТ.

Рациональное использование методик периоперационной антибиотикопрофилактики, сокращение сроков дооперационного и послеоперационного пребывания больных в стационаре, что, в свою очередь, снижает риск контаминации и уменьшает вероятность развития у них внутригоспитальной инфекции. Стоит отметить, что за второе десятилетие нашего исследования (1999–2008 гг.) у больных не было выявлено ни одного случая нозокомиальной пневмонии, а количество случаев нагноения послеоперационной раны снизилось с 10,2 до 8,0% и сохраняется стабильным в настоящее время.



Динамика изменения частоты развития послеоперационных осложнений (1989–2008 гг.)

Коррекция алиментарного статуса и разумная реализация концепции «активного ведения послеоперационного периода». В этой связи наиболее актуально использование на предоперационном этапе и в периоперационном периоде сбалансированных схем нутритивной поддержки, а также ранней активизации больных, ЛФК и раннего энтерального питания. Такой подход, наряду с ранним удалением катетеров, назогастральных зондов и назначением ненаркотических анальгетиков, обеспечивает своевременное восстановление перистальтики, сокращает длительность послеоперационных парезов, ведет к более быстрой реабилитации пациентов и сокращению сроков послеоперационного пребывания больных в ста-

Послеоперационные осложнения

Характер осложнений	Периоды исследования			
	1989–1998 гг.		1999–2008 гг.	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Несостоятельность анастомоза	18	8,7	54	7,0
Некроз низведенной кишки	25	19,2	3	10,0
Некроз стомированной кишки	9	3,5	9	2,1
Перитонит	30	4,9	37	2,9
Раневые гнойные осложнения	62	10,2	101	8,0
Послеоперационная кишечная непроходимость	20	3,3	33	2,6
Кровотечения различного генеза	13	2,1	23	1,8
Расстройства мочеиспускания	15	2,5	18	1,4
Прочие осложнения	34	5,6	56	4,4
2 осложнения и более	32	20,5	48	19,7
Всего	96	20,4	193	15,2
289 больных (16,6%)				

ционаре. Так, наши наблюдения показали, что средний показатель длительности пребывания в стационаре больного раком прямой кишки, получившего оперативное лечение, сократился с 20,0 койко-дней в первом десятилетии исследования (1989–1998 гг.) до 11,7 койко-дней во втором (1999–2008 гг.), что косвенно свидетельствует о снижении числа послеоперационных осложнений.

Использование эпидуральной аналгезии. Помимо отличного обезболивающего эффекта, она позволяет в большинстве случаев добиться снижения продолжительности послеоперационного пареза кишечника и избежать других осложнений. По нашим данным, у пациентов с использованием периоперационной эпидуральной аналгезии перистальтическая активность кишечника восстанавливалась после оперативного вмешательства в среднем на 1 день быстрее.

Периоперационные антибиотикопрофилактика, противоязвенная профилактика и профилактика тромбэмболических осложнений, включающие как медикаментозный, так и немедикаментозный компоненты. Так, использование ингибиторов протонной помпы или H_2 -гистаминоблокаторов в профилактической дозе позволило сократить до минимума (с 1,9 до 0,15%) число случаев развития в послеоперационном периоде стрессовых гастроинтестинальных язв и обострений хронической язвенной болезни. Применение низкомолекулярных гепаринов в профилактической дозе на фоне эластичного бинтования нижних конечностей (или ношения эластичных чулок) позволило снизить частоту тромбэмболических осложнений с 1,5 до 0,2%.

Адекватная предоперационная подготовка кишки — использование различных методов механической очистки кишечника в зависимости от наличия и степени выраженности явлений нарушения кишечной проходимости с целью создания условий для более «чистого» оперирования. Проведение интраоперационной ирригации толстой кишки в условиях нарушения кишечной проходимости — мероприятие, которое позволяет в условиях неудовлетворительной подготовки толстой кишки интраоперационно произвести её антеградный лаваж и сформировать первичный колоректальный анастомоз. Так, при анализе непосредственных результатов хирургического лечения 61 больного с нарушением кишечной проходимости, которым выполнены первично-восстановительные операции при условии интраоперационной очистки толстой кишки, не было отмечено ни одной несостоятельности сформированного анастомоза.

Анатомичность оперирования, включающая мобилизацию прямой кишки в пределах межфасциального ареолярного слоя, сохранение вегетативных нервов таза и оценку адекватности длины и кровоснабжения колотрансплантата.

Интраоперационная санация дистального сегмента прямой кишки и проверка на герметичность сформированного анастомоза. Так, выполнение водно-воздушной пробы на герметичность позволило уже интраоперационно выявить микродефекты в колоректальном анастомозе и принять адекватные меры у 45 больных.

Формирование превентивной двустольной кишечной стомы в случаях создания низкого (6 см и ниже) колоректального или колоанального анастомоза, а также в любой ситуации, когда имеются сомнения в состоятельности сформированного анастомоза. Так, используя различные методики формирования превентивных кишечных стом, удалось сократить на 60% количество релапаротомий по поводу развившейся несостоятельности анастомоза у больных после передней резекции прямой кишки.

Забрюшинное выведение постоянной колостомы в тех случаях, когда восстановление кишечной непрерывности невозможно или не планируется. При этом профилактика перистомальных осложнений заключается, главным образом, в строгом соблюдении правил формирования кишечных стом (место, длина и направление разреза брюшной стенки, адекватное кровоснабжение, надежная фиксация и т. д.). Подобного рода внимательное отношение к этапу формирования колостомы позволило снизить число перистомальных и связанных с формированием кишечной стомы осложнений более чем в 1,5 раза.

Единообразные схемы операционных действий и послеоперационного ведения больных в клинике (перевязки, диета, активизация), а также постоянное повышение профессиональной образованности хирургического персонала. Такой подход призван обеспечить преимущество на всех этапах хирургического лечения пациентов.

Регулярный и скрупулезный анализ развившихся осложнений.

Выводы. 1. Соблюдение разработанных правил хирургического ведения больных раком прямой кишки позволило существенно снизить (с 20,4% за первое десятилетие исследования до 15,2% — за второе) общее количество послеоперационных осложнений и сократить до минимума летальность (с 3,8 до 0,5% соответственно).

2. Перспективы улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных

с колоректальным раком определяются ранней диагностикой новообразований, использованием стандартов ведения больных, применением современных технологий и внедрением программ интенсивного восстановления оперированных пациентов.

3. Плановое хирургическое лечение больных раком прямой кишки должно выполняться в специализированных онкологических, колопроктологических и хирургических клиниках, где имеется наработанный опыт и возможен мультидисциплинарный подход к решению данной проблемы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (прил. 1). 2011. № 3. С. 20–21, 60–92, 95–123, 127, 141.
2. Мерабишвили В. М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2007 г. (заболеваемость, смертность, выживаемость) // Ежегодник Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга. 2008. 256 с.
3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 260 с.
4. Colorectal Cancer Screening. Summary, Evidence Report: Number 1. AHCPR Publication No. 97-0302. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville MD. <http://archive.ahrq.gov/clinic/colosum.htm>, 1998.

Поступила в редакцию 26.09.2012 г.

S. V. Vasiliev, D. E. Popov, A. V. Semenov,
A. V. Lisichkin, E. V. Smirnova

THE WAYS OF IMPROVEMENT OF DIRECT RESULTS OF SURGERY OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER

The State Pavlov Medical University, department of surgery with the course of coloproctology

The data of 1740 patients (during 20 years) with rectal cancer were analyzed. Planned operations were performed in 95.8% of patients. The adenocarcinoma was verified in all patients. Accompanying pathology was detected in 84.9% of patients and the pathology of cardiovascular system was more frequent (76.6%). Complicated course of tumorous process was revealed in 4.5% of patients (cases of bowel obstruction, the perifocal inflammation). The majority of patients had the II, III stage of the oncologic process. All operations were performed by conventional (open) way. The number of anterior resection of the rectum increased and the number of abdominoanal resection with bringing down reduced. The specific weight of sphincter preserving operations, which were completed by forming a colostomy decreased. The quantity of performed abdominoperineal extirpation was constant.

Key words: *rectal cancer, surgical treatment, postoperative complication*