

А. М. Лотоков¹, Д. В. Комов¹, И. Г. Комаров¹, А. П. Лескин², А. В. Полтавский¹
УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ

¹ НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

² Егорьевская центральная районная больница, Егорьевск, Московская обл.

Больных осложненными злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта экстренно госпитализируют в хирургические отделения лечебно-профилактических учреждений. Они составляют 68,1% пациентов с онкологической патологией. В течение 1-х суток оперируют 42% от общего числа экстренно оперированных больных, состояние которых не позволяет откладывать хирургическое лечение. Остальных больных оперируют в отсроченном или плановом порядке. Тип и объем вмешательства в значительной степени определяется субъективно оперирующим хирургом. Экстренно чаще выполняют симптоматические операции. Послеоперационные осложнения в основном связаны с тяжелым состоянием больного и мало зависят от типа и объема хирургического вмешательства. Отдаленные результаты лечения малоутешительны.

Ключевые слова: рак органов желудочно-кишечного тракта, экстренная хирургия.

Лечение рака органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является одним из самых сложных разделов онкологии. Это связано с тем, что в большинстве стран мира в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них опухоли органов пищеварения составляют более 50%, причем в каждой стране имеются свои особенности соотношения частоты опухолей данной локализации.

В России ежегодно регистрируются 126 500 новых случаев злокачественных опухолей ЖКТ, что составляет около 30% всех онкологических заболеваний. Общее число умерших от злокачественных новообразований ЖКТ растет. В 2000 г. в России оно достигло 114 000 чел. [1]. Высока доля больных с запущенными опухолями ЖКТ. Значительную часть этих больных госпитализируют по экстренным показаниям в общелечебные стационары с осложнениями опухолевого процесса. По данным ВОЗ, экстренные хирургические вмешательства в онкологии в развитых странах мира составляют 35—40% всех вмешательств, а в России — 65—70% [6]. Поскольку радикальные экстренные операции сопряжены со значительным риском, больным выполняют паллиативные вмешательства, главная задача которых состоит в ликвидации и профилактике угрожающих жизни осложнений опухоли: кровотечения, перфорации, стеноза, непроходимости, абсцедирования и т. д. [4].

Достижения науки и техники последних десятилетий способствовали эволюции подходов к лечению осложненных опухолей ЖКТ и улучшению его исходов. Послеоперационная летальность снизилась с 34—60

до 17—20%, а 5-летняя выживаемость увеличилась с 9—10 до 16—18% [2]. Однако это связано не только с улучшением состояния хирургической помощи, но и с расширением представлений об ургентной хирургии. Принятое некоторыми авторами разделение операций на экстренные, неотложные, отсроченные и плановые оставляет пространство для маневра. Так, операция, произведенная на 3—7-е сутки, может быть отнесена к ургентным отсроченным, а ее исход будет рассматриваться как после экстренного вмешательства. В работе Ю. Н. Сухопары с соавт. приведены результаты лечения больных, экстренно госпитализированных с непроходимостью и перфорацией ободочной кишки [6]. В течение 2—3 ч с момента поступления оперировано 19,2% больных. Послеоперационная летальность среди них составила 33%. Отсроченно (на 2—3-и сутки) оперировано 30,8% поступивших пациентов. Летальный исход наступил у 15% из них. В плановом порядке прооперированы 50,0% экстренно госпитализированных больных. Послеоперационная летальность в этой группе не превысила 10%.

С внедрением новых экономических отношений хирургические отделения общелечебных стационаров стали шире оперировать онкологических больных. При этом хотелось бы отметить, что не всегда достаточно эффективно. Р. Luna-Perez и соавт. сравнили результаты операций, произведенных по поводу рака прямой кишки в онкологических и в общехирургических стационарах. Рецидивы выявлены у 9,5 и 50,0% больных соответственно [7].

В связи с этим возникают вопросы о необходимости, показаниях и об эффективности госпитализации и лечения онкологических больных в общехирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений. Необходима оценка адекватности лечения, экстренности и эффективности операции, обоснованности госпита-

лизации онкологических больных в клинические общехирургические стационары с педагогической целью при обязательном наличии кафедры онкологии в учебных заведениях любого уровня.

Очевидно, что наряду с разработкой новых методов диагностики и лечения необходимо решать организационные вопросы и проводить реструктуризацию онкологических лечебных учреждений. При этом необходимо следовать основному принципу — как можно большее число онкологических больных должны лечить и оперировать онкологи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ состояния медицинской помощи, оказываемой больным злокачественными новообразованиями органов ЖКТ в крупных скорпомощных клиниках г. Москвы за период с 1996 по 2002 г. На основании полученных результатов сформирована база данных для компьютерной программы составления отчетов «Seagate Crystal Report 7», содержащая более 125 000 признаков и позволяющая проводить сопоставление любых анализируемых признаков, количественный и качественный анализ исследуемых данных, изучать взаимосвязи и выводить полученные результаты в виде таблиц, диаграмм и графиков. Отдаленные результаты лечения получены в архивах городских онкологических диспансеров. Продолжительность жизни больных, живых на конец исследования или выпавших из-под наблюдения в силу каких-либо причин, рассчитывали по таблицам дожития [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 3860 онкологических больных, получивших лечение в городских стационарах, экстренно госпитализированы 71,1%. Больных с осложненными первичными опухолями органов ЖКТ было 2625 (68,0%) (табл. 1). Среди больных преобладали женщины (51,5%). Медиана возраста больных составила 62,0 года (23—89 лет). Длительность госпитализации онкологических больных в городских стационарах составила в среднем 24,7 дня (1—78 дней).

Таблица 1

Больные осложненными злокачественными опухолями органов ЖКТ, экстренно госпитализированные в городские стационары общего профиля

Диагноз	Абс.	%
Рак желудка	1022	38,9
Рак ободочной кишки	1115	42,5
Рак прямой кишки	435	16,6
Рак тонкой кишки	53	2,0
Всего	2625	100,0

Осложнения опухолевого процесса распределены следующим образом (табл. 2).

Анализ распределения больных по стадиям показал, что у 16,8% пациентов имелись опухоли I—II стадий, у 45,8% — III стадии и у 37,4% — IV стадии. Обращает на себя внимание тот факт, что 62,6% больных экстренно госпитализированы с осложнениями операбельных злокачественных новообразований органов ЖКТ. Необходимо отметить, что Международная классификация TNM в общелечебных стационарах применяется редко, поэтому стадия может определяться неверно, особенно у неоперированных больных с опухолями желудка и ободочной кишки.

Из 2625 экстренно госпитализированных больных оперированы 61,8%. Остальные 38,2% больных обследовали или лечили консервативно (табл. 3). Соотношение больных с разными первичными опухолями меняется в зависимости от проводимого лечения. Среди больных осложненным раком желудка и прямой кишки, экстренно госпитализированных в общелечебные стационары, хирургическое лечение проводят только половине пациентов. При выполнении экстренных операций это соотношение меняется еще более значительно: в подавляющем большинстве их проводят больным с осложненной опухолью ободочной кишки.

Анализ хирургической активности в зависимости от наступившего осложнения показал, что $55,1 \pm 0,8\%$ больных оперируют по поводу кишечной непроходимости и $17,6 \pm 0,6\%$ по поводу кровотечения. Удельный вес больных с перфорацией опухоли и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка составляет $7,9 \pm 0,4$ и $5,5 \pm 0,4\%$ соответственно. Остальных больных оперировали по поводу сочетания разных осложнений.

Практически всех больных, поступивших с кишечной непроходимостью, перфорацией опухоли или сочетанием осложнений, оперируют экстренно, в то время как в отношении больных с осложненной кровоточащей опухолью или декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка применяют «активно-выжидательную» тактику.

Таблица 2

Первичные осложнения опухолей ЖКТ у больных, экстренно госпитализированных в хирургические стационары

Осложнение	Абс.	%
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	440	16,6
Обтурационная кишечная непроходимость	923	35,2
Кровотечение из опухоли	1034	39,4
Перфорация опухоли	232	8,8
Всего	2625	100,0

Таблица 3

Локализация первичной опухоли и методы лечения больных осложненными злокачественными опухолями органов ЖКТ^a

Диагноз	n	Лечение		
		консервативное	хирургическое	
			плановое	экстренное
Рак желудка	1036	569 (54,9)	236 (22,8)	231 (22,3)
Рак тонкой кишки	54	11 (20,4)	1 (1,9)	42 (77,7)
Рак ободочной кишки	1106	236 (21,3)	215 (19,5)	655 (59,2)
Рак прямой кишки	429	187 (43,6)	97 (22,6)	145 (33,8%)
Всего	2625	1003 (38,2)	549 (20,9)	1073 (40,9)

^a В скобках указаны проценты.

Одними из основополагающих факторов являются характер, срок и тип проведенной операции. В анализируемых историях болезни встречалась разная трактовка срочности и объема осуществленных вмешательств. Путаница в основном связана со смешиванием понятий «радикальное и паллиативное лечение» с терминами «радикальная и паллиативная операция».

В связи с этим по целям, характеру и объемам вмешательств были сформированы группы:

1) больные, получившие радикальное лечение, при котором выполнены радикальные резекции, комбинированные и комплексные операции с целью полного удаления злокачественной опухоли;

2) больные, которым проведено паллиативное лечение, включавшее в себя:

— паллиативные резекции с полным удалением первичной опухоли при невозможности удаления отдаленных метастазов;

— циторедуктивные операции с удалением максимально возможного объема опухоли при невозможности ее полного удаления;

— симптоматические операции, целью которых является ликвидация наступившего осложнения, первичная опухоль при этом не удаляется;

— эксплоративные лапаротомии.

Особое значение приобретает также анализ взаимосвязи срока и характера хирургического вмешательства. Используемая многими экстренными хирургами классификация была несколько модифицирована и жестко привязана к срокам операции. Экстренными мы считали вмешательства в течение 1-х суток с момента поступления, неотложными — в период от 1 до 3 сут, отсроченными — от 3 до 7 сут. Особняком выделены операции, выполненные в плановом порядке. Такое разделение позволило анализировать хирургические вмешательства,

осуществленные в разных стационарах, по одной схеме и сопоставлять непосредственные и отдаленные результаты лечения. В сроки до 6 ч с момента госпитализации оперированы $7,0 \pm 0,2\%$, в период до 12 ч — $26,7 \pm 0,3\%$ пациентов. В течение 1-х суток оперированы $42,6 \pm 0,1\%$ всех оперированных больных. Среди экстренных преобладали симптоматические операции — наложение разгрузочной колостомы, идеотрансверзоанастомоза, гастроэнтероанастомоза, ушивание перфоративного отверстия и остановка кровотечения из опухоли. Стоит отметить, что симптоматическая операция не всегда была достаточно обоснована, хирурги не указывали цель и задачи вмешательства и локализацию опухоли в протоколе операции. При этом не нужно забывать, что именно на основании заключения хирурга, оперировавшего больного, решается дальнейшая судьба больного.

Большинство экстренных радикальных операций составили обструктивная резекция ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, резекция желудка, резекция сигмовидной кишки и операция Микулича. К сожалению, радикальность вмешательства не всегда подтверждалась объективными фактами: в макро- и микроописании гистологического исследования удаленных препаратов не всегда описывали состояние краев резекции и регионарных лимфатических узлов — основных критериев радикальности онкологического вмешательства.

Количество экстренных паллиативных резекций было минимальным. Показания к ним не соответствовали интраоперационным макроскопическим описаниям опухолевого процесса, приведенным в протоколах операций. С учетом возможностей современного химиолучевого лечения в ряде случаев паллиативная резекция пораженного органа с последующим комплексным лечением больного была осуществима.

Экстренные циторедуктивные операции были единичными. Эти операции почти не проводятся в хирургических стационарах, хотя местнораспространенные опухоли даже после частичной резекции могут подвергаться специальному лечению с удовлетворительными отдаленными результатами.

При неотложных, отсроченных и плановых операциях частота указанных недостатков сокращается. Среди этих операций преобладали радикальные вмешательства, цель и задачи которых оговаривались в предоперационных эпикризах, а гистологические заключения были адекватными.

Отсроченные и плановые операции мало отличались по объему и характеру. Несмотря на некоторую условность предложенной классификации операций, результаты анализа показали, что она достаточно обоснована.

Осложнения в послеоперационном периоде наступили у 31,5% больных. Их частота после радикальных и симптоматических экстренных операций оказалась одинаковой. После симптоматических операций типа «ушивания перфоративного отверстия» или «прошивания кровото-

чащего сосуда» больным во время той же госпитализации значительно чаще выполняли повторные вмешательства.

Общая летальность экстренно госпитализированных больных составила 18,3%. Среди неоперированных больных она была 26,5%, после плановых вмешательств — 7,9%, после экстренных — 38,7%.

При анализе зависимости послеоперационной летальности от характера вмешательства установлено, что после экстренных симптоматических операций летальность составила 41,2%, после экстренных радикальных — 33,8%, после экстренных паллиативных и эксплоративных — 47,0%. Особенно высокая послеоперационная летальность наблюдалась после повторных симптоматических операций при первичной госпитализации. Среди причин смерти больных в послеоперационном периоде на первом месте стоит перитонит, затем несостоятельность швов анастомоза и абсцесс брюшной полости.

Отдаленные результаты лечения всех выписанных больных показали, что в течение года умирают 47,2% из них. С учетом внутрибольничной летальности в течение года умирают 65,5% больных. Трехлетняя общая выживаемость экстренно госпитализированных больных составляет 26,4%, а 5-летняя — только 12,5%. После консервативного лечения ни один больной не прожил более 18 мес. При плановом хирургическом лечении после экстренной госпитализации 5-летняя общая выживаемость была 18,1%. Выживаемость после экстренной операции напрямую зависела от ее характера, срока и объема. Десять лет прожили 3,4% пациентов. Вероятно, это те больные, у которых тяжесть осложнений была незначительной, стадия начальной, а показания к экстренной операции несколько завышенными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ показал, что тактика врачей общего профиля основана на синдромном подходе, а наступившее осложнение расценивается как признак запущенности опухоли. Хирургическая тактика определяется квалификацией операционной бригады, субъективной оценкой состояния больного и не всегда соответствует принципам онкологического радикализма. Прослеживается тенденция к выполнению экономных операций. На выбор объема вмешательства не оказывают влияния стадия, форма роста и морфологическая структура опухоли. Зачастую отсутствует морфологическое подтверждение запущенности опухолевого процесса. Оценка эффективности хирургического лечения основана на изучении его непосредственных результатов и мало учитывает необходимость и возможности дальнейшего специального лечения. Анализ послеоперационных осложнений и летальности проводят одновременно у экстренно и планово оперированных онкологических больных. Оценка злокачественной опухоли как запущенной исключает применение высокотехнологичных методов лечения и выполнение радикальной операции. Откладывание гос-

питализации в специализированное онкологическое учреждение после паллиативной или симптоматической операции на первом этапе ограничивает возможности последующего радикального лечения.

Ниже представлены наши предложения по улучшению ургентного хирургического лечения онкологических больных.

1. Ургентная хирургическая помощь онкологическим больным должна проводиться в общехирургических стационарах (экстренные операции, строго по показаниям), онкологических отделениях городских стационаров или онкологических учреждениях (неотложные операции).

2. Операции, проведенные в общехирургических стационарах, следует считать экстренными, только если они выполнены строго по показаниям в течение суток после поступления больного. Если больной в указанный период не оперирован, его дальнейшее пребывание и хирургическое лечение в общехирургическом стационаре должны быть строго обоснованными.

3. Если состояние неоперированного больного стабилизировалось после консервативного лечения, он должен быть переведен в специализированное онкологическое отделение или неотложное хирургическое отделение онкологического учреждения.

4. Средства из бюджета и фонда обязательного медицинского страхования должны переводиться хирургическим отделениям городских стационаров только за лечение экстренно оперированных больных или больных, транспортировка которых в онкологические стационары невозможна из-за тяжелого состояния.

5. С учетом современных требований следует рассмотреть возможность реструктуризации онкологических стационаров, предусмотрев, в частности, создание в них круглосуточной ургентной хирургической службы или отделений неотложной хирургии за счет интенсификации использования коечного фонда, а также открытие в хирургических отделениях онкологических диспансеров за счет имеющегося коечного фонда дневных стационаров. Это позволит разгрузить хирургические койки и максимально использовать их по назначению.

6. В штатном расписании онкологических учреждений необходимо предусмотреть соответствующие ставки для отделений неотложной хирургии, как в экстренных хирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений.

7. Онкологических больных с верифицированным диагнозом, которым показана ургентная хирургическая помощь и состояние которых позволяет транспортировку, следует в экстренном порядке переводить из общелечебных стационаров в хирургические отделения онкологических диспансеров.

8. Сложность и многообразие экстренного лечения онкологических больных диктует необходимость обучения специалистов экстренной хирургии в онкологии. Для этого необходимо организовать специализированные

циклы на кафедрах онкологии институтов последипломного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е. М., Давыдов М. И., Ушакова Т. И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Совр. онкол. — 2001. — №3. — С. 4—21.
2. Брюсов П. Г., Малахов Ю. П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью // Рос. онкол. журн. — 2004. — №5. — С. 4—8.
3. Волков С. М., Арион А. И., Ахметова М. Ш. и др. Оценка надежности расчетов выживаемости по таблицам дожития (сравнение актуальных и фактических показателей) // Рос. онкол. журн. — 2000. — №1. — С. 35—37.

4. Давыдов М. И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // Вопр. онкол. — 2002. — Т. 148, №4—5. — С. 468—479.

5. Корита В. Р., Вавринчук С. А., Михеткина С. И. и др. Опухолевая непроходимость ободочной кишки // Матер. Междунар. хир. конгр. «Актуальные проблемы современной хирургии», Москва, 2003 г. — С. 122.

6. Сухопара Ю. Н., Майстренко Н. А., Тришин В. М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. — С.-Пб.: Элби СПб, 2003. — 191 с.

7. Luna-Perez P., Reyna Huelga A., Labastida Almendaro S. et al. The surgeon as prognostic factor for local recurrence and survival in the anal sphincter preservation for mid-rectal cancer // Rev. Invest. Clin. — 1999. — Vol. 51, N 4. — P. 205—213.

Поступила 01.08.2006

A. M. Lotokov¹, D. V. Komov¹, I. G. Komarov¹, A. P. Leskin², A. V. Poltavsky¹ EMERGENCY SURGERY IN ABDOMINAL ONCOLOGY

¹ Clinical Oncology Research Institute,

N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow

² Egorievsk Central Regional Hospital, Egorievsk, Moscow Region

Patients with complicated gastrointestinal cancer are urgently hospitalized to surgery departments, their proportion reaching 68.1% of cancer cases. 42% of the total number of patients undergoing emergency surgery receive surgical treatment within the first 24 hours after admission because their condition excludes any delay. Other patients receive delayed or scheduled surgical treatment. Type and extent of surgery to a much degree depend on the surgeon's subjective judgment. Most emergency operations are symptomatic. Postoperative morbidity is mainly associated with patient's severe condition and hardly depends on type or extent of surgery. Follow-up outcomes are poor.

Key words: gastrointestinal cancer, emergency surgery.