



Н.Н. Милица,
Н.Д. Постоленко,
И.Н. Ангеловский,
К.Н. Милица, В.В. Солдусова,
В.С. Казаков

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

© Коллектив авторов

Резюме. В данной работе представлены непосредственные результаты хирургического лечения 107 больных с раком проксимальных отделов прямой кишки, выполненных в клинике за последние 6 лет. Частота послеоперационных осложнений составила 13,7 %, а летальность 3,1 %. Несостоятельность швов колоректального анастомоза отмечена в 6,1 % с летальностью 0,9 %. Своевременное формирование двустольной колостомы проксимальнее соустья, при его недостаточности, позволило в большинстве случаев избежать релапаротомии и самостоятельного закрытия свища.

Ключевые слова: *передняя резекция прямой кишки, рак верхнеампулярного отдела прямой кишки, несостоятельность колоректального анастомоза.*

Введение

В начале XXI века сохраняется стойкая и всеместная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки (РПК). Особенно высока его частота в индустриально развитых странах [2, 4, 6]. По данным большинства исследователей, РПК прочно обосновался на 3-4 месте в структуре онкологической заболеваемости, а вместе с раком ободочной кишки в некоторых регионах занял 1 место [3, 5, 8, 9]. Несмотря на совершенствование и разработку новых протоколов комбинированного и комплексного лечения, основным методом лечения РПК до настоящего времени остается хирургический [1, 4, 5, 8].

Среди целого ряда хирургических вмешательств, которые применяются для лечения рака проксимальных отделов прямой кишки, передняя резекция является наиболее предпочтительной [2, 3, 6]. Однако ее применение, в ряде случаев, сопровождается развитием целого ряда послеоперационных осложнений. Среди них несостоятельность швов анастомоза относится к числу наиболее тяжелых и сопровождается высокой летальностью. Согласно литературным данным, показатели этого осложнения колеблются в пределах 5,4-48,6 % [2, 7, 8, 9]. Частота несостоятельности швов у больных раком прямой кишки во многом зависит от уровня формируемого анастомоза [7, 8]. Так, по данным зарубежных авторов следует, что при локализации опухоли ниже 12 см частота несостоятельности швов анастомоза составила 42,0 %, в то время как при локализации опухоли выше 15 см – 4,3 %. А летальность, ассоциированная с данным осложнением, составляет 30 % [8, 9].

Целью данной работы явилось изучение непосредственных результатов лечения у больных с раком проксимальных отделов прямой кишки, после выполнения передней резекции прямой кишки.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные о 107 больных раком проксимальных отделов прямой кишки, которым была выполнена передняя резекция прямой кишки в клинике хирургии и проктологии ЗМАПО за последние 6 лет. Из них мужчин было 42,9 %, женщин – 57,1 %. Средний возраст больных составил 59,7 лет. В 72 (60,6 %) случаях опухоль локализовалась в ректосигмоидном отделе прямой кишки, и в 35 (32,7 %) – в верхнеампулярном. В 6,7 % больных опухоль поражала верхнеампулярный и ректосигмоидный отделы прямой кишки.

Распределение больных по стадиям заболевания было следующим: I стадия отмечена в 9 (6,8 %) случаях, II – в 30 (27,6 %), III – 49 (46,9 %), IV – 19 (18,7 %). Наиболее часто наблюдалась смешанная форма роста опухоли – у 54,8 % больных. В гистологической структуре опухолей преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки – 89,5 % наблюдений.

В структуре сопутствующих заболеваний преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – у 65,3 % пациентов.

У 56,4 % больных имели место различные осложнения опухолевого процесса. Наиболее частым осложнением была кишечная непроходимость, различной степени выраженности, которая наблюдалась у 67,3 % пациентов, на



втором месте отмечали кровотечение – 24,6 %, перфорация с формированием абсцесса – 9,1 %.

Из 107 больных радикальные внутрибрюшные резекции прямой кишки выполнены у 83 (79,6 %) пациентов, паллиативные – в 24 (21,4 %) случаях. При этом у 19 (88,5 %) больных паллиативный характер операции был обусловлен наличием отдаленных метастазов.

У 9 (8,4 %) пациентов ранее в других лечебных учреждениях были наложены колостомы по поводу осложнений опухолевого процесса. При этом в 4 (45,2 %) трансверзостомы, у 5 (65,9 %) – сигмостомы.

Восстановление кишечной непрерывности осуществляли в 80 % посредством ручных анастомозов, в 20 % аппаратными.

Первыми признаками частичной несостоятельности анастомоза были наличие газа и толстокишечного содержимого в отделяемом по дренажам.

Дальнейшая тактика лечения несостоятельности швов анастомоза после выполнения передней резекции прямой кишки зависела от распространенности перитонита. При наличии признаков диффузного или разлитого перитонита выполняли релапаротомию, резекцию участка кишки, несущего анастомоз, с выведением одно- или двуствольной колостомы, санацию и дренирование брюшной полости.

А при отсутствии признаков диффузного перитонита, формировали двуствольную колостому проксимальнее соустья и продолжали проводить консервативное лечение, которое включало: адекватное дренирование, антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, парентеральное питание, а также уменьшение функциональной нагрузки на зону анастомоза.

Результаты исследования и их обсуждение

Интраоперационные осложнения, связанные с нарушением целостности серозного покрова тонкой кишки и вскрытие ее просвета при распространении опухолевого или выраженного спаечного процесса, отмечено у 8 (7,2 %) больных.

Травма мочеточников имела место у 2 (1,8 %) пациентов. При этом в одном наблюдении был поврежден правый мочеточник, в другом – левый. Вскрытие просвета мочевого пузыря наблюдалось у 1 (0,9 %) больного.

Нарушение целостности стенки внутренней левой подвздошной артерии при прорастании опухоли отмечено у 1 (0,9 %) больного.

Из 107 больных, которым была выполнена передняя резекция, осложнения в послеоперационном периоде возникли в 15 (13,7 %) наблюдениях.

Несостоятельность швов колоректального анастомоза отмечена у 7 (6,1 %) из 107 больных в основном при осложненном течении онкологического процесса. В 1 (0,9 %) случае данное осложнение привело к летальному исходу. Тактика лечения данного осложнения зависела от наличия или отсутствия признаков перитонита, локализации анастомоза по отношению к брюшной полости, общего состояния пациента. У 5 из 7 пациентов была сформирована трансверзостома, причем у 1 из них – выполнялась срединная лапаротомия. В 2 наблюдениях проводили только консервативное лечение. Всем пациентам проводилась мощная антибактериальная терапия и дезинтоксикационная терапия, энтеральное питание.

Из 107 больных, у которых проведена передняя резекция прямой кишки, в послеоперационном периоде умерли 4 пациента. Послеоперационная летальность составила 3,1 %. Наиболее частой причиной летальных исходов была тромбоэмболия легочной артерии, которая наблюдалась у 2 больных. На втором месте в структуре причин летальных исходов находилась несостоятельность швов анастомоза – у 1 пациента. Среди других причин летальных исходов, отмечена острая сердечно-сосудистая недостаточность которая наблюдалась в 1 случае.

Выводы

1. Передняя резекция прямой кишки является одним из наиболее распространенных видов хирургических вмешательств при лечении больных раком проксимальных отделов прямой кишки и сопровождается развитием послеоперационных осложнений в 13,7 % и летальностью – 3,1 %.

2. Своевременное формирование двуствольной колостомы проксимальнее соустья, при его недостаточности, позволило в большинстве случаев избежать релапаротомии и самостоятельного закрытия свища.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В. Отдаленные результаты лечения проксимального отдела рака прямой кишки / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, В.Х. Башеев // Клінічна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 21 – 23.
2. Грубник В.В. Передняя резекция прямой кишки по поводу осложненного рака ее проксимального отдела / В.В. Грубник, А.И. Зайчук // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11, додаток. – С. 76 – 78.
3. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки / В.И. Кныш. – М.: Медицина, 1997. – 304 с.
4. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – К., 2006. – № 7. – 96 с.
5. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 году / под ред. академика РАН и РАМН М.И.Давыдова и доктора биологических наук Е.М. Аксель // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17, №3, Приложение 1. – С. 132.
6. Ханевич М.Д. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции / М.Д. Ханевич, М.А. Шашопин, А.А. Зязин. – М.: МедЭкспертПресс, 2003. – С. 136.
7. Яновой В.В. Полное кишечное промывание в комплексном лечении несостоятельности толстокишечных анастомозов / В.В. Яновой, О.И. Жуков, Ю.В. Кривша // Вестник хирургии. – 1987. – № 8. – С. 48 – 50.
8. Clinical and subclinical leaks after low colorectal anastomosis: a clinical and radiologic study / M. Lim, S. Akhtar, K. Sasapu [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2006. – Vol. 49, N 10. – P. 1611 – 1619.
9. Risk factors for anastomotic leakage after resection for rectal cancer / M.R. Lee, C.W. Hong, S.N. Yoon [et al.] // Hepatogastroenterology. – 2006. – Vol. 53, N 71. – P. 682 – 686.

УСКЛАДНЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РАКОМ ПРОКСИМАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

*М.М. Милиця,
М.Д. Постоленко,
І.М. Ангеловскій, К.М. Милиця,
В.В. Солдусова, В.С. Казаков*

Резюме. У даній роботі представлені безпосередні результати хірургічного лікування 107 хворих з раком проксимальних відділів прямої кишки, що виконані у клініці за останні 6 років. Частота післяопераційних ускладнень склала 13,7 %, а летальність 3,1 %. Неспроможність швів колоректального анастомозу відзначена в 6,1 %, з летальністю 0,9 %. Своєчасне формування двоствольної колостоми проксимальніше анастомозу, при його недостатності, дозволило в більшості випадків уникнути релапаротомії і самостійного закриття свища.

Ключові слова: *передня резекція прямої кишки, рак верхнеампулярного відділу прямої кишки, неспроможність колоректального анастомозу.*

COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CANCER OF THE PROXIMAL RECTUM

*N.N.Milica, N.D. Postolenko,
I.N.Anhelovsky, K.N.Milica,
V.V. Soldusova, V.S. Kazakov*

Summary. This paper presents direct results of surgical treatment of 107 patients with cancer of the proximal rectum, performed at the clinic for the last 6 years. The frequency of postoperative complications was 13,7 % and mortality rate – 3,1 %. Colorectal anastomosis suture failure was noted in 6.1 % to 0.9% mortality rate. The timely formation of the double-barreled colostomy proximal to the anastomosis, with its failure, made it possible in most cases to avoid relaparotomy and self-closing of the fistula.

Key words: *anterior resection of rectum, cancer of upper ampullar of the rectum, the failure of colorectal anastomosis.*