

¹Гедревич З. Э., ²Цемахов Ю. Г.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Минский городской клинический онкологический диспансер*

Колоректальный рак — одна из наиболее распространенных локализаций злокачественных опухолей. Он занимает третье место по заболеваемости и второе — среди причин в структуре онкологической смертности. По данным канцер-регистра Республики Беларусь, за последние десять лет заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза. Пик заболеваемости у женщин приходится на возраст 74—79 лет, у мужчин — 80 и старше. Таким образом, основная масса пациентов — это лица пожилого и старческого возраста. Между тем, основным методом лечения колоректального рака по-прежнему остается хирургический. Несмотря на успехи современной хирургии, риск оперативного вмешательства остается высоким.

Целью исследования явилось изучение основных причин, ведущих к неблагоприятным исходам.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили клинические случаи хирургического лечения колоректального рака в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в 2010 г. Одним из наиболее грозных осложнений оперативного лечения явилась несостоятельность колоректальных анастомозов, которая наблюдалась в 28 (6,3 %) случаях из 447 оперированных больных. Из них у 350 (78,3 %) пациентов средний возраст превышал 60 лет и составил $68,3 \pm 7,7$ лет. Соотношение мужчин и женщин — 1 : 3,2. Сопутствующие заболевания диагностированы у 84 % больных. Среди хронических заболеваний преобладали болезни сердца — 46,3 %, гипертоническая болезнь — 38,4 %, болезни легких — 23,9 %, варикозная болезнь нижних конечностей — 15,7 %, са-

харный диабет — 12,4 %, ожирение — 34,2 %. Алиментарный дефицит у 4,1 %. Нарушения пассажа содержимого по кишечнику имели 32 % пациентов. Предоперационная подготовка кишечника осуществлялась механическим способом, в 42 % случаев с помощью фортранса. По экстренным показаниям операция выполнена в 21 (4,7 %) случае. Дооперационная анемия со снижением гематокрита ниже 30 % у женщин и 40 % у мужчин выявлена в 141 (29,5 %) случае, хроническая почечная недостаточность с уровнем мочевины > 8,3 ммоль/л и креатинина > 106 мкмоль/л — у 14 (3,1 %). Стандартные операции по поводу колоректального рака выполнены в 80,3 % случаев. Для обеспечения радикальности вмешательства у 65 (14,5 %) больных произведены комбинированные операции с резекцией одного или двух смежных органов, в 20 (4,8 %) случаях вмешательства носили циторедуктивный характер. У 23 (5,1 %) пациентов по показаниям произведены симультанные операции по поводу сопутствующей хирургической патологии. В 16 (3,6 %) случаях колоректальный анастомоз выполнен с превентивной колостомой. Все операции выполнены хирургами первой и высшей квалификационной категории, имеющими значительный опыт в лечении колоректального рака.

Результаты и обсуждение. Общеизвестным считается, что риск развития послеоперационных осложнений в группе больных пожилого и старческого возраста повышается. В нашем исследовании мы не обнаружили достоверной разницы в частоте развития несостоятельности колоректального анастомоза в возрастной группе больных старше 75 лет по сравнению с группой более молодых пациентов. По нашим данным, у лиц мужского пола такое осложнение возникало в 1,5 раза чаще, особенно при формировании низких колоректальных анастомозов. Мы также не обнаружили корреляции между избыточным весом пациента и возникновением несостоятельности анастомоза, в то же время процент других осложнений (нагноение раны, ТЭЛА, пневмония, синдром ОКН) был в этой группе значительно выше. Упомянутое осложнение было наиболее частой причиной повторного вмешательства при низком, на 5-10 см от ануса расположенном анастомозе, особенно в группе с ручным формированием соустья. Та же закономерность обнаружена в группе больных с некорригированной дооперационной анемией, оперированных по поводу осложненного рака по экстренным показаниям. Предиктивный риск возникновения несостоятельности анастомоза без предварительной очистки кишечника оказался на практике значительно ниже. В группе больных, оперированных по поводу стенотической формы рака, подготовка не осуществлялась из-за опасности супрастенотического скопления жидкости и угрозы инфицирования брюшной полости во время формирования анастомоза. Превентивная колостома не явилась панацеей в профилактике несостоятельности колоректальных анастомозов. Несмотря на формирование превентивной колостомы, в 3 случаях из 16 несостоятель-

ность возникла в забрюшинно расположенном анастомозе. У пациентов, перенесших расширенные и комбинированные вмешательства, частота послеоперационных осложнений пропорциональна числу сформированных анастомозов, однако разница статистически недостоверна.

Выводы:

1. Наиболее неблагоприятными факторами в развитии несостоятельности колоректальных анастомозов являются: мужской пол, низкое расположение соустья, некорригированная дооперационная анемия, осложненный рак, экстренный характер вмешательства.

2. Требуется изучения влияния предоперационной лучевой терапии и послеоперационной диеты, анестезиологического риска и коррекции послеоперационной боли.