

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

**Масляков В.В., Леонтьев В.Ю., Чуманов А.Ю.**

*Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», maslyakov@inbox.ru*

**Цель исследования:** выявить основные факторы, влияющие на течение ближайшего послеоперационного периода у пациентов с раком правой половины толстой кишки. **Материалы и методы.** Работа основана на анализе 145 больных, находящихся на лечении по поводу заболеваний правой половины толстой кишки. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Критериями включения были: наличие пальпируемого образования в правой половине брюшной полости, наличие анемии неясной этиологии. Критериями исключения: осложнения рака толстой кишки (перфорация, кровотечение). Все пациенты были распределены на три группы в зависимости от стадии заболевания. В первую группу вошли 45 больных со стадией заболевания T1N0M0. Вторую группу составили 38 пациента со стадией заболевания T2N0M0. Третью группу составили 62 больных со стадией заболевания T3N1M0. **Результаты и их обсуждение.** При анализе течения ближайшего послеоперационного периода установлено, что из общего числа оперированных пациентов осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 43 (26,5%). При этом основные осложнения, которые развились у оперированных больных, были тромбозомболические. Из общего количества оперированных пациентов умерло 34 (23,4%) пациента. Полиорганная недостаточность является основной причиной смерти больных с раком толстой кишки, у которых развиваются осложнения. Именно поэтому основной задачей при лечении больных с раком, является своевременная диагностика и профилактика развития полиорганной недостаточности. На основании проведенных исследований установлено, что у пациентов с раком правой половины толстой кишки течение ближайшего послеоперационного периода зависит от тяжести состояния при поступлении.

Ключевые слова: рак правой половины толстой кишки, ближайший послеоперационный период.

## **THE MAJOR FACTORS INFLUENCING THE CURRENT OF THE NEXT POSTOPERATIVE PERIOD AT PATIENTS WITH THE CANCER OF THE RIGHT HALF OF THE TOSTY GUT**

**Maslyakov V.V., Leontyev V.Y., Chumanov A.Y.**

*Private institution educational organization of the higher education "Medical university "Reaviz", maslyakov@inbox.ru*

**Research objective:** to reveal the major factors influencing the current of the next postoperative period at patients with a cancer of the right half of a thick gut. **Materials and methods.** Work is based on the analysis of 145 patients who are on treatment concerning diseases of the right half of a thick gut. The age of patients fluctuated from 50 to 75 years. Criteria of inclusion were: existence of the palpated education in the right half of an abdominal cavity, existence of anemia of not clear etiology. Criteria of an exception: complications of a cancer of a thick gut (perforation, bleeding). All patients were distributed on three groups depending on a disease stage. The first group included 45 patients with T1N0M0 disease stage. The second group made the 38th patient with T2N0M0 disease stage. The third group was made by 62 patients with T3N1M0 disease stage. **Results and their discussion.** In the analysis of a current of the next postoperative period it is established that from total number of the operated patients of complication in the next postoperative period developed at 43 (26,5%). Thus the main complications which developed at the operated patients, were tromboembolichesky. From total of the operated patients died 34 (23,4%) the patient. Polyorgan insufficiency is the main reason for death of patients with a cancer of a thick gut at whom complications develop. For this reason the main objective at treatment of patients with a cancer, is timely diagnostics and prevention of development of polyorgan insufficiency. On the basis of the conducted researches it is established that at patients with a cancer of the right half of a thick gut the current of the next postoperative period will veil from weight of a state at receipt.

Keywords: cancer of the right half of a thick gut, the next postoperative period.

За последнее время отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) во всех развитых странах мира [1,2,3], не является исключением и Российская Федерация. В нашей стране рак толстой кишки (РТК) занимает 2-3-е места среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта и составляет от 3,9 до 5,7% в общей структуре онкологической заболеваемости [4,5,7]. Рак толстой кишки является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак в настоящее время занимает четвертое место. Несмотря на достаточное количество публикаций, посвященных раку толстой кишки, остаются в доступной литературе мало освещены вопросы, касающиеся рака правой половины толстой кишки.

**Цель исследования:** выявить основные факторы, влияющие на течение ближайшего послеоперационного периода у пациентов с раком правой половины толстой кишки.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе 145 больных, находящихся на лечении по поводу заболеваний правой половины толстой кишки. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Критериями включения были: наличие пальпируемого образования в правой половине брюшной полости, наличие анемии неясной этиологии. Критериями исключения: осложнения рака толстой кишки (перфорация, кровотечение). Все пациенты были распределены на три группы в зависимости от стадии заболевания. В первую группу вошли 45 больных со стадией заболевания T1N0M0. Следует отметить, что в этой группе пациентов, не предъявляли ни каких жалоб 12 (34,2%) во всех случаях опухоль была диагностирована случайно. Наиболее частыми жалобами, выявленными в этой группе пациентов, была анемия неясной этиологии, которую отмечали 19 (54,2%) больных. При этом пациенты находились на длительном лечении у терапевта по месту жительства. Другим, наиболее частым симптомом у пациентов этой группы, были головокружения и слабость, которые были выявлены у 12 (34,2%) больных. Других, специфических симптомов у пациентов с раком правой половины толстой кишки у пациентов этой группы отмечено не было. Вторую группу составили 38 пациента со стадией заболевания T2N0M0. Анализ основных симптомов у пациентов этой группы показал, что признаки анемии выявлены у 21 (1,3%) больных. Кроме того, головокружение, слабость отмечали 18 (78,2%) больных. Помимо этих симптомов, периодически возникающие задержки стула и газов отмечали 12 (52,1%) больных. Причем, 8 из них находились на стационарном лечении и были выписаны с другими диагнозами. Болевой синдром у пациентов с этой стадией заболевания был выявлен у 16 (76,1%) пациентов. Все больные предъявляли жалобы на схваткообразные боли не связанные с прием пищи, при этом болевой синдром не носил выраженного характера, не был постоянным. Третью группу составили 62 больных со стадией заболевания T3N1M0.

Следует отметить, что признаки анемии у пациентов этой группы были выявлены во всех наблюдениях. Кроме анемии признаки общей интоксикации, проявляющиеся слабостью, головокружением, повышенной утомляемостью выявлены у 54 (87%) больных. Помимо этого, стойкий болевой синдром имели 45 (72,5%) обследованных. Болевой синдром не носил выраженный характер, характер болей был схваткообразный, без иррадиации, располагался в правой половине живота, не снимался приемом спазмолитиков. Нарушения отхождения стула и газов отмечено в 43 (69,3%).

С целью выявления метаболических нарушений и их коррекции использовали шкалы объективной оценки состояния пациентов (APACHE II, SAPS). Шкалы APACHE II и SAPS были использованы нами для объективной оценки тяжести состояния больных с раком прямой и ободочной кишки. Вышеуказанные шкалы позволяют своевременно выявить и оценить степень нарушения обменных нарушений, водно-электролитного и белкового баланса. По результатам лабораторных анализов проводилась оценка состояния по шкалам объективизации- APACHE II, SAPS, в предоперационном и раннем послеоперационном периодах.

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики медико-биологического профиля. Обработка включала расчет медиан и верхних и нижних квартилей, а также определение достоверности различий ( $p$ ) с использованием критерия Манна-Уитни для независимых групп и критерия Уилкоксона для зависимых. Для этой цели применяли персональный компьютер с пакетом прикладных программ "Statistica 6.0" и Excel (Microsoft, 2003).

**Результаты и их обсуждение.** Характер операций, выполненных у пациентов в зависимости от группы, представлен в табл.

Характер операций выполненных при раке правой половины толстой кишки

Характер оперативных вмешательств	Клинические группы		
	I группа (n=45)	II группа (n=38)	III группа (n=62)
Гемиколэктомия справа	42 (93,3%)	25 (65,7%)	25 (40,3%)
Резекция поперечно-ободочной кишки	3 (6,6%)	2 (5,2%)	7 (11,2%)
Резекция слепой кишки	-	4 (10,5%)	4 (6,4%)
Обходной анастомоз	-	1 (2,6)	14 (22,5%)
Цекостомия	-	2 (5,2%)	7 (11%)
Пробная лапаротомия	-	4 (10,5%)	5 (8%)

Из данных представленных в табл. видно, что в большинстве наблюдений во всех трех группах – 92 была выполнена гемиколэктомия справа. В 9 случаях (4 во второй, 5 в третий) случай был признан неоперабельным, была выполнена пробная лапаротомия. Цекостомия была выполнена в 14 наблюдениях у пациентов третьей клинической группы и у

одного пациента второй клинической группы. В 15 наблюдениях (1 случай во второй и 14 в третьей клинической группе) операция закончилась наложением обходного анастомоза.

Из общего числа оперированных пациентов осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 43 (26,5%). Наибольшее количество осложнений зарегистрировано у пациентов третьей клинической группы – 25 (40,3% от количества пациентов в данной группе). При этом тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) развилась у 4 (6,4%) пациентов. Во всех наблюдениях ТЭЛА развилась на 5 послеоперационные сутки и привела к летальному исходу. Развитие полиорганной недостаточности (ПОН) отмечено у 6 (9,6%) больных, в 3 из них ПОН привела к летальному исходу. Нагноение послеоперационной раны выявлено у 2 (3,2%) больных, на 4-5 послеоперационные сутки. Несостоятельность анастомоза и перитонит у пациентов данной клинической группы выявлено в 3 (4,8%) наблюдениях на 8-9 послеоперационные сутки, что потребовало проведения релапаротомии, у 2 пациентов данное осложнение привело к летальному исходу.

Желудочно-кишечное кровотечение развилось у 1 (1,6%) пациента, кровотечение удалось остановить консервативно. Пневмония развилась у 3 (4,8%) на 2-3 послеоперационные сутки, при этом каких либо особенностей в клиническом течении данного осложнения отмечено не было, данное осложнение разрешилось на фоне применения антибактериальной терапии. Острый инфаркт миокарда зарегистрирован у 6 (9,6%) пациентов на 5 послеоперационные сутки, в двух наблюдениях данное осложнение привело к летальному исходу. Во второй клинической группе развитие осложнений в ближайшем послеоперационном периоде зарегистрировано в 13 (34,2% от количества пациентов в данной группе). Развитие ТЭЛА в этой группе отмечено в 2 (5,2%), осложнение развилось на пятые послеоперационные сутки и привело к летальному исходу. ПОН зарегистрировано в 3 (7,8%) наблюдениях, в одном привело к летальному исходу. Нагноение послеоперационной раны в 4 (10,5%) наблюдениях. Несостоятельность анастомоза и перитонит развился в 1 (2,6%) наблюдении на 7 послеоперационные сутки привело к летальному исходу. Желудочно-кишечное кровотечение зарегистрировано в 1 (2,6%) наблюдении из острой язвы, кровотечение удалось остановить консервативно. Пневмония развилась на 7 послеоперационные сутки у 1 (2,6%) пациента, разрешилась применением антибактериальной терапией. Острый инфаркт миокарда развился на 8 послеоперационные сутки у 1 (2,6%) пациента и привел к летальному исходу. В первой клинической группе зарегистрировано наименьшее количество осложнений – 5 (11,1%). ПОН развилось у 1 (2,2%). Нагноение послеоперационной раны развилось у 3 (6,6%) пациентов. Пневмония у 1 (2,2%) пациента, в клиническом течении данного осложнения так же особенностей не было отмечено.

Из общего количества оперированных пациентов умерло 34 (23,4%) пациента. В первой клинической группе отмечено наименьшая летальность – умер 1 (2,2%) пациент, причиной смерти стала острая сердечная недостаточность. Во второй клинической группе умерло 12 (31,5%) пациентов. При этом основной причиной смерти послужила острая сердечно-легочная недостаточность – 7 (18,4%). ТЭЛА привела к смерти 2 (5,2%) пациентов. Перитонит в результате несостоятельности анастомоза стал причиной смерти 1 (2,6%) пациента. ПОН привела к летальному исходу у 1 (2,6%) пациента. Острый инфаркт миокарда также привел к летальному исходу у 1 (2,6%) больного. В третьей клинической группе зарегистрирована наибольшая летальность – 21 (33,8%). В данной группе основной причиной летальных исходов стала острая сердечно-легочная недостаточность – 10 (16,1%). ТЭЛА привела к летальному исходу у 4 (6,4%) пациентов. ПОН – 3 (4,8%) больных. По 2 (3,2%) приходится на несостоятельность анастомоза и перитонит и острый инфаркт миокарда.

Полиорганная недостаточность (ПОН) является основной причиной смерти больных с раком толстой кишки, у которых развиваются осложнения. Именно поэтому основной задачей при лечении больных с раком, является своевременная диагностика и профилактика развития ПОН.

Нами изучена возможность применения ее для разработки лечебно – диагностического алгоритма у больных с раком правой половины толстой кишки. Всех пациентов с раком правой половины толстой кишки мы разделили на 3 подгруппы по степени тяжести состояния: по шкале APACHE II: 1) легкая – от 0 до 10 баллов; 2) средняя – 11–20 баллов; 3) тяжелая – 21 и более баллов; по шкале SAPS: 1) легкая – от 0 до 6 баллов; 2) средняя – 7–11 баллов; 3) тяжелая – 12 и более баллов.

Тяжесть состояния по шкалам, у больных с раком правой половины толстой кишки, оценивали при поступлении в стационар для хирургического лечения и в раннем послеоперационном периоде. Формирование банка данных осуществляли с помощью компьютерной информационной системы. Результаты исследований по оценке тяжести состояния осуществляли перед операцией – на 1 сутки.

В результате проведенного исследования получены следующие результаты. Показатели по шкале APACHE II при поступлении пациентов в первой клинической группе средний балл составил  $5,7 \pm 0,2$  у 67% пациентов,  $10,3 \pm 0,8$  – у 21% и  $14,2 \pm 0,6$  у 12%.

Во второй группе:  $5,7 \pm 0,2$  у 30% пациентов,  $10,3 \pm 0,8$  – у 57% и  $14,2 \pm 0,6$  у 13%.

В третьей клинической группе:  $5,7 \pm 0,2$  у 10% пациентов,  $10,3 \pm 0,8$  – у 32% и  $14,2 \pm 0,6$  у 58%. В третьей клинической группе статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) по сравнению

с данными первой и второй групп преобладали пациенты с тяжелым течением, во второй, по сравнению с первой и третьей – средней тяжести и в первой – легкого течения.

Сумма баллов по SAPS в первой клинической группе средний балл составил  $4,3 \pm 0,8$  у 67% пациентов,  $9,1 \pm 0,7$  – у 21% и  $13,3 \pm 0,3$  у 12%. Во второй группе:  $5,7 \pm 0,2$  у 30% пациентов,  $11,3 \pm 0,8$  – у 57% и  $13,2 \pm 0,6$  у 13%. В третьей клинической группе:  $4,7 \pm 0,1$  у 10% пациентов,  $12,3 \pm 0,8$  – у 32% и  $16,2 \pm 0,6$  у 58%, т.е. по сумме баллов по SAPS тяжесть в группах существенно не отличалась от APACHE II. Несомненно, тяжесть состояния приводило к наиболее тяжелому течению ближайшего послеоперационного периода, развитию осложнений и летальному исходу.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с раком правой половины толстой кишки течение ближайшего послеоперационного периода зависит от тяжести состояния при поступлении, что подтверждается ранее проведенными исследованиями [6]. При этом послеоперационные осложнения развиваются в 43 (26,5%) наблюдениях, а летальность на уровне 34 (23,4%).

### Список литературы

1. Барсуков Ю.А., Кныш В.И. Современные возможности лечения колоректального рака // Современная онкология. – 2006. – Т. 8 (2). – С. 7–16.
2. Гавриков А.Е. Оперативное лечение опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Врачебная практика. – 2002. – № 3. – С. 93–95.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и странах СНГ в 2010 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21(2) (прил. 1). – С. 52–86.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность). – М., 2012.
5. Жашуев А.Ж. Интегральная оценка состояния больных и прогноза в выборе тактики хирургического лечения колоректального рака: автореферат диссертации ... канд. мед. наук. Нальчик. - 2015. - 27 с.
6. Макаров О.Г. Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, в условиях областного колопроктологического стационара // Новости колопроктологии. – 2007. – № 2. – С. 75–79.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Мамонтов А.С. и др. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2009. – С. 10.

**Рецензенты:**

Чалык Ю.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского», г. Саратов;

Громов М.С., д.м.н., профессор, генеральный директор ООО «Частная клиника №1», г. Саратов.