

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Капралов С.В.¹, Конопацкова О.М.¹, Потапов Д.Ю.¹, Смолькина А.В.², Берч Е.Д.², Лонская С.К.², Курбанова С.Г.²

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, e-mail: sergejkapralov@yandex.ru;

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель: изучить непосредственные результаты хирургического лечения у онкологических пациентов с ургентными абдоминальными осложнениями в многопрофильном хирургическом стационаре. В исследовании обобщен опыт работы хирургической клиники Университетской клинической больницы № 1 им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета и хирургического отделения Государственного учреждения здравоохранения Саратовской области «Балашовская районная больница» г. Балашова за 2022 год. В исследование включены пациенты с верифицированным раком органов брюшной полости и наличием ургентных абдоминальных осложнений. За 2022 год в хирургические отделения, оказывающие экстренную хирургическую помощь, госпитализированы 2080 пациентов, из них 106 (5,1%) онкологических пациентов с ургентными абдоминальными осложнениями. При декомпенсированном опухолевом стенозе выходного отдела желудка выполнялось наложение обходных гастроэюнальных анастомозов у 7 пациентов и только у 1 – гастрэктомия. При низкой толстокишечной непроходимости в 24 (67%) случаях произведены радикальные, резекционные вмешательства обструктивного характера, а остальным больным наложена разгрузочная колостома. При этом летальность после радикальных вмешательств в два раза ниже (8,3%), чем после менее травматичных колостомий (16,7%). При механической желтухе у 40 пациентов применяли только паллиативные вмешательства, направленные на отведение желчи. Операции по поводу ургентных абдоминальных осложнений при раке органов брюшной полости составляют 7,6% от общего количества всех операций в экстренных хирургических отделениях. Летальность после операций среди данной группы пациентов составила 17,9%. Наибольшая летальность наблюдается среди пациентов с механической опухолевой желтухой и воспалительными осложнениями опухолей с развитием распространенного перитонита. Для снижения летальности в этой тяжелой группе пациентов должны применяться принципы этапного лечения с устранением источника перитонита и активной хирургической тактикой. После выполнения экстренных операций по поводу абдоминальных осложнений в общехирургических стационарах необходимо направлять пациентов в онкологический стационар для определения лечебной тактики с онкологической настороженностью.

Ключевые слова: ургентные абдоминальные осложнения, онкологическая помощь, летальность, онкологические пациенты, рак органов брюшной полости.

ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF URGENT ABDOMINAL COMPLICATIONS IN ONCOLOGICAL PATIENTS IN A GENERAL SURGICAL HOSPITAL

Kapralov S.V.¹, Konopatskova O.M.¹, Potapov D.Yu.¹, Smolkina A.V.², Berch E.D.², Lonskaya S.K.², Kurbanova S.G.²

¹FGBOU VO «Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky Ministry of Health of Russia», Saratov, e-mail: sergejkapralov@yandex.ru;

²FGBOU VO «Ulyanovsk State University», Ulyanovsk, e-mail: smolant1@yandex.ru

Objective: to study the immediate results of surgical treatment in oncological patients with urgent abdominal complications in a multidisciplinary surgical hospital. The study summarizes the experience of the surgical clinic of the University Clinical Hospital №1 named after S.R. Peacemakers of the Saratov State Medical University and the surgical department of the State Healthcare Institution of the Saratov region "Balashovskaya District Hospital" in Balashov for 2022. The study included patients with verified abdominal cancer and the presence of urgent abdominal complications. In 2022, 2,080 patients were hospitalized in surgical departments providing emergency surgical care. Of these, 106 (5.1%) oncological patients with urgent abdominal complications. With decompensated tumor stenosis of the exit part of the stomach, bypass gastrojejunal anastomoses were performed in 7 patients and only in 1 – gastrectomy. With low colonic obstruction, radical, resection interventions of an

obstructive nature were performed in 24 (67%) cases, and unloading colostomy was applied to the rest. At the same time, mortality after radical interventions is two times lower (8.3%) than after less traumatic colostomies (16.7%). In 40 patients with mechanical jaundice, only palliative interventions aimed at removing bile were used. **Conclusion: operations for urgent abdominal complications in abdominal cancer account for 7.6% of the total number of all operations in emergency surgical departments. Mortality after surgery among this group of patients was 17.9%. The greatest mortality is observed among patients with mechanical tumor jaundice and inflammatory complications of tumors with the development of widespread peritonitis. In our opinion, to reduce mortality in this most severe group of patients, the principles of step-by-step treatment with the elimination of the source of peritonitis and active surgical tactics should be applied. After performing emergency operations for abdominal complications in general surgical hospitals, it is necessary to send patients to an oncological hospital to solve treatment tactics with oncological alertness.**

Keywords: urgent abdominal complications, oncological care, mortality, oncological patients, cancer of the abdominal cavity.

Количество пациентов с опухолями органов брюшной полости достаточно велико [1, 2]. Осложнения, требующие экстренной хирургической помощи, у таких пациентов представляют сложную проблему [3, 4, 5]. С одной стороны, их развитие переносит на более поздний срок или делает невозможным специальное онкологическое лечение; с другой – наличие таких осложнений у иммунокомпрометированного онкологического пациента с наличием коморбидной патологии значительно увеличивает летальность по сравнению с неонкологическими больными. Согласно приказу № 922н об организации хирургической службы [6], неотложные мероприятия при осложнениях онкозаболеваний проводятся в общехирургических отделениях многопрофильных больниц. В связи с этим актуален вопрос: насколько экстренная хирургическая помощь сказывается на результатах лечения онкологической патологии [7].

Цель исследования: изучить непосредственные результаты хирургического лечения у онкологических пациентов с ургентными абдоминальными осложнениями в многопрофильном хирургическом стационаре.

Материалы и методы исследования. В исследовании обобщен опыт работы хирургической клиники Университетской клинической больницы № 1 им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. И.В. Разумовского и хирургического отделения Государственного учреждения здравоохранения Саратовской области «Балашовская районная больница» г. Балашова за 2022 год. Это два многопрофильных хирургических стационара, оказывающих экстренную хирургическую помощь населению г. Саратова и Саратовской области.

В исследование включены пациенты с верифицированным раком органов брюшной полости и наличием ургентных абдоминальных осложнений. Изучали характер осложнения, вид оперативного пособия, непосредственные результаты хирургического лечения (в виде наступления летального исхода в течение ближайших 30 суток послеоперационного периода). Все абдоминальные осложнения были разделены на несколько групп: непроходимость различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на уровне

выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК); острая тонкокишечная непроходимость; острая толстокишечная непроходимость); механическая желтуха (с высоким или низким блоком обтурации); кровотечения из опухоли (наружные из верхних или нижних отделов желудочно-кишечного тракта); воспалительные осложнения гинекологических; перфорация опухолей полых органов желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде часть пациентов наблюдались и были радикально оперированы на клинической базе медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета.

Результаты исследования и их обсуждение. За 2022 год в хирургические отделения, оказывающие экстренную хирургическую помощь, госпитализированы 2080 пациентов. Среди них было 106 (5,1%) онкологических пациентов с ургентными абдоминальными осложнениями. Характер осложнений онкологической патологии представлен в таблице 1.

Таблица 1

Характер ургентных абдоминальных осложнений у онкологических пациентов

Группа осложнений	Вид осложнений	Количество больных
Непроходимость различных отделов ЖКТ	Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка и ДПК	8
	Острая тонкокишечная непроходимость	5
	Острая толстокишечная непроходимость	36
Механическая желтуха	Механическая желтуха с высоким блоком обтурации	13
	Механическая желтуха с низким блоком обтурации	27
Кровотечения из опухоли	Наружные (из верхних отделов ЖКТ)	5
	Наружные (из нижних отделов ЖКТ)	2
Воспалительные осложнения опухолей с перитонитом	Распад и перфорация паренхиматозных органов брюшной полости, в том числе гинекологических	3
	Распад и перфорация полых органов ЖКТ	7
Всего		106

Непроходимость ЖКТ – самое частое ургентное осложнение у пациентов с онкологическими осложнениями в брюшной полости. В нашем исследовании она встретилась в 49 (46%) наблюдениях, при этом чаще встречалась толстокишечная непроходимость – 36 (33,9%), основной причиной которой был колоректальный рак.

Второй по частоте группой осложнений была механическая желтуха, она встречалась

у 40 (37,7%) пациентов. Желтуха с высоким блоком обтурации была у 13 (12,3%), а желтуха с низким блоком обтурации имела место у 27 (25,5%) больных. Воспалительные осложнения опухолей с перитонитом встречались реже – в 10 (9,6%) наблюдениях. При этом перфорации кишечника встречались у 7 (6,6%) человек. И в последнем случае отмечалась самая большая летальность. Кровотечения из опухоли в просвет ЖКТ встретились у 7 (6,6%) больных. Наиболее часто причиной кровотечения являлся распадающийся рак желудка – в 4 (3,8%) наблюдениях.

Всего за исследуемый период оперированы 1403 больных, из них с абдоминальными осложнениями онкологического процесса – 106 человек, что составило 7,6% от всех операций. Структура оперативных вмешательств и послеоперационная летальность представлены в таблице 2.

Таблица 2

Структура экстренных оперативных вмешательств при urgentных абдоминальных осложнениях у онкологических больных

Группа осложнений	Резекционные вмешательства (летальные исходы)	Паллиативные вмешательства (летальные исходы)	Всего (летальные исходы)
Непроходимость ЖКТ			
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка и ДПК	Резекция желудка, гастрэктомия, ПДР – 1	Наложение обходных анастомозов, еюностомия для питания – 7	8
Острая тонкокишечная непроходимость	Резекция тонкой кишки, в том числе обструктивного характера – 1	Энтеростомия, наложение обходного анастомоза 4 (1)	5 (1)
Острая толстокишечная непроходимость	Обструктивная резекция различных отделов ободочной и прямой кишки – 24 (2)	Наложение колостомы 12 (2)	36 (4)
Механическая желтуха			
Механическая желтуха с высоким блоком обтурации		Интервенционная холангиостомия 13 (3)	13 (3)
Механическая желтуха с низким блоком		Дренирование желчевыводящих путей	

обтурации		(интервенционная холангиостомия, холецистостомия, гепатикостомия, наложение билиодигестивного анастомоза) – 27 (4)	27 (4)
Кровотечения из опухоли			
Наружные (из верхних отделов ЖКТ)	Резекция желудка, поджелудочной железы – 3	Прошивание кровоточащего сосуда, перевязка питающих сосудов – 2 (1)	5 (1)
Наружные (из нижних отделов ЖКТ)	Резекции кишечника, в том числе обструктивного характера – 2	–	2
Воспалительные осложнения опухолей с перитонитом			
Распад и перфорация опухолей паренхиматозных органов, в том числе гинекологических	Резекционные вмешательства – 3 (1)		3(1)
Перфорация опухолей полых органов	Резекционные вмешательства – 7 (5)		7 (5)
Всего	41 (8)	65 (11)	106 (19)

При декомпенсированном опухолевом стенозе выходного отдела желудка и ДПК в основном применяли паллиативные вмешательства в виде наложения обходных гастроэюнальных анастомозов. Подобные вмешательства выполнены у 7 пациентов, тогда как радикальное вмешательство в объеме гастрэктомии произведено у одного больного. Стоит отметить, что летальных исходов в данной группе больных не было. Синдром тонкокишечной непроходимости встретился у пяти пациентов, чаще всего (в четырех наблюдениях) его причиной был канцероматоз брюшной полости, и в одном случае причиной была опухоль тонкой кишки. Именно этому пациенту выполнено радикальное вмешательство: операцией выбора была энтеростомия. Летальность в данной группе пациентов составила 20% – скончался один больной ввиду прогрессирующей раковой

интоксикации. Наиболее часто в группе с непроходимостью встречалась низкая толстокишечная непроходимость, причиной которой был колоректальный рак. Следует отметить, что в 24 (67%) случаях произведены радикальные резекционные вмешательства обструктивного характера, а в трети случаев наложена разгрузочная колостома. При этом летальность после радикальных вмешательств оказалась в два раза ниже (8,3%), чем после менее травматичных колостомий (16,7%).

При механической желтухе применяли только паллиативные вмешательства, направленные на отведение желчи. При этом у 13 пациентов с механической желтухой с высокой обтурацией выполняли интервенционную холангиостомию, послеоперационная летальность составила 23%. Высокая летальность обусловлена в основном запущенностью данной категории больных, длительностью желтухи и печеночной недостаточностью. При желтухе с низким блоком обтурации у 27 пациентов применяли различные вмешательства, направленные как на наружное, так и на внутреннее отведение желчи. К таковым относятся: интервенционная холангиостомия, холецистостомия, эндоскопическое стентирование холедоха и наложение обходных билиодигестивных анастомозов. Летальность в данной группе пациентов составила 14,8%. Основная причина летальных исходов – прогрессирование полиорганной недостаточности вследствие длительно существующей желтухи.

При опухолевых кровотечениях из верхних отделов ЖКТ в трех наблюдениях выполнили резекционные вмешательства: у двух пациентов выполнена субтотальная резекция желудка, а у одного с желудочным кровотечением из варикозно-расширенных вен желудка вследствие рака хвоста поджелудочной железы с тромбозом селезеночной вены – резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Летальность после операций среди этих исследованных отсутствовала. У двух человек произвели паллиативные вмешательства – прошивание кровоточащего сосуда, один из пациентов погиб в ближайшие часы после операции при явлениях геморрагического шока. У двух пациентов с опухолью правой половины ободочной кишки имелась клиника упорных кишечных кровотечений. В обоих случаях произведена правосторонняя гемиколонэктомия с хорошим ближайшим результатом.

Наиболее тяжелая клиническая ситуация складывается при наличии абдоминальных воспалительных осложнений рака. В нашем исследовании наблюдали 10 подобных пациентов. У трех пациентов имели место распад и перфорация с развитием перитонита при гинекологических новообразованиях: яичника (две больные) и тела матки (одна больная). Во всех случаях произведены циторедуктивные ампутации матки с придатками. Одна из пациенток с раком яичников скончалась в первые сутки после операции при явлениях

нарастающей интоксикации и септического шока.

По нашему мнению, самую прогностически неблагоприятную группу составляют пациенты с перфорациями колоректального рака и развитием распространенного гнойного или калового перитонита. Таковых в нашем исследовании было 7 человек. Всем им выполнены резекционные вмешательства с последующими программными санационными релапаротомиями ввиду бесперспективности ушивания распадающейся опухоли. Умерли пять из этих больных, все в ближайшие 3–4 суток от момента операции. Таким образом, летальность при перфорации кишечника на фоне рака с распространенным перитонитом составила 71%, что согласуется с данными других авторов [4].

Общая послеоперационная летальность у пациентов в нашем исследовании составила 17,9% (19 больных). В группе пациентов с непроходимостью летальность составила 10,2%; среди больных с механической желтухой летальность составила 17,5%; у больных с кровотечениями из опухоли – 14,3%; а в группе с воспалительными осложнениями она была наиболее высокой и составила 60%.

Экстренные абдоминальные осложнения у онкологических пациентов тяжелы и многообразны. Они часто приводят к развитию летального исхода или невозможности проведения в дальнейшем полноценного противоопухолевого лечения. По нашим данным, около 5% пациентов в хирургических стационарах, оказывающих экстренную помощь, составляют больные с осложненным течением рака органов брюшной полости. Несмотря на относительно небольшое количество пациентов, они вносят основной вклад в общую и послеоперационную летальность. По нашим данным, послеоперационная летальность составила 17,9%, тогда как у неонкологических пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости она, как правило, не превышала 5%. Обращает на себя внимание большая доля радикальных операций у пациентов с толстокишечной непроходимостью (66,7%) с летальностью в 8,3%. Это позволяет сделать вывод о целесообразности их выполнения.

Летальность пациентов в группе с опухолевой механической желтухой согласуется со статистическими данными и других авторов [4, 7], но активное выявление подобных пациентов на уровне первичного звена и маршрутизация их напрямую в центры, способные оказывать высокотехнологичную помощь, позволяют надеяться на сокращение времени до декомпрессии желчевыводящих путей и снижение летальности. Наиболее тяжелая ситуация складывается в группе больных с перфоративным колоректальным раком и развитием распространенного перитонита. Крайне высокая летальность (50–80%) обусловлена развитием сепсиса с полиорганной недостаточностью на фоне онкологического процесса у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой коморбидной патологией.

Заключение

Операции по поводу ургентных абдоминальных осложнений при раке органов брюшной полости составляют 7,6% от общего количества всех операций в экстренных хирургических отделениях. Летальность после операций среди пациентов данной группы составила 17,9%. Наибольшая летальность наблюдается среди пациентов с механической опухолевой желтухой и воспалительными осложнениями опухолей с развитием распространенного перитонита.

Авторы считают, что для снижения летальности в этой тяжелой группе пациентов должны применяться принципы этапного лечения с устранением источника перитонита и активной хирургической тактикой. После выполнения экстренных операций по поводу абдоминальных осложнений в общехирургических стационарах необходимо направлять пациентов в онкологический стационар для выбора лечебной тактики с онкологической настороженностью.

Список литературы

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта // Сибирский онкологический журнал. 2017. № 3. С. 5-11.
2. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных опухолей // Онкогинекология. 2018. № 3. С. 64-78.
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференциальный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. 2019. № 2. С.10-24.
4. Алиев С.А., Алиев Э.С. Хирургическая тактика при перфорации и травматических разрывах ободочной кишки в условиях многопрофильного стационара // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021. № 12. С. 63-71.
5. Ревишвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 3. С. 88-97.
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2012 г. N 922н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия". [Электронный ресурс]. URL: <https://e-ecolog.ru/docs/WtfsiYFt7pWImWT-JA7Oo/ful> (дата обращения: 24.08.2023).
7. Сангинов Д.Г., Хусейнзода З.Х., Мансуров Ф.С. Неотложная хирургическая помощь онкологическим больным // Вестник авиценны. 2017. Т. 17. № 3. С. 349-353.