

© С. А. Алиев, Э. С. Алиев, Б. М. Зейналов, 2015
УДК 616.348-006.6-06:[616.348-007.272+616.348-001.5]-07-089

С. А. Алиев, Э. С. Алиев, Б. М. Зейналов

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ПЕРФОРАЦИЕЙ ОПУХОЛИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.-кор. НАН АР проф. Н. Ю. Байрамов),
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Ключевые слова: рак ободочной кишки, обтурационная кишечная непроходимость, послеоперационные осложнения

Введение. Актуальность проблемы хирургического лечения рака ободочной кишки (РОК), осложненного обтурационной кишечной непроходимостью (ОКН), трудно переоценить. Это объясняется следующими факторами: 1) за последние десятилетия отмечается устойчивая общемировая тенденция к росту заболеваемости РОК, при которой на момент верификации диагноза у 60–90% пациентов констатируются осложненные формы заболевания; 2) в возрастной структуре больных преобладают пациенты старших возрастных групп (53–71,7%), что свидетельствует о геронтологической значимости проблемы; 3) до настоящего времени не разработана единая стратегия и тактика хирургического лечения сочетанных осложнений РОК с учетом таких ключевых аспектов проблемы, как выбор оптимального срока, объема и метода хирургического пособия и рационального способа завершения оперативного вмешательства; 4) до сих пор отсутствует стандартизированный протокол послеоперационной медико-социальной реабилитации больных, особенно пациентов с неуправляемой колостомой [4, 5, 20, 21, 24]. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние десятилетия в хирургии колоректального рака, оптимизацию методов диагностики и совершенствование оперативной техники благодаря широкому внедрению в клиническую практику малоинвазивной технологии

(ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, лапароскопия), применение новых антибиотиков и антибактериальных препаратов широкого диапазона действия, результаты хирургического лечения больных РОК, осложненным ОКН, оставляют желать лучшего, что объясняется сохранением высокого уровня послеоперационных осложнений и летальности, которые не имеют заметной тенденции к снижению. По данным литературы [8, 11, 14, 15, 18, 23, 26], послеоперационные осложнения наиболее часто встречаются у больных раком поперечной ободочной кишки и левой половины ободочной кишки (ОК), осложненным ОКН, и колеблются в пределах от 16 до 53,8%. В структуре послеоперационных осложнений у больных РОК, осложненным ОКН, лидирующее место занимают внутрибрюшные гнойно-воспалительные осложнения (ВБГВО), которые отличаются сложностью ранней диагностики, тяжелым клиническим течением и являются основными причинами летальности у больных данной категории. Удельный вес ВБГВО после операции по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости варьирует в пределах от 10,2 до 67%, а общая послеоперационная летальность — от 28,2 до 58,3% [9–11, 15–17, 22, 24–26]. Среди послеоперационных ВБГВО наиболее часто встречаются перитонит и абсцессы брюшной полости, частота которых варьирует от 38 до 65% и от 3,6 до 20,5% соответственно. Частота других видов послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ВБО) составляет: кишечная непроходимость — 17%, внутрибрюш-

Сведения об авторах:

Алиев Садай Агалар оглы (e-mail: aliev_85@mail.ru), Алиев Эмиль Садай оглы (e-mail: emil_aliyev_85@mail.ru),
Зейналов Бабек Мехман оглы (e-mail: drbabek_zeynalov@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 1,
Азербайджанский медицинский университет, Az 1022, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

ное кровотечение — 8% и эвентрация — 4,5% [11, 12, 17, 23]. Ведущую роль в структуре причин возникновения послеоперационных ВБГВО играет несостоятельность швов толстокишечного анастомоза, частота которой после радикальных операций у больных данной категории достаточно высока и колеблется в пределах 20–40% [12, 13, 31, 34, 35]. Среди причин послеоперационных ВБГВО немаловажное значение имеют и такие грозные осложнения РОК, как перфорация кишечной стенки в зоне опухолевой инвазии или диастатический разрыв супрастенотических отделов ОК [1, 20, 26, 27, 33]. Развивающийся при этом перитонит сопровождается наибольшей летальностью, достигающей 42,8–77,8% [1, 3, 21]. Исследованиями ряда авторов установлено, что ОКН у больных РОК сопровождается выраженными микроциркуляторными нарушениями в стенке расширенной кишки и повреждением её слизистого барьера, которые способствуют повышению проницаемости кишечной стенки по отношению к токсинам и микроорганизмам. Возникающая на этом фоне бактериальная транслокация патогенной микрофлоры толстой кишки, провоцируя развитие порталной и системной бактериемии, приводит к возникновению гнойно-септических осложнений даже без перфорации стенки кишки [25, 30].

Своевременная диагностика и лечение послеоперационных ВБО у больных РОК, осложненным ОКН и перфорацией опухоли, представляют сложную задачу. Клинические проявления осложнений зачастую бывают завуалированы тяжестью состояния большинства больных, обусловленной характером как основного заболевания (РОК), так и его осложнений (ОКН, перфорация опухоли), возрастными особенностями больных старших возрастных категорий, а также проведением интенсивной инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии. Все это затрудняет раннюю диагностику и задерживает сроки хирургического лечения. Наиболее проблематичными являются диагностика, лечение и профилактика интраабдоминальных гнойно-септических осложнений, особенно послеоперационного перитонита, который занимает лидирующее место в структуре причин летальности у больных данной категории. А.А. Захарченко, Л.Э. Штоппель [12] с целью уменьшения эндогенного инфицирования и бактериальной транслокации брюшной полости в момент или непосредственно до мобилизации пораженной опухолью ОК рекомендуют внутривенное капельное введение 40 мл 1% раствора диоксида на 200 мл 0,9% растворе натрия хлорида. На заключительном этапе операции проводится санация

брюшной полости при помощи аппарата «Гейзер» полийонным изотоническим раствором объемом до 14–15 л. Н.Н. Каншин и соавт. [15] с целью интраоперационной профилактики послеоперационных ВБО применяют сконструированный ими аппарат «АСК» для формирования циркулярных компрессионных толстокишечных анастомозов с мягкими фиксаторами компрессии, методику бесшовного выведения кишечных стом, используют шовные материалы с антибактериальным покрытием и рекомендуют герметизацию линии швов анастомоза с протекцией коллагеновой пластиной, содержащей фибриновую клеевую композицию «ТахоКомб». По данным авторов, использование разработанных технологий позволило более чем в 4 раза снизить частоту послеоперационных осложнений у больных РОК. Большинство авторов [7, 18, 21, 23, 27, 28] сходятся во мнении, что принципы хирургического лечения послеоперационных ВБО должны базироваться на активной тактике, предусматривающей выполнение программированных (этапных) санационных хирургических вмешательств (релапаротомий), которые выполняются как традиционным доступом, так и с использованием малоинвазивных технологий. Э.Г. Топузов и соавт. [26] считают, что в специализированной колопроктологической клинике при отграничении несостоятельного толстокишечного анастомоза от свободной брюшной полости и отсутствии признаков распространенного перитонита повторное вмешательство можно ограничить полным отключением кишки с анастомозом и формированием двустольной колостомы через небольшой разрез без выполнения широкой релапаротомии.

По мнению авторов, такая тактика уменьшает травматичность повторной операции, позволяет создать условия для заживления анастомоза и предупредить дальнейшее развитие перитонита. О.В. Бабковым и соавт. [7] разработана и внедрена методика VAC-терапии с созданием отрицательного давления в брюшной полости и формированием лапаростомы методом NPWT (negative pressure wound therapy). По данным авторов, вакуумирование брюшной полости с последующим проведением этапных санаций, способствуя непрерывной элиминации инфицированного перитонеального экссудата, позволило снизить частоту послеоперационных ВБО с 61,1 до 44,2%, летальность — с 42,6 до 32,7%. Широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных диагностических технологий открыло приоритетное направление в хирургическом лечении послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических

осложнений. В.Н.Эктов и соавт. [28] сообщили об эффективности применения чрескожных пункционных и дренирующих вмешательств под контролем УЗИ и КТ при послеоперационных ВБО у больных осложненным РОК. Авторы считают, что основой успешного применения малоинвазивных дренирующих операций в лечении послеоперационных ВБО является четкая визуализация гнойного очага при помощи диагностических технологий. По мнению этих авторов, малоинвазивные вмешательства с использованием различных вариантов навигации являются эффективным методом хирургического лечения абсцессов и ограниченных жидкостных образований у больных осложненным РОК.

В специальной литературе опубликовано относительно мало работ, посвященных изучению причин и частоты послеоперационных ВБО и анализу результатов их хирургического лечения у больных РОК, осложненным ОКН и перфорацией опухоли ОК, что и явилось побудительным мотивом для проведения данного исследования.

Материал и методы. За период с 1978 по 2014 г. в клинике кафедры хирургических болезней № 1 Азербайджанского медицинского университета находились на обследовании и лечении 576 больных с РОК, осложненным ОКН. У 50 больных ОКН сочеталась с перфорацией кишечной стенки как в зоне опухолевой инвазии, так и выше места obturации, и перитонитом различной степени распространенности, что составило 8,8% от всех обследованных больных РОК (576). 544 (94,4%) из 576 больных подверглись хирургическому лечению. У 354 (65%) из 544 больных были выполнены первично-радикальные операции, у 186 (34,2%) — паллиативные. У 4 (0,8%) больных с неоперабельным РОК объем операции сводился к эксплоративной лапаротомии. Первично-радикальные операции у 214 (60,4%) из 354 больных были завершены одномоментным формированием межкишечного анастомоза, у 140 (39,6%) — наложением одноствольной (концевой) колостомы по Гартману. В послеоперационном периоде различные ВБО, потребовавшие необходимость выполнения повторных операций, развились у 42 больных, что составило 7,7% от суммарного числа (544)

оперированных. Возраст больных колебался от 33 до 78 лет. 28 (66,7%) из 42 больных были пожилого (22; 52,4%) и старческого (6; 14,3%) возраста, у которых соматический статус был отягощен серьезными сопутствующими заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и обменных процессов. Женщин было 16, мужчин — 26. Среди этих больных стенозирующий рак правой половины ОК был у 9, поперечной ободочной кишки — у 1, левой половины ОК — у 32. У 13 из 32 больных (48,2%) раком левой половины ОК злокачественный процесс осложнился также перфорацией кишечной стенки в зоне опухолевого роста. Распределение больных в зависимости от клинической стадии РОК проводили в соответствии с классификационными критериями, предложенными Б.Е.Петерсоном и Н.Н.Блохиным (1979), методическими рекомендациями по лечению злокачественных новообразований (1985), а также Международной классификацией по системе TNM (1997). Так, из 42 больных IIIb стадия РОК (T4N2M0) констатирована у 33 (78,6%), IV стадия (T4N2M1) — у 9 (21,4%). У 41 пациента из 42 больных были выполнены первично-радикальные операции с одномоментным восстановлением непрерывности толстой кишки у 28 из них. У всех больных с перфоративным РОК (13) производили первичное удаление опухоли с формированием одно- (у 11) и двухствольной (у 2) колостомы. У одного больного в возрасте 73 лет с неоперабельным раком сигмовидной кишки объем хирургического вмешательства ограничили наложением двухствольной трансверзостомы по Микуличу. Из 42 больных экстренные операции (в течение 1-х суток с момента поступления) были выполнены у 19, срочные (через 2–7 сут после госпитализации) — у 16, ранние (на 8–14-е сутки после поступления) — у 1, отсроченные (плановые) (через 15 сут и более) — у 6. Как видно из представленных данных, преобладающее большинство операций (35; 83,3%) производилось по ургентным показаниям по поводу декомпенсированной формы ОКН. Верификация диагноза послеоперационных ВБО базировалась на результатах физикального, лабораторного, рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового методов исследования с интерпретацией клинической картины осложнений. В трудных клинических ситуациях по показаниям применяли также компьютерную и магнитно-резонансную томографию брюшной полости и малого таза.

В структуре послеоперационных ВБО, послуживших показанием для выполнения повторных вмешательств, перитонит в результате несостоятельности швов кишечного

Структура и частота послеоперационных ВБО в зависимости от видов (сроков) хирургических вмешательств

Виды операции	Послеоперационные осложнения и число больных (n=42)						Итого
	Перитонит	Межпелтельный абсцесс	Тазовый абсцесс	Ранняя СКН	Внутрибрюшное кровотечение	Эвентрация	
Экстренные	16	2	—	—	—	1	19
Срочные	14	1	1	—	—	—	16
Ранние	—	—	—	—	1	—	1
Отсроченные	3	—	—	2	1	—	6
Всего	33 (6,1%)* (78,5)**	3 (0,5%)* (7,1%)**	1 (0,2%)* (2,4%)**	2 (0,4%)* (4,8%)**	2 (0,4%)* (4,8%)**	1 (0,2%)* (2,4%)**	42

* Проценты по отношению к общему числу оперированных (n=544).

** Проценты по отношению к суммарному числу послеоперационных ВБО (n=42).

анастомоза наблюдали у 20 больных. Еще у 13 больных перитонит развился вследствие прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости после операции Гартмана (10 больных) и обструктивной левосторонней гемиколэктомии (3 больных), выполненных по поводу перфоративных опухолей левой половины ОК. Характер и частота послеоперационных ВБО представлены в *таблице*.

Анализ частоты развития перитонита в зависимости от уровня локализации РОК показал, что указанное осложнение чаще возникало у больных раком левой половины ОК (у 26). Причем у 13 из 26 больных перитонит явился следствием несостоятельности швов анастомоза левой половины ОК, у 13 — прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости после удаления перфоративных опухолей левой половины ОК. У 7 больных перитонит развился в результате несостоятельности швов кишечного анастомоза после правосторонней гемиколэктомии (6 больных) и сегментарной резекции поперечной ободочной кишки (1 больная). У 2 больных после первичной резекции сигмовидной кишки возникло внутрибрюшное кровотечение. Ранняя спаечная кишечная непроходимость (СКН) развилась у 2 больных после правосторонней гемиколэктомии (1 больная) и двухствольной трансверзостомии (1 больная).

Таким образом, в общей структуре ВБГВО частота перитонита вследствие несостоятельности швов толстокишечного анастомоза составила 60,6% (у 20 из 33 больных). Межпетельные абсцессы сформировались у 2 больных после правосторонней гемиколэктомии, у 1-го — после резекции сигмовидной кишки. Еще у 1 больного после резекции сигмовидной кишки сформировался тазовый абсцесс. После левосторонней гемиколэктомии, выполненной по поводу стенозирующего рака сигмовидной кишки у пожилого больного, возникла эвентрация кишечника. При анализе частоты возникновения отдельных видов послеоперационных ВБО в зависимости от сроков выполнения хирургических вмешательств выявлено, что у 30 из 33 больных перитонит развился после операций, произведенных по неотложным показаниям (после экстренных — у 16, после срочных — у 14). Причинами перитонита у этих больных послужили несостоятельность швов толстокишечного анастомоза (у 17) и прогрессирование гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости после удаления перфоративных опухолей ОК (у 13). У 3 больных перитонит развился вследствие несостоятельности швов толстокишечного анастомоза после плановых (отсроченных) операций. После экстренной операции у 1 больного возникла эвентрация кишечника. Ранняя операция у одного больного, отсроченная — у другой больной осложнилась внутрибрюшным кровотечением. После отсроченных операций у 2 больных развилась ранняя СКН. У 3 больных сформировались межпетельные абсцессы после экстренных (у 2) и срочных (у 1) оперативных вмешательств. Еще у одного больного наблюдали тазовый абсцесс после срочной операции. Таким образом, в общей структуре послеоперационных ВБО доминирующим явился перитонит, развившийся вследствие несостоятельности швов кишечного анастомоза (у 20 из 33). Причем в большинстве наблюдений (у 17 из 20 больных) указанное осложнение развилось после неотложных (экстренных и срочных) операций, завершаемых формированием первичного толстокишечного анастомоза. Анализ клинического материала с учетом относительно большой частоты возникновения несостоятельности анастомоза позволяет утверждать мнения большинства хирургов о неце-

лесообразности формирования первичного толстокишечного анастомоза при операциях, выполняемых по неотложным показаниям у больных с декомпенсированной формой ОКН [20, 24, 27]. При экстренных и срочных оперативных вмешательствах обструктивные варианты радикальных операций с наложением одно- или двухствольной колостомы являются наиболее оптимальными хирургическими пособиями у больных данной категории. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Microsoft Excel и пакета Statistika. Критерием статистической достоверности результатов считали $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Хирургическую тактику, выбор срока, объема и метода операций при повторных вмешательствах определяли строго индивидуально и дифференцированно с учетом характера возникших послеоперационных ВБО и степени риска хирургической агрессии. Внутрибрюшное кровотечение (у 2 больных) и эвентрация (у 1 больного) послужили показаниями для выполнения экстренных релапаротомий у 3 больных в течение 2–3 ч с момента возникновения указанных осложнений, объем которых сводился к прошиванию кровоточащих сосудов брыжейки ОК, вправлению эвентрированных кишечных петель, тщательной ревизии брюшной полости и пластике дефекта передней брюшной стенки. Срочная релапаротомия произведена 13 больным с продолжающимся перитонитом после операции Гартмана (10 больных) и обструктивной левосторонней гемиколэктомии (3 больных), выполненных по поводу перфоративных опухолей ОК, на 2–3-и сутки после первой операции. Ранняя релапаротомия выполнена 22 больным по поводу СКН (2 больных) и послеоперационного перитонита, обусловленного несостоятельностью швов кишечного анастомоза (20 больных) на 5–6-е сутки после лапаротомии. Объем повторных вмешательств при ранней СКН сводился к разъединению спаек, адгезиоэнтеролизу и восстановлению футлярности кишечной трубки. При перитонитах, развившихся вследствие несостоятельности швов кишечного анастомоза, производили разобщение межкишечных соустьев и формировали одну- или двухствольную коло(илео)стому. Особое значение придавали интраоперационной декомпрессии и лаважу толстой кишки, санации и дренированию брюшной полости, которые явились основными элементами релапаротомии у больных с продолжающимся перитонитом после удаления перфоративных опухолей ОК. Учитывая значимость интраоперационной профилактики послеоперационных ВБГВО, нами разработан и внедрен способ «закрытой» декомпрессии и внутрипросветной ирригации без широкого вскрытия просвета толстой кишки и сконструирована новая

модель вакуумного аспирационно-промывного устройства для реализации методики. Техническая конструкция устройства отличается широким диапазоном колебания рабочего режима, что позволяет осуществлять аспирацию и ирригацию (промывание) как синхронно (одномоментно), так и циклично. Одномоментная (непрерывная, синхронная) аспирация — ирригация или цикличность процедуры способствует эффективному купированию острых явлений декомпенсированной формы ОКН, максимальной механической очистке супрастенотических отделов кишечника, тем самым нивелирует опасность травматизации раздутых кишечных петель при манипуляции и снижает риск интраоперационной бактериальной контаминации брюшной полости и развития послеоперационных ВБГВО. Суть разработанной методики и результаты ее клинического применения нашли отражения в наших предыдущих публикациях [2, 3, 6].

Об эффективности интраоперационного лаважа толстой кишки у больных РОК, осложненным ОКН, свидетельствуют работы и других авторов [25, 29]. При распространенных перитонитах, манифестирующих явлениями абдоминального сепсиса (АС) и синдромом интраабдоминальной гипертензии, тяжесть состояния больных оценивали по интегральной шкале SAPS, Мангейскому индексу перитонита и степени выраженности эндотоксикоза.

Диагноз АС верифицировали в соответствии с рекомендациями Международной согласительной конференции о сепсисе и связанным с ним состоянием («ACCP/SCCM», г. Чикаго, 1991) [32]. Согласно современной концепции и определению ACCP/SCCM, наличие интраабдоминального очага инфекционной деструкции сопровождается развитием синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и АС, которые характеризуются совокупностью тяжелого эндотоксикоза, полиорганной недостаточности и депрессией иммунной системы [19]. В соответствии с концепцией патогенеза АС, перитонит, развившийся вследствие перфорации опухоли ОК, сопровождался характерными симптомами ССВР. У 3 из 20 больных с распространенным перитонитом, осложненным АС, сформировали лапаростому. У 4 больных с межпетельными (у 3) и тазовым (у 1) абсцессами произведена отсроченная релапаротомия на 9–11-е сутки после первой операции. Этим больным выполняли вскрытие, санацию и дренирование гнойных полостей с последующим проведением целенаправленной инфузионно-детоксикационной и рациональной антибактериальной терапии. Из

44 больных с различными послеоперационными ВБО, требующими выполнения релапаротомии, умерли 13 (30,2%). Причинами смерти явились АС с исходом в полиорганную недостаточность (у 9), массивное кровотечение из острых язв желудка (у 1), острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность (у 2) и тромбоэмболия легочной артерии (у 1).

Таким образом, результаты хирургического лечения РОК, осложненного ОКН и перфорацией опухоли, в значительной степени определяются частотой и характером послеоперационных ВБО. Анализ причин возникновения ВБГВО после радикальных операций у больных с РОК, осложненным ОКН, позволяет считать, что на частоту развития такого грозного ВБО, каким является послеоперационный перитонит, могут влиять тактические ошибки на заключительном этапе радикальных операций (резекции, гемиколэктомии), например, формирование первичного толстокишечного анастомоза при экстренных и срочных оперативных вмешательствах у больных с декомпенсированной формой ОКН. При неотложных хирургических вмешательствах применение обструктивных вариантов радикальных операций с формированием колостом является методом выбора у больных раком левой половины ОК, осложненным декомпенсированной формой ОКН [20, 24, 27].

Выводы. 1. Удельный вес послеоперационных ВБО у больных РОК, осложненным ОКН, составил 7,7% (у 42 из 544 больных).

2. В структуре послеоперационных ВБО лидирующее место занимают гнойно-воспалительные процессы (перитонит и абсцессы брюшной полости), которые составили 6,8% по отношению к общему числу оперативных вмешательств (544) и 88% — по отношению к суммарному числу послеоперационных ВБО (42). При этом удельный вес перитонита составил 6% по отношению к общему числу оперированных и 78,6% — по отношению к суммарному числу послеоперационных ВБО.

3. Частота несостоятельности швов межкишечного анастомоза, как наиболее частая причина послеоперационного перитонита, составила 9,3% по отношению к общему числу первично-радикальных и одномоментно-восстановительных операций (214) и 47,6% — по отношению к суммарному числу послеоперационных ВБО.

4. Разработанная методика «закрытой» декомпрессии и внутриспросветной ирригации толстой кишки без широкого вскрытия её просвета и совершенствование технического обеспечения

разгрузки и кишечного лаважа, являясь неотъемлемым фрагментом системы мероприятий по интраоперационной профилактике, позволила снизить частоту послеоперационных ВБГВО с 19,2 [6] до 7,7%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Алиев С.А. Внутривентрикулярные гнойно-воспалительные осложнения в хирургии колоректального рака, осложненного непроходимостью и перфорацией ободочной кишки // Проблемы колопроктологии. 2002. Вып. 18. С. 294–300.
- Алиев С.А. Интраоперационная «закрытая» декомпрессия и внутриспросветный лаваж толстой кишки при острой опухолевой обтурационной непроходимости // Там же. С. 300–305.
- Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп // Росс. онкол. журн. 2005. № 4. С. 21–29.
- Алиев С.А. Результаты хирургического лечения больных со стенозирующим колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли, диастатическим разрывом ободочной кишки и абдоминальным сепсисом // Росс. онкол. журн. 2011. № 2. С. 13–18.
- Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у больных осложненным раком ободочной кишки и его хирургическая коррекция // Хирургия. 2012. № 11. С. 45–52.
- Алиев С.А., Алиев Э.С. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на ободочной кишке // Вестн. хир. 2008. № 6. С. 77–82.
- Бабков О.В., Суворов Д.А., Захарченко А.А. и др. Применение методики NPWT в лечении больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом // Колопроктология. 2014. № 3 (приложение). С. 51–52.
- Гатауллин И.Г., Фролов С.А., Савинков В.Г. и др. Современные подходы к профилактике послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком // 6-я Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии» (5–6 апреля 2012 г.). М., 2002. С. 117.
- Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Бериашвили З.А. и др. Профилактика гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии // 3-й конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Материалы. М., 2001. С. 132–133.
- Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Пехото Г.Г., Лысак М.М. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операции на толстой и прямой кишке // Хирургия. 2002. № 7. С. 47–49.
- Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Топузов Э.Э. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в хирургии рака толстой кишки // Вестн. хир. 2014. № 3. С. 63–67.
- Захарченко А.А., Штоппель А.Э. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в колоректальной хирургии // Проблемы колопроктологии. 2000. Вып. 17. С. 69–74.
- Земляной В.П., Рыбкин А.К., Акимов А.П. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при оперативных вмешательствах на толстой кишке // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции. Ростов н/Д, 2001. С. 28.
- Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Лысак М.М. Комплексная профилактика послеоперационных осложнений при операциях на ободочной кишке // Актуальные проблемы колопроктологии: Науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии. М., 2005. С. 427–429.
- Каншин Н.Н., Воленко А.В., Рудин Э.П. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии толстой кишки // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Сб. трудов. Ростов н/Д, 2001. С. 351.
- Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В. и др. Факторы прогноза гнойных послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком // Колопроктология. 2014. № 3 (приложение). С. 68–69.
- Коровин А.Я., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К. Комплексное лечение гнойно-септических осложнений острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии // Проблемы колопроктологии. 2000. Вып. 17. С. 335–338.
- Кочмарева Т.В., Евстигнеев С.В., Оганезов В.Л. Комплексный подход к профилактике гнойных осложнений у больных с онкологическим заболеванием толстой кишки после опухолеуносящих операций // Там же. С. 341–343.
- Лаберко Л.А., Родоман Г.В., Семенова Т.В. Интегральная оценка тяжести течения и прогноз исхода распространенного перитонита // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Сб. трудов. Ростов н/Д, 2005. С. 76.
- Лейбельс В.Н., Артемов И.П., Масленников В.В. Опыт хирургического лечения опухоли толстой кишки, осложненной перфорацией и непроходимостью // 8-я Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии». М., 2014. С. 77.
- Маскин С.С., Бедарев С.В., Старовидченко А.И. и др. Оценка эффективности релaparотомии при осложненном раке толстой кишки и при послеоперационных осложнениях // 3-й конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Материалы. М., 2001. С. 140–141.
- Мельник В.М., Пойда А.И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке // Хирургия. 2003. № 8. С. 69–74.
- Мохов Е.М., Мурадалиев М.А., Кадыков В.А. Комплексное лечение до- и послеоперационных осложнений у больных с колоректальным раком // Проблемы колопроктологии. 2002. Вып. 18. С. 375–377.
- Мун Н.В., Цой О.Г., Рыскулбеков Е.А., Пирожено О.Л. Послеоперационные осложнения при опухолевой толстокишечной непроходимости // Проблемы колопроктологии. 2000. Вып. 17. С. 355–357.
- Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю. и др. Профилактика нарушений кишечного барьера при обтурационной кишечной непроходимости // 3-й конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Материалы. М., 2001. С. 145–146.
- Топузов Э.Г., Ерохина Е.А., Алиев К.Н., Топузов Э.Э. Релaparотомия после операции по поводу колоректального рака // 1-й съезд колопроктологов СНГ: Материалы съезда 22–23 октября 2009 г. Ташкент, 2009. С. 197–198.
- Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Глотов С.В. и др. Программа хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли и распространенным перитонитом // 6-я Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии»: Материалы (5–6 апреля 2012 г.). М., 2012. С. 106.
- Эктов В.Н., Соколов А.Н., Мальников Ю.Ю. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства с использованием навигационных технологий в лечении послеоперационных осложнений в колоректальной хирургии // Колопроктология. 2014. № 3 (приложение). С. 113–114.
- Эктов В.Н., Шамаева Т.Е. Энтеросорбция и интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при стенозирующих опухолях левой половины ободочной кишки // Проблемы колопроктологии. 2000. Вып. 17. С. 467–469.

30. Янчук Н.А., Балицкий В.В., Тобола Н.М. Бактериальная транслокация и ее роль в возникновении септических осложнений при обтурационной кишечной непроходимости // Проблемы колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 507–510.
31. Arnand A., Yves P., Danielle T., Jien-Marc R. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: Multivariate analysis of 707 patients // World J. Surg. 2002. Vol. 26, № 4. P. 499–502.
32. Bone R.C., Balk R., Cerra F. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Crit Care Med. 1992. Vol. 20, № 6. P. 864–874.
33. Chen H.S., Sheen-Chen S.M. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends // Surgery. 2000. Vol. 127, № 4. P. 370–376.
34. Dasic F., Hasukic S., Serac S. et al. Intraoperative and postoperative complications of colo-rectal anastomosis prepared by classical and stapler techniques // Med. Arh. Bosnian. 2008. Vol. 62, № 2. P. 92–95.
35. Kube R., Mroczkowski P., Granowski D. et al. Anastomotic leakage after colon cancer surgery: a predictor of significant morbidity and hospital mortality and diminished tumour free survival // Eur. J. Surg. Oncol. 2010. Vol. 36, № 2. P. 120–124.

Поступила в редакцию 15.04.2015 г.

S.A. Aliev, E.S. Aliev, B.M. Zeinalov

POSTOPERATIVE INTRAABDOMINAL COMPLICATIONS IN COLON CANCER SURGERY COMPLICATED BY BOWEL OBSTRUCTION AND PERFORATION OF THE TUMOR

Department of surgical diseases № 1, Azerbaijan Medical University, Baku

The article presents a retrospective analysis of the results of surgical treatment of postoperative intraabdominal complications in 42 patients with colon cancer complicated by bowel obstruction and perforation of the tumor. The pyoinflammatory processes such as peritonitis and abscesses of abdominal cavity took a leading place in the structure of postoperative complications according to the authors. Method of «closed» decompression and intraluminal irrigation of the large intestine without wide opening of organ lumen was developed and applied into practice as perioperative prophylaxis of pyoinflammatory processes. These measures allowed reducing the rate of postoperative intraabdominal complications from 19,2 to 7,7%.

Key words: *colon cancer, bowel obstruction, postoperative complications*