

OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL RADICAL ÎN CANCERUL COLORECTAL OCLUZIV

**Porfirii Rusu, dr. hab. în med., confer. cercetător, Veaceslav Laur, doctorand, Ciprian Levca,
cercet. șt., Octavian Patrașcu, chirurg oncolog,**

Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Oncologic

069157690, porfirii.rusu@mail.ru

Rezumat

Au fost studiate manifestările clinice ale dereglărilor hemostazice în perioada pre-, intra- și postoperatorie în cancerul colorectal ocluziv precum și a perturbărilor proteino-volemice în baza cărora a fost elaborat algoritmul corecției preoperatorii și a tratamentului postoperator al pacienților cu cancer colorectal complicat cu ocluzie intestinală. Studiul schimbărilor patomorfologice care au loc în peretele colonului obstruat proximal de tumori în dependență de gradul ocluziei intestinale (compensate, subcompensate și decompensate) a servit ca bază în standardizarea volumului intervențiilor chirurgicale adecvate stării date.

Summary. Optimization of radical surgical treatment in occlusive colorectal cancer

This study is about manifestations of hemostatic disturbances during pre-, intra- and postoperative in occlusive colorectal cancer and also of protein-fluid volume disturbances under which was created the correction algorithm of preoperative and postoperative treatment of patients of colorectal cancer complicated with intestinal obstruction. Study of pathomorphological changes that are in the proximal colon wall obstructed by tumor depending on the degree of bowel obstruction (compensated, subcompensated and decompensated) served as the basis for standardization of surgical volume that are proper for this condition.

Резюме. Оптимизация радикально хирургического лечения колоректального рака

На основе изучения клинического проявления нарушенного гемостаза в пред, интра и послеоперационном периоде у больных с окклюзивным раком толстого кишечника, изменения объема циркулирующей крови и белкового баланса создан алгоритм пред и послеоперационной коррекции у этой категории больных. Изучение патоморфологических изменений в проксимальном отделе толстой кишки в результате различной степени кишечной непроходимости опухолевого генеза послужило основой в стандартизации объема хирургических вмешательств.

Introducere

Cancerul colorectal, înregistrând în ultimele decenii o creștere lentă, dar continuă, a morbidității și mortalității în majoritatea țărilor economic dezvoltate, a devenit o problemă extrem de importantă a oncologiei contemporane. Conform surselor statistice circa 40,0 – 80,0% din totalitatea neoplaziilor colorectale sunt însoțite de diverse complicații, cu letalitatea postoperatorie de 32,5 – 54,5% [1]. O situație similară se observă și în Republica Moldova unde în anul 2013 cancerul colorectal a înregistrat incidența de 28,5‰, sau 1013 cazuri noi – 548 bolnavi cu cancer de colon și 465 bolnavi cu cancer rectal, reprezentând 12,3% din totalul neoplaziilor maligne ce a înregistrat primul loc în structura oncologică. Din totalitatea neoplaziilor colorectale formele complicate în R.Moldova constituie 60,0 – 68,0%. Cea mai frecventă complicație a cancerului colorectal o constituie ocluzia intestinală de diferit grad de manifestare, care este observată conform datelor unor autori între 20,0 – 70,0% cazuri [1;7]. În experiența IOM complicația cancerului colorectal cu fenomene ocluzive se întâlnește în 42,0-45,0% cazuri. Complicațiile cancerului colorectal, în special ocluzia intestinală de diferit grad de manifestare, constituie o problemă complicată a coloproctologiei oncologice moderne. Actualmente există diferite atitudini, uneori diametral opuse atât în privința termenilor și volumului efectuării intervenției chirurgicale, cât și tacticii de tratament perioperator [2;5]. Unii specialiști propun ca intervențiile chirurgicale urgente să fie efectuate fără o pregătire adecvată, preoperatorie, conform unui algoritm concret unificat în dependență de gradul de manifestare al complicației, pe un organism tarat homeostatic de repercusiunile cancerului colorectal complicat. Complicațiile postoperatorii și letalitatea postoperatorie în aceste cazuri este destul de înaltă [3;4;6].

De asemenea până la momentul actual nu este concretizat volumul și variantele intervenției chirurgicale în dependență de gradul de manifestare a ocluziei intestinale de geneză tumorală. Astfel, nu este determinată până în prezent importanța operațiilor seriate în cazul cancerului colorectal complicat cu ocluzie intestinală, nu este definită tactica chirurgicală în cazurile intervențiilor cu anastomoză primară. Perturbările volumelor circulante în cancerul colonic complicat prin ocluzie intestinală se manifestă prin reducerea volumului sanguin circulant, plasmatic, proteinic circulant, globular, hemoglobinei circulante, aceste dereglări fiind manifestate în special în cazul ocluziilor intestinale decompensate și proceselor inflamatorii intra- și paratumorale. La această categorie de pacienți lipsesc pe deplin măsurile de tratament complex perioperator în raport cu perturbările homeostazei survenite [4;5].

Toate aceste momente enumerate mai sus au determinat necesitatea efectuării studiului dat cu scopul de

optimizare a terapiei perioperatorii și conduitei chirurgicale în ameliorarea rezultatelor tratamentului radical al formelor complicate de cancer colorectal ocluziv.

Sarcinile lucrării

1. Studiarea frecvenței și a caracterului dereglărilor indicilor proteici și volemici la pacienții cu cancer colorectal.

2. Analiza dinamicii indicilor hemostazici cu elucidarea manifestărilor clinice la bolnavii de cancer colorectal complicat în perioada perioperatorie.

3. Elaborarea și evaluarea rezultatelor utilizării algoritmului optimal de tratament complex perioperator al dereglărilor proteice, volemice și hemostazice la pacienții cu cancer colorectal ocluziv.

4. Studiarea modificărilor patomorfologice din peretele intestinal în cancerul colorectal complicat cu ocluzie intestinală compensată, subcompensată și decompensată.

5. Determinarea conduitei chirurgicale adecvate a tratamentului radical în dependență de gradul evolutiv al complicației cancerului colorectal.

6. Studiarea și estimarea rezultatelor nemijlocite ale tratamentului radical la pacienții cu cancer colorectal ocluziv.

Pacienții incluși până în prezent în studiu (227) au fost divizați în loturi în dependență de gradul ocluziei cancerului colorectal pe baza examenului obiectiv, analizelor de laborator, investigațiilor paraclinice, astfel fiind fondat materialul primar de studiu.

Informația tabelului 1 denotă o predominare a pacienților de sex feminin. Astfel, bărbați au fost 104 (45,9%), femei – 123 (54,1%). Deceniul de vârstă cel mai frecvent afectat de cancer colorectal este 60–69 ani (37,9%). Majoritatea pacienților atât bărbați, cât și femei au fost între vârstele 50-69 ani 150 (66,1%). Formele complicate ale cancerului colorectal sub vârsta de 40 ani s-au întâlnit doar în 5,7% cazuri.

Tabelul 1

Distribuția pacienților cu cancer colorectal ocluziv în funcție de vârstă și sex

Vârsta pacienților (ani)	Sexul				Total	
	Bărbați		Femei			
	nr. abs.	%	nr. abs.	%	nr. abs.	%
20–29	1	1,0	5	4,1	6	2,6
30–39	3	2,9	4	3,3	7	3,1
40–49	19	18,2	24	19,5	43	18,9
50–59	31	29,8	33	26,8	64	28,2
60–69	39	37,5	47	38,2	86	37,9
70 și peste	11	10,6	10	8,1	21	9,3
În total	104	45,9	123	54,1	227	100,0

Ocluziile intestinului pe motiv de cancer colorectal (tabelul 2) denotă că cel mai frecvent s-au întâlnit

în localizările tumorii pe colonul stâng inclusiv intestinul sigmoid (60,3%).

Tabelul 2

Localizarea cancerului colorectal complicat cu ocluzie intestinală

Localizarea tumorii	Ocluzia colonului	
	nr. abs.	%
Colonul drept	64	28,2
Colonul transvers	18	7,9
Colonul stâng (inclusiv colonul sigmoid)	119	52,4
Rectul	26	11,5
În total	227	100,0

Analiza clinică a hemostazei a inclus manifestările clinice la bolnavii din studiu în perioada perioperatorie, care s-au evidențiat prin: complicații atât hemoragice, cât și trombotice. Ele au fost minore – hemoragii erozive din stomac, capilare din plagă, prin dren după hemicolecotomie, flebotromboze și majore – trombembolia arterei pulmonare.

La pacienții cu cancer colorectal **lipsiți de complicații**, manifestările clinice ale dereglărilor hemostazice au fost neesențiale.

Concomitent cu sindromul ocluziv au fost determinate și anemii toxice în 15,0% cazuri (tabelul 3). Studiul cronologic perioperator a manifestărilor clinice hemostazice a permis să evidențiem următoarele particularități: preoperator la 5 (2,2%) pacienți au fost diagnosticate semne de flebotromboză a membrilor inferioare. În timpul intervenției chirurgicale la 16 (7,0%) pacienți s-a înregistrat o sângerare exagerată a plăgii operatorii. În perioada postoperatorie au fost observate hemoragii capilare din plaga laparotomică – la 9 (4,0%) și hemoragii erozive din stomac – la 3 (1,3%) pacienți. La un pacient (0,4%) a survenit flebotromboza gambei și la 3 (1,3%) – trombembolia arterei pulmonare. În 69,2% cazuri, semne clinice ale CID-ului nu au fost depistate.

Analiza manifestărilor clinice ale perturbărilor hemostazei la pacienții cu cancer colonic complicat denotă o legitate a apariției complicațiilor trombohemoragice. Pentru perioada intraoperatorie și primele (1–3) zile după operație sunt mai frecvente deperdițiile sangvine. Zilele a 3–4-a complicațiile CID-ului sunt solitare. La a 5–6-a zi se majorează considerabil probabilitatea apariției complicațiilor trombotice, uneori fatale.

Tabelul 3

Manifestările clinico-hemostazice perioperatorii la bolnavii de cancer colorectal ocluziv (227 pacienți)

Diversitatea manifestărilor clinico-hemostazice în perioada perioperatorie	Frecvența manifestărilor	
	nr. abs.	%
Anemii toxice ($Hb < 100$ g/l)	34	15,0
Flebotromboze preoperatorii	5	2,2
Hemoragii tisulare pronunțate intraoperator	16	7,0
Flebotromboze postoperatorii	1	0,4
Hemoragii erozive din stomac	3	1,3
Hemoragii capilare din plagă postoperatorie	9	4,0
Trombembolia arterei pulmonare	2	0,8
Semne clinice lipsesc	157	69,2

Dereglările hemostazice în perioada perioperatorie la bolnavii de cancer colonic complicat dictează necesitatea analizelor permanente a hemostaziogramei, deoarece la această categorie de pacienți deja în perioada preoperatorie este stabilit CID cronic, astfel intervenția chirurgicală, fără o pregătire preoperatorie poate duce la decompensarea CID-ului.

Studiul indicilor hemostaziogramei denotă devieri în lotul de pacienți cu cancer colorectal ocluziv cu o tendință spre hipercoagulare în perioada preoperatorie confirmată prin reducerea timpului Lee-White până la $3,2 \pm 0,2$ minute, indicele fibrinogenului s-a constatat mai ridicat până la $5,0 \pm 0,1$ g/l.

Intraoperator are loc reducerea bruscă a indicilor hemostaziogramei confirmată prin indicele protrombinic $66,2 \pm 2,0\%$, AT 111 $67,4 \pm 1,4\%$. Faptul sus-numit demonstrează decompensarea hemostazică a CID-ului pe perioada intraoperatorie.

Pentru a determina volumul și spectrul terapiei perioperatorii a perturbărilor homeostazice atestate la bolnavii cu ocluzii intestinale s-a efectuat și studiul în dinamică a indicilor proteice în corelare cu parametrii volumelor circulante.

Indicii acestui studiu denotă prezența hipoproteinemiei la bolnavii de cancer colorectal ocluziv ($7,2 \pm 1,21$ g%) în raport cu lotul martor ($8,1 \pm 0,48$ g%). De asemenea au fost determinate carențe relevante ale concentrației albuminei serice până la $45,3 \pm 1,34\%$ față de lotul martor $58,4 \pm 0,75\%$. Concentrația alfa și beta globulinelor sunt semnificativ mai majorate față de lotul-martor.

Analiza indicilor volemici (tabelul 5) denotă scăderea semnificativă a volumului sângelui circulant. Indicii volumului globular confirmă deficitul cel mai înalt al indicilor volumului globular cu cifrele de $38,5\%$ ($18,8 \pm 1,2$ ml/kg față de $30,5 \pm 1,8$ ml/kg a lo-

Tabelul 4

Dinamica indicilor hemostaziogramei la bolnavii de cancer colorectal fără complicații și complicit cu ocluzii intestinale în perioada preoperatorie
($M \pm m$)

Indicii	Preoperator (la internare)		Preoperator (după pregătire)		Intra-operator	
	Lotul-martor	Lotul cu ocluzii intestinale	Lotul-martor	Lotul cu ocluzii intestinale	Lotul-martor	Lotul cu ocluzii intestinale
Timpul Lee-White, min	4,1±0,4	3,2±0,2	5,5±0,2	4,5±0,4	3,2±0,2	3,3±0,1
T.A.R., sec	42,0±1,9	44,1±1,4	22,4±1,8	42,4±1,0	28,4±4,2	23,4±4,2
Indicele protrombinic, %	94,2±1,2	88,2±1,3	84,2±3,5	97,2±3,1	79,2±4,2	66,2±2,0*
Fibrinogen, g/l	4,1±0,2	5,0±0,1	3,4±0,5	2,1±0,1*	4,0±0,2	2,4±0,2
T.T., sec	26,1±1,1	29,1±1,0	28,6±2,1	25,6±2,1	39,1±2,1	50,1±1,7*
AT III, %	98,4±0,8	93,4±2,2	99,2±3,0*	97,2±2,2	53,2±3,1*	67,4±1,4*
Testul etanol	10- + + + +	14- + + + +	10- + + + +	10- + + + +	11- + + + +	10- + + + +
	10- + + + +	18- + + + +	10- + + + +	16- + + + +	12- + + + +	18- + + + +
	14- + +	27- + +	12- + +	28- + +	14- + +	11- + +
	11- +	15- +	11- +	10- +	11- +	15- +
	+	+	+	+	+	+
Testul protaminsulfat	10- + + + +	11- + + + +	10- + + + +	10- + + + +	12- + + + +	12- + + + +
	11- + + + +	16- + + + +	11- + + + +	10- + + + +	11- + + + +	10- + + + +
	10- + +	26- + +	10- + +	27- + +	14- + +	17- + +
	14- +	11- +	10- +	17- +	11- +	15- +
	+	+	+	+	+	+
n	28	44	28	44	28	44

* – $p < 0,005$ în comparație cu indicii normali

T.A.R. – timpul activat de recalcificare

T.T. – timpul de trombină

AT III – antitrombina III

n – numărul de bolnavi investigați

tului-martor), urmat de volumul hemoglobinei circulante – 34,7 %.

Tabelul 5

Indicii volemici inițiali în cancerul colorectal complicat cu ocluzie intestinală

Indicii volemici	Lotul-martor (32)	Ocluzia intestinală (34)	
		nr.abs.	Deficitul de volum (%)
Volumul sângelui circulant (ml/kg.)	72,3±3,2	54,3±3,7**	↓ 24,9
Volumul plasmei (ml/kg)	43,0±2,5	33,8±2,9*	↓ 21,4
Volumul proteinei circulante (g/kg)	3,1±0,5	2,3±0,9	↓ 25,2
Volumul hemoglobinei circulante (g/kg)	10,8±0,3	7,1±0,8**	↓ 34,7
Volumul globular (ml/kg)	30,5±1,8	18,8±1,2**	↓ 38,5
Hemoglobina (g/%)	14,5±1,6	12,8±1,4	↓ 11,7
Hematocritul (%)	45	47,7±1,6	↑ 6,1

Notă: * – diferențe statistic concludente $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ față de lotul-martor

Deficitul volumului sângelui circulant este de 24,9%, pe când deficitul volumului de plasmă a constituit 21,4% (33,8±2,9 ml/kg comparativ cu 43,0±2,5 ml/kg). La acești pacienți valorile deficienței volumului proteic au fost de 2 ori mai mari, comparativ cu valorile carențelor concentrației proteinei serice (respectiv, 25,2% și 11,1%).

În rezultatul corelării valorilor carențelor concentrațiilor proteinelor serice și a fracțiilor lor cu valorile deficiențelor volumelor proteice circulante am constatat, că volumele circulante sunt de 1,5 – 2 ori mai diminuate decât concentrațiile proteinelor. Acest fenomen ne argumentează o hiperconcentrație a componenților circulanți sanguini pe fondalul diminuării indicilor lor. Deci, se atestă o diminuare pronunțată a valorilor absolute totale de proteine în patul circulant.

Ținând cont de perturbările homeostazice evidențiate s-a elaborat schema-algoritm a tratamentului perioperator. Luând în considerare faptul că la bolnavii cu cancer colorectal ocluziv deficitul VSC a constituit – 24,9%, volumul infuziilor a fost stabilit 1250,0 ml. zilnic.

Structura lichidelor perfuzate bolnavilor a fost stabilită în corespundere cu carențele determinate în volumele circulante și concentrația proteinelor serice. Hipoalbuminemia pronunțată la pacienții cu cancer

colorectal ocluziv (45,3±1,34%) față de lotul-martor (58,4%±0,75%) justifică administrarea albuminei în pregătirea preoperatorie.

Tabelul 6

Schemă de corecție

Măsurile terapiei intensive	Remediile utilizate
1. Repleția volemică	a. Cristaloizi; b. Coloizi; c. Componente sangvine
2. Corecția carențelor proteice	a. Albumin; b. Plasmă proaspăt congelată; c. Aminoacizi
3. Corecția sindromului anemic	a. Concentrat eritrocitar; b. Eritrocite spălate
4. Terapia antiinflamatorie	a. Antibiotici cu spectrul larg de acțiune
5. Profilaxia și tratamentul complicațiilor hemostazice	a. Heparine cu moleculă mică; b. Heparină c. Spazmolitice, reovazante, dezagregante, terapie hemostatică (în CID cu hipocoagulare) d. Plasmă proaspăt congelată
6. Detoxifiere	a. Cristaloizi; b. Coloide; d. Diuretice osmotice
7. Tratamentul sindromului maladiilor concomitente	a. Preparate necesare tratamentului maladiilor corespunzătoare

Dinamica indicilor hemostaziogramei în concordanță cu manifestările clinice au argumentat măsuri de profilaxie a eventualelor trombohemoragii și tratamentul perturbărilor deja prezente la acești bolnavi. În complexul profilaxiei accidentelor hemostazice a fost necesar de a include: heparina nefracționată sau heparinele cu moleculă mică.

Tuturor bolnavilor este indicat tratament cu spazmolitice, sedative, reovazante, dezagregante. La bolnavii cu sindromul CID cu element de hipocoagulare suplimentar s-a administrat terapie hemostatică pe fondal de reducere a dozei de heparină până la 2500 UI fiecare 6 ore.

Pentru a limita cantitatea volumelor perfuzate s-a recurs la administrarea plasmei proaspăt congelate cu scop de profilaxie a trombozelor (prin donarea AT III) și efectuarea repleției proteino-volemice.

În rezultatul implementării algoritmului de tratament perioperator s-a obținut o redresare considerabilă a perturbărilor proteino-volemice și hemostazice.

Astfel, dacă până la tratamentul de corecție (tabelul 7) indicele proteinelor generale în complicația cancerului colorectal ocluziv alcătuia $7,2 \pm 1,21$ g%, atunci după tratament acest indice constituie $7,5 \pm 0,72$ g% față de lotul-martor $8,06 \pm 1,28$ g%.

Tabelul 7

Proteinograma la bolnavii de cancer colorectal ocluziv la spitalizare și după tratamentul infuzional preoperator ($M \pm m$)

Componentii proteici a serului sangvin	Grupul martor (32)	La spitalizare	După tratament
Proteina generală (g%)	8,1±1,28	7,2±1,21	7,5±0,72
Albumina (%)	58,4±0,75	45,3±1,34**	52,7 ±1,32**
Globulinele (%):	41,3±0,7	54,8±1,24**	47,3±1,34**
α1	3,9±0,27	6,8±0,74**	5,2±0,17**
α2	9,7±0,13	15,7±1,32**	12,7±0,39**
β	12,2±0,44	17,8±2,15*	14,2±0,38**
γ	16,2±1,18	14,3±1,74	15,1±1,38
Coef. albumino-globulinic	1,4	0,8	1,1

Notă: * – diferențe statistic concludente $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ față de lotul-martor

De asemenea s-au ameliorat indicii albuminei și a fracțiilor proteice cu redresarea coeficientului albumino-globulinic.

Analiza terapiei indicilor volemici la pacienții cu cancer colonic complicat cu ocluzie intestinală ne demonstrează (tab.8), că în rezultatul infuzional preoperator adecvat patologiei date, s-a obținut ameliorarea tuturor indicilor studiați.

Tabelul 8

Indicii volemici după tratamentul de corecție preoperator în cancerul colonic complicat cu ocluzie intestinală

Indicii volemici analizați	Lotul-martor (32)	Ocluzia intestinală (34)	
		indicii volemici în cifre absolute	deficitul indicilor volemici în %
Volumul sângelui circulant ml/kg	72,3±3,2	62,4±2,9*	↓ 13,7
Volumul plasmei ml/kg	43,0±2,5	35,1±2,6*	↓ 18,5
Volum. prot. circulante g/kg	3,1±0,5	2,6±0,7	↓ 17,2
Volum. hemogl. circulante g/kg	10,8±0,3	8,8±0,5**	↓ 18,5
Volumul globular ml/kg	30,5±1,8	22,5±1,7**	↓ 26,4
Hemoglobina g %	14,5±1,6	13,1±2,1	↓ 9,6
Hematocritul %	45	46,0±1,4	↑ 2,3

Notă: * – diferențe statistic concludente $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ față de lotul-martor

Astfel, dacă până la tratamentul de corecție deficitul VSC alcătuia <24,9%, atunci după tratament acest indice s-a micșorat până la <13,7%, constituind 62,4±2,9 ml/kg față de 72,3±3,2 ml/kg lotul-martor ($p < 0,05$). Deficitul volumului plasmei a scăzut de la <21,4%, până la <18,5%, astfel constituind 35,1±2,6 ml/kg față de 43,0±2,5 ml/kg ($p < 0,05$). Deficitul volumului proteinelor circulante s-a micșorat cu 8%

(<17,2% față de cel inițial 25,2%), constituind în așa mod indicii 2,6±0,7 g/kg față de lotul-martor 3,1±0,5 g/kg. Deficitul volumului hemoglobinei circulante s-a redus până la <18,5% față de cel inițial <34,7%, constituind indicii 8,8±0,5 g/kg ($p < 0,01$) față de lotul-martor 10,8±0,3 g/kg. În rezultatul transfuziilor de masă eritrocitară deficitul hemoglobinei s-a redus de la <11,7% până la 9,6%, constituind indicii 13,1±2,1 g%. Deficitul indicilor hematocritului s-au redus după tratament constituind <2,3% față de cei inițiali <6,1%.

Tratamentul (tab.9) perioperator a permis ameliorarea indicilor hemostaziogramei ce se confirmă prin dinamica timpului Lee-White: 3,2±0,2 și 4,5±0,4 și 4,5±0,4 minute la internare minute după pregătire (tab.3). De asemenea, la acești bolnavi, inițial, se observă: hiperfibrinogenemie – 5,0±0,1, corijată după pregătire până la 2,1±0,1 g/l ($p < 0,005$); stabilitatea indicelui protrombinic – 88,2±1,3% și 97,2±3,1% cu testele de paracogulare pronunțate (++++) la 4 din 44 bolnavi.

Analiza dinamicii indicilor hemostaziogramei denotă o reducere a antitrombinei III: intraoperator până la 67,4±1,4% ($p < 0,005$) și în prima zi după operație până la 74,4±1,1% ($p < 0,005$). Intraoperator semnificativ se reduce la acești bolnavi indicele protrombinic până la 66,2±2,0% ($p < 0,005$). Cifrele joase ale indicelui protrombinic se păstrează la toate etapele de supraveghere postoperatorie, cu valoare de 72,4±1,2% la a 6-a zi după operație. Trombinemia cu creșterea concentrației produselor de degradare a fibrinogenului se observă în întreaga perioadă postoperatorie și este mai pronunțată în primele zile postoperatorii – până la 37,1±1,4 secunde, și la a 5-a zi – 49,8±2,6 secunde. Testele de paracoagulare pronunțat pozitive (++++) se manifestă la 14 din 43 bolnavi. Reducerea antitrombinei III până la 70,2±1,2% ($p < 0,005$) la a 4–8 zi după operație confirmă riscul înalt de complicații trombotice în această perioadă de timp.

Pentru optimizarea conduitei chirurgicale în can-

Tabelul 9
Dinamica indicilor hemostaziogramelor la bolnavii de cancer colonic, complicat cu ocluzii intestinale în perioada perioperatorie ($M \pm m$)

Indicii	Preoperator (la internare)	Preoperator (după pregătire)	Intraoperator	Postoperator, zile				
				1	2	3	4-5	6-8
Timpul Lee-White, min	3,2±0,2	4,5±0,4	3,3±0,1	4,3±0,4	11,1±1,3*	11,4±1,0*	4,0±0,3	4,4±0,1
T.A.R., sec	44,1±1,4	42,4±1,0	23,4±4,2	31,1±1,0	38,4±2,0*	43,2±1,1*	22,7±1,4	31,4±1,2
Indicele protrombinic, %	88,2±1,3	97,2±3,1	66,2±2,0*	75,0±1,0*	70,1±1,2*	79,1±1,2	83,1±1,5	72,4±1,2
Fibrinogen, g/l	5,0±0,1	2,1±0,1*	2,4±0,2	1,9±0,1*	1,8±0,1*	2,0±0,1*	2,1±0,2	3,1±0,2
T.T., sec	29,1±1,0	25,6±2,1	50,1±1,7*	37,1±1,4	33,0±0,7	35,1±1,4*	49,8±2,6*	36,7±1,9
AT III, %	93,4±2,2	97,2±2,2	67,4±1,4*	74,4±1,1*	81,1±1,0	82,2±1,4	70,2±1,2*	71,2±1,4*
Testul etanol	4- + + + +	0- + + + +	10- + + + +	14- + + + +	10- + + + +	4- + + + +	2- + + + +	0- + + + +
	8- + + + +	6- + + + +	18- + + + +	16- + + + +	18- + + + +	12- + + + +	15- + + + +	1- + + + +
	27- + + +	28- + + +	11- + + +	12- + + +	10- + + +	20- + + +	20- + + +	20- + + +
	5- + + +	10- + + +	5- + + +	1- + + +	4- + + +	8- + + +	6- + + +	6- + + +
Testul protaminsulfat	1- + + + +	0- + + + +	12- + + + +	11- + + + +	10- + + + +	0- + + + +	1- + + + +	0- + + + +
	6- + + + +	0- + + + +	10- + + + +	17- + + + +	18- + + + +	10- + + + +	18- + + + +	2- + + + +
	26- + + +	27- + + +	17- + + +	12- + + +	10- + + +	20- + + +	10- + + +	12- + + +
	11- + + +	17- + + +	5- + + +	3- + + +	4- + + +	14- + + +	14- + + +	5- + + +
N	44	44	44	43	42	44	43	44

* - $p < 0,005$ în comparație cu indicii normali

T.A.R. - timpul activat de recalcificare

T.T. - timpul de trombină

AT III - antitrombina III

n - numărul de bolnavi investigați

cerul colorectal oclisiv au fost examinate schimbările patomorfologice din peretele intestinului obstruat de tumor. Studiul efectuat denotă, că schimbările patomorfologice din peretele intestinal depind de gradul ocluziei intestinale ce ne-a permis să formulăm următoarele principii în tactica chirurgicală:

- În ocluzia intestinală compensată dereglările trofice neesențiale în peretele intestinului obstruat evidențiate patomorfologic (edem nepronunțat, hiperplazie moderată a foliculilor limfatici și, infiltrație leucocitară a pereților vaselor) nu prezintă contraindicații către operațiile ce includ aplicarea anastomozelor interintestinale;

- În ocluzia intestinală subcompensată dereglările trofice, evidențiate morfologic (edem, infiltrație moderată leucocitară a stratului subseros și muscular și staza sangvină a vaselor cu formarea în unele din ele a trombilor parietali) prezintă un risc moderat în efectuarea intervențiilor chirurgicale cu aplicarea primară a anastomozelor, aceste operații fiind recomandate, dar în caz de asociere la ocluzia intestinală și a altor complicații ale neoplasmului colorectal, anastomozele primare necesită protecția lor prin aplicarea stomei de protecție.

- În caz de ocluzie intestinală decompensată dereglările trofice (edem în toate straturile, infiltrație leucocitară cu depuneri fibrino-purulente din partea stratului seros și de trombi în vase sangvine), prezintă contraindicații către operațiile cu aplicarea anastomozelor interintestinale primare.

Particularitățile intervențiilor chirurgicale în cancerul colorectal complicat cu ocluzie intestinală au fost următoarele: din cele 167 (73.5%) intervenții chirurgicale planificate la 146 (64.0%) s-au finalizat cu efectuarea anastomozei interintestinale, dintre care la 51 (22.5%) suplimentar cu aplicarea colostomei de protecție iar în 21(9.3%) cazuri rezecții obstruative. Deci, din lotul total de 227 pacienți operații radicale seriate au fost efectuate la 132 (58.1%) bolnavi (după operații de urgență, obstruative și protejate cu stomă de decompresie).

Tabelul 10

Tactica chirurgicală în cancerul colorectal ocluziv

Intervențiile chirurgicale	Nr. absolut de intervenții	%
Ocluzii compensate	92	40,5
Operații planificate	92	40,5
Rezecții primar reconstructive		
fără colostomă	75	33,0
protejate prin stomă de decompresie	17	7,5

Ocluzii subcompensate	75	33,0
Operații planificate:	75	33,0
Rezecții primar reconstructive:		
fără colostomă	20	8,8
protejate prin stomă de decompresie	34	15,0
Rezecții obstruative	21	9,3
Ocluzii decompensate	60	26,4
Operații planificate	0	0
Operații de urgență:	60	26,4
rezecții obstruative	35	15,4
laparotomie, colostomie (ca prima etapă de tratament)	25	11,0
Total	227	100

În cele 60 (26,4%) cazuri pe motiv de ocluzie intestinală decompensată s-au efectuat intervenții chirurgicale cu aplicarea colostomei ca prima etapă a operației.

În rezultatul operațiilor efectuate în lotul de 227 pacienți la 37 (16,3%) au fost înregistrate 45 (19,8%) complicații.

Tabelul 11

Structura complicațiilor postoperatorii

Caracteristica complicațiilor postoperatorii	% la numărul total de pacienți 227
Septicopurulente (peritonite, abcese, pneumonii)	9,35
Neinflamator (Insuf. anastomozei, ocluzii, eventrație, insuf. sutur. bontului, insuf. hepato-renală, pancreatită acută)	6,6
Cardiovasculare (infarctul miocardic, insult ischemic)	3,5
Total	21,3

Analiza structurală a complicațiilor postoperatorii demonstrează predominarea complicațiilor de origine purulentă și inflamatorie ce formează 9,35% la numărul total (227) de pacienți. Complicațiile de origine neinflamatorie s-au înregistrat cu o frecvență de 6,6% iar frecvența complicațiilor cardiovasculare 3,5% în raport cu lotul total. Mortalitatea postoperatorie a constituit 5,3% (12 pacienți).

În rezultatul implementării algoritmului de tratament perioperator și a operațiilor strict individualizate în dependență de forma și gradul ocluziei cancerului colorectal au fost obținute următoarele rezultate: complicații postoperatorii 16,3%, letalitatea postoperatorie 5,3%.

Bibliografie

1. Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al. L'occlusion rettocolica da cancro. Minerva chir 1996; 51:6: 433-438.

2. Deen K.I., Madoff R.D., Goldberg S.M., Rothenberger D.A. Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience. *J Am Coll Surg* 1998 Dec; 187(6):573–6.
3. Lemma F., Dattola P., Sferlazzas G. et al. Attuali orientamenti nella terapia della occlusioni neoplastiche del colon. *Minerva med*, 1989. V.80, N7, P.733–736.
4. Nucci F., Ricotti U., Nuti R. et al. L'occlusione intestinale da carcinoma del colon-retto. *Acta chir. ital*, 1989. V.45, N4, P.760–762.
5. Roncoroni L., Violi V., Sgobba G. et al. Occlusione da carcinoma colo- Rovato P.E., Verazin G., Prorok J.J. Obstructing carcinoma of the cecum. *J. Surg. Oncol*, 1990, V45, N3, P.177–179.
6. Иноятов И.М., Николаев Н.М., Варданян В.К. и др. Хирургическая тактика при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. *Хирургия*. 1991. N.4. С.61–65.
7. Топузов Э.Г. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки. *Вестник хирургии им. Грекова*, 1989, (12), 76–78.