

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Артюхов С.В.¹

¹ГБУЗ "Александровская больница", Санкт-Петербург, Россия (193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4) e-mail: art_serg@mail.ru

На основании анализа 2200 случаев заболеваний пациентов раком левых отделов ободочной кишки, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью, показана возможность целесообразность выполнения двухмоментных операций – первично формированием разгрузочной и последующей радикальной операцией в одну госпитализацию. Данная методика позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни больных. Работа выполнена в городском многопрофильном стационаре с использованием проспективного и ретроспективного анализа. Установлено преимущество двухэтапных операций в том числе с использованием эндовидеохирургической ассистенции, что подтверждается снижением осложнений, летальности. Выполнение эндовидеохирургически ассистированной двустольной колостомы в качестве первого этапа при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины толстой кишки позволяет эффективно устранять симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки к радикальной операции. Данная тактика позволяет оптимизировать стадирование заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: колоректальный рак, обтурационная кишечная непроходимость, хирургическая тактика, лапароскопия.

SURGICAL TACTICS IN OBSTRUCTIVE INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO CANCER OF THE LEFT COLON

Artyukhov S. V.¹

¹GBUZ "Alexandrovskaia hospital", Saint Petersburg, Russia (193312 Saint Petersburg, PR Solidarity, 4) e-mail: art_serg@mail.ru

Based on the analysis of 2200 cases of patients with cancer of the left colon, complicated by obstructive intestinal obstruction, the possibility and feasibility of implementation dwuhmomentnam operations – primarily the formation of unloading and subsequent radical operation in one hospitalization. This method allows to improve the results of treatment and quality of life of patients. The work is done in multidisciplinary urban hospital using a prospective and retrospective analysis. The advantage of two-stage operations including using the assistance of computer assisted surgery, this is confirmed by the reduction in complications, mortality. Execution individualized assisted double-barreled colostomy as a first step in obturative colonic obstruction in cancer of the left half of the colon effectively eliminates the symptoms of intestinal obstruction and reduce the time of preparation for radical surgery. This tactic allows you to optimize the staging of the disease, to perform radical surgery in a more comfortable and safe environment, improve the quality of life of patients.

Keywords: colorectal cancer, obstructive intestinal obstruction, surgical approach, laparoscopy.

Обтурационная толстокишечная непроходимость является частым (до 90%) и тяжелым осложнением рака левых отделов толстой кишки. В последние 2 десятилетия в эпидемиологии рака ободочной кишки наблюдаются две неблагоприятные тенденции. Во-первых, растет заболеваемость данной патологией, во-вторых – увеличивается удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста, лечение которых сопряжено с определенными организационными и лечебно-тактическими особенностями. Так, среди больных раком ободочной кишки 65% – 75% старше 60 лет [3,5,6].

В России в 2011 году показатель заболеваемости по разным регионам составил 17,3 – 20,1 а показатель распространенности – 58,6 – 60,2 на 100 тысяч населения. Как следует из Государственного доклада, анализирующего здоровье населения РФ, в 2000 г. прирост заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тысяч населения за год составил 2,57% [8,9].

Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, увеличение доступности высокотехнологических инструментальных методов исследования у большинства пациентов рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях или при развитии острых хирургических осложнений. Если в развитых странах соотношение плановых и экстренных хирургических вмешательств при раке левой половины толстой кишки составляет 3,5 к 1, то в России 79% больных этой патологией оперируются при развитии острой кишечной непроходимости или других осложнений [1,2,3].

Неоднозначными остаются подходы к хирургическому лечению обструктивной кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки. До сих пор выполняются трехэтапные оперативные вмешательства типа Цейдлера-Шлоффера. Часто рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств с удалением опухоли [9]. Из-за высокого риска развития несостоятельности отношение к первичным анастомозам так же остается весьма сдержанным. По причине тяжелого состояния и декомпенсации сопутствующих заболеваний выполнить операцию типа Гартмана удается не всегда, либо оно сопровождается высокой смертностью. Кроме того, формирование колостомы на длительные сроки, а иногда и на всю жизнь, существенно снижает качество жизни пациентов, особенно в стесненных условиях или при отсутствии коммунальных удобств. До сих пор недостаточно четко определены возможности эндовидеохирургических и эндоскопических технологий при лечении осложненного рака левой половины толстой кишки.

Таким образом, существует необходимость выработки хирургической тактики, которая, посредством применения миниинвазивных технологий, позволила бы снизить тяжесть хирургической агрессии на первом этапе. Вторым этапом - выполнение в ближайшие сроки радикального вмешательства, при котором удаляется опухоль и восстанавливается непрерывность кишечника.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов лечения больных обструктивной толстокишечной непроходимостью при раке левых отделов толстой кишки посредством внедрения двухэтапных операций в течение одной госпитализации.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, госпитализированным в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 – 2012 годы. За 2003 – 2012 гг. в больницу госпитализировано

2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. Объем обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами в соответствие с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Из проанализированных 2200 случаев, у 1154 (52,5%) пациентов диагностирована только острая обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 (47,5%) больных, наряду с кишечной непроходимостью, имелись другие осложнения рака. Их частота и характер представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сочетанные осложнения у больных с обтурационной кишечной непроходимостью (n=1046)

Встречаемые осложнения	Абс. (%)
Диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки	59 (5,6)
Некроз приводящих отделов ободочной кишки	37 (3,5)
Некроз и перфорация приводящих отделов	21 (2,0)
Перфорация опухоли с перитонитом	188 (18,0)
Перитонит без перфорации	68 (6,5)
Околоопухолевый абсцесс	123 (11,8)
Абдоминальный тяжелый сепсис	47 (4,5)
Септический шок	8 (0,8)
Анемия (гемоглобин <100 г/л)	452 (43,2)
Кровотечение из опухоли	20 (1,9)
Обтурация мочеточника, гидронефроз	17 (1,6)
Прорастание опухолью других органов	315 (30,1)
Отдаленные метастазы	810 (77,4)

Чаще всего опухоль располагалась в сигмовидной кишке, ректосигмоидном отделе и нисходящей ободочной кишке (табл. 2)

Таблица 2

Распределение больных по локализации опухоли

Локализация опухоли	Всего
Левая треть поперечной	101 (4,6%)

ободочной кишки	
Селезеночный изгиб	216 (9,8%)
Нисходящая	383 (17,4%)
Сигмовидная	869 (39,5%)
Ректосигмоидный отдел	500 (22,7%)
Прямая	131 (6%)
Всего	2200

Из дальнейшего анализа исключены (всего 1181 (53,7%) больной) – 810 больных с отдаленными метастазами, 223 пациента с местнораспространенными и удалимыми опухолями и 148 больных, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить радикальную операцию,

Объектом исследования стали 1019 (46,3%) больных, у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены 1-й и 2-й этап операции. После предоперационной подготовки все пациенты были оперированы в течение 3–6 часов после госпитализации. Согласно классификации TNM (2009) рак T3 стадии выявлен у 9,2% больных, T4 a, b стадии – у 90,8%. Синхронный рак ободочной кишки обнаружен у 47 (2,1%) больных.

Вид операций представлен в таблице 3.

Таблица 3

Оперативные вмешательства при обтурационной толстокишечной непроходимости, выполненные при поступлении.

Операции	Количество	Умерло
Лапаротомия, двухствольная колостомия	353	21 (6%)
Лапароскопически ассистированная двухствольная колостомия	128	6 (4,7%)
Левосторонняя острая правая гемиколэктомия	154	16 (10,4%)
Цекостомия, операция Гартмана	21	9 (42,9%)
Цекостомия, трансверзостомия	19	7 (36,8%)
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	271	22 (8,1%)
Тотальная колэктомия	22	7 (31,8%)
Передняя резекция прямой кишки	51	6 (11,8%)
Всего	1019	97 (9,5%)

При выборе вида оперативного вмешательства учитывали тяжесть состояния и соматический статус пациента, наличие и характер дополнительных осложнений. При тяжести состояния менее 15 баллов по шкале APACH-II оперативное вмешательство принципиально начинали с диагностической лапароскопии доступом по Хассену.

Наличие в структуре больницы отделения неотложной эндовидеохирургии способствует решению многих организационных проблем, связанных с использованием этой методики.

Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 (28,9%) больным, из них у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки для формирования двухствольной колостомы. Участок кишки для формирования стомы выбирали ближе к опухоли. После этого посредством минилапаротомии, при помощи лапароскопической ассистенции, петлю ободочной кишки выводили в виде двухствольной колостомы. Далее пациенты в течение нескольких дней находились в отделении реанимации, где им выполнялась катетеризация эпидурального пространства, инфузионная терапия, направленная на восстановление функции желудочно-кишечного тракта.

Второй этап, без выписки из стационара, в сроки от 6 до 18 суток, выполнен 500 (49,0%) больным (табл. 4), в том числе 353 (70,6%) больным после двухствольной колостомии, 128 (25,6%) – после лапароскопически ассистированной двухствольной колостомии и 19 (3,8%) – после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки).

Таблица 4

Второй этап оперативного вмешательства с восстановлением непрерывности толстой кишки

Операции	Количество	Умерло
Левосторонняя гемиколэктомия	236	7 (1,4%)
Резекция сигмовидной кишки	200	3 (0,6%)
Передняя резекция прямой кишки	58	2 (0,4%)
Субтотальная колэктомия	6	1 (0,2%)
Всего	500	13 (2,6%)

Сроки полного восстановления функции желудочно-кишечного тракта после лапароскопически ассистированной и традиционной двухствольной колостомии существенно сократились. После лапароскопических вмешательств колостома начинает нормально функционировать сразу после операции, а после традиционных операций перистальтика восстанавливается на 2 – 5 сутки.

После эндовидеохирургических вмешательств, второй этап с радикальным удалением опухоли и восстановлением непрерывности кишки удалось выполнить на 6 – 10 сутки, причем большинство вмешательств были выполнены на 7 – 8 сутки. После традиционной колостомии повторные вмешательства были выполнены на 8 – 18 сутки, около 80% больных были оперированы на 10 – 13 сутки.

Причинами поздних операций после традиционных дренирующих операций явились различные осложнения раннего послеоперационного периода.

Выполнение второго этапа после лапароскопически ассистированных колостомий практически не представляло технических неудобств для операционной бригады, так как спаечный процесс в брюшной полости практически отсутствовал. После лапаротомий, напротив, всегда возникал более или менее выраженный спаечный процесс, усложнявший выполнение следующего оперативного вмешательства.

Немаловажным является и то, что при такой тактике пациент перед вторым этапом подвергался дополнительному обследованию, которое позволяло более четко стадировать заболевание и выполнить радикальное вмешательство более квалифицированной хирургической бригадой. Умерло после повторных вмешательств пять пациентов, все из группы больных с традиционно выполненной колостомой.

Выводы

1. Выполнение эндовидеохирургически ассистированной двухствольной колостомы в качестве первого этапа при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины толстой кишки позволяет эффективно устранить симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки к радикальной операции.
2. Данная тактика позволяет оптимизировать стадию заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Александров В.Б. Ключевые перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 531 операции), Тез. докл. III Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 24–25 февраля 2000 г.). – С. 3.
2. Алиев М.Я. Тактика хирургической детоксикации при лечении больных с острой непроходимостью кишечника опухолевого генеза. «Актуальные проблемы современной хирургии»: материалы международного хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 130.
3. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки : автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 1993. – 34 с.
4. Мазунин В. Д. Опыт хирургического лечения толстокишечной непроходимости. «Актуальные проблемы колопроктологии»: материалы научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. – М., 2005. – С. 251–252.

5. Миронов В.И., Килин А.Г. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. – М., 2003. – С. 136.
6. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Хирургическая реабилитация пациентов с двустольными кишечными стомами // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18, №4. – С. 69–73.
7. Современные методы диагностики и лечения рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью / Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Кокая А.А. и др. // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 127.
8. Шелехов А.В., Белоногов А.В., Храмцов Е.В. Применение лапароскопической колостомии при паллиативном лечении рака прямой кишки. «Лапароскопическая хирургия в онкологии»: труды КОЦ МЗ РТ. – 1999. – Т.4. – С. 31–33.
9. Шепсковски М. Лапароскопическое восстановление непрерывности кишки после операции Хартманна // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – Т.8, №3. – С. 66–68.

Рецензент:

Кубачев Г.Г., д.м.н., профессор кафедры хирургии №1 И.Д. Монастырского СЗГУМУ им И.И. Мечникова, заведующий хирургическим отделением, г. Санкт-Петербург;

Абдулаев М.А., д.м.н., профессор, заведующий 1 хирургическим отделением СПб ГБУЗ «Александровская больница», г. Санкт-Петербург.