

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.348-089.819.5

СТЕНТИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И. Е. Хатьков*¹, В. Н. Чумак², Р. Е. Израйлов¹, А. В. Тетерин², В. А. Романов²

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития РФ; ²ФГБУЗ «Клиническая больница № 119» ФМБА России, Химки

Цель. Определение подгрупп больных, которым стентирование при кишечной непроходимости будет наиболее показано. *Материал и методы.* Представлены результаты лечения 12 больных с обтурацией просвета толстой кишки злокачественной опухолью (7 больных) и доброкачественной стриктурой межкишечного анастомоза (5 больных).

Результаты. В 11 случаях успешная декомпрессия кишечника достигнута с помощью установки нитиноловых саморасширяющихся стентов разных модификаций и производителей под контролем рентгенотелевидения и эндоскопии. Отмечено 1 осложнение – перфорация кишки. На основании опыта применения стентов проведена оценка их эффективности как на этапе подготовки больных к выполнению радикальной операции, так и в качестве способа паллиативного лечения. Отражены преимущества данного метода по сравнению с традиционной хирургической тактикой.

Заключение. Колоректальное стентирование является эффективным методом ликвидации кишечной непроходимости различного генеза.

Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, стент, стеноз, стриктура, обструкция.

Colonial stenting in treating colonoproctological diseases

I. E. Khatkov¹, V. N. Chumak², R. E. Izrailov¹, A. V. Teterin², V. A. Romanov²

¹Moscow State University of Medicine and Dentistry of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation; ²Clinical Hospital №119, Khimki

Objective. To determine subgroups of patients with indications for stenting in colonic obstruction.

Material and methods. The results of treatment of twelve patients with malignant colonic obstruction (7 patients) and benign enteroenteroanastomosis stricture (5 patients) are presented in the article. In 11 cases intestinal decompression was successfully achieved by placement of self-extending nitinol stents of different modifications and manufacturers under X-ray television and endoscopic guidance. We observed one complication – perforation of intestine. On the ground of the experience of stent application, the evaluation of their efficacy at a preoperative period to radical surgery stage and as a palliative treatment was carried out. The advantages of this method in comparison with conventional surgical approach are represented. Brief literature review, photos of stent installation stages and complications are demonstrated. Colorectal stenting is effective method to eliminate the intestinal obstruction of different origin.

Key words: colorectal cancer, intestinal obstruction, stenosis, stricture, obstruction.

Одним из наиболее тяжелых осложнений колоректального рака является толстокишечная непроходимость. Частота ее встречаемости – 8–29% случаев [4, 9]. Лечение толстокишечной непроходимости различной этиологии зачастую диктует необходимость формирования колостомы, что значительно ухудшает качество жизни пациентов, приводит к дополнительным финансовым затратам на калоприемники, средства ухода за колостомой. Послеоперационная летальность у таких пациентов может достигать 15–20% [5, 6, 8, 12]. Альтернативой этому способу разрешения толстокишечной непроходимости с 1991 г. является метод стентирования области обструкции саморасширяющимся стентом [1]. Эта методика может быть использована в качестве окончательного способа лечения больных, которым операция по различным причинам не показана, или с целью предоперационной подготовки к радикальной операции [2, 3, 7]. S. Sebastian и соавт. (2004 г.) опубликовали данные объединенного анализа стентирования, выполненного 1198 пациентам в 54 нерандомизированных исследованиях, и показали высокую эффективность данной методики в качестве

«моста к плановой или отсроченной операции» у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью [10]. Многие исследования показали сопоставимость экономических затрат при стентировании и традиционном хирургическом лечении кишечной непроходимости. Однако опубликованные в журнале «The Lancet Oncology» данные рандомизированного исследования J. E. Van Hooft и соавт. (2011 г.) показали, что предоперационное стентирование толстой кишки не дает очевидных преимуществ перед срочной операцией и связано с риском ухудшения клинических исходов из-за более высокого уровня перфорации опухолей, приводящей к диссеминации рака [14].

Учитывая противоречивые данные различных исследований, приобретает актуальность вопрос об определении подгрупп больных, которым стентирование при кишечной непроходимости будет наиболее показано.

Материал и методы

За период с 2002 по 2012 г. в отделении колопроктологии ФГБУЗ «КБ № 119» ФМБА России проведена установка 16 металлических саморасширяющихся

*Хатьков Игорь Евгеньевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии № 2.
E-mail: ihatkov@gmail.com



Рис. 1. Проведение манипуляционного катетера с рентгеноконтрастной меткой через зону опухолевой стриктуры



Рис. 2. Проведение проводника через зону опухолевой стриктуры

стендов 12 пациентам. Из них было 7 мужчин и 5 женщин (возраст от 52 до 74 лет). Пяти пациентам проведено стентирование в плановом порядке по поводу доброкачественной рубцовой стриктуры после операций на толстой кишке с формированием анастомозов. Остальные пациенты стентированы по поводу опухолевой стриктуры (2 пациента стентированы в экстренном порядке, 5 — в плановом). Двое из них впоследствии оперированы лапароскопически (стентирование как «мост к операции»), с формированием первичных анастомозов после резекций толстой кишки, четырем стентирование выполнено в качестве паллиативного мероприятия из-за распространенности опухолевого процесса (метастатического поражения печени и легких). У одной пациентки во время стентирования произошла перфорация сигмовидной кишки. Большая экстренно оперирована.

Специальная предоперационная подготовка кишечника выполнялась всем пациентам, стентирова-



Рис. 3. Установка стента в зону опухолевой стриктуры



Рис. 4. Рентгенологический контроль после установки стента

ние которым осуществлялось в плановом порядке, и заключалась либо в приеме препарата «Фортранс», либо постановке клизмы. При стентировании в экстренном порядке подготовка кишечника не выполнялась (ниже опухоли кишка не заполнена каловыми массами). Для восстановления проходимости кишечника использовали саморасширяющиеся непокрытые металлические стенты фирмы Cook Endoscopy, Winston-Salem (Северная Каролина, США) и покрытые металлические стенты фирмы M. I. Tech (Корея).

Полностью под рентгенологическим контролем установка стента выполнена 6 больным, причина непроходимости у которых находилась в прямой кишке, у остальных пациентов дополнительно использовали колоноскоп с рабочим каналом для проведения инструментов.

Ни в одном случае провести эндоскоп до установки стента за область обтурации не удалось. Это потребовало предварительного прохождения через область сужения проводником с последующим проведением по нему доставочного устройства со стентом. Проведение проводника через зону сужения выполняли с помощью манипуляционного катетера с рентгеноконтрастной меткой на конце (рис. 1, 2).

После того как удавалось пройти комплексом (манипуляционный катетер-проводник) через область сужения, проводник удаляли, а через просвет катетера контрастировали супрастенотический отдел кишки и зону сужения. Этот метод позволял получать представление о протяженности стриктуры и соответственно выбирать нужную длину стента. В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому провод-

нику под постоянным рентгенологическим контролем в область стриктуры устанавливали стент (рис. 3, 4). Наличие рентгеноконтрастных меток позволяло легко ориентироваться при установке стента в области поражения [11, 13].

Расправление стента контролировали рентгенологически, после этого доставочное устройство извлекали.

Результаты

Стентирование успешно выполнено у 11 больных (технический успех — 91,6%), при этом клинический эффект наблюдался также у 11 (91,6%) пациентов.

У одной больной 68 лет с субкомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимостью на фоне рака сигмовидной кишки Т3N0M0 с тяжелыми сопутствующи-

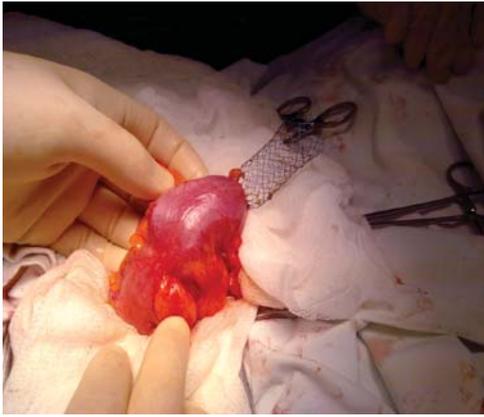


Рис. 5. Перфорация сигмовидной кишки стентом



Рис. 6. Рубцовая стриктура сигморектоанастомоза



Рис. 7. Состояние сигморектоанастомоза после стентирования

ми заболеваниями (постинфарктный кардиосклероз, ФВ – 50%, ДЭП II ст. на фоне перенесенного ишемического инсульта) при стентировании отмечена перфорация сигмовидной кишки (рис. 5). Больной потребовалась экстренная операция – резекция сигмовидной кишки по Грекову–Микуличу. После этого на 11-е сут пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

У 9 пациентов симптомы кишечной непроходимости исчезли в течение 24 ч после установки стента, у 2 – в течение 48 ч после манипуляции. В 2 случаях в послеоперационном периоде пациентов беспокоил частый жидкий стул. Эти симптомы самостоятельно купировались на 5-е и 14-е сут соответственно. Но одна пациентка продолжала предъявлять жалобы на частые позывы к дефекации, по-видимому, вследствие низкого расположения стента (на 7 см от ануса), это привело к решению извлечь стент на 25-е сут, пассаж по кишке остался сохраненным.

Повторные вмешательства вследствие нарушения функционирования стента не требовались.

Клинические наблюдения. Пациент К., 52 лет, оперирован по поводу осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки, выполнена субтотальная колэктомия с формированием реверсивного илеоректоанастомоза аппаратным способом. Спустя 2 мес поступил с клиникой кишечной непроходимости на фоне рубцового сужения межкишечного анастомоза. Выполнено стентирование области стриктуры непо-

крытым саморасширяющимся стентом под рентгенологическим контролем. Этот клинический случай – первый в нашей больнице опыт колоректального стентирования (2003 г.). Наблюдение за пациентом продолжалось до 2009 г. (64 мес). Все это время больной жалоб не предъявлял, стул ежедневный, до 3 раз в сутки, масса тела постоянная, 84–86 кг. В 2009 г. больной умер от острого инфаркта миокарда.

Пациенту Х., 63 лет, в апреле 2008 г. выполнена операция Гартмана по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки T2N0M0. Однако наличие колостомы мешало трудовой деятельности. В марте 2009 г. выполнено устранение сигмостомы с превентивной трансверзостомией. Операция сопровождалась значительными техническими трудностями, связанными с избыточной массой тела пациента, выраженным спаечным процессом в брюшной полости и малом тазу, невозможностью выделения короткой культи (8 см) прямой кишки в полном объеме. В связи с этим на культе прямой кишки выделена «площадка», на которой сформирован анастомоз аппаратным способом по типу операции Дюамеля. С сентября 2009 г. у больного отмечена рубцовая стриктура сигморектоанастомоза, без устранения которой было невозможно устранить петлевую двуствольную трансверзостому. Принято решение о стентировании стриктуры, что и выполнено в марте 2010 г. (рис. 6, 7). Через 12 дней после этого больному проведено внутрибрюшное устранение трансверзостомы. Пациент выписан, продолжает трудовую деятельность.

Пациент Д., 58 лет, гражданин Украины, ранее оперирован в Германии по поводу рака сигмовидной кишки, там же получил курс лучевой терапии, в дальнейшем неоднократно оперирован по поводу несостоятельности межкишечного анастомоза, тонкокишечного свища. При обследовании данных за продолжение опухолевого процесса не получено, выявлена стриктура межкишечного анастомоза, установлен покрытый стент. На 2-е сут пациента стали беспокоить боли в пояснице слева, появилась гипертермия. Диагностирована гидронефротическая трансформация левой почки вследствие ангуляции металлическим внутрикишечным стентом левого мочеточника. Выполнена цистоскопия, установлен стент «Мемокад» в левый мочеточник, ангуляция мочеточника устранена, устранен гидронефроз слева (рис. 8). Через 2 мес паци-



Рис. 8. Ангуляция левого мочеточника внутрикишечным стентом, установленным в зону рубцовой стриктуры сигморектоанастомоза



Рис. 9. Стентирование опухолевой стриктуры

ент поступил с жалобами на боли в животе слева, диагностирована миграция стента ниже стриктуры, потребовалось повторное внутрикишечное стентирование покрытым стентом. Спустя 6 мес – повторная миграция стента, рестентирование непокрытым стентом. Впоследствии в Украине стент удален, рецидив стриктуры, рестентирование непокрытым стентом.

Пациент В., 69 лет, поступил через 3 сут от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, нарушение отхождения стула и газов. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлены толстокишечные уровни. При колоноскопии – картина стенозирующей циркулярной опухоли верхней трети нисходящей кишки с развитием декомпенсированного стеноза. Выполнено стентирование области опухолевого стеноза. Впоследствии больной дообследован, через 17 сут выполнена лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия (рис. 9, 10).

Выводы

1. Метод установки саморасширяющихся колоректальных стентов является малотравматичным и эффективным методом ликвидации декомпенсированной и субкомпенсированной толстокишечной непроходимости различного генеза, способным улучшить качество жизни пациентов.

2. Учитывая наш опыт стентирования, считаем, что стентирование в качестве паллиативного метода лечения у больных с IV ст. колоректального рака или тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также стентирование как «мост к операции» у ограниченно контингента больных является целесообразным.

3. Колоректальное стентирование у больных с доброкачественными стриктурами показано в тех случаях, когда предполагаемая операция по устранению стриктуры чревата серьезными осложнениями из-за

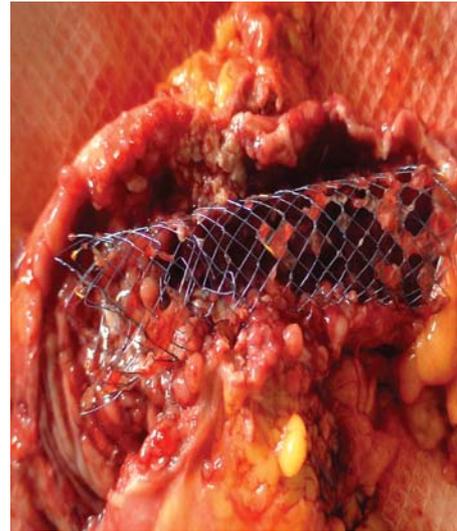


Рис. 10. Резецированный участок толстой кишки с опухолью и установленным в зону опухолевой стриктуры стентом

наличия в брюшной полости выраженного рубцового, спаечного процесса, неблагоприятной для операции анатомии органов.

4. Дальнейшие рандомизированные исследования позволят определить более четкие показания к колоректальному стентированию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Dohmoto M.* New method: endoscopic implantation of rectal stent in palliation of malignant stenosis // *Endoscopia Digestiva*. 1991. Vol. 35. P. 912–913.
2. *Farrell J. J., Carr-Locke D. C.* Metal enteral stents: an endoscopist's perspective // *Semin. Intervent. Radiol.* 2001. Vol. 18. P. 327–337.
3. *Fielding L. P., Phillis R. K. S., Fry J. S.* et al. Prediction of outcome after emergency curative resection for large bowel cancer // *Lancet*. 1986. Vol. 18. P. 904–907.
4. *Goligher I., Hafner C. D.* The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum // *Br. J. Surg.* 1957. Vol. 450. P. 270–274.
5. *Leitman I. M., Sullivan J. D., Brams D., Decosse J. J.* Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1992. Vol. 174. P. 513–518.
6. *Lofler I., Hafner C. D.* Survival rate in obstructing carcinoma of the colon // *Arch. Surg.* 1964. Vol. 89. P. 716–718.
7. *Mainar A., Tejero E., Maynar M.* et al. Colorectal obstruction: treatment with metal stents // *Radiology*. 1996. Vol. 198. P. 761–764.
8. *Messmer P., Thoni F., Ackermann C.* et al. Perioperative morbidity and mortality of colon resection in colonic carcinoma // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1992. Vol. 122. P. 1011–1014.
9. *Regland J. J., Londe A. M., Spratt J. S.* Correlation of the prognosis of obstructing colorectal carcinoma with clinical and pathologic variables // *Am. J. Surg.* 1971. Vol. 121. P. 552–556.
10. *Sebastian S., Johnston S.* et al. The joint analysis of the efficacy and safety of self-opening metallic stents for malignant colorectal obstruction // *Am. J. Gastroenterol.* 2004. Vol. 99. P. 2051–2057.
11. *Spinelli P., Mancini A.* Use of self-expanding metal stents for palliation of rectosigmoid cancer // *Gastrointest. Endosc.* 2001. Vol. 53. P. 203–206.
12. *Sprangers M. A., Taal B. G., Aaronson N. K.* et al. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients // *Dis. Colon. Rectum.* 1995. Vol. 38. P. 361–369.
13. *Todd H., Baron T. H.* Benign and malignant colorectal strictures // *Colonoscopy: Principles and Practice*. Oxford, 2003. 611 p.
14. *Van Hooff J. E., Bemelman W. A.* et al. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial // *Lancet Oncol.* 2011. Vol. 12. P. 344–352.

Поступила 01.03.2012