

УДК 617-089:616-06:616.34

Д. Е. Попов, А. В. Семёнов, В. В. Григорян, А. В. Лисичкин, С. В. Васильев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

В настоящее время одной из важных и нерешенных проблем в онкологии является рак толстой кишки, а в хирургии — кишечная непроходимость, занимающая первое место в структуре осложненных форм колоректального рака [1–4]. Частота этого осложнения колеблется от 15 до 88,9 % [1, 3, 5, 6].

Медицинская неосведомленность населения, отсутствие эффективных скрининговых программ в онкоколопроктологии являются основными причинами поздней выявляемости и, следовательно, поздней обращаемости больных колоректальным раком. Большинство пациентов с опухолевым поражением толстой кишки — лица преклонного возраста [7, 8]. Они поступают в стационар, как правило, поздно, чаще всего с запущенными формами рака и длительно существующими явлениями нарушения кишечной проходимости [9]. Нередко из-за тяжести состояния, чрезмерного растяжения стенки кишки даже при существующей возможности выполнения радикальной операции хирург вынужден прибегать к паллиативному вмешательству, направленному прежде всего на ликвидацию кишечной непроходимости.

К сожалению, в настоящее время нет общепризнанных рекомендаций по тактике хирургического лечения больных раком левых отделов толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Противоречивы предложения по объему и длительности предоперационной подготовки [10]. Актуальность рассматриваемой проблемы заключается и в том, что до сих пор отсутствует четко регламентирующая действия хирурга клиническая классификация кишечной непроходимости, не придается должного значения предоперационному стадированию колоректального рака, не учитывается в полном объеме тяжесть состояния больного, — все это влияет на выбор метода лечения кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки.

Цель нашего исследования — обеспечение индивидуального подхода к выбору оптимального способа устранения кишечной непроходимости у больных обтурирующим раком левых отделов толстой кишки.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подверглись данные о 556 больных с обтурирующими формами колоректального рака, которые были оперированы в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2001 по 2008 г. Большинство больных — 411 (73,9 % от общего количества пациентов) — поступили в стационар по экстренным показаниям, оставшаяся часть — 145 (26,1 %) — в плановом порядке. Средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 6,3$ года. Из числа всех прооперированных женщин было 350 (62,9 %), мужчин — 206 (37,1 %). Хирургическое лечение в плановом порядке выполнено 106 (19,1 %) больным, по срочным показаниям — 267 (48 %),

© Д. Е. Попов, А. В. Семёнов, В. В. Григорян и др., 2009

в экстренном порядке — 183 (32,9 %). Выделенные группы репрезентативны относительно всей ретроспективной выборки согласно критерию Фишера.

Больные были разделены на 2 группы: первая группа — с локализацией опухоли в прямой кишке — 189 (34 %), вторая группа — с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки — 367 (66 %). Придерживаясь классификации нарушения кишечной проходимости, предложенной Э. Г. Топузовым (1986) [11], по степени выраженности явлений кишечной непроходимости пациентов подразделили следующим образом: больные с компенсированной и субкомпенсированной формами нарушения кишечной проходимости — 394 (70,8 %), оставшаяся часть — 162 (29,2 %) пациента — трактовались как экстренные больные с декомпенсированной кишечной непроходимостью.

Для группы больных с формирующейся (компенсированной и субкомпенсированной) кишечной непроходимостью были определены следующие клинические критерии: состояние больного — удовлетворительное или средней степени тяжести; рентгенологически — гиперпневматоз или единичные уровни жидкости в кишке; запоры или частый жидкий стул; вздутие живота; умеренные боли в животе по ходу толстой кишки.

Группа больных с острой (декомпенсированной) кишечной непроходимостью соответствовала следующим критериям: состояние больного — тяжелое; отсутствие отхождения газов и стула в течение нескольких дней; тошнота, многократная рвота; схваткообразные боли в животе; положительные перитонеальные симптомы; рентгенологически — чаши Клойбера.

При оценке состояния больного использовалась модифицированная шкала SAPS (Simplified Acute Physiology Score), предложенная Le Gall Jr. и соавт. (1984). Общее состояние больных оценивалось путем суммирования баллов по 12 показателям клинко-лабораторных исследований, определяемых в первые два часа после госпитализации, и классифицировалось как удовлетворительное, средней степени тяжести и тяжелое. Анализ данных шкалы M-SAPS, представленных в табл. 1, показывает, что большая часть пациентов — 231 (58,6 %) — с формирующейся кишечной непроходимостью поступали в стационар в удовлетворительном состоянии, в отличие от больных с острой кишечной непроходимостью, — у 121 (74,7 %) больного состояние оценивалось как тяжелое.

Таблица 1

Оценка состояния больных по шкале M-SAPS

Состояние пациента на момент поступления ($n = 556$)	Формирующаяся кишечная непроходимость ($n = 394$)	Острая кишечная непроходимость ($n = 162$)
Удовлетворительное (≤ 6 баллов)	231 (58,6 %)	0
Средней степени тяжести (от 7 до 12 баллов)	163 (41,4 %)	41 (25,3 %)
Тяжелое (≥ 13 баллов)	0	121 (74,7 %)

Объем клинко-диагностических процедур различался в группах больных с острой и формирующейся кишечной непроходимостью (табл. 2).

Предоперационная подготовка пациентов с острой кишечной непроходимостью заключалась в постановке назогастрального зонда, мочевого катетера, гигиенической подготовке операционного поля и экстренной коррекции гемодинамических нарушений.

Пациентам с формирующейся кишечной непроходимостью с первого дня назначалась бесшлаковая диета, энтеральное питание, а также инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений. В качестве дренирующих мероприятий ставились ежедневные очистительные клизмы. При необходимости осуществлялась коррекция сопутствующей патологии. Проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений.

Таблица 2

Предоперационное обследование больных

Группа больных с острой кишечной непроходимостью	Группа больных с формирующейся кишечной непроходимостью
Клинический минимум лабораторных исследований	
Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости	
УЗИ органов брюшной полости, малого таза	
Оценка тяжести состояния (модифицированная шкала SAPS)	
Экстренная операция	Ирригоскопия
	ФКС с биопсией
	ФГДС
	Эндоректальное УЗИ
	КТ и/или МРТ органов брюшной полости и малого таза
	Срочная или плановая операция

В последнее время актуальным считаем дооперационное назначение препарата альфа-нормикс, который действует внутримышечно, санирует толстую кишку от условно-патогенной и патогенной микрофлоры.

Все больные после обследования и предоперационной подготовки были прооперированы. Характер выполненных вмешательств в зависимости от степени выраженности явлений кишечной непроходимости у больных с локализацией опухоли в прямой кишке представлен в табл. 3.

Наиболее часто у больных с формирующейся кишечной непроходимостью при локализации опухоли в прямой кишке выполнялась операция Гартмана. Неоспоримые плюсы этой операции — одновременное удаление первичной опухоли и устранение кишечной непроходимости; также нет необходимости торопиться со вторым этапом операции — восстановлением кишечной непрерывности, а при его выполнении хирург не беспокоится за кровоснабжение анастомозируемых участков кишки, так как васкуляризация проверена временем [12].

10 (5,3 %) пациентам с расположением опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки в тех случаях, когда состояние больных позволяло, была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. У 58 (30,7 %) больных оперативное вмешательство ограничилось формированием двустольной разгрузочной колостомы: в ряде случаев тяжесть состояния больных не позволяла выполнить больший объем операции; у части больных была выявлена «вколоченная» опухоль. У некоторых пациентов минимальный объем операции в виде двустольной колостомии был лишь первым этапом комплексного

Таблица 3

Зависимость выполненных оперативных вмешательств от степени нарушения кишечной проходимости у больных с опухолью прямой кишки

Вид оперативного пособия	Формирующаяся кишечная непроходимость	Острая кишечная непроходимость	Всего
Операция Гартмана	85 (45 %)	12 (6,3 %)	97 (51,3 %)
Передняя резекция прямой кишки (ПРПК) + превентивная колостомия	13 (6,9 %)	0	13 (6,9 %)
ПРПК + Coloclean	11 (5,8 %)	0	11 (5,8 %)
Разгрузочная колостомия	9 (4,8 %)	49 (25,9 %)	58 (30,7 %)
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	8 (4,3 %)	2 (1 %)	10 (5,3 %)
Всего	126 (66,7 %)	63 (33,3 %)	189 (100 %)

лечения (неoadъювантная химиолучевая терапия). У 24 (12,7 %) больных с формирующейся кишечной непроходимостью выполнена передняя резекция прямой кишки. Данное вмешательство мы считали возможным при условии проведения интраоперационной очистки толстой кишки либо формирования превентивной колостомы.

Характер вмешательств в зависимости от степени выраженности явлений кишечной непроходимости у больных с локализацией опухоли в левом фланге ободочной кишки представлен в табл. 4.

Таблица 4

Зависимость выполненных оперативных вмешательств от степени нарушения кишечной проходимости у больных с опухолью левого фланга ободочной кишки

Вид оперативного пособия	Формирующаяся кишечная непроходимость	Острая кишечная непроходимость	Всего
Операция типа Гартмана	145 (39,5 %)	40 (10,9 %)	185 (50,4 %)
Резекция кишки + Coloclean	33 (9 %)	0	33 (9 %)
Левосторонняя гемиколэктомия	27 (7,3 %)	0	27 (7,3 %)
Разгрузочная колостомия	42 (11,5 %)	44 (12 %)	86 (23,5 %)
Обходной анастомоз	21 (5,7 %)	8 (2,2 %)	29 (7,9 %)
Субтотальная колэктомия	0	7 (1,9 %)	7 (1,9 %)
Всего	268 (73 %)	99 (27 %)	367 (100 %)

При локализации первичной опухоли в левом фланге ободочной кишки наиболее часто также выполнялась операция типа Гартмана. Различные варианты разгрузочных операций (обходной анастомоз либо двустольная колостомия) выполнены 115 (31,4 %) больным.

Такой объем оперативного вмешательства был осуществлен исходя из тяжести состояния больного и/или распространенности опухолевого процесса. У 7 (1,9 %) пациентов с острой кишечной непроходимостью в связи с деструктивными изменениями правых

отделов ободочной кишки (диастатические надрывы стенки кишки) была выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза. У 60 (16,3 %) пациентов выполнена резекция ободочной кишки с первичным восстановлением кишечной непрерывности. При этом у 33 (9 %) человек это стало возможным благодаря использованию системы для закрытой ирригации толстой кишки «Coloclean».

Данный набор состоит из 4 частей: троакар, канюля, трубка для промывания и сборный мешок.

Техника использования промывной системы достаточно проста: после перевязки и пересечения кровоснабжающих пораженный участок сосудов и мобилизации пораженного участка кишки в соответствии с принципами онкологической радикальности проксимальнее опухоли фиксируется сборный мешок, представляющий собой полностью изолированный от внешней среды контур. Транспортная система устанавливается в слепую кишку. Канюля закрепляется кисетным швом. Затем начинается лаваж кишки с помощью физиологического раствора. Во время процедуры кишку осторожно массируют для того, чтобы крупные каловые массы размывались и могли пройти в сборный мешок. Время, требуемое для успешной ирригации, зависит от консистенции и количества содержимого кишки, а также от анатомических особенностей ободочной кишки (высокие и острые печеночный и селезеночный изгибы), и варьирует от 20 до 50 мин. Объем промывной жидкости при этом составляет от 3 до 11 л (в среднем 4,5 л). После промывания толстой кишки выполняется резекция мобилизованного участка кишки с опухолью, оценка адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки и последующее формирование анастомоза.

Результаты и их обсуждение. У 135 (24,3 %) больных отмечались различные послеоперационные осложнения. Самые частые из них — гнойно-воспалительные — 76 (13,7 %). Необходимо отметить, что наиболее часто осложнения данной группы имели место у экстренных больных с острой кишечной непроходимостью. У пациентов с формирующейся кишечной непроходимостью нам удалось минимизировать количество гнойно-воспалительных осложнений путем предоперационной антибиотикопрофилактики, а также, в некоторых случаях, назначением антибактериальных препаратов лечебным курсом.

На втором месте по частоте осложнений — послеоперационный парез кишечника — встречался у 38 (6,3 %) пациентов; разрешался консервативными методами. У двух больных после левосторонней гемиколэктомии возникла несостоятельность анастомоза, что потребовало повторной операции: разобщение анастомоза и формирование проксимальной колостомы. У 12 (2,2 %) больных также осуществлена релапаротомия: у 2 больных по причине заворота тонкой кишки, еще 2 случая — кровотечение из зоны анастомоза и острой язвы желудка, 8 больных прооперированы по причине ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. У 7 (1,3 %) пациентов послеоперационный период осложнился дизурическими явлениями, которые были купированы консервативными мероприятиями.

Считаем важным акцентировать внимание на два случая заворота тонкой кишки, поскольку это осложнение является патогномичным у больных, которым во время оперативного вмешательства выполняли антеградный механический лаваж толстой кишки. Это обстоятельство важно учитывать на заключительном этапе операции, когда осуществляется ушивание брыжейки толстой кишки, петли тонкой кишки прослеживаются от связки Трейца до илеоцекального угла и укладываются в свободную брюшную полость без перекутов и заворотов.

Общая летальность составила 7 % (39 больных). Летальность в группе пациентов с декомпенсированной кишечной непроходимостью — 5,2 % (29 больных). Наиболее частой причиной смерти у 22 (3,9 %) больных стала нарастающая раковая интоксикация, у 12 (2,2 %) пациентов развился разлитой каловый перитонит на фоне диастатических разрывов кишечной стенки при декомпенсированной кишечной непроходимости, двое больных скончались по причине тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и трое — на фоне декомпенсации сопутствующей соматической патологии в раннем послеоперационном периоде. В группе больных 44 (7,9 %), которым было выполнено одноэтапное оперативное вмешательство с применением интраоперационной системы «Coloclean», летальности не было. У всех пациентов этой группы оперативное вмешательство завершилось формированием первичного анастомоза. Во всех случаях сформированные анастомозы были состоятельны.

Поиск эффективных методов декомпрессии кишечника при осложненном течении колоректального рака привел к разнополярным взглядам на решение рассматриваемой проблемы. Ряд авторов склоняются к выполнению многомоментных операций при данной патологии [2, 12], другие допускают возможность одномоментных операций с формированием первичного межкишечного анастомоза [13–16]. Неоднозначность состояния больных с данной патологией заставляет дифференцированно подходить к каждому случаю, учитывать множество факторов (анамнез заболевания, возраст больного, объективный статус на момент поступления в стационар, степень компенсации сопутствующей патологии и пр.) перед тем, как принять решение о дальнейшей тактике хирургического лечения. В ряде случаев формирование разгрузочной колостомы, направленной на устранение жизнеугрожающего осложнения, является единственно верным решением вопроса о тактике лечения больного с острой кишечной непроходимостью. Минимальное по объему хирургическое вмешательство значительно сокращает время послеоперационной реабилитации, что немаловажно с учетом необходимости применения в кратчайшие сроки после операции всего современного комплекса диагностических исследований (КТ, МРТ и пр.), предоперационного стадирования онкопроцесса, применение неоадьювантной химиолучевой терапии.

С появлением новых технических средств, например, системы для интраоперационного антеградного лаважа толстой кишки «Coloclean», появилась возможность чаще применять одноэтапные оперативные вмешательства у определенной группы больных с формирующейся кишечной непроходимостью, что, с одной стороны, не вступает в противоречие с современными принципами абластики и антибластики, а с другой стороны, значительно улучшает качество жизни у таких пациентов.

Показаниями для данной методики, на наш взгляд, являются: а) возможность применения у группы пациентов с колоректальным раком, осложненным формирующейся кишечной непроходимостью; б) доступность и простота в использовании набора; в) отсутствие необходимости повторной госпитализации для реконструктивно-восстановительного вмешательства; г) сохранение благоприятного психоэмоционального фона для больного, связанное с отсутствием колостомы на передней брюшной стенке, и создание перспективы ранней трудовой реабилитации.

Противопоказания к использованию набора «Coloclean»: а) декомпенсированная кишечная непроходимость; б) тяжелое состояние пациента, связанное с декомпенсацией сопутствующей патологии; в) топографо-анатомические особенности расположения ободочной кишки (высокое расположение печеночного и селезеночного изгибов с образованием острых углов).

Всем больным с формирующейся кишечной непроходимостью на дооперационном этапе мы старались определить стадию онкопроцесса, так как считаем это обязательным условием в решении вопроса об объеме оперативного вмешательства.

В заключение можно сделать следующие выводы.

Выбор способа хирургического лечения больших obturating раком левых отделов толстой кишки зависит от локализации опухоли, степени выраженности явлений кишечной непроходимости, стадии заболевания, а также от общего состояния пациента.

При obturating раке прямой кишки с явлениями формирующейся кишечной непроходимости целесообразно в ряде случаев на первом этапе лечения формирование разгрузочной колостомы или выполнение дренирующих мероприятий. Это позволяет перед радикальной операцией осуществить весь комплекс лечебно-диагностических мер, направленных на более точное стадирование, а также, при необходимости, химиолучевое лечение в неoadjuvantном режиме.

При левосторонней локализации рака ободочной кишки с явлениями компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимости возможно выполнение резекции кишки с формированием первичного анастомоза при условии применения методики интраоперационной антеградной механической очистки толстой кишки либо формирования превентивной колостомы. В тех случаях, когда риск первичного восстановления кишечной непрерывности высок (неадекватное кровообращение, сопутствующие заболевания, сложные топографо-анатомические взаимоотношения и пр.), предпочтение следует отдавать операции типа Гартмана.

Объем оперативного вмешательства при декомпенсированной кишечной непроходимости, осложняющей течение колоректального рака, зависит от степени деструктивных изменений в толстой кишке выше опухоли и общего состояния пациента. При этом в каждом конкретном случае должен быть выбран индивидуальный подход к решению о характере оперативного вмешательства (обструктивная резекция кишки, субтотальная коλεκтомия, разгрузочная колостомия и пр.).

Литература

1. Алиев С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1998. № 6. С. 34–39.
2. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л., 1970.
3. Ермолов А. С. О состоянии экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 1996–2000 гг. // Хирургия. 2001. № 12. С. 68–71.
4. Корымазов Е. А., Горбунов Ю. В. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 2003. № 3. С. 101–106.
5. Ерюхин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. СПб., 1999. 448 с.
6. Геворгян А. Г. Obturating кишечная непроходимость при раке толстой кишки (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис.... канд. мед. наук. Ереван, 1992. 24 с.
7. Ефимов В. Г. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. 24 с.
8. Курбонов К. М., Кандаков О. К. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза // Колопроктология. 2006. № 1. С. 27–32.
9. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Obturating опухолевая толстокишечная непроходимость. М., 2005. 224 с.
10. Тотиков В. З., Зураев К. Э., Тотиков З. В. и др. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном непроходимостью // Колопроктология. 2005. № 2. С. 36–39.

11. *Топузов Э. Г.* Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью (диагностика, лечение, хирургическая реабилитация): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1986. 41 с.
12. *Александров Н. Н., Лыткин М. И., Петров В. П.* Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск, 1980. 303 с.
13. *Петров В. И., Сытник А. П., Луцевич О. Э., Эль-Рабиа Изаат М. А.* Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки // Хирургия. 1987. № 9. С. 92–97.
14. *Дедерер Ю. М.* Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. М., 1971. 272 с.
15. *Ермолов А. С., Рудин Э. П., Оюн Д. Д.* Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. 2004. № 2. С. 4–7.
16. *Noce R., Galuppi G., Steinweg M. e. a.* Our experience of primary colonic resection for cancer in emergency surgery // Minerva Chir. 1992. Vol. 47. № 19. P. 1585–1587.

Статья принята к печати 18 февраля 2009 г.