

© В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин, 2012
УДК 616.345/351-006.6:616.345/351-007.272-089

В. Л. Денисенко¹, Ю. М. Гаин²

ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

¹ УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» (главврач — В. Л. Денисенко),

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Витебск

Ключевые слова: колоректальный рак, технология быстрого выздоровления, малоинвазивные методики.

Введение. В настоящее время в медицине и хирургии (в онкологии в том числе) набирает силу направление комплексного лечения, опирающегося на концепцию «быстрого (ускоренного) выздоровления» («Fast-Track Recovery» или «Fast-Track Surgery») [1–3]. Она основана на применении современных высокотехнологичных подходов, включающих эффективное использование основных достижений VI технологического уклада цивилизации, позволяющих до минимума свести продолжительность лечения, сократить экономические затраты на него, получить максимально высокие окончательные результаты, обеспечить высокое качество лечения. Данный подход позволяет исключить промежуточные этапы лечения, существенно уменьшить общие сроки лечения и реабилитации пациентов, достигнуть в ближайшем и отдаленном периоде высокого качества жизни пациента. Получить такие результаты позволяют малоинвазивные и низкотравматичные методики оперирования (эндоскопические, лапароскопические, роботизированные) параллельно с использованием рациональных способов обезболивания и нейровегетативной защиты, применения энергии лазерного излучения, плазменного потока и ультразвука, эффективных периоперационных методов профилактики осложнений, современных реабилитационных и других новейших технологий. В отношении осложненного колоректального рака реализация концепции «Fast-Track Recovery» заключается в трансформации многоэтапного

хирургического лечения (операций типа Цейдлера—Шлоффера) в одномоментные вмешательства с предварительным малоинвазивным разрешением явлений кишечной непроходимости и радикальным удалением опухоли с первичным восстановлением целостности пищеварительного тракта [3]. Данный подход приводит не только к быстрому выздоровлению с существенным сокращением общих сроков лечения и реабилитации, он ведет к значительному сокращению экономических затрат на лечение, имеет значимый социальный эффект вследствие более быстрого и значимого восстановления качества жизни пациента [8].

Одним из направлений реального использования концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» («Fast-Track Recovery») в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза (с использованием дивульсии, электро-, радиоволновой или лазерной реканализации) с последующим стентированием зоны сужения [2]. После восстановления естественного пассажа кишечного содержимого и моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта, не выписывая пациента из стационара, выполняется радикальное вмешательство с удалением опухоли и одномоментным восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 38 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период

с 1995 по 2012 г. В 1-й группе пациенты (28) оперированы по поводу колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью общепринятым методом. Во 2-й группе пациентов (10) для их лечения использован принцип «Fast-Track Recovery» (на первом этапе выполнено малоинвазивное «закрытое» стентирование стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, на втором этапе — радикальная операция с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта).

В 1-ю группу вошли пациенты, находившиеся на лечении по поводу осложненного колоректального рака в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы с 1995 по 2005 г. Средний возраст пациентов в группе составил (65,2±2,5) лет. Структура опухолевого поражения представлена в табл. 1.

Как видно из таблицы, рак левой половины ободочной и прямой кишки, осложненной кишечной непроходимостью, составил 75%.

Во 2-ю группу вошли пациенты, находящиеся на лечении в абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 2011

Таблица 1

Структура опухолевого поражения у пациентов 1-й группы

Локализация опухоли и ее форма	Абс. число	%
Рак слепой кишки	2	7
Рак восходящего отдела толстой кишки	1	4
Рак печеночного угла ободочной кишки	2	7
Рак проксимального отдела поперечной ободочной кишки	1	4
Рак поперечной ободочной кишки	1	4
Рак нисходящей ободочной кишки	1	4
Рак сигмовидной кишки	7	25
Аденокарцинома брыжейки сигмовидной кишки	1	4
Рак ректосигмоидного отдела	1	4
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	9	32
Рак среднеампулярного отдела прямой кишки	2	7

Таблица 2

Структура опухолевого поражения у пациентов 2-й группы

Локализация опухоли и ее форма	Абс. число	%
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	1	10
Рак сигмовидной кишки	3	30
Рак ректосигмоидного отдела прямой кишки	4	40
Рак селезеночного угла ободочной кишки	2	20

по 2012 г. по поводу осложненного колоректального рака. Средний возраст пациентов в группе составил (70,1±4,2) года. У всех пациентов при последующем гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. Структура опухолей ободочной и прямой кишки представлена в табл. 2.

Результаты и обсуждение. Структура выполненных по поводу острой толстокишечной непроходимости оперативных вмешательств у пациентов 1-й группы представлена в табл. 3.

В 75% случаев операция заканчивалась выведением кишечной стомы. Продолжительность лечения в данной группе составила (30,6±2,8) койко-дней.

Всем пациентам 2-й группы при поступлении проводили обзорную рентгенографию живота, на которой отмечали резкую пневматизацию толстой кишки до уровня нисходящей ободочной кишки, горизонтальные тонкокишечные уровни различной локализации. Во всех случаях установлен диагноз: стенозирующий рак левой половины ободочной (прямой) кишки, острая толстокишеч-

Таблица 3

Вид оперативных вмешательств в 1-й группе пациентов

Вид операции	Абс. число	%
Передняя резекция прямой кишки	7	25
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	1	4
Операция Гартмана	4	14
Брюшно-анальная резекция	1	4
Правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия	2	7
Резекция сигмовидной кишки	3	11
Релапаротомия, илеостомия	1	4
Резекция поперечной ободочной кишки	1	4
Обходная илеотрансверзостомия, холецистэктомия	1	4
Левосторонняя гемиколэктомия	1	4
Двухствольная илеостомия, назогастроинтестинальная зондовая декомпрессия	1	4
Петлевая сигмостомия	1	4
Передняя резекция прямой кишки	1	4
Резекция ректосигмоидного перехода, сигмостомия	1	4
Удаление опухоли, экстирпация матки с придатками, резекция сальника, сигмостомия	1	4
Резекция опухолевого конгломерата из слепой и восходящей кишки, илеостомия	1	4

ная obturационная непроходимость. Проводимый лечебно-диагностический прием по Вишневному во всех случаях эффекта не имел.

После кратковременной (2 ч) подготовки, включающей переливание калий-поляризующей смеси, кристаллоидных и коллоидных растворов (в объеме до 2 л) и премедикации (раствор промедола 2% 1,0 мл+раствор атропина 0,1% 1,0 мл), всем пациентам выполнена фиброколоноскопия, на которой диагноз опухоли левой половины толстой кишки подтвержден. Произведено инструментальное бужирование зоны опухолевого стеноза специальным проводником средней жесткости с мягким J-образным кончиком. Через зону стеноза проводили доставочное устройство с саморасширяющимся нитиновым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной («CHOOSTENT M. I. Tech», Южная Корея [СУ]). В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся металлический стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза. Вся процедура колоноскопии с установкой стента занимала около 40 мин — (37,6±4,13) мин). Осложнений при манипуляции не было. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота.

Сразу после эндоскопического исследования и установки стента ставили сифонную клизму, после проведения которой обильно отходили стул и газы. Пациентам назначали солевые слабительные, вазелиновое масло. Внутривенно капельно больным вводили калий-поляризующую смесь с сердечными гликозидами, кристаллоидные сбалансированные электролитные смеси, реамберин. Назначали цефазолин 1,0 г 3 раза в сутки, фрагмин 2,6 г подкожно 1 раз в сутки, корректировали сопутствующую патологию. Явления кишечной непроходимости полностью у всех пациентов купировались к концу 1-х суток после манипуляции. Начиная со 2-х суток, выполняли энтеральное кормление пациентов. После полной клинико-метаболической компенсации больных и восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника проведены хирургические вмешательства. Выполнены следующие виды операций (табл. 4).

Все виды операций завершали формированием первичного анастомоза, без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность лечения в данной группе составила (19,7±2,1) койко-дней.

Виды операций во 2-й группе пациентов

Вид операции	Число больных
Резекция сигмовидной кишки	3
Передняя низкая резекция прямой кишки	5
Левосторонняя гемиколэктомия, спленэктомия	1
Субтотальная колэктомия, спленэктомия	1

Таким образом, новый подход, использованный в лечении осложненного колоректального рака, показывает эффективность радикального комплексного лечения, основанного на концепции «быстрого выздоровления» («Fast-Track Recovery»). Преимуществами последнего являются:

- возможность в условиях острой непроходимости толстой кишки ранней (малоинвазивной и полной, без лапаротомии и формирования кишечного свища) антеградной декомпрессии пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией;

- минимальная травматичность вмешательства с целью подготовки к радикальному хирургическому лечению с выполнением последнего в короткие сроки после эндоскопической декомпрессии кишечника;

- выполнение радикального хирургического лечения по принципам плановой операции при отсутствии проблем с приводящим отделом кишечника и с возможностью надежного одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта;

- существенное сокращение сроков пребывания пациента в стационаре, отсутствие необходимости в дальнейшей хирургической реабилитации (связанной с закрытием колостомы), высокий экономический и социальный эффект (вследствие сбережения финансовых средств на лечение и реабилитацию, а также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациентов).

Выводы. 1. Первый опыт клинического применения метода ускоренного выздоровления («Fast-Track Recovery») в комплексном хирургическом лечении пациентов с колоректальным раком, осложненным толстокишечной непроходимостью, позволяет говорить о высокой эффективности данной технологии.

2. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях острой непроходимости толстой кишки выпол-

нить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища). Данный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства.

3. Ранняя эндоскопическая декомпрессия кишечника позволяет выполнить радикальное хирургическое лечение при осложненном колоректальном раке по принципам планового вмешательства при отсутствии проблем с приводящим отделом кишечника и с возможностью надежного одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

4. Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости их дальнейшей хирургической реабилитации (при наложении колостомы), высокий экономический и социальный эффект использования концепции «быстрого выздоровления» (вследствие экономии финансовых средств на лечение и реабилитацию, а также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациента), позволяют рекомендовать более широкое его применение в стационарах хирургического и онкологического профиля.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Choi J. S. Interventional management of malignant colorectal obstruction: use of covered and uncovered stents // *Korean J. Radiol.* 2007. Vol. 8. P. 57–63.
2. Kehlet H., Wilmore D. W. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery // *Ann. Surg.* 2008. Vol. 248, № 2. P. 189–198.
3. Recart A. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy // *J. Endourology.* 2005. Vol. 19, № 10. P. 1165–1169.

Поступила в редакцию 16.05.2012 г.

V. L. Denisenko, Yu. M. Gain

TREATMENT OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION USING THE «FAST-TRACK RECOVERY» TECHNIQUE

At present in medicine and surgery (oncology included) the direction of complex treatment based on the concept of «the fast (accelerated) recovery» (so-called «Fast-Track Recovery» or «Fast-Track Surgery») becomes increasingly popular. It is based on the application of modern hi-tech approaches including effective utilization of basic achievements of VI technology lifestyle of civilization allowing duration of the treatment to become shorter, economic expenses reduced, obtaining possibly definitive results and high quality of treatment. The given approach allows the intermediate stages of treatment to be excluded, general terms of treatment and rehabilitation essentially reduced, higher quality of life obtained at the nearest and remote periods. An example of the successful clinical treatment of 10 patients using the technology in question in practical health service is presented.