

© В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров, 2008
УДК 616.345-006-06:616.345-007.272-089

В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров

О ТАКТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства
здравоохранения РФ Свердловской области (главврач — засл. врач РФ Е.В.Самборский), г. Екатеринбург

Ключевые слова: обтурационная непроходимость.

Введение. Обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевого генеза в настоящее время остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Это связано, прежде всего, с неуклонным ростом числа злокачественных заболеваний толстой кишки, являющихся основной причиной толстокишечной непроходимости [4, 6]. Летальность при этой неотложной патологии по-прежнему остается высокой, достигая 15–40% [2, 3, 6]. Единая хирургическая тактика при толстокишечной непроходимости до настоящего времени отсутствует. Особенно выраженные противоречия касаются выбора объема и вида оперативного вмешательства при острой опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки. Несмотря на публикации об успешных одноэтапных радикальных и первично-восстановительных операциях при обтурационной толстокишечной непроходимости [1], достаточно большое число сторонников имеет тактика оперативных вмешательств, производимых в несколько этапов, а именно, выполнение в качестве первого этапа лечения операции Гартмана и восстановительной операции с ликвидацией концевой колостомы на втором [2, 6].

Основная цель нашей работы — анализ поздних результатов обструктивных резекций толстой кишки, выполненных по поводу обтурационной опухолевой непроходимости, а также анализ результатов при тактике лечения этой патологии, включающей формирование на первом этапе лечения разгрузочной колостомы, а на втором — радикальной операции с удалением опухоли и ликвидацией стомы.

Материал и методы. В период с 2002 по 2007 г. в СОКБ № 1 г. Екатеринбурга проведено оперативное вос-

становительное лечение 119 больным с одностольными колостомами, сформированными в результате неотложных обструктивных резекций толстой кишки по поводу ее опухолевой непроходимости. В анализируемую группу не вошли результаты лечения пациентов, перенесших перитонит вследствие диастатической перфорации толстой кишки или перфорации опухоли. Средний возраст больных составил 64,6 года. Мужчин было 52, женщин — 67. Все пациенты были оперированы в различных хирургических стационарах общими хирургами. Основной локализацией стенозирующего рака была сигмовидная кишка, что отмечалось у 53 больных. У 17 пациентов был рак прямой кишки, у 30 — рак нисходящего отдела ободочной кишки, у 19 — рак левой половины поперечной ободочной кишки. Ранее объем вмешательства у 51 больного включал обструктивную левостороннюю гемиколэктомию, у 68 — обструктивную резекцию прямой и сигмовидной кишки. Восстановительная операция производилась в среднем через 7,4 мес после первичной.

При до- и интраоперационном обследовании таких пациентов местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 18 (15,1%) больных. У 10 из них был найден ранний рецидив рака в дистальной отключенной культе, у 2 пациентов — рецидив в стомированной кишке. У 7 больных при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфатические узлы с метастатическим поражением. 6 пациентов имели единичные метастазы в печень. В целом, по нашему мнению, неудаленная зона регионарного лимфооттока была обнаружена у 31 (26,1%) больного. Нерадикальность первичного вмешательства потребовала на восстановительном этапе расширения объема операции в виде ререзекции отключенной дистальной культы кишки, резекции стомированной кишки, дополнительной лимфодиссекции. Кроме того, у 3 (2,5%) больных были выявлены первично-множественные раковые опухоли в оставшихся отделах толстой кишки, а у 4 (3,3%) пациентов — ворсинчатые опухоли, что также увеличивало объем оперативного лечения.

При ретроспективном анализе в этой группе у 6 (5,1%) больных первичная операция сопровождалась гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные ранние осложнения отмечались у 19 (15,9%) больных. У большинства пациентов при восстановительном оперативном вмешательстве был спаячный процесс брюшной полости,

причем у 18 (15,1%) больных зафиксировано тотальное ее заращение. У 19 (15,9%) пациентов были послеоперационные вентральные грыжи, что потребовало дополнительного укрепления брюшной стенки.

Учитывая определенные недостатки операции Гартмана как первого этапа оперативного лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости, мы изменили лечебную тактику. В основу данного исследования положен анализ результатов лечения 62 больных с непроходимостью левой половины толстой кишки, вызванной стенозирующими опухолями, при исключении перитонита вследствие деструкции стенки кишки в месте опухоли или диастатической перфорации. Пациенты оперированы с 2002 по 2007 г. Средний возраст больных составил 67,7 лет. Мужчин было 24, женщин — 38. Все больные имели декомпенсированную степень кишечной непроходимости, критериями которой являлись резкое вздутие живота, схваткообразные боли, задержка стула и газов в течение нескольких дней, отсутствие эффекта от консервативных лечебных мероприятий. На обзорных рентгенограммах брюшной полости выявлялись множественные чаши Клойбера, при попытке ирригоскопии заполнение кишки барием выше опухоли было невозможным.

Лечение у всех больных начиналось с традиционных консервативных мероприятий, включающих декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, очистительных клизм, инфузионной терапии, введения спазмолитиков, коррекции гомеостаза. Всем пациентам осуществляли рентгенологический контроль в динамике. Задачей рентгенологической диагностики являлось не только установление факта и степени толстокишечной обструкции, но и ее уровня. Стенозирующая опухоль прямой кишки была у 16 больных, сигмовидной кишки — у 19, нисходящего отдела ободочной кишки — у 10, поперечной ободочной кишки — у 17 пациентов.

Показанием к операции служила неэффективность консервативной терапии. Как первый этап у 39 больных оперативное вмешательство заключалось в формировании петлевой двустольной колостомы проксимальнее уровня обструкции из мини-доступа. Формирование стомы осуществляли либо под лапароскопическим контролем, либо сразу производили разрез брюшной стенки, который использовали как для идентификации стомируемой петли, так и для формирования стомы. Локализация такого мини-доступа в основном определялась местом на брюшной стенке, удобным для использования калоприемника. У 10 больных, оперированных по месту жительства, было произведено наложение цекостомы из локального разреза. У 13 пациентов двустольная колостома была сформирована при срединном лапаротомном доступе.

После устранения явлений непроходимости и нарушений организма, вызванных ее наличием, на втором этапе лечения осуществляли радикальное оперативное вмешательство, которое заключалось в резекции толстой кишки вместе с опухолью, а также ликвидации колостомы. Повторные операции проведены 59 (95,8%) больным. В связи с наличием распространенного канцероматоза брюшины, выявленного при первичном вмешательстве, 2 пациентам повторная операция признана нецелесообразной. Один из больных отказался от радикального оперативного лечения. Средний срок между операциями составил 18,4 дня. В это время производили полноценную диагностику толстой кишки и органов брюшной полости, что позволяло уточнить стадию опухолевого процесса, выявить первично-множественный характер поражения толстой кишки, а также осуществить коррекцию нарушений, вызванных непроходимостью. Стадия опухоле-

вого процесса при радикальной операции у 31 больного была T3N0M0, у 14 — T3N1M0, у 6 — T4N0M0, у 5 — T4N1M0, у 3 пациентов — T3N1M1.

Передняя резекция прямой кишки произведена у 16 пациентов, резекция сигмовидной кишки — у 9, левосторонняя гемиколэктомия — у 31, субтотальная колэктомия — у 3 больных. У 11 (18,6%) пациентов потребовалось увеличение объема вмешательства вследствие распространения опухоли на соседние органы. У 13 (22,0%) больных была выполнена расширенная лимфодиссекция. У 3 (5,1%) больных потребовалось расширение вмешательства за счет наличия первично-множественных опухолей толстой кишки. У 3 (5,1%) пациентов объем операции определялся с учетом наличия дивертикулярной болезни. Единичные отдаленные метастазы в печень не являлись противопоказанием к выполнению резекции толстой кишки и ликвидации стомы.

Результаты и обсуждение. При формировании декомпрессивной колостомы послеоперационная летальность составила 1,6% (1 больной). У 2 (3,2%) пациентов, оперированных из срединного лапаротомного доступа, отмечены раневые осложнения. При операциях на втором этапе лечения летальных исходов не было. Осложнения в ранний послеоперационный период развились у 7 (11,9%) больных. Нагноение раны в месте существовавшей стомы наблюдали у 5 (8,6%) пациентов. У 2 (3,4%) больных были осложнения со стороны лапаротомной раны.

Лечение больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза представляет собой непростую задачу. Существенное ухудшение результатов отмечается при декомпенсированных формах непроходимости, особенно у пожилых пациентов. Преимуществами распространенной операции Гартмана принято считать возможность одновременной ликвидации толстокишечной непроходимости вместе с излечением от заболевания, вызвавшим ее. Но добавление операционной травмы к уже имеющимся нарушениям в организме больного в условиях кишечной непроходимости неизбежно увеличивает риск неблагоприятного исхода. По нашему мнению, первичная операция в виде формирования разгрузочной колостомы из мини-доступа имеет значительно меньший операционный риск при тяжелом состоянии пациента. В то же время, такой объем операции не может задержать выполнение радикального вмешательства на втором этапе, позволяя выполнить его в условиях нормализации систем организма.

Оказание помощи пациентам с обтурационной толстокишечной непроходимостью осуществляется в подавляющем большинстве в хирургических стационарах общего профиля. Во многих исследованиях [8, 9] отмечена зависимость результатов операции на толстой кишке от опыта и специализации хирурга. Это проявляется достоверным увеличением послеоперационных осложнений, а

также снижением радикальности вмешательства при опухолевой патологии при выполнении операции общими хирургами, имеющими нерегулярный опыт лечения рака толстой кишки. Мы также при своем анализе неотложных обструктивных резекций в 26,1% отмечали признаки нерадикальности первичной операции, не говоря уже о 15,1% случаев ранних местных рецидивов рака. Большое влияние оказывает и то, что операция производится в неотложной ситуации, когда на первом плане стоит задача спасения жизни пациента. Сами интраоперационные условия при раздутых петлях кишечника затрудняют условия выполнения вмешательства в положенном объеме. Мы полагаем, что некоторая задержка радикального лечения компенсируется возможностью проведения адекватного объема операции в условиях специализированного отделения, при полноценном определении степени распространенности процесса, выявлении сопутствующих патологических изменений толстой кишки, коррекции нарушений организма, вызванных непроходимостью. Это снижает как риск возникновения послеоперационных осложнений, так и повышает качество операции с онкологических позиций. Сравнительный анализ отдаленной выживаемости больных, учитывая сроки наблюдения менее 5 лет, в данной работе показался нам некорректным и будет осуществлен в последующем.

Другим важным аспектом является качество жизни пациентов после операции Гартмана. Наличие колостомы в течение достаточно продолжительного периода (по нашим данным 7,4 мес) вносит существенные коррективы в образ их жизни. Казалось бы, временно сформированная колостома после обструктивной резекции нередко превращается в пожизненную [7]. В то же время, при нашей тактике интервал между операциями, т.е. время, в течение которого пациент находился со стомой, составил в среднем 18,4 дня. Вмешательство, направленное на восстановление пассажа по толстой кишке после ее обструктивной резекции, зачастую сопровождается многими техническими трудностями. Эти операции, несмотря на плановый характер, имеют достаточно много осложнений [5]. По нашим данным, формирование колостомы из мини-доступа ни в одном случае не приводило к серьезным техническим затруднениям при следующем этапе оперативного лечения.

Вывод. Этапное лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза, включающее формирование декомпрессионной колостомы на первом этапе и радикальную

операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет снизить послеоперационную летальность, а также выполнить адекватный объем вмешательства и повысить качество жизни таких больных за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия.—2001.—№ 8.—С. 44–50.
2. Буянов В.М., Маскин С.С. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости //Анналы хир.—1999.—№ 2.—С. 23–31.
3. 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.
4. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость.—СПб.: Питер, 1999.—448 с.
5. Кныш В.И., Черкес В.Л. Восстановление непрерывности кишечной трубки после операции Гартмана //Хирургия.—1996.—№ 6.—С. 23–26.
6. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Абдулаев М.А. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью: диагностика, лечение, реабилитация.—СПб.: Медицина, 1997.—154 с.
7. Belmonte C., Klas J.V., Perez J. et al. The Hartmann procedure// Arch. Surg.—1996.—Vol. 131.—P. 612.
8. Parry J., Collins S., Mathers J. Influence of volume of work on the outcome of treatment for patients with colorectal cancer// Br. J. Surg.—1999.—Vol. 86.—P. 475–481.
9. Schrag D., Panageas K., Riedel E. et al. Hospital volume and surgeon volume as predictors of outcome following rectal cancer resection// Ann. Surg.—2002.—Vol. 236.—P. 583–592.

Поступила в редакцию 15.01.2008 г.

V.I.Pomazkin, Yu.V.Mansurov

ON THE STRATEGY OF OPERATIVE TREATMENT FOR OBTURATIVE COLONIC OBSTRUCTION OF MALIGNANT GENESIS

The authors have analyzed results of the Hartmann operation performed in 119 patients with malignant obturative obstruction of the left half of the colon at hospitals of general profile. A local relapse of cancer was found in 18 (15.1%) of patients, mean time between the primary and restorative operations was 7.4 months. The results of treatment were analyzed in 62 patients in whom the strategy of treatment of malignant colonic obstruction was used with the formation of the decompressive colostomy at the first stage, and radical extraction of the tumor with simultaneous removal of the stoma at the second stage. Lethality was 1.6%. Reoperations were fulfilled in 59 patients within on average 18.4 days after the first one. Early postoperative complications were found in 7 (11.9%) patients. A conclusion was made that such strategy is superior for higher efficacy of treatment and gives better quality of life of the patients.