

Е.Г. Григорьев, В.М. Цмайло, И.В. Нестеров

РОЛЬ ПРОЕКЦИОННОЙ КОЛОСТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ПОЛИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (Иркутск)

Включение в классификацию опухолевой непроходимости толстой кишки критериев полиорганной дисфункции позволяет использовать дифференцированный подход в выборе оперативных вмешательств обсуждаемой патологии. Исследование показало, что применение методики проекционной колостомии является эффективной, малоинвазивной, обоснованной операцией в лечении опухолевой непроходимости толстой кишки в сравнении с традиционными операциями. Разработан алгоритм топической диагностики опухолевой обструкции толстой кишки для реализации данной методики.

Ключевые слова: толстая кишка, полиорганная дисфункция, колостомия

ROLE OF PROJECTION COLOSTOMY IN TUMOR COLON OBSTRUCTION WITH MULTIPLE ORGAN FAILURE

E.G. Grigoryev, V.M. Tsmaylo, I.V. Nesterov

SC RRS ESSC SB PAMS, Irkutsk
Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk

Inclusion of multiple organ failure criteria in classification of tumor colon obstruction allows using differentiated approach in selection of operative measures of the discussed pathology. The research has shown that the application of projection colostomy technique is an effective, less aggressive, and reasonable operation in treatment of tumor colon obstruction in comparison with conventional operations. The algorithm of topical diagnostic of tumor colon obstruction for implementation of the given technique is designed.

Keywords: colon, multiple organ failure, colostomy

Опухолевая толстокишечная непроходимость остается актуальной междисциплинарной проблемой современной хирургии. Традиционные многоэтапные оперативные вмешательства в разрешении непроходимости сопровождаются летальностью на первом этапе лечения 12 – 47 % [1, 6]. У пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью, людей преимущественно пожилого и старческого возраста, основное заболевание, зачастую, сочетается с другими значимыми сопутствующими заболеваниями, сопряженными с полиорганной дисфункцией, которая может стать непосредственной причиной смерти оперированных [2, 4]. В последние десятилетия произошла революция этапной стратегии лечения опухолевой непроходимости толстой кишки с внедрением малоинвазивных эндоскопических технологий, объективизацией тяжести состояния пациентов, где приоритетными стали хирургические позиции, основанные на первичной декомпрессии ободочной кишки с низкой послеоперационной летальностью 2 – 8 % [2, 3, 6, 7, 8].

Поэтому **целью** нашей работы явилась разработка методики проекционной колостомии при опухолевой толстокишечной непроходимости: уточнение понятий и терминов, обоснование, показание, оценка эффективности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 140 пациентов с опухолевой толстокишечной непрохо-

димостью, поступивших в отделение неотложной хирургии Иркутской областной клинической больницы и хирургическое отделение Чунской центральной районной больницы за десятилетний (1995 – 2005 гг.) период.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В зависимости от технологии лечения пациенты были распределены на три группы (табл. 1).

В основной группе было 23 (51,2 %) мужчины и 22 (48,8 %) женщины, в ГКС-1 мужчин – 32 (52,5 %), женщин – 29 (47,5 %), в ГКС-2 мужчин – 19 (55,9 %), женщин – 15 (44,1 %). Средний возраст пациентов в группах составил соответственно 65 (56 – 73), 68 (55 – 73), 66 (56 – 73) лет.

Преобладали пациенты с опухолью в левой половине ободочной кишки (87; 62,1 %) и прямой кишки (24; 17,2 %). Морфологически преобладали (65 %) умереннодифференцированные аденокарциномы с индексом инвазии в стенку кишки (Р) 3 – 4. У 97 (64,2 %) пациентов наблюдались сопутствующие заболевания, преимущественно кардиально-легочного генеза.

Используя дифференцированный подход в выборе методов оперативного лечения ОТКН, представим наши позиции в отношении понятий кишечной непроходимости и клинических аспектов известной степенной классификации [1] опухолевой непроходимости толстой кишки.

Мы применили показатели интегральной шкалы M-SAPS [5], позволяющей, ранжировать характер нарушения пассажа по толстой кишке при опухолевом ее поражении с позиций развивающихся органических дисфункций (табл. 2).

Показано, что уровень суммарного значения по шкале M-SAPS зависит от степени нарушения пассажа по толстой кишке ($p = 0,001$).

Так, при компенсированной форме показатели шкалы M-SAPS с медианой 3 (2–5) балла. Консервативная терапия эффективна, оперативное лечение в плановом порядке. Клинические симптомы и оценка по шкале M-SAPS говорят о нарушении пассажа содержимого по кишке, чем о кишечной непроходимости. Мы обозначаем данную клиническую ситуацию как нарушение пассажа содержимого по толстой кишке опухолевого генеза с сохранением кишечной проходимости.

При субкомпенсированной форме показатели M-SAPS – 6 (4–7) баллов. Клиника проявляется характерной триадой кишечной непроходимости, интермиттирующим развитием симптомов, временным эффектом от консервативной терапии,

что позволяет определять ее как перемежающуюся кишечную непроходимость еще без признаков полиорганной дисфункции.

При декомпенсированной форме – показатели M-SAPS – 8 (8–10) баллов. Клиническая картина характеризуется стойкостью и прогрессией развивающегося симптомокомплекса, обозначаемого нами как постоянная (устойчивая) кишечная непроходимость с проявлениями полиорганной дисфункцией. Показатели по M-SAPS более 7 баллов отождествляются с полиорганной дисфункцией, и отражают нарушения деятельности как минимум трех систем организма: кардиальной, легочной и выделительной.

Еще одним уточняющим фактом в этимологии опухолевой толстокишечной непроходимости явились сроки оперативных вмешательств (табл. 3).

Как видно из табл. 3, большинство пациентов – 51 (91,1 %) при субкомпенсированной непроходимости и в 100 % наблюдений при декомпенсированной ОТКН оперированы в первые (до 24 часов) сутки с момента поступления в клинику, что отражает истинное смысловое значение самой

Таблица 1

Распределение пациентов на клинические группы в зависимости от способа оперативного пособия

Группа исследования	Технология лечения	Число пациентов
Основная группа (ОГ)	Проекционная колостомия	45 (32,1 %)
Группа клинического сравнения 1 (ГКС-1)	Лапаротомия, резекция ободочной кишки с опухолью, с формированием анастомоза, колостомы	61 (43,6 %)
Группа клинического сравнения 2 (ГКС-2)	Лапаротомия без удаления опухоли, с формированием колостомы, обходного соустья	34 (24,3 %)
Всего:		140 (100 %)

Таблица 2

Показатели M-SAPS в зависимости от степени компенсации кишечной непроходимости ($n = 156$)

Группы исследования	M-SAPS, число пациентов		
	Компенсация Me = 3 (2–5)	Субкомпенсация Me = 6 (4–7)	Декомпенсация Me = 8 (8–10)
ОГ, $n = 45$	–	15	30
ГКС-1, $n = 61$	–	29	32
ГКС-2, $n = 34$	–	12	22
Всего:	16	56	84
	P = 0,001		

Таблица 3

Сроки выполнения операций после госпитализации (в часах), $n = 156$

Сроки операций	Число пациентов		
	компенсация	субкомпенсация	декомпенсация
До 6 часов	–	13	45
До 12 часов	–	22	22
До 24 часов	–	16	17
После 24 часов	16	5	–
Всего до 24 часов	–	51 (91,1±3,8 %)	84 (100 %)

непроходимости, как острой клинической ситуации, требующей незамедлительных лечебных мер по ее разрешению.

Таким образом, кишечная непроходимость — есть полное прекращение пассажа на том или ином уровне пищеварительного тракта.

Суб- и декомпенсированные степени кишечной непроходимости характеризуются классическим симптомокомплексом кишечного илеуса с наличием или отсутствием признаков полиорганной дисфункции. Поэтому 16 пациентов, оперированные в плановом порядке, в настоящем исследовании не анализировались.

Диагностические мероприятия в приемном отделении включали стандартное общеклиническое обследование, сбор анамнеза, наружный осмотр живота, ректальное пальцевое исследование. Для реализации методики проекционной колостомии нами проведен дискриминантный анализ клинико-рентгенологических данных, получаемых в первые минуты обследования пациента с ориентацией на предполагаемую локализацию опухоли в ободочной кишке. Точность диагностики по решающим правилам в среднем характеризуется достоверностью 92,2 %, для первой группы — с локализацией опухоли в правой половине ободочной кишки 63,6 %, второй — с локализацией в поперечно-ободочной кишке 40 %, третьей — с локализацией в левой половине 98,8 %. Первичная комплексная оценка клинических, лабораторных и рентгенологических данных осуществлялась с тактикой одновременной консервативной терапии наряду с дифференцированным использованием лучевых и эндоскопических методов исследования в определении обструкции ободочной кишки (рис. 1).

Таким образом, весь этап лечебно-диагностических мероприятий во времени до начала операции занимает от 3 до 4,5 часов, при опухолевой толстокишечной непроходимости с полиорганной дисфункцией это время сокращается до 2,5 — 3 часов.

В анализируемых группах статистически значимых различий в возрастно-половой характеристике пациентов, морфологической структуре, локализации опухоли не выявлено. Все больные оперированы по экстренным и срочным показаниям.

В основной группе использована методика проекционной колостомии: илестомии — 2 (4 %), цекостомии — 21 (49 %), трансверзостомии — 6 (12 %), сигмостомии — 16 (35 %). Понятием «проекционный» одновременно подчеркивается локальность, миниинвазивность и целевое значение доступа для формирования временной разгрузочной колостомы. Подвижные сегменты подвздошной и ободочной (слепая, поперечно-ободочная, сигмовидная) кишки проецируются на фронтальную плоскость передней брюшной стенки. Итак, проекцию места расположения стомы на передней брюшной стенке соотносим с соответствующими стомируемыми сегментами кишки: для сигмостомии — левая подвздошная область; цекостомии, илестомии — точ-

ка Мак-Бернея правой подвздошной области; трансверзостомии — право- и левосторонние параректальные области в точке пересечения линии, соединяющей пупок с серединой реберных дуг. Проекционные колостомы выполнялись преимущественно под местным и внутривенным обезболиванием — 28 (62,2 %) наблюдений.

В 1-й группе клинического сравнения выполнялись радикальные (51) и паллиативные (10) резекции ободочной кишки с опухолью с формированием колостомы (44), и первичным межкишечным анастомозом (17). У 34 пациентов 2-й группы клинического сравнения произведены симптоматические операции из срединного доступа: декомпрессивная колостомия — 33 (97,1 %) и формирование обходного анастомоза — 1 (2,9 %).

Послеоперационные осложнения в основной группе отмечены в 5 (11,1 ± 4,6 %) наблюдениях: нагноение швов вокруг стомы — 2, краевой некроз стомы — 1. Все они обусловлены тактическими и техническими ошибками при формировании проекционных стом. В группах клинического сравнения осложнения наблюдались у 32 (33,6 ± 4,8 %) пациентов, преимущественно гнойно-септического характера.

При выполнении проекционной колостомии летальность — 2 (4,4 ± 3,1 %) — статистически значимо различается с летальностью при операциях, выполненных через срединное чревосечение — 19 (20 ± 4,1 %) ($p < 0,05$). Разрешение опухолевой непроходимости путем проекционной колостомии существенно приводило к снижению тяжести органных нарушений по шкале M-SAPS на 1 сутки после операции $p = 0,04$, напротив у больных, оперированных через срединное чревосечение она возрастала по сравнению с дооперационной, и только на 4 сутки после операции динамика показателей не имела различий.

Нами проведен анализ результатов оперативного лечения пациентов в зависимости от наличия проявления полиорганной дисфункции. Исследуемые разделены на две группы; 1-я из 56 пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью без признаков полиорганной дисфункции и 2-я — из 84 больных с кишечной непроходимостью в сочетании с полиорганной дисфункцией. Летальность в первой группе после операций резекции ободочной кишки с формированием колостомы и первичным анастомозом составила — 1 (3,4 ± 3,3 %), во второй — 10 (33,1 ± 8,1 %) ($p = 0,01$), после симптоматических операций из срединного доступа соответственно 3 (25 ± 12,5 %) и 5 (22,7 ± 8,9 %) ($p = 0,9$). Умерших после проекционной колостомии (15) в первой группе не было, во второй (30) — умерло 2 пациента.

Параметры клинической эффективности методики проекционной колостомии рассчитывали в соответствии с рекомендациями CONSORT: COP (снижение относительного риска) — 78 %, CAP (снижение абсолютного риска) — 15,6 %, ЧБНЛ₆ (NNT₆) — число больных, которых необходимо ле-

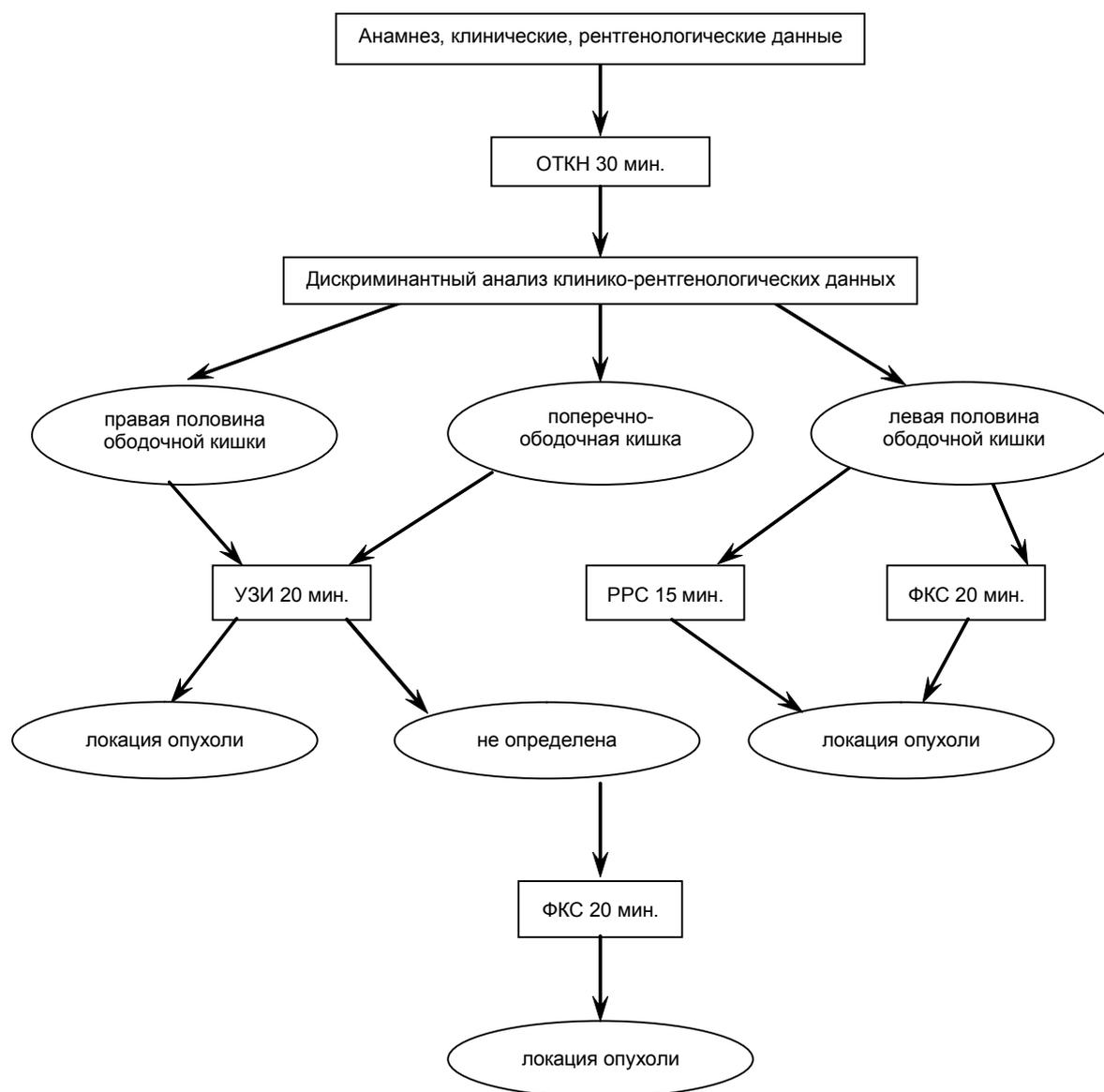


Рис. 1. Алгоритм топической диагностики опухолевой непроходимости толстой кишки.

чить с применением разработанной методики в течение 6 лет, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного – 6,4.

Основными причинами смерти явились прогрессирующая полиорганная дисфункция у 12 больных и острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне искусственной вентиляции легких – 8, несостоятельность анастомоза – 1.

Выводы

Опухолевая непроходимость толстой кишки есть полное прекращение пассажа в одном из сегментов толстой кишки, сопровождающееся в 60 % полиорганной дисфункцией.

Дискриминантный анализ клинических и рентгенологических данных позволяет дифференцированно использовать инвазивные (эндоскопические) и неинвазивные (лучевые) методы исследования для топической диагностики опухолевой обструкции.

Проекционная колостомия является эффективной, малоинвазивной, патогенетически обоснованной операцией в разрешении непроходимости кишечника у пациентов с полиорганной дисфункцией.

Операции через срединное чревосечение с удалением опухоли толстой кишки возможны у пациентов с кишечной непроходимостью без признаков полиорганной дисфункции при четкой оценке тяжести состояния и стабильной компенсации витальных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В.М. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости / В.М. Буянов, С.С. Маскин // Анналы хирургии. – 1999. – № 2. – С. 22 – 30.
2. Влияние тяжести полиорганной недостаточности на тактику, объем и результаты лечения опу-

холевой толстокишечной непроходимости / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, Э.И. Мусин, Т.Д. Ерощкина и др. // Российский онкологический журнал. — 2003. — № 6. — С. 202 — 206.

3. Временная декомпрессивная лапароскопическая ассистированная колостомия / В.В. Яновой, А.С. Мартынов, Ю.В. Доровских, О.Л. Низельник и др. // Хирургия. — 2002. — № 2. — С. 33 — 36.

4. Полиорганная недостаточность при кишечной непроходимости и перитоните / Г.Р. Аскерханов, А.К. Гусейнов, У.З. Загиров, А.Г. Гусейнов и др. // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда, 20 — 22 сентября 2000 г. — Волгоград, 2000. — С. 140 — 141.

5. Соловьев И.Е. Модифицированная система SAPS в оценке состояния больных с острой кишечной непроходимостью при раке толстой кишки /

И.Е. Соловьев // Онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 204 — 206.

6. Хирургическое лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / А.П. Уханов, М.М. Мергенов, А.Ю. Носов, А.А. Шпенкова и др. // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы научной конференции, 2 — 4 февраля 2005 г. — М., 2005. — С. 308 — 309.

7. Gierson E.D. Blovhole cecostomy for cecal decompression / E.D. Gierson, F.K. Storm // Frch. Surg. — 1995. — Vol. 110, N 1. — P. 444 — 445.

8. Study of long intestinal tube for decompression of obstructive left colon cancer / T. Eguchi, Y. Takahashi, S. Asai, Y. Ishii et al. // Hepatogastroenterology. — 1999. — Vol. 46, № 29. — P. 2835 — 2838.