

Сравнительная оценка результатов использования аллопластического материала при наложении концевой колостомы у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки

И.Г. Гатауллин, З.М. Тойчуев, И.Р. Аглуллин

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России;
ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Татарстан, Казань

Контакты: Ильгиз Габдуллович Гатауллин ilgizg@list.ru

Представлены результаты исследования причин, влияющих на развитие параколостомических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака, у больных, находившихся на лечении с 2005 по 2012 г. Установлено, что на развитие параколостомических осложнений оказывают влияние возраст больных, наличие сопутствующих заболеваний, выраженность анемии, ожирения. Выделение факторов риска и групп пациентов с повышенной степенью риска развития осложнений позволяет дифференцированно подходить к их профилактике.

Ключевые слова: параколостомическое осложнение, аллопластический материал, колостома, рак прямой кишки

Comparative results of end colostomy for low rectal cancer using alloplastic material

I.G. Gataullin, Z.M. Toychuyev, I.R. Agullin

Kazan State Medical Academy, Ministry of Health of Russia;
Republican Clinical Oncology Dispensary, Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

The results of research on the causes affecting in the development of para-colostomy complications after abdomino-perineal extirpation of the rectum for cancer patients, who were treated by us from 2005 to 2012 found that the development of complications para-colostomy affects in the age of patient, comorbidity, severity of anemia, and obesity. Allocation of risk and patient groups at increased risk for complications allows differentiated approach to their prevention.

Keywords: paracolostomy complication, alloplastic material, colostomy, rectal cancer

Актуальность

Публикации последних лет свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости колоректальным раком (КРР) в России. В структуре смертности от онкологических заболеваний в большинстве развитых стран, в том числе в России, КРР занимает 2-е место [1]. С совершенствованием техники оперирования и развитием механических аппаратов для формирования кишечных анастомозов вопрос лечения рака верхне- и среднеампулярного отделов однозначно решен в пользу сфинктеросохраняющих операций. Однако при локализации опухоли в нижеампулярном отделе основным оперативным вмешательством остается брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) органа с формированием постоянной колостомы [1, 2]. Основная доля (до 50 %) летальных исходов при данном заболевании приходится на лиц старческого возраста. Наличие у таких больных сопутствующих заболеваний, а также возрастная астенизация являются основными прогностическими факторами возникновения параколостомических осложнений, что неблагоприятно влияет на исход хирургического вмешательства.

Цель настоящего исследования — поиск оптимального способа наложения концевой колостомы у больных КРР после БПЭ прямой кишки.

Материал и методы

Материал и методы основываются на ретроспективных анализах результатов хирургического лечения 151 больного раком нижеампулярного отдела прямой кишки. У всех пациентов состояние осложнялось сопутствующими соматическими заболеваниями и избыточной массой тела (ИМТ > 25 кг/м²). Больные находились на лечении в ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Татарстан (РКОД МЗ РТ) (г. Казань) с 2005 по 2012 г. Всем больным выполнено оперативное лечение в объеме БПЭ прямой кишки с формированием постоянной концевой колостомы. Из данной группы в исследование были отобраны пациенты, которые соответствовали следующим критериям включения:

- гистологический подтвержденный рак нижеампулярного отдела прямой кишки;
- возраст ≥ 45 лет;
- возможность проведения планового оперативного вмешательства с предоперационной лучевой терапией (ЛТ);
- сопутствующие заболевания (хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, сахарный диабет, ожирение и т. д.).

На основании данных предоперационного обследования с помощью модифицированной британской шкалы для колоректальных операций (CR – POSSUM) [3] для каждого пациента был рассчитан показатель прогнозируемой послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений. Данная шкала учитывает влияние 6 физиологических (возраст, наличие сердечной недостаточности, систолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений, уровень гемоглобина и уровень мочевины в плазме крови) и 4 хирургических (объем операции, наличие инфекционных процессов в брюшной полости, стадия КРР, срочность хирургического вмешательства) параметров на течение периоперационного периода. Осложнения были разделены на хирургические и нехирургические. Хирургическими считали несостоятельность колостомических швов, кровотечение, нагноение в параколостомической области, эвентрация, пролапс стомы. К нехирургическим относили развитие органных дисфункций.

Нашу группу из 151 больного составили 64 (42,38 %) мужчины и 87 (57,61 %) женщин.

Для выявления зависимости частоты послеоперационных осложнений от возраста все оперированные больные разделены на следующие группы (табл. 1).

Таблица 1. Распределение пациентов с раком прямой кишки по возрастным группам и половой принадлежности согласно классификации Всемирной организации здравоохранения

Пол/ возраст (лет)	до 45 (молодой)	45–59 (средний)	60–74 (пожи- лой)	75 и более (старчес- кий)	Всего
Мужской	4	12	30	18	64
Женский	1	21	41	24	87
Итого	5	33	71	42	151 (100 %)

У 111 (73,51 %) пациентов на момент постановки диагноза КРР имелись сопутствующие заболевания (табл. 2). Из них 21 (13,90 %) больной ранее не получал патогенетической обоснованной терапии и в дооперационном периоде им проводилась корригирующая медикаментозная терапия. Из 19 (12,58 %) больных, поступивших в стационар с анемией различной степени выраженности, 9 (5,96 %) в предоперационном периоде потребовалась гемотрансфузия. Противоязвенную терапию с учетом эндоскопических признаков у 3 (1,9 %) пациентов проводили в дооперационном периоде.

Из 151 больного 144 (95,36 %) получили предоперационную ЛТ (из них 32 больных – дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 2 Гр до суммарной очаговой дозы (СОД) 38–42 Гр; и 112 пациентов – среднефракционную дистанционную гамма-терапию в ра-

Таблица 2. Основные сопутствующие заболевания

Сопутствующее заболевание	Число пациентов	%
Ишемическая болезнь сердца	128	84,76
Сахарный диабет	9	5,96
Заболевания сосудов нижних конечностей	21	13,91
Хронический обструктивный бронхит	41	65,81
Заболевания центральной нервной системы	6	3,97
Артериальная гипертензия	44	29,13
Анемия	19	12,58
Язвенная болезнь желудка и двенадцати- перстной кишки	3	1,98

зовой дозе 5 Гр до СОД 25 Гр). У остальных пациентов имелись противопоказания для проведения ЛТ: наличие распадающейся опухоли, кровотечение из опухоли и острая кишечная непроходимость.

У 80 (52,98 %) больных была II стадия опухолевого процесса (T3–4N0–3M0), у 47 (31,12 %) – III стадия (T1–4N1–3M0). Больных с I стадией (T1–2N0M0) было 18 (11,9 %) пациентов и с IV стадией (T1–4N0–3M1) – 6 (3,97 %).

По морфологическому строению опухоли преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки у 120 (79 %) больных. Недифференцированный рак выявлен у 29 (19,2 %) больных. Меланома прямой кишки у 2 (1,3 %) пациентов.

Нами выполнено 44 (29,13 %) комбинированные операции (табл. 3).

Таблица 3. Наименования комбинированных операций

Название операции	Кол-во
Экстирпация матки с придатками	10
Удаление метастазов в печени	3
Резекция передней брюшной стенки	6
Экстирпация влагалища	6
Резекция семенных пузырьков	4
Резекция предстательной железы	14
Резекция мочевого пузыря	1
Итого	44

В соответствии с применявшимися в клинике методами формирования концевой колостомы за анализируемый 7-летний период, который в целом отражает поиски путей оптимизации способов создания и профилактики осложнений искусственного заднего

прохода, нами были выделены 2 группы больных, правомерность сравнения которых была подтверждена их сопоставлением по целому ряду наиболее важных параметров.

В 1-ю группу (контрольную) включен 101 больной, которым после БПЭ прямой кишки накладывали колостому классическим способом по общепринятой методике, которая заключается в послойном подшивании выводимой кишки к передней брюшной стенке.

Во 2-ю группу (основную) включено 50 пациентов, которым на конечном этапе операции была сформирована колостома с использованием аллопластического материала.

Методика предполагаемого способа наложения колостомы («Способ концевой колостомии», патент на изобретение № 2011150016/14 (075110) от 06.09.2012) состоит в следующем. После выполнения основного этапа БПЭ прямой кишки в левой подвздошной области живота формируем тоннель для выведения стомы. Мобилизованный участок ободочной кишки выводим через тоннель. Далее со стороны брюшной полости отдельными швами к стоме подшиваем полипропиленовую сетку «Пролен», создавая манжетку на внутрибрюшной части выведенной кишки. Полоски сетки фиксируем узловыми швами по окружности колостомической раны к париетальной брюшине со стороны брюшной полости. Противопоказанием к применению данного способа колостомии является наличие инфицированного выпота в брюшной полости.

Результаты

Ранние послеоперационные осложнения в области концевой колостомы у больных контрольной группы наблюдались в 19 (18,81 %) случаях (табл. 4).

Как видно из табл. 4, в контрольной группе наиболее грозными из них явились заворот тонкой кишки вокруг выведенной стомы (1 пациент), ретракция стомы (2 пациента), некроз стенки выведенной кишки (2 пациента) и перфорация стенки кишки (1 пациент). Все эти осложнения потребовали повторного оперативного лечения, летальных исходов не было.

В основной группе в ранние сроки общее количество параколостомических осложнений составило 7 (14 %), они не были связаны с предложенной методикой наложения колостомы. Различия в частоте развития ранних послеоперационных осложнений между исследуемыми группами были статистически недостоверны.

При изучении отдаленных результатов контрольной группы было отмечено возникновение 14 (13,86 %) осложнений в области колостомы у 101 оперированного больного, прослеженные в сроки от 3 мес до 5 лет после радикального вмешательства. Как видно из табл. 5, наибольший удельный вес в структуре осложнений после выписки имели следующие осложне-

Таблица 4. Ранние параколостомические осложнения

Ранние осложнения	Контрольная группа (n=101)		Основная группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Некроз стенки выведенной кишки	2	1,9	0	0
Околостомные дерматиты	4	3,9	3	6
Параколостомические абсцессы	2	1,9	1	2
Лигатурные свищи	3	2,9	2	4
Ретракция стомы	2	1,9	0	0
Заворот вокруг стомы	1	0,9	0	0
Перфорация колостомы	1	0,9	0	0
Кровотечение из колостомы	3	2,9	2	4
Эвентрация	1	0,9	0	0
Итого	19	18,81	7	14

ния: параколостомические грыжи — 7 (6,9 %), выпадение кишки (пролапс) — 4 (3,9 %).

В основной группе поздних осложнений не наблюдали.

Таблица 5. Поздние параколостомические осложнения

Поздние осложнения	Контрольная группа		Основная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Параколостомические грыжи	7	6,9	0	—
Стриктуры колостомы	1	0,9	0	—
Выпадение стомы	4	3,9	0	—
Параколостомические свищи	1	0,9	0	—
Итого	14	13,86	0	—

В качестве иллюстрации приводим клинический пример. **Больной Н., 64 лет, поступил в РКВД МЗ РТ с диагнозом рак нижеампулярного отдела прямой кишки. При фиброколоноскопии опухоль прямой кишки, нижний полюс которой находится на расстоянии 3 см от анального жома, опухоль циркулярно поражает кишку. Морфология — умеренно дифференцированная аденокарцинома. После проведения предоперационной ЛТ больному проведена операция «экстирпация прямой**

кишки» с формированием постоянной колостомы традиционным методом. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном осмотре через 6 мес больного выявлена параколостомическая грыжа больших размеров. Данное осложнение потребовало повторного оперативного вмешательства.

В основной группе в раннем послеоперационном периоде гнойно-воспалительные параколостомические осложнения имели место у 3 (6 %) больных, причем в 2 случаях они не имели связи с аллопластическим материалом, процесс локализовался в пределах подкожно-жировой клетчатки. У 1 пациента потребовалась пункция серомы под ультразвуковым контролем. Все эти осложнения были связаны с освоением методики. При контрольных обследованиях в отдаленные сроки специфических параколостомических осложнений не отмечено.

Обсуждение

Применение разработанного способа колостомии привело не только к существенному улучшению непосредственных результатов лечения, но и к достоверному сокращению числа ранних и поздних параколостомических осложнений по сравнению с традиционными методами. Это создает реальные предпосылки для полноценной реабилитации радикально оперированных больных раком прямой кишки у больных с сопутствующими заболеваниями и избыточной массой тела.

Все вышеизложенное дает основание считать разработанную методику и технику формирования постоянной колостомы методом выбора при выполнении радикальных хирургических вмешательств по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2011; 22:3(85) (прил. 1).

2. Beart R.W., Steele G.D. Jr, Menck H.R. et al. Management and survival of patients with adenocarcinoma of the colon and rectum: a national survey of the Commission on Cancer. J Am Coll Surg 99;181(3):225–36.

3. Bromage S.J., Cunliffe W.J. Validation of the CR-POSSUM risk-adjusted scoring system for major colorectal cancer surgery in single center. Dis Colon Rectum 2007;50(2):192–6.