

© В.И.Помазкин, 2010
УДК 616.345-006-007.271-089.168

В.И.Помазкин

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главврач — Ф.И.Бадаев)
Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

Ключевые слова: кишечная непроходимость, качество жизни, операция Гартмана.

Введение. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость, требующая неотложного оперативного лечения, остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Это связано с неуклонным ростом числа злокачественных заболеваний толстой кишки, являющихся доминирующей причиной этого ургентного состояния, а также отсутствием единых взглядов в вопросах хирургической тактики [2, 5]. Особенно большие противоречия касаются определения объема и вида оперативного вмешательства при острой непроходимости левой половины толстой кишки.

Несмотря на публикации об успешном использовании одноэтапных радикальных первично-восстановительных операций при обтурационной толстокишечной непроходимости, наибольшее число сторонников имеет оперативное лечение, проводимое в несколько этапов.

Наиболее широкое распространение получила тактика, при которой в качестве первого этапа применяются операция Гартмана и ликвидация одноствольной колостомы в последующем [1, 5]. Одним из вариантов двухэтапного лечения при исключении некротических изменений толстой кишки и перитонита является формирование на первом этапе разгрузочной колостомы, а на втором — радикального вмешательства с удалением опухоли и ликвидацией стомы [4, 8].

В последнее время для доказательства преимуществ того или иного метода лечения, помимо количественных показателей (летальность, число послеоперационных осложнений, выживаемость больных), используются качественные критерии, одним из которых является оценка качества жизни пациентов [3]. Целью работы было исследование влияния тактики оперативного лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результа-

Характеристика групп пациентов, включенных в исследование

Параметры	Основная группа (n=120, %)	Контрольная группа (n=182, %)
Возраст, лет	67,9±7,1	64,4±6,3
Соотношение мужчины/женщины	53/67	81/101
Локализация стенозирующей раковой опухоли:		
прямая кишка	20 (16,7)	24 (13,2)
сигмовидная кишка	51 (42,5)	88 (48,4)
нисходящий отдел ободочной кишки	25 (20,8)	36 (19,8)
поперечная ободочная кишка	24 (20,0)	34 (18,6)
Стадия первичного процесса:		
T2–3N0M0	42 (35)	94 (51,7)
T2–3N1M0	48 (40)	61 (33,5)
T4N0M0	8 (6,7)	7 (3,8)
T4N1M0	7 (5,8)	3 (1,6)
T2–4N0–1M1	15 (12,5)	17 (9,4)

ты, отдаленную выживаемость и качество жизни больных.

Материал и методы. С 2003 г. в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга внедрена тактика двухэтапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости в декомпенсированной стадии. При ней на первом этапе, при исключении некротических изменений толстой кишки и перитонита, производили формирование петлевой двустольной колостомы проксимальнее уровня обструкции. После ликвидации явлений непроходимости и нарушений организма, вызванных ее наличием, на втором этапе лечения осуществляли резекцию толстой кишки вместе с опухолью и стомированным участком с одномоментным восстановлением целостности кишечного тракта. Такая тактика применена у 120 больных, вошедших в основную группу. Средний возраст пациентов составил $(67,9 \pm 7,1)$ года. Мужчин было 53, женщин — 67. Локализация стенозирующей опухоли и распределение по стадиям опухолевого процесса представлены в таблице.

В качестве контрольной использовалась группа пациентов, оперированных по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости без явлений перитонита, с выполнением на первом этапе операции Гартмана в стационарах общехирургического профиля, а на втором — восстановительного вмешательства с ликвидацией колостомы в отделении колопроктологии. В нее вошли 182 больных. Средний возраст пациентов составил $(64,4 \pm 6,3)$ года. Мужчин было 81, женщин — 101. Распределение по локализации опухолевого процесса и стадии в этой группе показаны в таблице.

Оценку качества жизни производили у 40 пациентов основной группы и у 45 больных контрольной группы, сравнимых по возрасту, половому составу, стадии заболевания, без внутрибрюшных и парастомальных осложнений, а также необходимости расширенного объема вмешательства из-за местного распространения опухоли. Оценку качества жизни производили через 3 мес от момента первичной операции, закончившейся формированием стомы, затем через 6 мес (перед восстановительным лечением с ликвидацией стомы у пациентов контрольной группы) и через 12 мес. В качестве инструмента оценки качества жизни использовали опросник MOS-SF 36, предназначенный для измерения общего состояния здоровья, а именно тех его составляющих, которые не являются специфичными для определенных заболеваний или программ лечения [7].

Трехлетнюю выживаемость больных определяли только у пациентов с радикальной операцией с отсутствием на ее момент отдаленных метастазов. Для оценки статистической значимости различий между полученными показателями использовали критерии Стьюдента и χ^2 .

Результаты и обсуждение. Летальность в основной группе больных на этапе формирования стомы составила 1,6% (2 больных). При выполнении второго этапа радикальной операции летальных исходов не было. Раневые инфекционные осложнения в общей сложности зафиксированы у 9 (7,5%) пациентов, внутрибрюшные осложнения отсутствовали. Удаление опухоли с ликвидацией стомы выполнено у 116 (96,7%) больных, из них у 11 пациентов при наличии метастазов в печени или легких выполняли паллиативную резекцию толстой кишки.

У 3 больных второй этап лечения признан нецелесообразным вследствие выявленного распространенного канцероматоза брюшины. Один из пациентов отказался от радикальной операции. Средний срок между формированием стомы и ее ликвидацией в основной группе составил $(18,3 \pm 2,4)$ дня.

Летальность в контрольной группе при выполнении операции Гартмана на первом этапе лечения была существенно больше, чем в основной, составляя 9,9% (18 больных) ($p < 0,01$). У 14 (7,7%) пациентов первый этап лечения сопровождался гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные раневые осложнения отмечались у 39 (21,5%) больных, значительно превышая их число в основной группе ($p < 0,01$).

Восстановительная операция с ликвидацией стомы в контрольной группе была выполнена у 152 (83,5%) больных. Причиной отказа от восстановительного этапа у 15 пациентов было прогрессирование опухолевого процесса, у 2 — восстановительная операция признана нецелесообразной ввиду сопутствующей патологии, и у 13 больных причиной было нежелание самих пациентов. В среднем интервал между операциями был равен $(196,3 \pm 33,6)$ дня. Летальность при восстановительных операциях составила 1,3% (2 больных). У всех пациентов на этом этапе был спаечный процесс брюшной полости, причем у 27 (17,8%) из них отмечено тотальное ее заращение, что вызывало технические трудности.

Через 3 мес после первичной операции, закончившейся формированием колостомы, но с восстановленной к этому периоду целостностью кишечного тракта у больных основной группы, показатели качества жизни в ней значительно превышали подобные показатели в контрольной группе (рисунок, а). Особенно это отмечалось в шкалах PF (75,3 и 59,1 балла соответственно), RF (60,7 и 40,2), SF (73,1 и 58,3), EF (85,4 и 42,2) и MN (76,7 и 51,4 балла) ($p < 0,05$).

Через 6 мес после первичного вмешательства, но до момента восстановительной операции у больных контрольной группы, сохранялась та же тенденция. Объективные данные качества жизни были значительно лучше в основной группе (рисунок, б). Особенно значимые различия отмечались в шкалах, оценивающих психологическое благополучие: RF (75,4 и 45,2 балла), VT (81,8 и 60,6 балла), EF (90,3 и 51,2 балла), MN (83,3 и 60,1 балла соответственно) ($p < 0,05$). Через 12 мес значимых различий в показателях качества жизни между группами не отмечалось.

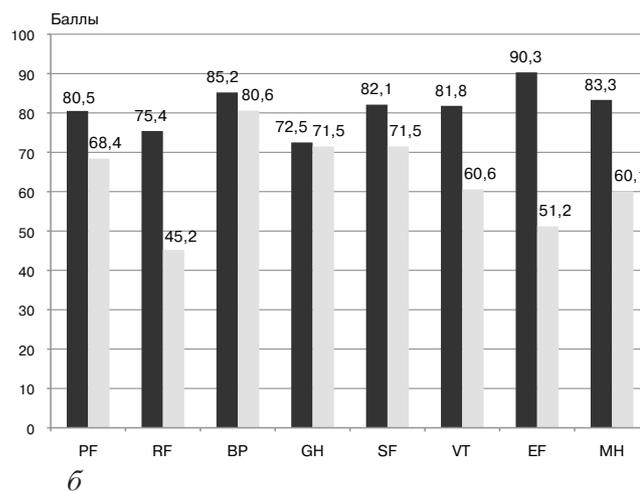
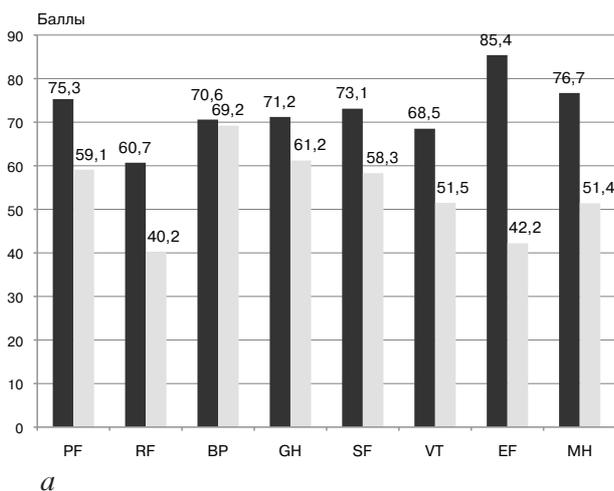
Трехлетняя выживаемость в основной группе при стадии опухоли T2–3N0M0 составила в основной группе 87,6%, в контрольной группе она была меньшей, составляя 68,7% ($p<0,05$). При стадии T2–3N1M0 выживаемость соответственно была 78,6 и 55,4% ($p<0,05$). Учитывая относительно небольшие сроки проведения данного исследования и небольшое число больных, более отдаленные результаты продолжают накапливаться, и в подробной форме они будут представлены нами в дальнейшем. Следует отметить, что уже на этапе восстановительного лечения после операции Гартмана ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 16 (10,5%) из 152 больных. У 6 (3,9%) пациентов при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфатические узлы с метастатическим поражением. В целом, по нашему мнению, признаки нерадикальности первичной операции с неполноценно удаленной зоной лимфооттока были обнаружены у 38 (25%) больных.

Преимущества изменения тактики двухэтапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости с формированием декомпрессионной стомы на первом этапе для уменьшения послеоперационной летальности и снижения частоты послеоперационных осложнений уже были продемонстрированы в некоторых исследованиях [4, 8] и подтверждены в нашей работе. Большим недостатком традиционной тактики является сложность восстановительного вмешательства после операции Гартмана, что нередко приводит к неблагоприятным исходам. Кроме того, достаточ-

но большая часть пациентов после формирования одностольной колостомы, по тем или иным причинам, остаются без восстановительного этапа оперативного лечения. При этом стома, первоначально планируемая как временная, превращается в постоянную [6], что подтверждается и нашими данными.

На современном этапе развития медицины достаточно веским аргументом в пользу выбора того или иного варианта лечения является оценка качества жизни пациентов [3]. В нашем исследовании мы проводили сравнение качества жизни групп больных, не имеющих послеоперационных осложнений и при традиционном подходе сравнения результатов, не имеющих различий. Однако с позиций оценки качества жизни самими пациентами разница результатов лечения была весьма существенной. Временная кишечная стома отрицательно влияет на повседневную деятельность. Через 3 мес после первичной стомирующей операции в основной группе больных, несмотря на то, что к этому времени эти пациенты перенесли два оперативных вмешательства, показатели как физического благополучия, так и психоэмоционального состояния были лучше, чем у больных после операции Гартмана. Через 6 мес, когда можно было ожидать адаптации к жизненным условиям пациентов после операции Гартмана, значительного улучшения качества их жизни не происходило.

Наконец, традиционным аргументом в пользу операции Гартмана в качестве первого этапа лечения обтурационной толстокишечной непроходимости является отсутствие задержки



■ Основная группа □ Контрольная группа

Качество жизни после стомирующей операции.

а — через 3 мес; б — через 6 мес (перед восстановительным этапом лечения в контрольной группе). PF — физическое функционирование; RF — ролевое функционирование; BP — телесная боль; GH — общее здоровье; SF — социальное функционирование; VT — жизнеспособность; EF — эмоциональное функционирование; MH — психическое здоровье.

радикального лечения опухоли. Однако, по нашим данным, выживаемость пациентов оказалась выше в группе больных с отсроченной радикальной операцией. Мы связываем этот факт с возможностью проведения адекватного объема оперативного вмешательства в условиях специализированного стационара при полноценном определении степени распространности процесса, выявлении сопутствующих патологических изменений толстой кишки, компенсации нарушений организма, вызванных непроходимостью, коррекции соматической патологии. Значительное улучшение результатов лечения колоректального рака при специализации хирургов и увеличении опыта работы учреждения доказано во многих исследованиях [9, 10].

Вывод. Двухэтапная тактика лечения острой обтурационной толстокишечной опухолью непроходимости при исключении перитонита с формированием декомпрессивной колостомы на первом этапе, и резекции толстой кишки с удалением опухоли и одномоментной ликвидацией стомы на втором позволяет уменьшить послеоперационную летальность и частоту осложнений, улучшить отдаленную выживаемость больных и повысить качество их жизни за счет значительно сокращения сроков существования временной колостомы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Буянов В.М., Маскин С.С. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости // *Анналы хир.*—1999.— № 2.—С. 23–31.
2. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость.—СПб.: Питер, 1999.—448 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.—2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.—М.: ЗАО «ОЛМА Медиа групп», 2007.—320 с.
4. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость.—М.: Профиль, 2005.—224 с.
5. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Абдулаев М.А. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью.—СПб.: АООТ «НПО ЦКТИ», 1997.—155 с.
6. Belmonte C., Klas J.V., Perez J. et al. The Hartmann procedure // *Arch. Surg.*—1996.—Vol. 131.—P. 612–615.
7. McHorney C.A., Ware J.E., Raczek A.E. The MOS-36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs // *Med. Care.*—1993.—Vol. 31.—P. 247–263.
8. Perrier G., Peillon C., Liberge N. et al. Cecostomy is a useful surgical procedure: study of 113 colonic obstructions caused by cancer // *Dis. Colon Rectum.*—2000.—Vol. 43.—P. 50–54.
9. Rogers S., Wolf R., Zaslavsky A. et al. Relation of surgeon and hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery // *Ann.Surg.*—2006.—Vol. 244.—P. 1003–1011.
10. Schrag D., Panageas K., Riedel E. et al. Surgeon volume compared to hospital volume as a predictor of outcome following primary colon cancer resection // *J. Surg. Oncol.*—2003.—Vol. 83.—P. 68–78.

Поступила в редакцию 13.11.2009 г.

V.I.Pomazkin

THE INFLUENCE OF STRATEGY OF TREATMENT OF OBSTRUCTION COLONIC TUMOR OBSTRUCTION ON SHORT-TERM RESULTS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

The results of treatment of 120 patients with colonic tumor obstruction, included in the main group, with the formation at the first stage of decompressive double-barrel colostomy were analyzed as well as resection of the colon with ablation of the tumor and simultaneous liquidation of the stoma on the second stage. The overall postoperative lethality was 1.6%. Operations of the second stage were made in 96.7% of the patients. The interval between operations was 18.3 days. The control group consisted of 182 patients with Hartmann operations fulfilled at the first stage and liquidation of the double-barrel colostomy at the second stage. Postoperative lethality was 9.9%. Restorative operation was made in 83.5% of patients. The average term of colostomy was 196.3 days. A comparative assessment of quality of life of the patients fulfilled with the MOS SF-36 questionnaire demonstrated better results in the main group of the patients.