

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ РАКОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Проведен ретроспективный анализ лечения 287 больных с острой обтурационной непроходимостью толстой кишки, находившихся на лечении в клинике хирургии пищевода, желудка и кишечника с 1990 по 2007 г., из них 93 пациентов с непроходимостью правой половины толстой кишки, 194 — его левой половины в возрасте от 32 до 81 года (средний возраст — $59,8 \pm 8,3$ года). Предложено и внедрено комплексную программу лечения больных, которая предполагает патогенетически обоснованный подход к выбору методов лечения с учетом состояния эндотоксикоза. Благодаря применению комплекса технических приемов открыты новые возможности к выполнению первичных радикальных и первичных восстановительных оперативных вмешательств, существенно улучшены результаты лечения больных и качество их жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Выбор метода лечения пациентов с острой обтурационной непроходимостью толстой кишки (ОНТК) ракового генеза остается сложной и актуальной проблемой неотложной хирургии, о чем свидетельствуют показатели послеоперационной летальности, достигающие 23–57,2%, и 5-летней выживаемости — 28–33% [5, 7].

Хирургическое лечение больных ОНТК с низким операционным риском возможно только в 3% случаев. Кровотечения, перфорации и эндогенная интоксикация, даже после устранения непроходимости, могут привести к росту летальности до 14–47%. В специализированных хирургических центрах, где разработаны и применяются современные протоколы лечения, уровень летальности удается снизить до 10–20% [1, 3, 5, 11, 12]. Все же, одним из нерешенных вопросов остается оценка степени операционного риска, определяющая радикальность оперативного вмешательства и способ его завершения. Традиционные вмешательства — операция Гартмана, являющаяся альтернативой классической методике Цейдлера — Шлоффера — операции, наиболее часто применяемые в неотложной хирургии [12, 15, 16]. В то же время у 25–50% больных выполнить заключительный, восстановительный этап оперативного лечения не удается из-за прогрессирования раковой интоксикации либо их нежелания подвергаться дополнительному операционному риску. Трехэтапное лечение

связано с более длительной терапией в стационаре и худшим отдаленным прогнозом [8, 9, 11, 12].

В последние годы вновь возрос интерес к многоэтапным вмешательствам по поводу ОНТК. Это связано с внедрением в клиническую практику видеолaparоскопических технологий, позволяющих осуществить первичную декомпрессию толстой кишки с использованием миниинвазивных вмешательств. Временная коло- или илеостомия рассматривается как необходимый и целесообразный этап операции для снижения частоты осложнений при ОНТК [2, 3]. После устранения непроходимости кишечника и коррекции метаболических нарушений выполняется радикальная операция. Хотя при таком вмешательстве сокращаются сроки между первым и вторым этапами по сравнению с классической операцией Цейдлера — Шлоффера, его недостатком является наличие осложнений, присущих временной кишечной стоме [4, 6, 17].

В то же время каждая хирургическая клиника, оценивая свои возможности, нуждается в рациональной оценке операционного риска как одного из способов определения индивидуализированной тактики лечения больных ОНТК. Одним из наиболее важных вопросов этой проблемы являются «онкологическая радикальность», а также возможность выполнения первичной восстановительной операции, что можно достичь лишь благодаря использованию специальных тактических и технических решений [15–17].

Л.С. Белянский, И.М. Тодуров,
А.В. Перехрестенко

Адрес:
Белянский Леонид Семенович
03680, Киев, ул. Героев Севастополя, 30

Ключевые слова: острая обтурационная непроходимость, лаваж кишечника, эндотоксикоз, комплексная программа лечения.

Цель работы — улучшение результатов лечения больных ОНТК с помощью патогенетически обоснованных принципов и методик, позволяющих завершить оперативное вмешательство выполнением первичной радикальной и первичной восстановительной операции.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ лечения 287 больных ОНТК, находившихся в клинике хирургии пищевода, желудка и кишечника с 1990 по 2007 г., из них 93 больных непроходимостью правой половины толстой кишки, 194 — его левой половины в возрасте от 32 до 81 года (средний возраст — $59,8 \pm 8,3$ года). Из 93 больных острой непроходимостью правой половины толстой и поперечно-ободочной кишки, составивших 1-ю группу, радикальные вмешательства были выполнены у 74 (79,6%).

В зависимости от программы лечения, направленной на устранение и профилактику развития эндотоксикоза в ходе оперативного вмешательства и в ранний послеоперационный период, больных распределили на две подгруппы.

У 45 пациентов, составивших подгруппу 1 а, она включала интубацию тонкой кишки, аспирацию ее содержимого и выполнение радикальной операции. После формирования первичного анастомоза создавались условия для пассивного оттока или аспирации кишечного содержимого из зонда на протяжении 4–5 сут. С 6-х суток больным разрешалось пить. С 7-х суток зонд перекрывали, разрешали употребление жидкой пищи. В случаях дискомфорта и вздутия зонд временно открывали для пассивного стока или активной аспирации. На 10-е сутки зонд удаляли.

У 39 больных, составивших подгруппу 1 б, выполняли комплексную программу (КП) лечения, которая включала: проксимальную интубацию тонкой кишки до 5 см от связки Трейтца, ее декомпрессию, интраоперационный лаваж (ИЛК) тонкой кишки корригирующим солевым раствором (состав: NaCl — 72,0 г, KCl — 61,0 г, NaHCO₃ — 5,6 г, H₂O — 10,0 л), темпом введения 0,1–0,2 л/мин, 8–15 л раствора.

В ходе выполнения операции у всех больных проводили селективную деконтаминацию кишечника (СДК) по схеме: гентамицин (3 мг/кг массы тела на 1 введение), или полимиксин (500 мг на 1 введение), или тобрамицин (3 мг/кг/сут), или норфлоксацин (800 мг/сут), метронидазол (1,5 г/сут, то есть 100 мл стандартного раствора на 1 введение) и нистатин (1–3 г/на 1 введение) в просвет кишки. Деконтаминация кишечника не исключала проведения системной антибиотикопрофилактики или антибиотикотерапии.

В послеоперационный период продолжалась внутрикишечная терапия, включавшая препараты для СДК с добавлением: 100 мл 1% раствора глутаминовой кислоты и 1 г порошка сукральфата. Таким образом, объем раствора составлял 200 мл. Он вводился в течение 2 ч со скоростью 100 мл/ч, после чего создавалась экспозиция с закрытым зондом на протяжении 3 ч. В течение следующих 3 ч зонд открывали для свободного стока кишечного содержимого. Длительность цикла составляла 8 ч, всего проводилось 3 цикла в сутки.

Начиная с 4-х суток после операции проводили энтеральное зондовое питание расщепленными пептидами, а затем полноценными сбалансированными смесями на протяжении 2–3 сут.

Из 73 больных раковой непроходимостью правой половины толстой кишки радикальная операция, а именно правосторонняя гемиколэктомия (ПГКЭ) была выполнена у 58 (79,5%) лиц. У 15 (20,5%) пациентов выполнены паллиативные оперативные вмешательства.

У 5 больных подгруппы 1 а операция закончилась формированием одностольной энтеростомы.

У 3 больных подгруппы 1 б опухолью непроходимостью правой половины толстой кишки на фоне перитонита была выполнена ПГКЭ с формированием межкишечного анастомоза на приводящей тонкой кишке, выведенной в виде одностольной стомы.

В структуре изучаемых больных ОНТК у 194 пациентов отмечалась непроходимость ее левой половины ракового генеза. Радикальные оперативные вмешательства при раке выполнены у 165 (85,1%), паллиативные — у 29 (14,9%). Структура радикальных оперативных вмешательств такова: левосторонняя гемиколэктомия — у 48, резекция сигмовидной кишки — у 39, передняя резекция прямой кишки — у 34, операция Гартмана — у 42, субтотальная колэктомия — у 2 больных.

Проведение первичных радикальных и первичных восстановительных оперативных вмешательств стало возможным после освоения техники ИЛК. В период освоения методик использовали технику Н.А.Ф. Dudley, А.Г. Radcliffe, D. Mc Geehan (1980) [13]. Ее применение позволило видоизменить подходы к выполнению первично-радикальных и первично-восстановительных вмешательств при опухолях левой половины толстой кишки, особенно ректосигмоидного отдела.

Промывание просвета толстой кишки начинали после частичной мобилизации сигмовидной. Полная очистка толстой кишки позволяла выполнить мобилизацию, с полным удалением окологидротической клетчатки, после чего прямую кишку пересекали ниже опухоли. Радикальности удаления опухоли

удавалось достичь обширной мобилизацией левой половины толстой кишки.

Аналогичную методику использовали у 2 больных при выполнении субтотальной колэктомии. Этим же приемом удавалось достичь максимального удаления кишки при декомпенсированных формах непроходимости левой половины толстой кишки, в условиях выраженной дилатации ее супрастенотического отдела. В таких случаях возникала проблема формирования первичного анастомоза, исключая даже незначительное натяжение сшиваемых фрагментов кишки. В связи с этим у 7 больных нами применялась техника проведения проксимального фрагмента толстой кишки через брыжейку тонкой.

У 23 больных при формировании колоректального анастомоза использовали механический шов с помощью циркулярного шователя.

В зависимости от программы лечения 165 больных, составивших 2-ю группу, были распределены на две подгруппы — 2 а и 2 б. Подгруппу 2 а составили 46 больных, лечившихся по традиционной программе двухэтапных оперативных вмешательств. Из них у 37 (80,4%) выполнили операцию Гартмана. Только у 9 больных этой подгруппы (19,6%, или 5,5% в группе) выполнили первично-восстановительные оперативные вмешательства. У 20 (54,1%) больных из 37 была выполнена операция Гартмана с удалением первичной опухоли. Радикальный этап операции выполнялся в сроки $37,6 \pm 9,2$ дня.

Подгруппу 2 б составили 129 больных. Из них у 124 (96,1%, или 70,9% в группе) была выполнена первично-восстановительная операция, у 5 (3,9%) — операция Гартмана. При этом у 60 больных при выполнении оперативного вмешательства использовали только ИЛК, у 69 — КП лечения.

При выполнении оперативных вмешательств на фоне локального перитонита, угрозе несостоятельности швов анастомоза, в том числе у лиц пожилого возраста, у 17 больных с опухолью левой половины толстой кишки выполнено формирование превентивной «двустольной» модифицированной колостомы с гипертрофированной «шпорой».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Осложнения после оперативных вмешательств по поводу непроходимости правой половины толстой кишки при использовании КП лечения отмечались в 5 раз реже в сравнении с традиционной программой (ТП). При этом летальность снижалась в 1,8 раза.

Средние сроки восстановления активной перистальтики в группе больных, получавших ТП лечения, в сравнении с КП, составили $6,3 \pm 1,5$ сут против

3,1±1,2 сут. Время восстановления состава кишечной флоры составило 10,3±2,4 сут против 8,2±1,6 сут, а длительность пребывания в стационаре — 21,2±4,6 дня против 12,2±3,4 дня.

При использовании КП лечения или ИЛК при непроходимости левой половины толстой кишки у 124 (96,1%) больных из 129 выполнена первично-радикальная и первично-восстановительная операция. Лечение 46 больных по ТП предусматривало выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. Лишь у 9 (19,6%) больных этой подгруппы выполнены первично-восстановительные оперативные вмешательства.

При анализе осложнений установлено, что при проведении ИЛК с формированием первичного анастомоза частота развития осложнений была в 1,6 раза, а лечившихся по схеме КП в 2,2 раза реже в сравнении с больными, получавшими ТП лечения.

Средние сроки восстановления активной перистальтики в группе больных, получавших ТП лечения, составили 7,6±1,3 дня против 5,1±0,8 дня при использовании ИЛК и 4,2±0,5 сут при КП. Время восстановления состава кишечной флоры составило 14,2±2,8 сут против 9,4±1,2 и 8,3±0,7 сут соответственно. Длительность пребывания в стационаре при использовании ТП, с учетом сроков выполнения восстановительной колопластики, составляла 63,3±3,2 дня против 19,4±2,3 и 13,5±1,2 дня соответственно.

Анализ причин, приводивших к тяжелым осложнениям, и в ряде случаев — к летальному исходу больных ОНТК, позволил прийти к заключению, что при использовании ТП лечения сохраняется пусковой механизм развития местной и системной воспалительных реакций, что способствует разрушению защитных элементов слизистого кишечного барьера, повышенной кишечной проницаемости.

Большинство хирургов стремятся выполнять радикальные и одномоментные вмешательства при ОНТК. Трехэтапные операции Цейдлера (1898) — Шлоффера (1903) в течение многих лет были стандартом в лечении ОНТК. Сторонники трехэтапных операций считают, что наложение кишечной стомы в качестве первого этапа — относительно легко выполнимое и малотравматичное вмешательство, являющееся методом выбора при ОНТК в стадии декомпенсации [15–18]. После наложения проксимальной колостомы резекцию опухоли во время первой госпитализации выполняют у 70–80% пациентов при продолжительности их лечения в стационаре в среднем 30–55 дней. К сожалению, у 25–50% больных не выполняют конечный этап операции из-за их неудовлетворительного состояния либо нежелания подвергаться дополнительному операционному риску. Большинство исследователей от-

мечают, что трехэтапное лечение связано с более длительным лечением в стационаре, худшим отдаленным прогнозом. Общая послеоперационная летальность при наличии опухоли, стенозирующей левую половину ободочной кишки, достигает 23–52% [15–20].

Операция Гартмана с меньшим суммарным показателем послеоперационной летальности — 14,5–47,1% является методом выбора при лечении осложненных форм опухолей левой половины ободочной кишки [10–12]. Для облегчения выполнения сложной реконструктивно-восстановительной операции, особенно при низкой локализации опухоли, предложено формирование Y-образных, или отсроченных анастомозов [10–12, 17–20].

В последние годы представляется актуальным поиск возможностей наложения первичных анастомозов в хирургическом лечении непроходимости толстой кишки. В 80-е годы XX в. при лечении больных с ОНТК опухолевого генеза предложена методика субтотальной колэктомии с наложением первичного илеосигмоанастомоза. При этом удаляют опухоль и токсичное содержимое кишечника без угрозы бактериального загрязнения брюшной полости. Широкое внедрение этого метода позволило снизить летальность до 5–13,8%, частоту несостоятельности швов анастомозов — с 20 до 3% [17–20]. Серьезными недостатками субтотальной колэктомии являются увеличение продолжительности оперативного вмешательства у тяжелобольных, повышенный риск возникновения спаечной непроходимости, высокая вероятность появления диареи и недержания кала [15, 17, 19]. Операцию обязательно должен выполнять высококвалифицированный хирург, имеющий специальную подготовку.

Новые возможности выполнения одномоментных операций появились с внедрением ИЛК. При его использовании частота несостоятельности швов кишечных анастомозов снизилась до 3,8–7,2%. По мнению большинства хирургов, использующих ИЛК в течение многих лет, тщательное и терпеливое его проведение нивелирует осложнения и показатели летальности, возникающие после операции Гартмана [13, 15–21].

Вариантом расширения возможностей формирования первичных анастомозов при ОНТК является использование превентивной колостомии [6, 19, 20].

Важнейшим компонентом интенсивной терапии больных, оперированных по поводу ОНТК, является раннее энтеральное зондовое питание, которое служит методом профилактики эндотоксикоза и бактериальной транслокации и в связи с этим реально влияет на результаты лечения больных, находящихся в критическом состоянии [14].

Накопленный в клинике опыт с использованием КП лечения пациентов с декомпенсированными формами ОНТК позволяет завершить оперативные вмешательства выполнением первичной радикальной и первичной восстановительной операции, что улучшает результаты лечения и качество жизни больных.

ВЫВОДЫ

1. Применение унифицированной программы лечения больных с декомпенсированными формами непроходимости правой половины толстой кишки, позволяет выполнить первично-радикальные вмешательства при раке правой половины толстой и поперечно-ободочной кишки у 79,5% пациентов, а первично-восстановительные — у 57,5%, позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений с 43 до 8,6%, а летальность — с 12,3 до 9,6%.

2. Использование комплексной программы лечения больных с декомпенсированными формами обтурационной непроходимости левой половины толстой кишки позволяет выполнить первично-радикальные операции у 96,1%, первично-восстановительные — у 86,3%, уменьшить число послеоперационных осложнений с 33,2 до 15,2%, снизить летальность с 9,3 до 5,9%, обеспечивает эффективную реабилитацию и улучшение качества жизни оперированных больных.

3. Применение разработанных принципов и методов лечения пациентов с острой непроходимостью толстой кишки, предложенных технических приемов: интраоперационной очистки тонкой и толстой кишки при декомпенсированных формах кишечной непроходимости, методов профилактики несостоятельности анастомоза и завершения оперативных вмешательств позволяет выполнить первично-восстановительные операции при перитоните и неуверенности в надежности анастомоза, уменьшить число послеоперационных осложнений при непроходимости правой половины толстой кишки в 5 раз, а левой — в 3 раза, показатели летальности в 1,8 и 1,2 раза соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. (1999) Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова, 3: 66–70.
2. Балтайтис Ю.В. (1990) Обширные резекции толстой кишки. Здоровья, Киев, 176 с.
3. Белый В.Я., Конев В.Г., Чернев В.Н. и др. (1997) Новые возможности лечения рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью, с применением лапароскопической видеотехники. В кн.: Новые технологии в хирургии. Под ред. В.И. Мамчица. Арт. График, Киев, с. 85–86.
4. Воробьев Г.И., Тотиков В.З. (1993) Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки. Хирургия, 5: 47–52.
5. Матвійчук Б.О. (2001) Детермінанти прогнозу у хворих на обструктивний рак ободочної кишки. Наук. вісн. Ужгород. ун-ту, серія «Медицина», вип. 14, с. 21–23.
6. Пойда А.И. (1993) Восстановительные операции на толстой кишке: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27. Киев, 394 с.

7. Фомін П.Д., Заплавський О.В., Беляев-Бельський О.Б. та ін. (2001) Результати оперативного лікування обтураційної товстокишкової непрохідності ракової природи. Наук. вісн. Ужгород. ун-ту, серія «Медицина», вип. 14, с. 49–51.

8. Шулушко А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. (2000) Субтотальна колектомія при обтураційній толстокишечній непрохідності онкологічного генеза. Хирургия, 2: 14–16.

9. Эктов В.Н. (1995) Клиническая классификация обтурационной толстокишечной непроходимости. Материалы конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». Нижний Новгород, с. 156–157.

10. Юхтин В.И. (1988) Хирургия ободочной кишки. Медицина, Москва, 320 с.

11. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Котиашвили В.Н. и др. (1994) Первичное восстановление непрерыв-

ности кишечника при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки. Хирургия, 10: 26–29.

12. Amsterdam E., Krispin M. (1985) Primary resection with colostomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. Am. J. Surg., 50(5): 558–560.

13. Dudley H.A.F., Radcliffe A.G., Mc Geehan D. (1980) Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br. G. Surg., 2: 80–81.

14. Daly J.M., Weintraub F.N., Shou J. et al. (1995) Enteral nutrition during multimodality therapy in upper gastrointestinal cancer patients. Ann. Surg., 221(4): 327–338.

15. Gebhardt C., Meyer W., Schultheis K.H. (1998) Differenzierte chirurgische Therapie des Dickdarmileus. Caduceus news. Jahrgang, 1: 1–4.

16. Gebhardt C., Shultheis K.H., Ott R. (1990) Chirurgische Differentialtherapie des Dickdarmileus. Zentr. bl. Chir., 115: 77–88.

17. Gullino D., Giordano O., Chione S. et al. (1999) The single-stage surgery of neoplastic colorectal occlusion: The experience of 133 cases. Minerva Chir., 54: 37–47.

18. Maxwell R.A., Fabian T.C. (2003) Current management of colon trauma World J. Surg., 27: 632–639.

19. Scotia Study Group (1995) Single-stage treatment for malignant left-side colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. Br. G. Surg., 82: 1622–1627.

20. Sjodahl R., Francen T., Nystrem P.O. (1992) Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma. Br. J. Surg., 79: 685–688.

21. Tejero E., Mainar A., Fernandes L. et al. (1994) New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. Dis. Col. Rectum., 37: 1158–1159.

Оптимізація хірургічного лікування гострої обтураційної ракової непрохідності товстої кишки

Л.С. Белянський, І.М. Тодуров, А.В. Перехрестенко
ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України, Київ

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз лікування 287 хворих на гостру обтураційну непрохідність товстої кишки, які перебували на лікуванні у клініці хірургії стравоходу, шлунка та кишечника з 1990 по 2007 р., з них 93 пацієнтів із непрохідністю правої половини товстої кишки, 194 — його лівої половини віком від 32 до 81 року (середній вік — $59,8 \pm 8,3$ року). Запропоновано та впроваджено комплексну програму лікування хворих, яка передбачає патогенетично обґрунтований підхід до вибору методів лікування з огляду на стан ендотоксикозу. Завдяки застосуванню комплексу технічних прийомів відкрито нові можливості для виконання первинних радикальних та первинних відновних оперативних втручань, суттєво поліпшено результати лікування хворих та якість їх життя.

Ключові слова: гостра обтураційна непрохідність, лаваж кишечника, ендотоксикоз, комплексна програма лікування.

Optimization of the surgical treatment of colon cancer obstruction

L.S. Belyanskyi, I.M. Todurov, A.V. Perekhrestenko
National Surgery and Transplantology Institute named after A.A. Shalimov NAMS of Ukraine, Kiev

Summary. Retrospective analyses of 287 patients with acute colonic ileuses treatment were implemented. Patients were treated in esophago-gastro-intestinal department. The medical records of 93 patients with right colonic ileuses and 194 with left colonic ileuses aged from 32 to 81 years (median 59.8 ± 8.3) from 1990 to 2007 were reviewed. The complex program of treatment was proposed and implemented, including pathogenic based approach in choice of treatment method. Due to complex of technical manures the possibilities for primary radical and primary reconstructive operations, obvious improvement of the results of treatment and quality of life are opened.

Key words: acute obstructive ileuses, intestinal lavage technique, endotoxemicosis, complex program of treatment.