

УДК 616.348-006-089.86

Реконструктивные операции на левой половине ободочной кишки после радикальных вмешательств по поводу её острой опухолевой обструкции

Клиническая статья

Ю.П. Малахов, М.В. Лысенко

ГВКГ им. Академика Н.Н. Бурденко, Москва, Госпитальная пл., 3

Ключевые слова: рак ободочной кишки, острая кишечная непроходимость, колостома, анастомоз, ургентная хирургия в онкологии, реабилитация

Адрес для переписки: Юрий Петрович Малахов, *e-mail:* oncolog@list.ru

Введение

В последние годы повсеместно регистрируется рост заболеваемости раком ободочной кишки (ОК) [14, 19]. В структуре онкологической заболеваемости населения РФ опухоли ободочной кишки составляют 6,2%. Злокачественные опухоли ОК в 20% случаев диагностируются в I—II стадиях, в 40% выявляется III стадия, в остальных случаях - IV стадия злокачественного новообразования. При этом радикальное хирургическое лечение становится возможным только у 30-40% больных [15, 17]. Одним из наиболее частых (15—49% больных) осложнений рака ОК является острая непроходимость толстой кишки [7, 10, 14, 21, 24].

Состояние проблемы

Лечение больных раком ОК, осложнённым её острой непроходимостью, направлено как на спасение жизни больных в ургентной ситуации, так и на радикальное излечение от злокачественного новообразования [12, 13, 18, 20, 26]. Несмотря на достижения в этой области, послеоперационная летальность остаётся высокой даже в специализированных стационарах неотложной хирургической помощи и колеблется от 16 до 52% [1, 8, 9, 12, 27]. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений при выполнении операций на высоте острой толстокишечной непроходимости достигает 38,6—80%. Пятилетняя продолжительность жизни остаётся в пределах 43,3-55% [2-4, 6].

По мнению многих авторов, операция Гартмана является лучшим видом оперативного вмешательства при осложнённых формах рака левой половины ОК. Однако наличие колостомы значительно снижает возможности социально-трудовой реабилитации больных [23, 25, 28], осложняет проведение цикловой полихимиотерапии.

К первично-восстановительным двухмоментным оперативным вмешательствам относятся анастомозы. Заживлению анастомоза препятствует повышение внутрикишечного давления, в связи с чем проводится декомпрессия толстой кишки с помощью кишечного

свища, действие которого тем эффективнее, чем ближе к анастомозу он расположен [14]. Некоторые хирурги во избежание повторного и восстановительного этапов после операции Гартмана, уменьшения частоты интра- и послеоперационных осложнений при раке левой половины ОК рекомендуют одномоментную левостороннюю гемиколэктомию с первичным восстановлением кишечной непрерывности и формированием У-образного анастомоза (в литературе его называют по-разному — У-образный, Y-образный, Т-образный).

До 65% операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы, а общее число колостомий составляет до 7,5% от всех операций на органах брюшной полости [5, 16]. Вопросы хирургической реабилитации колостомированных больных путем закрытия колостом далеки от своего окончательного решения, ввиду того, что данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные операции, а восстановление непрерывности кишки в 40-72% наблюдений невозможно [11, 16, 22, 28]. При выполнении заключительного этапа операции, по данным этих же авторов, возникают серьезные послеоперационные осложнения, отмечается высокая летальность (до 19,4%).

Таким образом, отсутствие единой тактики комплексного лечения рака ОК, осложнённого её непроходимостью, а также высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности и большой процент стомированных больных, сложности выполнения и осложнения реконструктивного этапа хирургического лечения определяют актуальность проблемы.

Цель исследования

Повышение эффективности диагностики и улучшение результатов комплексного лечения больных с острой непроходимостью ободочной кишки опухолевого генеза.

Материал и методы

В работе представлены результаты клинических исследований и анализ историй болезни 257 больных раком ОК, осложнённым *острой непроходимостью толстой кишки* (ОНТК), лечившихся в отделении неотложной хирургии Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко с 1986 по 2002 годы (табл. 1).

Большая часть больных относилась к группе пожилого возраста (в среднем 71,3±4,6 года). 187 пациентов (72,8%) поступили в госпиталь спустя сутки от развития клинических симптомов ОНТК. В 38,4% отмечалось сочетание трёх сопутствующих заболеваний, в 52,4% - сочетание двух. Нередко общесоматическая патология определяла выбор тактики лечения, а декомпенсация этих заболеваний являлась наиболее частой причиной летальных исходов. В 98,1% случаев отмечена декомпенсированная и субкомпенсированная обтурационная кишечная непроходимость.

Большинство опухолей, осложнённых ОНТК (81,7%), локализовалось в левой

половине ОК, при этом сигмовидная кишка была поражена опухолью почти в 60% всех случаев левосторонней локализации (табл. 2).

Гистологический результат получен у 224 оперированных больных. Из них у 220 (98,2%) выявлена аденокарцинома, при этом наиболее часто (37,1%) средней степени дифференцировки. У 3 пациентов была обнаружена перстневидноклеточная карцинома, у 1 — скирр.

В абсолютном большинстве случаев (91%) опухолевая непроходимость ОК была обусловлена III и IV стадией заболевания, на долю II стадии приходилось 8,2%, а больные с I стадией встречались очень редко - в 0,8%, в наших случаях это были 2 пациента с опухолями в зоне Баугиниевой заслонки.

Таблица 1

Распределение больных раком ободочной кишки, осложненным толстокишечной непроходимостью, по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины (абс., %)	Женщины (абс., %)	Итого (абс., %)
31-40	2/0,8	1/0,4	3/1,2
41-50	8/3,1	1/0,4	9/3,5
51-60	24/9,3	8/3,1	32/12,5
61-70	50/19,5	12/4,7	62/24,1
71-80	96/37,4	8/3,1	104/40,5
81-90	41/15,9	1/0,4	42/16,3
Старше 90	5/1,9	-	5/1,9
Всего	226/87,9	31/12,1	257/100

Таблица 2

Локализация рака ободочной кишки, осложнённого острой кишечной непроходимостью

Код по МКБ-10	Локализация	Количество больных	
		абс. число	%
C 18.0	Слепая кишка и илеоцекальный переход	14	5,4
C 18.2	Восходящая кишка	9	3,5
C 18.3	Печёночный изгиб	19	7,4
C 18.4	Поперечный отдел ободочной кишки (правая половина)	3	1,2
	Правая половина ободочной кишки	45	17,5
C 18.4	Поперечный отдел ободочной кишки (левая половина)	23	8,9
C 18.5	Селезёночный изгиб	43	16,7
C 18.6	Нисходящая кишка	23	8,9
C 18.7	Сигмовидная кишка	121	47,2
C 18.2 +C 18.7	Первично-множественный рак с преобладанием симптомов непроходимости на уровне сигмовидной кишки	2	0,8
	Левая половина ободочной кишки	212	82,5
Всего		257	100

Больные с опухолевой непроходимостью ОК в зависимости от вида радикальной одномоментной операции на её левой половине разделены на две группы. В первую, основную группу вошли 25 пациентов, которым выполнена резекция левой половины ОК с наложением У-образного анастомоза. Во вторую, контрольную группу - 49 пациентов, которым выполнена резекция левой половины ОК типа Гартмана.

По полу больные в этих группах не различались. Средний возраст пациентов во II группе был достоверно больше, чем в первой (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных с обтурационной непроходимостью левой половины ободочной кишки по возрасту

Группа	Абс. число	Средний возраст, лет, $x \pm m_x$
I	25	63,7 \pm 4,6*
II	49	74,9 \pm 4,5
Итого	74	69,3 \pm 4,55

* $P=0,00001$ по отношению к показателю II группы

В обеих группах преобладала локализация обтурирующих опухолей в сигмовидной кишке. Около 80% пациентов поступили в госпиталь более чем через 1 сут от момента заболевания. По срокам поступления в госпиталь различий в группах не было. В зависимости от стадии опухолевого процесса ОНТК была связана с II и III стадиями заболевания, с некоторым превалированием в контрольной группе больных с III стадией - 47 (95,9%) против 17 (68%).

По выявленным интраоперационно осложнениям обтурационной толстокишечной непроходимости в виде мезентериальных нарушений, тонкокишечной непроходимости и распространённого перитонита достоверных различий в группах не было.

В основной группе после резекции левой половины ободочной кишки в послеоперационный период отмечено 4 (16%) осложнения - 3 нагноения ран в области выведения колостомы, одно из них привело к ретракции колостомы и распространённому перитониту, что потребовало выполнение релапаротомии и реконструкции колостомы, и 1 тромбоз флебит, по поводу которого проводилась обычная терапия.

В контрольной группе в послеоперационный период отмечено 28 (57,1%) осложнений: у 10 (20,4%) пациентов преклонного возраста - острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 6 (12,2%) - пневмония, у 5 (10,2%) -нагноение ран, у 4 (8,2%) — острый инфаркт миокарда, у 2 (4,1%) - полиорганная недостаточность и у 1 (2%) — тромбоэмболия лёгочной артерии.

Послеоперационная летальность в основной группе отсутствовала, а в контрольной

составила 42,9%. Основной причиной летальных исходов явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность и инфаркт миокарда, отмеченные у 15 (30,6%) больных.

Средние сроки лечения больных в основной группе составляли 22,5+11,4 дня, в контрольной — 28,0± 19,8 дня.

Реабилитация пациентов с наложенным У-образным анастомозом начинается уже через 3—4 нед после операции и заключается в постепенной тренировке анастомоза для прохождения кала естественным путём. В течение суток больные закрывают колостому на 3—4 ч салфеткой, пропитанной вазелиновым маслом, и фиксируют её сменным калоприёмником на поясе. В лучшем варианте для этих целей применяем клеящийся калоприёмник. Мы рекомендуем применять такой калоприёмник уже через 1 нед после начала тренировки анастомоза и закрывать стому на целый день.

Оперативное закрытие стомы У-образного анастомоза осуществлено у всех 25 пациентов. После предоперационной подготовки кишечника и кожи вокруг стомы, кожа вокруг последней овально иссекается и ушивается, выделяется шейка стомы, прошивается аппаратом УО-40 или УО-60 в 1-1,5 см от кишки и пересекается между аппаратом и зажимом Кохера. Ход операции представлен на рис. 1 и 2.

Линия танталового шва погружается в просвет кишки отдельными узловыми швами, как представлено на рис. 3.

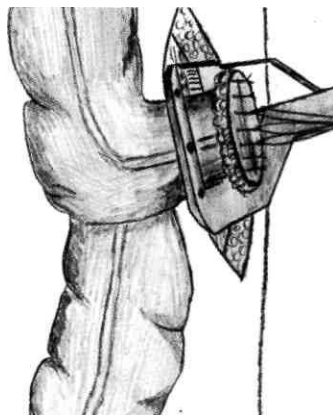


Рис. 1. Прошивание выделенной шейки У-образного анастомоза аппаратом УО-60

Из-за того, что при формировании У-образного анастомоза выполняли подшивание ободочной кишки в зоне анастомоза к передней брюшной стенке, «провалиться» в брюшную полость невозможно, поэтому её инфицирования не происходит, что делает этот способ закрытия безопасным в отношении послеоперационного перитонита. Брюшина сшивается не полностью, а лишь по краям раны, чтобы в случае несостоятельности швов культи У-образного анастомоза имелся канал для формирования кишечного свища наружу.

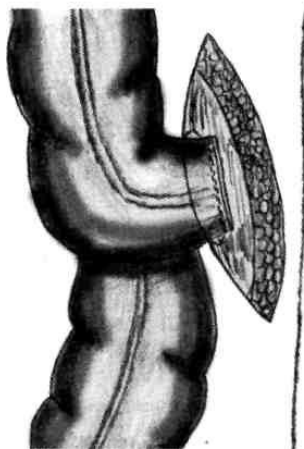


Рис. 2. Культи У-образного анастомоза после отсечения стомы

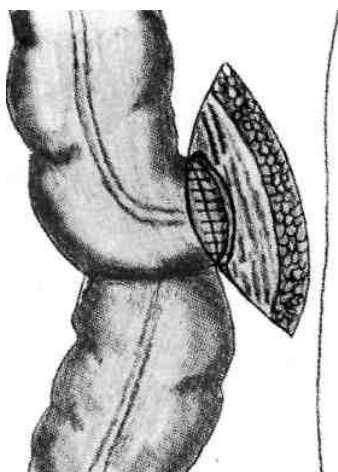


Рис. 3. Вид культи У-образного анастомоза после погружения линии танталового шва

Затем отдельными швами восстанавливали целостность мышц и апоневроза передней брюшной стенки. На кожу и подкожную клетчатку накладывали провизорные швы. Рану рыхло тампонируют марлевым тампоном с водорастворимой мазью (левосин, диоксилиновой), при отсутствии признаков нагноения на 3—4 сут зашивают провизорные швы.

Реконструктивный этап выполнен у всех 25 (100%) пациентов с наложенным У-образным анастомозом, причём у 17 больных этот этап совпадал по времени с проводимой адьювантной химиотерапией по схеме Мейо. Эта схема нас наиболее устраивала, т. к. при её применении имелся примерно двадцатидневный «светлый» временной промежуток для возможного реконструктивного лечения. Реконструкция была возможна, если после курса химиотерапии через 3-4 дня не отмечалось выраженных токсических реакций - лейкопении менее 2 тыс. в 1 мм³, выраженной токсической энтеропатии. В среднем 1-й цикл химиотерапии у таких больных начинали проводить через 30 дней после первичной

операции. Средний срок выполнения реконструктивных операций составил $2,6 \pm 0,94$ мес., т. е. реконструкция осуществлялась обычно после выполнения 2-го цикла. В эти сроки токсические проявления химиотерапии обычно минимальны. Отмечено послеоперационное осложнение (4%) - нагноение раны, которое было купировано обычным способом лечения гнойной раны. Средний срок послеоперационного лечения в этой группе больных составил 11,6 дня. При ирригоскопии через 2 месяца после реконструкции зона У-образного анастомоза фактически не определяется. На рис. 4 представлена ирригоскопия больного через 2 месяца после закрытия стомы У-образного анастомоза.

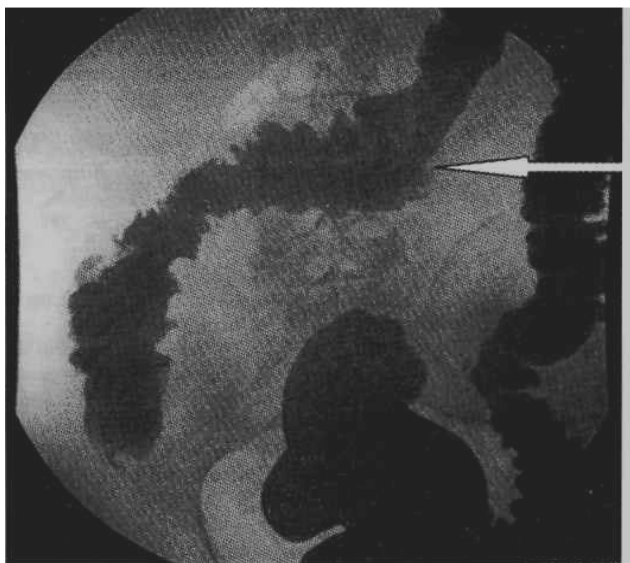


Рис. 4. Ирригоскопия через 2 мес. после реконструкции У-образного анастомоза (зона анастомоза указана стрелкой) и 4 мес. после резекции поперечно-ободочной кишки, мобилизации печёночного изгиба ободочной кишки с наложением первично-отсроченного У-образного анастомоза по поводу ОНТК опухолевого генеза

Средние сроки реконструктивных операций в группе больных с выполненной радикальной операцией Гартмана составили $9,2 \pm 8,6$ месяца, что в 5,5 раза превышало сроки реконструкции после наложения У-образных анастомозов. Если все больные с У-образным анастомозом подверглись реконструктивным операциям, то в этой группе реконструкция осуществлена всего лишь у 67,9% больных. Доля послеоперационных осложнений после реконструктивных операций в этой группе была достаточно высока (21,1%), при этом послеоперационная летальность составляла 5,3%.

Сравнительные результаты лечения в основной и контрольных группах представлены в табл. 4.

Результаты лечения в основной и контрольной группах

Признак	1 -я группа (У-образный анастомоз), n=25	2-я группа (операция Гартмана), n=49
Послеоперационные осложнения, абс., %	4/16	28/57,1
Послеоперационная летальность, абс., %	-	21/42,9
Средние сроки лечения, койко-дней	22,5±11,4	28,0±19,8
Средние сроки реконструктивных операций, мес.	2,6±0,94	9,2±8,6
Доля реконструктивных операций, абс., %	25 из 25/100	19 из 28/67,9
Осложнения после реконструктивных операций, абс., %	1/4	4/21,1
Летальность после реконструктивных операций, абс., %	-	1/5,3

Средние сроки до выполнения реконструктивного этапа операх в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной. При этом у больных основной группы реконструкция выполнена у всех пациентов, после чего возникло лишь 1 осложнение - нагноение раны. В контрольной группе отмечено в 4 раза больше осложнений после реконструкции (все гнойно-септического характера), причём у одного пациента это было причиной летального исхода. Таким образом, летальность после реконструктивных операций в контрольной группе составила 5,3%.

ВЫВОД

Наложение У-образного соустья позволяет формировать первичный толстокишечный анастомоз при острой кишечной непроходимости, обусловлена опухолью левой половины толстой кишки, даже в условиях реактивной фазы распространённого перитонита, значительно снижать послеоперационную летальность и осуществлять быструю социально-трудовую реабилитацию больных путём ранних и безопасных внебрюшинных реконструктивных операций.

Литература

1. *Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П.* и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. — Минск: Беларусь, 1980. -С. 18-22, 35, 93-95, 150-152.
2. *Алиев С.А.* Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложнённых форм рака ободочной кишки. Обзор // Хирургия. - 1998. - № 8. - С. 58-67.
3. *Алиев С.А.* Выбор метода завершения радикального оперативного вмешательства по поводу обтурационной непроходимости левой половины ободочной киши опухолевого генеза // Клин. хир. - 19 - № 5. - С. 15-16.
4. *Алиев С.А.* Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимо ободочной кишки опухолевого генеза // Вес хир. - 1998. - Т. 157, № 6. - С. 34-39
5. *Блохин Н.Н.* Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. - М.: Медицина, 1981. - С. 78-86.
6. *Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С., Марченко А.Д.* Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия. - 1999. - № 5. - С. 37-40.
7. *Брюсов П.Г., Лысенко М.В., Зеркалов В.Н., Малахов Ю.П.* Эволюция тактики лечения больных раком ободочной кишки, осложнённого обтурационной непроходимостью // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. -Пермь, 2003. - С. 16-17.
8. *Брюсов П.Г., Малахов Ю.П.* Проблемы лечения рака ободочной кишки, осложнённого острой кишечной непроходимостью // Сб.: Всероссийская конференция хирургов «Совершенствование специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре», посвященная 80-летнему юбилею проф. Петрова В.П. — Красногорск, 2004. - С. 65-67.
9. *Воробьёв Г.И., Тотиков В.З.* Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки // Хирургия. - 1993. - № 5. - С. 47-52.
10. *Кныш В.И.* Рак ободочной и прямой кишки // Под ред. *В.И.Кныша*. - М.: Медицина, 1997. - 304 с.
11. *Леонов С.В., Китаев А.В., Швец Е.В.* и др. Оперативная реабилитация стомированных больных // Сб.: Всероссийская конференция хирургов «Совершенствование специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре», посвященная 80-летнему юбилею проф. Петрова В.П. - Красногорск, 2004. - С. 216-217.
12. *Пахомова Г. В.* Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1986. - С. 122.
13. *Петров В.П., Ерюхин И.А.* Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989. -С. 199-200.
14. *Фёдоров В.Д., Воробьёв Г.И.* и др. Клиническая оперативная колопроктология. — М.: ГНЦ проктологии, 1994. - С. 171-172.
15. *Ханевт М.Д., Шамолин М.А., Зязин А.А.* Колоректальный рак. Подготовка толстой кишки к операции. - М.: МедЭкспертПресс, 2003. - 136 с.
16. *Черкес В.Л.* Реконструктивные операции как способ реабилитации больных с колостомой //

Сб.: Колоректальный рак. — М.: ОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2000. - С. 4-7.

17. *Чиссов В.П., Старинский В.В.* Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). - М., 2004. - С. 12-16.

18. *Шудутко А.М., Мусеев А.Ю., Зубцов В.Ю.* Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости // Рос. мед. журн. - 2000. - № 2. - С. 22-26.

19. *Яццкий Н.А., Седое В.М., Васильев С.В.* Опухоли толстой кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 376 с.

20. *Fortier A., Baranger B., Darrieus H. et al.* Cancer du colon. Aspects chirurgicaux et pronostiques sur une serie del 112 patients // Med et armees. - 1992. - Vol. 20, N 5. - P. 391-397.

21. *Koruth N.M., Hunter D.C., Krukowski Z.H., Matheson N.A.* Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 year audit // Brit. J. Surg. - 1985. - Vol. 72, N 9. - P. 703-707.

22. *Lubbers E.J., de Boer H.H.* Inherent complications of Hartmann's operation // Surg. Gynecol. Obstet. - 1982. - Vol. 155, N 5. - P. 717-721.

23. *Mealy K., O'Broin E., Donohue J. et al.* Reversible colostomy — what is the outcome? // Dis. Colon Rectum. - 1996. - Vol. 39, N 11. P. 1227-1231.

24. *Naraynsingh V., Rampaul R., Maha-raj D. et al.* Prospective study of primary anastomosis without colonic lavage for patients with an obstructed left colon // Brit. J. Surg. - 1999. - Vol. 86, N 10. - P. 1341-1343.

25. *Nugent K.P., Daniels P., Stewart B. et al.* Quality of life in stoma patients // Dis. Colon Rectum. - 1999. - Vol. 42, N 12. - P. 1569— 1574.

26. *Parks S.E., Hasting P.M.* Complications of colostomy closure // Amer. J. Surg. - 1998. - Vol. 149. - P. 672-675.

27. *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, N 1. - P. 50-54.

28. *Romano G., Rotondano G., D'Alessandro V. et al.* Rehabilitation of the colostomy patient // G. Chir. - 1995. - Vol. 16, N 3. - P. 125-128.