



З.В. Тотиков, В.З. Тотиков, К.Э. Зураев, В.В. Медоев, М.В. Калицова

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,

Кафедра хирургических болезней № 2.

Россия, 362019, РСО-Алания, Владикавказ, ул. Пушкинская 40. E-mail: z-totikov@mail.ru

Цель: улучшить результаты лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 385 пациентов (мужчин - 221 (57,4%), женщин - 164 (42,6%)).

Результаты: I стадия нарушения проходимости толстой кишки выявлена у 118 (30,6%) пациентов, II – у 137 (35,6%), III – у 87 (22,6%) и IV – у 43 (11,2%) пациентов. У 355 (92,2%) больных выполнены радикальные или циторедуктивные резекции толстой кишки, у 30 (7,8%) пациентов объем операции ограничился формированием колостомы. У 122 (31,7%) больных были выполнены комбинированные методы лечения. Послеоперационная летальность составила 4,9% (19 пациентов). Послеоперационные осложнения выявлены у 70 (18,2%) пациентов.

Заключение: предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволяет улучшить непосредственные результаты и создать условия для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

Ключевые слова: хирургическая тактика, рак толстой кишки, кишечная непроходимость.

Z.V. Totikov, V.Z. Totikov, K.E. Zuraev, V.V. Medoev, M.V. Kalitsova

SURGICAL TACTICS IN DISTAL COLON CANCER, COMPLICATED BY ACUTE OBSTRUCTION

North-Ossetian State Medical Academy,

Surgical Disease Department №2.

Russia, 362019, North Ossetia-Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya st. 40. E-mail: z-totikov@mail.ru

Purpose: to improve the results of treatment of patients with distal colon cancer, complicated by acute intestinal obstruction.

Materials and methods: 385 patients with colonic cancer complicated by acute obstruction were operated on at our clinic. Among them were 221 (57,4%) men and 164 (42,6%) women.

Results: 1 stage of colon obstruction was revealed in 118 (30,6%) patients, 2 stage in 137 (35,6%), 3 stage in 87 (22,6%) and 4 stages (peritonitis) in 43 (11,2%) patients. In 355 (92,2%) patients radical or cytoreductive resections were performed, in 30 (7,8%) patients were performed colostomy. 122 (31,7%) patients were underwent combined treatment. In post-operative period 4,9% (19) patients have died. Different complications were registered in 70 (18,2%) patients.

Summary: proposed diagnostic and treatment algorithm improves the immediate results and create conditions for the combined and complex treatments.

Keywords: surgical tactics, colon cancer, intestinal obstruction.



Введение

Лечение больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью, остается одним из сложных вопросов современной хирургии [1,2]. Несмотря на значительный прогресс медицины на совершенствование медицинской техники, а также на внедрение новых лекарственных средств летальность при этом заболевании в пределах 15-50% и не имеет тенденции к снижению [3-5]. Среди причин этого наряду с тяжестью самого процесса и пожилым возрастом большинства больных особое место занимает отсутствие единой рациональной хирургической тактики [6,7]. Мнения о длительности и объеме предоперационной подготовки противоречивы [8]. Немаловажную роль в снижении послеоперационных осложнений и летальных исходов играет выбор оптимального объема и вида оперативного вмешательства. Однако и этот вопрос до настоящего времени полностью не изучен и дискутируется. Некоторые авторы предлагают ограничиваться операциями разгрузочного типа, другие же – выполнять первичные резекции, третьи являются сторонниками радикальных одноэтапных оперативных вмешательств [9]. Таким образом, разработка оптимальной хирургической тактики при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью, определение показаний к радикальным одноэтапным и многоэтапным операциям, разработка способов прогнозирования, профилактики и лечения послеоперационных осложнений у данной категории больных представляются актуальными.

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 385 пациентов с опухолями дистальных отделов толстой кишки, госпитализированных в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости. Из них мужчин было 221 (57,4%), женщин - 164 (42,6%). Средний возраст больных составил 65 лет.

У 47 (12,2%) больных опухоль располагалась в нисходящей ободочной кишке, у 151 (39,2%) больного в сигмовидной кишке и у 187 (48,6%) больных в прямой кишке. Из 187 больных с опухолями прямой кишки у 121 (64,7%) пациента опухоль локализовалась выше 12 см от края анального канала, у 42 (22,5%) от 7 до 12 см и у 24 (12,8%) ниже 7 см.

Тяжесть физического состояния больных определяли по классификации ASA, I степень имела у 31 (8,1%) больного, II степень - у 156 (40,5%), III степень - 168 (43,6%), IV степень определялась у 30 (7,8%) пациентов.

Из 385 больных у 329 (85,5%) выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 21 (5,5%) - недифференцированный рак, у 22 (5,7%) - муцинозная аденокарцинома, у 7 - (1,8%) перстневидно-клеточный рак и у 6 (1,5%) больных - плоскоклеточный рак.

Из 385 пациентов у 169 (43,9%) больных имели регионарные или отдаленные метастазы или же имело место распространение опухоли на соседние органы.

Ко всем поступившим больным, помимо общеклинических методов исследования, применяли обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, колоноскопию

или ирригографию. Компьютерную томографию выполнили 27 больным. Специальные методы исследования использовали в вышеуказанном порядке (кроме компьютерной томографии). Последний метод, так же как и повторное УЗИ выполняли после разрешения непроходимости консервативными или миниинвазивными методами перед вторым радикальным этапом лечения.

Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась не только для диагностики непроходимости, но и для прогнозирования исхода декомпрессионной терапии.

В клиническом течении острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии.

I стадия заключается в разрешении непроходимости на фоне декомпрессионной терапии. Объективным критерием для этой стадии является уменьшение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30% на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости, произведенной через 6 часов. На контрольном УЗИ брюшной полости - уменьшение диаметра толстого кишечника, увеличение толщины кишечной стенки, исчезновение выпота в брюшной полости (если он определялся ранее) уменьшение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к усилению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала составляет, как правило, более 10 мм.

II стадия заключается в принятии непроходимостью волнообразного течения. Объективными критериями этой стадии являются уменьшение площади газа над уровнями жидкости на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости менее чем на 30%. На контрольном УЗИ брюшной полости определяется сохранение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины кишечной стенки, сохранение выпота в брюшной полости (если он определялся ранее) сохранение секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр опухолевого канала составляет, как правило, 6-10 мм.

III стадия заключается в отсутствии эффекта от проводимой терапии, а также в нарастании явлений непроходимости. Объективными критериями для III стадии являются - на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости увеличение площади газа над уровнями жидкости. На контрольном УЗИ брюшной полости определяется увеличение диаметра толстого кишечника, уменьшение толщины кишечной стенки, сохранение или появление выпота в брюшной полости, нарастание секвестрированной в просвет кишечника жидкости, тенденция к ослаблению кишечной перистальтики. Диаметр ракового канала у большинства больных составляет менее 5 мм.

IV стадия - стадия развития перитонита - вследствие инфицирования выпота брюшной полости из-за снижения барьерной функции стенки кишки или перфорации кишечной стенки.

Для определения площади газа над жидкостью на рентгенограммах использовали специальное приспособление, состоящее из прозрачной пластины, расчерченной квадратами размером 1x1 см, или специальную компьютерную программу (рентгенологическое изображение выводилось на экран компьютера, курсором обводился газ над уровнями жидкости, проводился подсчет его площади с последующим сохранением результатов в базе данных).



Результаты и обсуждение

I стадия нарушения проходимости толстой кишки выявлена у 118 (30,6%) больных, II – у 137 (35,6%), III – у 87 (22,6%) и IV – у 43 (11,2%) пациентов. На основании классификации разработана лечебно-диагностическая программа, определяющая сроки предоперационной подготовки: больные с I стадией были оперированы в течение 7-10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки и дообследования. Им выполнялись различные радикальные или циторедуктивные резекции толстой кишки с формированием первичного анастомоза или постоянные колостомы из минидоступа в случае наличия множественных отдаленных метастазов. При II-III стадиях на первом этапе выполнялась попытка реканализации опухолевого канала, у 38 больных (9,9%) она оказалась успешной, в связи с чем дальнейшие действия были аналогичны действиям I стадии. В случае неудачи пациенты со II стадией оперированы в течение 24 часов, с III стадией – в течение 12 часов. В течение этого времени им проводилась необходимая предоперационная подготовка и коррекция сопутствующих заболеваний, всем пациентам с II и III стадией на первом этапе произведено наложение проксимальной трансверзостомы в правом подреберье или илеостом из минидоступа.

После ликвидации непроходимости через 7-10 дней больным выполнялись отсроченные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с наложением анастомоза и сохранением проксимальной трансверзостомы или илеостомы, которые ликвидировались спустя 2-3 месяца локальным доступом. У пациентов с наличием множественных отдаленных метастазов оперативное лечение ограничивалось только одним этапом.

Пациентам с IV стадией непроходимости операции выполнялись через 2-3 часа после соответствующей предоперационной подготовки. При локализации опухоли в дистальных отделах ободочной кишки больным выполнены радикальные или циторедуктивные левосторонние гемиколэктомии или сигмоидэктомии с формированием двустольной колостомы по разработанному в клинике способу («Способ наложения частичного анастомоза» патент на изобретение №1718845 от 15.11.91). В последующем спустя 2-3 месяца стомы закрывались из

локального доступа. У 2 больных операции завершились санацией и дренированием брюшной полости с наложением проксимальной колостомы. У больных с опухолями прямой кишки и наличием перитонита выполнялись операции Гартмана. У 3 больных операции завершились санацией и дренированием брюшной полости с наложением проксимальной сигмостомы. Следует отметить, что в наших наблюдениях не было случаев развития перитонита при локализации опухоли в дистальных отделах прямой кишки.

У 355 (92,2%) больных выполнены радикальные или циторедуктивные резекции толстой кишки, в том числе комбинированные и сочетанные вмешательства, у 30 (7,8%) пациентов объем операции ограничивался формированием колостомы. Из 385 больных у 122 (31,7%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интраоперационной внутрибрюшной или внутритазовой химиотерапией или с предоперационной химиолучевой терапией.

Послеоперационная летальность составила 4,9% (19 больных). Различные послеоперационные осложнения выявлены у 70 (18,2%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту.

Выводы

1. Предложенная классификация обтурационного нарушения проходимости толстой кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют оптимизировать сроки предоперационной подготовки и объем выполняемого вмешательства, а так же создать условия для проведения комбинированных методов лечения.
2. Формирование декомпрессионных проксимальных кишечных стом из минидоступа позволяет сократить сроки выполнения радикальных операций до 7-10 дней, увеличить количество радикальных и циторедуктивных операций до 92,2%, снизить послеоперационную летальность до 4,9%.
3. Трансверзо- или илеостомы из минидоступа позволяют радикальный этап завершать формированием трансверзоректального анастомоза и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пахомова Г.В. Неотложная хирургия ободочной кишки / Г.В. Пахомова, Т.Г. Подловченко, Н.С. Утешев. – М: Миклош, 2009. – 95 с.
2. Тимербулатов В.М. Диагностика и хирургическое лечение острой толстокишечной непроходимости, осложненной интраабдоминальной гипертензией / В.М. Тимербулатов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №2. – С.4-12.
3. Важеннин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важеннин, Д.А. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. – 2007. – №4. – С. 49-53.
4. Ажави А.М. Ассистированные вмешательства в лечении больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. / А.М. Ажави, С.С. Слесаренко //Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии". Матер. конгресса – Ростов-на-Дону. – 2005. – С.339.
5. Тотилов В.З. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном непроходимостью. / В.З. Тотилов, К.Э. Зураев, З.В. Тотилов, А.К. Качмазов, С.А. Джигоев // Колопроктология. – 2005. – №2(12). – С.36-39.
6. Пугаев А.В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. /А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов // Москва. – 2005. – 223 с.
7. Тотилов В.З. Способ формирования двустольной петлевой колостомы при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. / В.З. Тотилов, В.З. Тотилов, И.М. Талапова, М.З. Тотилов, А.Д. Асланов //Колопроктология. – 2013. – №1 (43). – С.39-43.
8. Тотилов В.З. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью / В.З. Тотилов, В.З. Тотилов // Владикавказ: Изд-во ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, 2011. – 150 с.
9. Тотилов В.З. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. / В.З. Тотилов, В.З. Тотилов // Владикавказ: Изд-во ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, 2013. – 220 с.