

Плотников Ю.В.¹, Королёв М.П.², Ерохина Е.А.¹, Тютюнников Д.А.¹, DOI 10.25694/URMJ.2019.12.24
Ким Р.Н.¹, Туков А.Б.¹, Таранкевич А.А.¹

Возможность выполнения резекции толстой кишки с одновременным восстановлением непрерывности толстой кишки на фоне декомпенсированного нарушения кишечной проходимости

1 — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург. 2 — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Plotnikov U.V., Korolev M.P., Erokhina E.A., Tutunnikov D.A., Kim R.N., Tukov A.B., Tarankevich A.A.

The ability to perform colon resection with anastomosis formation in case of colorectal cancer complicated with decompensated intestinal obstruction

Резюме

Материал: В статье приведены данные ретроспективного анализа результатов лечения 57 больных раком прямой кишки, проходивших лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опделя СЗГМУ им. И.И.Мечникова с 2004 по 2015 годы, которые были оперированы вследствие развития декомпенсации нарушения кишечной проходимости. 36 пациентам (63,2%) были выполнены резекции толстой кишки. Из них 8 больным выполнены резекции с одновременным формированием анастомоза (группа А) (у 6 больных была сформирована превентивная стома), 28 больным - обструктивные резекции толстой кишки по типу Гартмана (группа В). Результаты: Различного рода осложнения выявлены у 4 больных из 36, которым были выполнены резекции толстой кишки (частота осложнений 11,1%). Среди пациентов группы В осложнения были выявлены также у 2 больных (частота осложнений 7,1%). При анализе влияния наличия сформированной превентивной стомы на развитие несостоятельности сформированного анастомоза были выявлены достоверные различия между группами пациентов со сформированной превентивной стомой и без неё: частота развития несостоятельности анастомоза была достоверно выше у пациентов без сформированной превентивной стомой ($p=0,037$). При этом определённое значение ОШ (65,0; 95% CI: 0,9918-4259,7972) статистически недостоверно ($p>0,05$). Выводы: Выполнение резекций толстой кишки с одновременным восстановлением непрерывности толстой кишки на фоне развившейся декомпенсации нарушения кишечной проходимости возможно в ограниченных случаях (умеренное расширение петель толстой кишки) после адекватной декомпрессии кишки. При этом целесообразно формировать превентивную стому проксимальнее зоны сформированного анастомоза. В остальных случаях следует выполнять обструктивную резекцию кишки по типу Гартмана.

Ключевые слова: колоректальный рак, острая кишечная непроходимость, резекция прямой кишки, превентивная стома

Summary

The article presents a retrospective analysis of the results of treatment of 57 patients with colorectal cancer complicated with acute bowel obstruction who were treated in clinic of hospital surgery named after V.A. Ooppel of NWGMU named after I.I. Mechnikova from 2004 till 2015. Colon resection was performed in 36 cases (63.2%). 8 patients underwent resection with the simultaneous formation of anastomosis (group A) (to 6 patients a preventive stoma was formed), 28 patients underwent obstructive colon resection according to the Hartmann type (group B). Results: Complications were detected in 4 out of 36 patients who underwent colon resection (complication rate 11.1%). Among patients of group B, complications were detected in 2 patients (complication

rate of 7.1%). Analyzing the influence of the presence of the formed preventive stoma on the development of the failure of the formed anastomosis, significant differences were revealed between the groups of patients with the formed preventive stoma and without it: the incidence of the development of the anastomosis leakage was significantly higher in patients without the formed preventive stoma ($p = 0.037$). But a certain OR value (65.0; 95% CI: 0.9918-4259.7972) is statistically unreliable ($p > 0.05$). Conclusion: Performing resections of the colon in case of colorectal cancer complicated with acute bowel obstruction is possible in limited cases (moderate expansion of the loops of the colon) after adequate decompression of the intestine. In this case, it is advisable to form a preventive stoma proximal to the zone of the formed anastomosis. In other cases, obstructive resection should be performed according to the Hartmann type.

Key words: colorectal cancer, preventive stoma, anastomosis leakage, complications, acute bowel obstruction

Введение

В последние годы отмечается тенденция роста заболеваемости онкологическими заболеваниями. За последние 10 лет прирост уровня заболеваемости составил 22,9%. В 2017г. уровень заболеваемости в РФ онкологическими заболеваниями составил 420,3 на 100 тысяч населения. У 40% больных злокачественные новообразования диагностируются на III-IV стадиях заболевания. Данный факт обуславливает высокую летальность (одногодичная летальность составляет 22,5%), частоту осложнений ЗНО. Доля опухолей толстой кишки (совокупно с прямой кишкой) составляет 11,7%. [1.] При этом у 15-20% больных развивается острая кишечная непроходимость. Летальность при развитии данного осложнения колоректального рака достигает 25%. В последние годы на фоне развития медицинских технологий были достигнуты определённые результаты в улучшении результатов лечения данной категории больных. [2,3,4]

Раньше при развитии декомпенсации кишечной проходимость оптимальным было выполнение резекций кишки с формированием анастомоза при опухолях правой половины кишки и обструктивных резекций или формирование колостомы при локализации опухоли в левой половине. В настоящее время с внедрением новых технологий арсенал лечебных мероприятий значительно пополнился. [4,5,6,7,8,9,10,11,12] Так возможно выполнение реканализации зоны обструкции с постановкой стента для декомпрессии кишки и последующего выполнения отсроченного оперативного лечения после подготовки пациента. У ряда пациентов с запущенным опухолевым процессом данный вид лечения (реканализация просвета кишки с постановкой стента) может быть самостоятельным вариантом симптоматического лечения. Однако, проведение данной манипуляции возможно не у всех больных в виду ряда причин. Среди них технические трудности при постановке стента, высокий риск кровотечения из опухоли или перфорации кишки, отсутствие материально-технической возможности выполнения процедуры. [8,12,13]

Неудачи при попытке реканализации зоны обструкции достигают 28,3%. Что касается осложнений данной манипуляции, то по данным литературы частота перфорации кишки достигает 6,8%, кровотечения из опухоли - 13%, миграция стента наблюдается у 15% больных. Остаются открытыми вопросы относительно предпочтительного материала стента, дизайна стента, профилактики возможных осложнений, технического обеспечения широкого использования данной процедуры. [12,13]

В связи с вышеуказанным в настоящее время оперативное лечение остаётся основным методом лечения при развитии декомпенсации кишечной проходимости. [2,3,4,5,7,11] Однако, при выполнении обструктивных резекций вследствие опухолевого поражения левой половины толстой кишки формируется терминальная колостома, которая устраняется в срок от 6 до 12 месяцев. При этом формирование анастомоза зачастую сопровождается техническими трудностями высоким риском развития его несостоятельности. [14, 15, 16] Целесообразность выполнения ghb djpvj;ujvnb одномоментных резекций толстой кишки при развитии ОКН доказана в ходе различных исследований. [2,4,6,8,10] Вследствие стремления улучшения результатов лечения а также качества жизни больных ряд авторов стремятся к выполнению одномоментных резекция с формированием анастомоза. [13,15] Полученные результаты довольно противоречивы и оставляют место для дискуссии.

Цель исследования: определение возможности выполнения резекций толстой кишки с формированием первичного анастомоза на фоне декомпенсированного нарушения проходимости опухолевого генеза.

Материал и методы

Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 57 больных раком прямой кишки, проходивших лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2004 по 2015гг., которые были оперированы вследствие развития декомпенсации нарушения кишечной проходимости.

Из 57 больных 23 пациента были мужского пола (40,4%), женщин было 34 человека (59,6%). Возраст больных колебался от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных были с III стадией заболевания (58,7%). 21 пациент был оперирован в объёме формирования колостомы (36,8%). 36 пациентам (63,2%) были выполнены резекции толстой кишки. 28 больным (49,1%) были выполнены обструктивные резекции толстой кишки по типу Гартмана.

8 больным (14,0%) были выполнены резекции толстой кишки с одновременным формированием анастомоза. Из них у 6 пациентов была сформирована превентивная стома проксимальнее сформированного анастомоза. Устранение превентивной стомы с восстановлением непрерывности толстой кишки проводилось в срок от 1 недели до 2 месяцев, что позволило ускорить сроки полного восстановления после перенесённого лечения. Также устранение превентивной стомы технически значительно

проще и сопровождается более низким уровнем осложнений, чем восстановление непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции. Среди больных, которым в ходе резекции были сформированы превентивные стомы было 2 пациента мужского пола и 4 женщины.

Необходимо отметить, что у всех пациентов с декомпенсацией острой кишечной непроходимости вследствие рака прямой кишки, которым были выполнены резекции кишки с формированием первичного анастомоза, петли кишок были умеренно раздуты (до 6см в диаметре), что не приводило к развитию нарушения кровообращения в стенке кишки и позволило сформировать первичный анастомоз. При более значительном расширении петель кишки выполнялись обструктивные резекции с формированием терминальной колостомы. Перед формированием анастомоза проводилась декомпрессия кишечника согласно разработанной в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опеля методике (с использованием пластикового рукава) и отмывания просвета кишечника через толстый зонд растворами антисептиков по Топузову Э.Г. (1987).

В связи с тем, что целью исследования являлось определение возможности выполнения резекций толстой кишки с одновременным формированием анастомоза при развитии ОКН далее проводился анализ групп пациентов, которым формировался анастомоз (группа А) и которым выполнялись резекции типа Гартмана (Группа В). В группу А вошли 8 больных, в группу В- 28 пациентов.

Статистический анализ проведён с использованием пакета STATISTIKA 10 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования различного рода осложнения выявлены у 4 больных из 36, которым были выполнены резекции толстой кишки (частота осложнений составила 11,1%). Осложнения в группе А были выявлены у 3 пациентов: у обоих больных, которым была выполнена резекция толстой кишки без формирования превентивной стомы развилась несостоятельность швов сформированного анастомоза; ещё у 1 пациента со сформированной превентивной стомой в раннем послеоперационном периоде развилась пневмония. Оба пациента с развившейся несостоятельностью анастомоза были повторно оперированы, им было выполнено формирование двустольной колостомы, санация и дренирование брюшной полости. У больного с развившейся пневмонией в раннем послеоперационном периоде было достаточно проведения консервативного лечения. Частота развития осложнений в группе А составила 37,5%. Частота развития осложнений среди пациентов со сформированной превентивной стомой составила 16,7%; среди пациентов без превентивной стомы- 100%. При этом осложнений со стороны сформированного анастомоза среди пациентов, которым была сформирована превентивная стома, выявлено не было.

Среди пациентов группы В (пациенты, которым были выполнены резекции типа Гартмана) осложнения были выявлены в раннем послеоперационном периоде также у 2 больных (частота осложнений в группе 7,1%).

Осложнениями являлись развитие острой спаечной тонкокишечной непроходимости у 1 больного, а также ректракция сформированного ануса также у 1 пациента. В обоих случаях потребовалось повторное оперативное лечение. Летальных исходов в группах пациентов выявлено не было.

В ходе анализа не было выявлено статистически достоверных различий между группами по частоте развития осложнений в раннем послеоперационном периоде ($p>0,05$).

При анализе влияния наличия сформированной превентивной стомы на развитие несостоятельности сформированного анастомоза были выявлены достоверные различия между группами пациентов со сформированной превентивной стомой и без неё: частота развития несостоятельности анастомоза была достоверно выше у пациентов без сформированной превентивной стомой ($p=0,037$). При этом определённое значение ОШ (65,0; 95% CI: 0,9918-4259,7972) статистически недостоверно ($p>0,05$). На основе полученных результатов невозможно сделать выводы относительно абсолютной эффективности формирования превентивной стомы для профилактики развития несостоятельности швов анастомоза. В тоже время очевидным является факт крайне высокого риска развития несостоятельности анастомоза при выполнении резекции толстой кишки на фоне декомпенсации нарушения кишечной проходимости без формирования превентивной стомы. Таким образом использование разработанной в клинике методики (резекции толстой кишки при декомпенсированном нарушении кишечной проходимости после её декомпрессии через пластиковый рукав и отмывания просвета растворами антисептиков) в сочетании с формированием превентивной стомы представляется перспективной альтернативой обструктивной резекции в ряде случаев.

Заключение

Выполнение резекций толстой кишки с одновременным восстановлением непрерывности толстой кишки на фоне развившейся декомпенсации нарушения кишечной проходимости возможно в ограниченных случаях (умеренное расширение петель толстой кишки) после адекватной декомпрессии кишки. При этом целесообразно формировать превентивную стому проксимальнее зоны сформированного анастомоза. В остальных случаях следует выполнять обструктивную резекцию кишки по типу Гартмана. ■

Плотников Ю.В.- д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Королев Михаил Павлович- д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Ерохина Е.А.- к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Тютюников Д.А.- ординатор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздра-

ва России. **Ким Р.Н.**- ординатор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. **Туков А.Б.**- ординатор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. **Таранке-**

вич А.А.- ординатор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Ответственный за переписку: Тютюников Д.А.195297, г. Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 78-137. E-mail: ballero1988@mail.ru; тел. +7-921-975-72-11

Литература:

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Карпина, В. В. Старинского, Г. В. Петровой ; М-во здравоохран. Рос. Федерации, Рос. центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе Моск. науч.-исслед. онкологического ин-та им. П. А. Герцена. – М. : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2018. – 250 с.
2. Багненко, С. Ф. Неотложная онкология – пути решения проблемы / С. Ф. Багненко, А. М. Беляев, А. А. Захаренко // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 6. – С. 75–79.
3. Глушков, Н. И. Видеоассистированные операции в лечении осложнённых форм рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста / Н. И. Глушков, Т. Л. Горшенин // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 7–11.
4. Кащенко, В. А. Вопросы стандартизации хирургического лечения рака ободочной кишки / В. А. Кащенко, В. П. Петров, Е. Л. Васюкова // Колопроктология. – 2014. – № 2. – С. 4–10.
5. Оптимизация хирургического лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости / А. А. Захарченко, А. С. Соляников, Ю. С. Винник, А. В. Попов // Колопроктология. – 2015. – № 1. – С. 38–45.
6. Топузов, Э. Г. Рак ободочной кишки, осложнённый кишечной непроходимостью: (диагностика, лечение, хирургическая реабилитация) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.17 / Топузов Эскендер Гафурович. – Л., 1986. – 41 с.
7. Осипов, В.А. Оптимизация хирургического лечения больных колоректальным раком, осложнённым острой толстокишечной непроходимостью, кровотечением и их сочетанием: дис. ... к-та мед. наук : 14.01.17 / Осипов Владимир Александрович. – СПб., 2014. – 144с.
8. Топузов, Э.Г. Рак ободочной кишки, осложнённый кишечной непроходимостью / Э.Г. Топузов, Ю.В. Плотников, М.А. Абдуллаев. – СПб., 1997. – 155 с.
9. Laparoscopic Hartmann's procedure for fecal peritonitis resulting from perforation of the left-sided colon in elderly and severely ill patients/ D. Uematsu, G. Akiyama, A. Magishi [et al.]// Tech Coloproctol. – 2012. –16(3). – P. 243-246.
10. Hartmann's procedure for obstructive carcinoma of the left colon and rectum: a comparative study with one-stage surgery/ H. Duran Gimenez-Rico, C. Abril Vega, J. Herreros Rodriguez [et al.]// Clin Transl Oncol. – 2005. – 7(7). – P. 306 – 313.
11. Лечебная тактика при колоректальном раке, осложнённом декомпенсированным нарушением кишечной проходимости и диастатическим разрывом толстой кишки/ Г.А. Шишкина, Э. Г. Топузов, А. В. Петряшев, Д. А. Власов // Онкологическая колопроктология. – 2016. – Т. 6, №4. – С. 31–37.
12. Алиев, С.А. Эндоскопическая реканализация и стентирование толстой кишки в хирургическом лечении опухолевой обтурационной непроходимости/ С.А. Алиев, Э.С. Алиев// Эндоскопическая хирургия. – 2017. – №1. – С. 56–63.
13. Changing management and survival in patients with stage IV colorectal cancer/ C. Platell, S. Ng, A. O'Bihere, N. Tebbutt// Dis Colon Rectum. – 2011. – 54(2). – P. 214-219.
14. Воробьёв, Г. И. Лапароскопически-ассистированные реконструктивно-восстановительные операции у больных с концевой колостомой / Г. И. Воробьёв, С. И. Ачкасов, М. Б. Ринчинов // Материалы I съезда колопроктологов СНГ (Ташкент, 22–23 окт. 2009 г.). – Ташкент, 2009. – С. 80–81.
15. Jimenez Fuertes, M. Resection and primary anastomosis without diverting ileostomy for left colon emergencies: is it a safe procedure?/ M. Jimenez Fuertes, D. Costa Navarro// World J. Surg. – 2012. – 36(5). – P. 1148-1153.
16. Применение метода формирования превентивных колостом в хирургическом лечении рака прямой кишки/ А.В. Петряшев, Г. А. Шишкина, Э. Э. Топузов [и др.]// Уральский медицинский журнал. – 2016. – №7. – С. 141–146.