



И. В. Белозеров

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
АМН Украины», г. Харьков

ВЫПОЛНЕНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

© И. В. Белозеров

Резюме. В работе представлены результаты комплексного лечения 304 больных с колоректальным раком (КРР), осложненным непроходимостью кишечника (НК), за период с 1998 по 2009 г. Проанализированы результаты лечения 148 пациентов (1998—2003), которые составили группу сравнения, и 156 больных, находившихся на лечении с 2003 по 2009 г., у которых при подготовке к оперативному вмешательству выполнялась декомпрессия толстого кишечника по разработанным нами методикам — эти пациенты составили основную группу. Предложена тактика лечения больных с КРР, осложненным непроходимостью кишечника.

Ключевые слова: колоректальный рак, острая непроходимость толстой кишки, декомпрессия толстого кишечника.

Введение

Колоректальный рак (КРР) занимает одно из лидирующих мест в структуре онкологии, показатели заболеваемости и смертности при котором постоянно растут. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более шестисот тысяч случаев колоректального рака. Более 70 из 100 госпитализированных больных умирает, из них около 40% в течение первого года с момента установления диагноза. При первичном обращении у 70% пациентов диагностируются осложненные и запущенные формы рака. Ургентное наложение колостомы приводит к необходимости дальнейшего проведения реконструктивно-восстановительных операций [1, 2, 5].

Причинами сложившейся ситуации стали чрезвычайно низкая выявляемость на ранних этапах развития опухоли, отсутствие эффективной профилактики в группах риска. На этапе постановки диагноза у 20% больных выявляют отдаленные метастазы, а у 30% пациентов их обнаруживают при последующем динамическом наблюдении [3, 6].

Радикальные операции при осложненных формах рака толстой кишки сопряжены с высоким риском развития осложнений, таких, как кровотечения, несостоятельность и летальность. Пятилетний рубеж переживают менее 10% больных [1, 4, 5].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки путем внедрения дифференцированной лечебной тактики с применением разработанных и усовершенствованных хирургических и малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы

В работе представлены результаты комплексного лечения 304 больных с колоректальным раком, осложненным непроходимостью кишечника, за период с 1998 по 2009 г. Изучены данные

148 историй болезни с 1998 по 2003 г., в лечении которых применялись общепринятые методики консервативной терапии и оперативного лечения — эти больные составили группу сравнения. Проведено изучение результатов лечения 156 больных, которые находились на лечении с 2003 по 2009 г., у которых при подготовке больного к оперативному вмешательству выполнялась декомпрессия толстого кишечника по разработанным нами методикам. Эти пациенты составили основную группу.

Большинство больных основной и контрольной групп были госпитализированы в ургентном порядке в связи с возникшими осложнениями — острой непроходимостью кишечника или острым кишечным кровотечением. Всем больным проводилось стандартное обследование, принятое в клинике, включающее сбор анамнеза, пальпацию живота, пальцевое ректальное обследование, обзорную рентгенографию грудной клетки и брюшной полости, УЗ-исследование брюшной полости, а также лабораторное обследование больного. После очистительных клизм проводили колоноскопию и ирригоскопию. Получив необходимую информацию, принимали решение о дальнейшей тактике лечения больного.

Анализируя данные распределения больных по полу и возрасту, можно отметить, что мужчин было несколько больше, чем женщин. В основной группе мужчины составили 57,0% а женщины — 43,0%. Возраст больных составлял от 20 до 85 лет. Количество больных до 60 лет составило 23,6% в обеих группах.

Максимальное количество больных в обеих группах приходится на возрастную категорию 60—79 лет, что составило 63,3%. Тенденция к увеличению больных пожилого возраста требует проведения комплексных лечебных мероприятий с учетом возрастных особенностей и наличия сопутствующей патологии.

По нашим наблюдениям, более частой локализацией опухоли в основной группе и группе сравнения была прямая кишка. В основной группе составила 32,2% случаев, в группе сравнения — 24,1%. На втором месте после рака прямой кишки стоит сигмовидная кишка, опухоль которой составила в основной группе 30,6% случаев и 33,5% — в группе сравнения. Таким образом, основная часть всех опухолей толстой кишки относится к левой половине толстого кишечника.

По данным исследования, колоректальный рак, осложненный непроходимостью, представлен в большей степени стадиями T₃ и T₄, что говорит о его распространении через все слои кишечника, а следовательно — и большой вероятности метастазирования. Отдаленные метастазы в печень в основной группе были выявлены у 13 (8,3%) больных и у 17 (11,5%) — в группе сравнения.

Гистологическая верификация опухоли показала, что аденокарцинома различной степени дифференцирования встречалась в 92,6% случаев в основной группе и 91,6% — в группе сравнения.

Частичная непроходимость кишечника (ЧНК) в основной группе отмечена у 145 (92,9%) больных и у 99 (66,9%) — в группе сравнения. Острая непроходимость кишечника (ОНК) наблюдалась у 11 (7,1%) больных основной группы и у 49 (33,1%) — в группе сравнения. Также необходимо выделить группу больных с сочетанными осложнениями кровотечения и непроходимости (КК+КН), которая наблюдалась в 5 (3,2%) случаях в основной группе и в 7 (4,7%) — в группе сравнения.

Перфорация опухоли в основной группе отмечалась у 2 (1,3%) больных, в группе сравнения — у 14 (9,5%). У всех больных перфорация сочеталась с непроходимостью кишечника. Все пациенты оперированы в ургентном порядке по жизненным показаниям.

Сопутствующая патология у больных основной и контрольной групп отмечалась в 44,7% случаев. Объясняется это возрастным фактором. Из представленных данных наиболее частой патологией в основной группе и группе сравнения было заболевание сердечно-сосудистой системы, которое отмечалось у 26% больных основной группы и у 24,3% — группы сравнения. На втором месте — заболевания бронхолегочной системы: 10,7% случаев в основной и 11,3% — в группе сравнения. Примерно одинаковое количество больных в основной группе и группе сравнения были с заболеванием эндокринной системы и печени — по 4,7% случаев. Всего с сопутствующей патологией было 46,3% больных в основной и 42,8% — в группе сравнения.

По основным показателям (возрасту и полу, локализации ракового процесса, гистологической верификации опухоли, виду осложнения и тяжести состояния больных, а также по сопутствующей патологии) основная группа и группа сравнения были репрезентативными и сравнимыми.

Результаты исследования и их обсуждение

Больные КРР, осложненным непроходимостью кишечника, в основной группе, были разделены на три подгруппы:

1-я подгруппа — 126 (80,7%) больных с частичной непроходимостью кишечника, у которых она корригировалась баллонодилатацией;

2-я подгруппа — 19 (12,2%) больных с частичной непроходимостью кишечника, у которых баллонодилатации было недостаточно, и поэтому им проводилась декомпрессия толстой кишки с помощью разработанного нами зонда;

3-я подгруппа — 11 (7,1%) больных с острой обструктивной непроходимостью кишечника, которым было показано стентирование толстой кишки. Стентирование также выполнили больным с ОНК в сочетании с ОКК, так как при этой процедуре наблюдался гемостатический эффект.

Все вышеуказанные методы использовались только как подготовительный этап у больных КРР, осложненным ОНК и ОКК, перед радикальной операцией.

Всем больным основной группы с ОНК при колоноскопическом исследовании проводили бужирование проводником и баллонную дилатацию зоны обтурации, так как без бужирования опухоли завести катетер для дилатации за зону обтурации не представляется возможным. После этого снова устанавливали проводник за зону сужения для подведения контрастного вещества к опухоли и определения дальнейшей тактики лечения. У 126 (80,7%) больных баллонодилатация оказалась успешной, у них отмечалось разрешение непроходимости кишечника.

Больным с ОКК проводили бужирование опухоли проводником, через который вводили, наряду с контрастным веществом, растворы гемостатиков и заводили баллон для дилатации, тем самым «тампонируя» опухоль. Время экспозиции баллона выбирали индивидуально и определяли во время колоноскопии.

Для проведения баллонной дилатации использовали колоноскоп с рабочим окном 3,5 мм, проводник для бужирования, «баллонный катетер для дилатации полых органов» длиной 120 мм диаметром 10 мм, инжектор с манометром для введения контрастного вещества под давлением в баллон, под рентгенконтролем фиксировали в области опухоли. Методики выполнялись в ангиографе фирмы «Филипс» (Голландия), где при необходимости можно было применить любой из перечисленных методов, а при неэффективности сразу перейти на другой, более адекватный для данного больного. Это позволяло в случае перфорации опухоли при проведении какой-либо из методик ургентно выполнить оперативное вмешательство без угрозы для жизни больного. Осложнений отмечено не было.

При колоноскопическом исследовании через рабочее окно колоноскопа заводили проводник



за зону сужения, тем самым бужирова и обозначая ход для баллонного катетера. Удалив проводник также через рабочее окно колоноскопа, на обозначенный ход проводника заводили катетер для баллонной дилатации сосудов. Для этого использовали инжектор с контрастным веществом (триомбраст с физраствором в соотношении 50:50), которым раздували баллон до 6 атм, время экспозиции — 15 мин (рис. 1).

Под рентгенконтролем выполняли бужирование и баллонную дилатацию суженого участка кишки (рис. 2). После выполнения дилатации катетер удаляли и через рабочее окно колоноскопа снова заводили проводник, который использовали для подачи контрастного вещества к опухоли и решения дальнейшей тактики лечения. Если после дилатации просвет кишки становился более 5 мм, повторяли еще раз дилатацию и продолжали общепринятую тактику подготовки больного к оперативному вмешательству.

В случаях, когда дилатация не имела успеха, выполняли декомпрессию и реканализацию толстого кишечника по разработанной нами методике. Этот метод был применен у 19 (12,2%) больных с ОНК.

Особенность данного метода заключается в том, что приспособление может устанавливаться в любом отделе толстого кишечника на длительный период, тем самым позволяя разрешить непроходимость кишечника, разгрузить толстую кишку и подготовить больного к радикальному оперативному вмешательству. Также может быть использовано у больных с ОКК.

На разработанное приспособление и метод декомпрессии толстого кишечника при ОКН нами получен Государственный патент №18354 У, UA, «Пристрій для реканалізації нижніх відділів товстого кишечника»; пр. 3.04.2006, опубл. 15.11.2006, №11 (рис. 3).

Установка происходит следующим образом: после проведения бужирования и баллонодилатации за зону опухоли через рабочее окно колоноскопа заводим проводник, через который под рентгенконтролем вводим контрастное вещество и определяем размер сужения толстого кишечника. Если просвет кишки был менее 4 мм, мы устанавливали зонд для декомпрессии толстого кишечника по разработанной нами методике. По проводнику, который устанавливался после баллонодилатации, под рентгенконтролем заводили зонд за зону опухоли. После этого эластичный баллон наполняли контрастным веществом и подтягивали зонд до упора эластичного баллона к проксимальной части опухоли. Через зонд вводили контрастное вещество в кишку для определения места установки зонда (рис. 4).

После установки зонда отмывали кишку через зонд, чем добивались опорожнения от кала и газа верхнего отдела толстой кишки. При сочетании ОНК и ОКК через зонд вводили гемостатики, тем самым купируя кровотечение.



Рис. 1. Баллонный катетер в рабочем состоянии

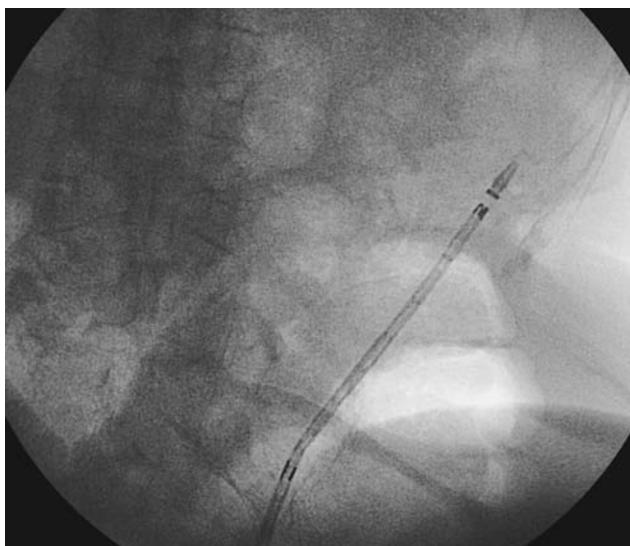


Рис. 2. Рентгенконтроль бужирования и баллонодилатации опухоли прямой кишки



Рис. 3. Зонд для декомпрессии в рабочем состоянии

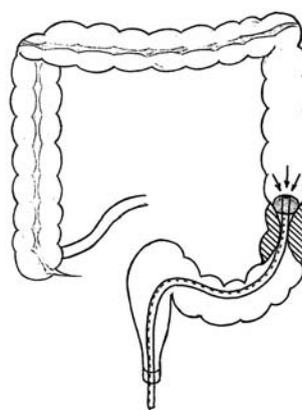


Рис. 4. Приспособление для декомпрессии толстой кишки в установленном виде

У больных основной группы с обструктивной непроходимостью кишечника мы выполняли стентирование толстой кишки. Этот метод был использован у 11 (7,1%) больных с ОКН.

После колоноскопического исследования, бужирования и баллонодилатации толстой кишки устанавливался проводник за зону опухоли и под рентгенконтролем выполнялось стентирование толстого кишечника. На данный метод лечения больных нами получены декларационные патенты Украины № 41152 U, UA, «Стент порожнистого органа» и № 30479 U, UA, «Спосіб лікування гострої обтураційної товстокишкової непрохідності пухлинного генезу».

Также для декомпрессии толстой кишки у больных КРР, осложненным непроходимостью и кровотечением, в основной группе больных нами использовались стенты производства корпорации «M.I.Tech» Hanarostent, установленные у 16 пациентов с ОНК и у 5 пациентов, у которых сочеталась ОНК с ОКК. Стент покрыт инертной оболочкой и является рентгенконтрастным за счет 12 маркеров, которые расположены по всей длине стента. В своей работе мы использовали стенты длиной 80 и 110 мм. Установка стента производилась также после колоноскопического исследования больного, проведения бужирования и баллонодилатации опухоли. Оно было возможно только после этих мероприятий. После выполнения этой методики проводился рентгенконтроль установки стента (рис. 5).



Рис. 5. Рентгенконтроль установки стента в прямой кишке

После декомпрессии толстого кишечника больного готовили к плановому оперативному вмешательству.

При анализе оперативных вмешательств у больных с колоректальным раком, осложненным непроходимостью кишечника, нами отмечено: в основной группе радикальных операций было выполнено 62,8%, а в группе сравнения — 45,3%. Летальность была в основной группе и в группе сравнения практически одинаковой — 3,8 и 3,4% соответственно. Паллиативных операций в основной группе было выполнено меньше, чем в группе сравнения на 12,4% случаев. Летальность в основной группе составила 1,3%, в группе сравнения — 4,7%. Операций Гартмана было выполнено в основной группе меньше, чем в группе сравнения — 19,9 и 25% соответственно. Летальность составляла 2,6% в основной группе и 6,1% — в группе сравнения.

Послеоперационные осложнения у больных с непроходимостью кишечника в основной группе было в 14,7% случаев и в группе сравнения — 33,1%. Летальность в основной группе также была ниже, чем в группе сравнения — 7,6 и 14,2% соответственно.

Таким образом, в хирургии рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника, в основной группе прослеживается тенденция к преобладанию первично-радикальных операций над паллиативными и операциями Гартмана. По нашему мнению, это связано с тем, что при подготовке больного к оперативному вмешательству необходима декомпрессия толстого кишечника.

Выводы

Проведение декомпрессии толстого кишечника в предоперационном периоде у больных с колоректальным раком, осложненным непроходимостью кишечника, позволило оперировать в отсроченном периоде после коррекции систем гомеостаза с большей возможностью выполнения одномоментных радикальных операций.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2007. — №4. — С. 118—122.
2. Ветшев П.С. Профилактика, диагностика и лечение новообразований толстой кишки / П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко, Н.Н. Крылов // Рос. журн. гастроэнтер., гепатол., колопроктол. — 2005. — Т.15, №1. — С. 86—91.
3. Горшков А.Н. Принципы лучевой и эндоскопической диагностики опухолей толстой кишки / А.Н. Горшков // Вопр. онкол. — 2004. — Т.50, №5. — С. 550—555.
4. Гюльмамедов Ф.И. Реконструктивные и восстановительные операции у больных с колостомой / Ф.И. Гюльмамедов, О.И. Миминошвили, П.Ф. Гюльмамедов // Хірургія України. — 2003. — №1. — С. 22—25.
5. Кахаров А.Н. К вопросу о результатах лечения рака толстой кишки / А.Н. Кахаров, А. Саидов, О.О. Ибрагимов // Тез. докл. II съезда онкологов СНГ. — Киев, 2000. — С. 736—736.
6. Несостоятельность швов толстокишечного астомоза. Статистика, причины возникновения, диагностика, лечение и профилактика / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Г.Г. Псарас [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2008. — №3 — С. 60—64.

**ВИКОНАННЯ
ДЕКОМПРЕСІЇ ТОВСТОГО
КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ
НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ
РАК, УСКЛАДНЕНИЙ
ГОСТРОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ
КИШЕЧНИКУ**

I. В. Бєлозьоров

Резюме. У роботі подано результати комплексного лікування 304 хворих із колоректальним раком (КРР), ускладненим непрохідністю кишечника за період з 1998 до 2009 р. Проаналізовано результати лікування 148 пацієнтів з 1998 до 2003 р., які становили групу порівняння, та 156 хворих, що перебували на лікуванні з 2003 до 2009 р., у яких при підготовці до оперативного втручання виконувалася декомпресія товстого кишечника за розробленими нами методиками — ці пацієнти склали основну групу. Запропоновано тактику лікування хворих із КРР, ускладненого непрохідністю кишечника.

Ключові слова: колоректальний рак, гостра непрохідність товстої кишки, декомпресія товстого кишечника.

**PERFORMING COLON
DECOMPRESSION
IN PATIENTS WITH
COLORECTAL CANCER
COMPLICATED BY ACUTE
INTESTINAL OBSTRUCTION**

I. V. Belozyorov

Summary. This work shows the results of complex treatment of 304 patients with a colorectal cancer (CRC) complicated by intestinal obstruction from 1998 to 2009. Results of treatment of 148 patients are analyzed from 1998 to 2003, which have made group of comparison, and 156 patients who were on treatment from 2003 to 2009 and who had decompression of a large intestine by our developed techniques before preparation for operative measure — these patients have made the basic group. Tactics of treatment of patients with CRC complicated by intestinal obstruction is developed.

Key words: colorectal cancer, acute obstruction of the colon, decompression of the colon.