



Л. С. Белянский

Национальный институт
хирургии и трансплантологии
имени А.А. Шалимова
НАМН Украины, м. Київ

© Л. С. Белянский

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ РАКОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Резюме. Проведен ретроспективный анализ лечения 237 больных обструктивным раком левой половины толстой кишки, в возрасте от 32 до 81 года (средний возраст $57,8 \pm 19,3$ года), находившихся в клинике с 1985 по 2009 г. Из них обструктивный рак левой половины ободочной кишки диагностирован у 223, рак прямой кишки — у 14 больных.

Предложена и внедрена комплексная программа лечения больных, которая предусматривает патогенетически обоснованный подход к выбору методов лечения. Благодаря использованию комплекса технических приемов создаются возможности, позволяющие выполнять первично-радикальное вмешательство при обструктивном раке левой половины ободочной кишки и завершить его формированием первичных анастомозов; обоснованы показания к формированию превентивных кишечных стом.

Ключевые слова: обструктивный рак, лаваж кишечника, эндотоксикоз, комплексная программа лечения.

Введение

Хирургическое лечение больных обструктивным раком левой половины толстой кишки (ОРЛПТК) с низким операционным риском возможен только в 3% случаев. Осложнения в виде кровотечений, перфораций и тяжелой интоксикации приводят к увеличению риска выполнения радикальных вмешательств, росту летальности до 14—47% [1, 4, 5, 11, 12]. В последние годы в мировой практике наметилась четкая тенденция к усовершенствованию хирургической тактики лечения больных ОРЛПТК, разработке и внедрению комплексных программ лечения, что привело к улучшению непосредственных и отдаленных результатов. В то же время послеоперационная летальность продолжает оставаться высокой, достигая 14—25%, а пятилетняя выживаемость — 28—33% [4, 8]. В специализированных хирургических центрах уровень летальности удается снизить до 10—20%.

Отдельные аспекты лечения больных ОРЛПТК продолжают обсуждаться в специальной литературе. Так, одним из нерешенных вопросов остается оценка степени операционного риска, определяющая радикальность и способ завершения оперативного вмешательства.

Цель работы — улучшение результатов лечения больных ОРЛПТК с помощью научно обоснованных принципов и методик, позволяющих завершить вмешательство радикальной и восстановительной операцией.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ лечения 237 больных ОРЛПТК в возрасте от 32 до 81 года (средний возраст $57,8 \pm 19,3$ года), находившихся в клинике с 1985 по 2009 год. Из них обструк-

тивный рак левой половины ободочной кишки диагностирован у 223, рак прямой кишки — у 14 больных.

С 1985 года в клинике начали внедряться принципы и методики, позволяющие выполнять первичные радикальные вмешательства. Программа лечения состоит из этапов, направленных на устранение и профилактику развития эндотоксикоза в ходе операции и в раннем послеоперационном периоде.

Реализация программы лечения требует наличия зондов для декомпрессии желудка и проксимальных отделов тонкой кишки, достаточного количества инфузионных сред для предоперационной подготовки. Адекватная терапия позволяет выполнить оперативное вмешательство в плановом порядке подготовленной бригадой специалистов.

Для выполнения первичных радикальных вмешательств использовалась адаптированная к условиям клиники техника интраоперационного лаважа кишечника (ИЛК), включающая обязательное поэтапное промывание тонкой, а затем толстой кишки изоосмолярным, невсасываемым солевым раствором. Промывание просвета толстой кишки начинали после частичной мобилизации ее супрастенотической части. Полная очистка толстой кишки позволяла выполнить ее мобилизацию, с полным удалением околокишечной клетчатки, после чего пересекали кишку ниже опухоли. По окончании лаважа, интраоперационной коррекции метаболических нарушений выполнялось вмешательство на левой половине толстой кишки или прямой с соблюдением всех принципов онкологической радикальности.

Комплексная программа (КП) лечения больных включала проксимальную интубацию тонкой



кишки до 50 см от связки Трейтца, ее декомпрессию, интраоперационный лаваж тонкой кишки соевым раствором (состав: NaCl — 72,0 г, KCl — 61,0 г, NaHCO₃ — 5,6 г, H₂O — 10,0 л), в темпе введения 0,1—0,2 л/мин, 8—15 л раствора.

В ходе выполнения операции у всех больных проводилась селективная деконтаминация кишечника по схеме: гентамицин (3 мг/кг на одно введение), или полимиксин (500 мг на одно введение), или тобрамицин (3 мг/кг сут), или норфлоксацин (800 мг/сут), метронидазол (1,5 г/сут, то есть 100 мл стандартного раствора на одно введение) и нистатин (1—3 г на одно введение) в просвет кишки. Очистка кишечника не исключала проведение системной антибиотикопрофилактики или антибиотикотерапии.

В послеоперационном периоде продолжалась внутрикишечная терапия, которая включала препараты для селективной деконтаминации с добавлением: 100 мл 1% раствора глутаминовой кислоты и 1 г порошка сукральфата. Таким образом, объем раствора составлял 200,0 мл. Он вводился на протяжении 2 часов, в темпе 100 мл/ч, после чего создавалась экспозиция с закрытым зондом на протяжении 3 часов. В течение следующих 3 часов зонд открывали для свободного стока кишечного содержимого. Длительность цикла составляла 8 часов, 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 суток.

Радикальные оперативные вмешательства были выполнены у 201 (84,8%), паллиативные — у 36 (15,2%) пациентов. Из них левосторонняя гемиколэктомия — у 51, резекция сигмовидной кишки — у 85, передняя резекция дистальной части сигмовидной и передняя резекция прямой кишок — у 20, субтотальная колэктомия, асцендо-десцендостомия — у 8 и асцендо-ректостомия — у 3, радикальная операция Гартмана — у 36, паллиативная операция Гартмана — у 9, двустольная колостомия — у 11, БАР с низведением — у 4, передняя резекция прямой кишки — у 10 больных.

Из 201 больного, перенесшего радикальную операцию, у 179 (89,1%) была выполнена первичная восстановительная операция. Из 165 больных опухолями ободочной кишки после формирования первичного анастомоза у 46 (27,9%) пациентов накладывалась проксимальная превентивная «двустольная» стома. Из 14 больных опухолями прямой кишки превентивная стома была наложена у 12 (85,7%).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 237 больных, вошедших в наблюдение, умерли 8, что составило 3,4%. Среди них трое перенесли паллиативные операции и умерли от прогрессирующей интоксикации. Из 5 больных,

перенесших радикальные операции, трое умерли от тромбоэмболических осложнений, двое — от прогрессирующего перитонита.

Несостоятельность первичного анастомоза возникла у 9 (5,5%), из 165 больных опухолями ободочной кишки. Из них у 4 пациентов развился перитонит, потребовавший лечения с помощью лапаростомии, одностольной колостомии. В этой группе умерли 2 больных от прогрессирующего перитонита. У 3 больных с несостоятельностью анастомоза лечение завершилось после формирования двустольной колостомы, санации брюшной полости. У 2 больных были эффективными дополнительное дренирование и санация зоны анастомоза.

Нагноительные процессы со стороны операционной раны наблюдались у 16 (9,7%) больных, они были санированы консервативно.

В процессе ретроспективных исследований мы провели анализ ряда показателей после лечения больных ОРЛПТК по традиционной программе (ТП), применяемой в клинике до внедрения КП.

Было установлено, что средние сроки восстановления активной перистальтики в группе больных, получавших лечение ТП по сравнению с КП, составили $6,3 \pm 1,5$ дня против $3,1 \pm 1,2$ суток. Время восстановления состава кишечной флоры составило $10,3 \pm 2,4$ против $8,2 \pm 1,6$ суток, а длительность пребывания в стационаре — $21,2 \pm 4,6$ суток против $12,2 \pm 3,4$ дней.

При использовании лечения КП по ОРЛПТК первично-восстановительная операция была выполнена у 89,1% больных, а использование ТП предусматривало проведение двухэтапных операций, и лишь у 19,6% были выполнены первично-восстановительные оперативные вмешательства.

Средние сроки восстановления активной перистальтики в группе больных, получавших лечение по ТП, составили $7,6 \pm 1,3$ дня, против $4,2 \pm 0,5$ при использовании КП. Время восстановления состава кишечной флоры — $14,2 \pm 2,8$ против $8,3 \pm 0,7$ суток соответственно. Длительность пребывания в стационаре при использовании лечения по ТП, с учетом сроков выполнения восстановительной колопластики, составляла $63,3 \pm 3,2$ против $13,5 \pm 1,2$ дней соответственно.

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

В Украине традиционно применяемая операция Гартмана выполняется примерно у 2/3 больных, а альтернативой ее является классическая методика Цейдлера—Шлоффера, проводимая



в три этапа [12, 14]. Операции, выполняемые в ургентном порядке, как правило, не преследуют цель соблюдения радикальности удаления опухоли и направлены, прежде всего, на спасение жизни больного.

Интерес к многоэтапным вмешательствам при ОРЛПТК в последние годы связан с внедрением в клиническую практику видеолaparоскопических технологий, позволяющих осуществить первичную декомпрессию толстой кишки с использованием миниинвазивных операций. Кратковременную колостомию рассматривают как необходимый и целесообразный этап операции для снижения частоты осложнений при ОРЛПТК [2, 5]. После устранения непроходимости кишечника и коррекции метаболических нарушений выполняют радикальную операцию. Хотя при таком вмешательстве сокращаются сроки между первым и вторым этапами по сравнению с таковыми при классической операции Цейдлера—Шлоффера, его недостатком является наличие осложнений, присущих временной колостоме [3, 7, 14].

Сторонники трехэтапных операций считают, что наложение кишечной стомы в качестве первого этапа — относительно легко выполняемое и мало травматичное вмешательство, которое является методом выбора при ОРЛПТК в стадии декомпенсации [13, 14, 15]. 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 применяют конечный этап операции из-за их неудовлетворительного состояния либо нежелания подвергаться дополнительному операционному риску. Большинство исследователей отмечают, 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% [1, 5, 14].

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 У-образных, или отсроченных, анастомозов [10, 11, 12, 14].

В последние годы представляется актуальным поиск возможностей наложения первичных ана-

стомозов в хирургическом лечении непроходимости толстой кишки. В 80-е годы XX века при лечении больных с ОРЛПТК опухолевого генеза предложена методика субтотальной колэктомии с наложением первичного илеосигмо- или илеоректоанастомоза. 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% [9, 11].

Серьезными недостатками субтотальной колэктомии являются увеличение продолжительности оперативного вмешательства у тяжелых больных, повышенный риск возникновения спаечной непроходимости, высокая вероятность появления диареи и недержания кала [8, 14]. 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% случаев. 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, 14].

Вариантом расширения возможностей формирования первичных анастомозов при ОРЛПТК является использование превентивной колостомии [7].

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

Выводы

Применение разработанных принципов и методов комплексной программы лечения больных обструктивным раком левой толстой кишки, предложенных технических приемов при декомпенсированных формах непроходимости кишечника, методов профилактики несостоятельности анастомоза и завершения оперативных вмешательств позволяет выполнить первично-радикальные и первично-восстановительные операции при неуверенности в надежности анастомоза, уменьшить число послеоперационных осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии / С.А. Алиев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1999. — № 3. — С. 66 — 70.
2. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки / Ю.В. Балтайтис. — К.: Здоров'я, 1990. — 176 с.
3. Воробьев Г.И. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки / Г.И. Воробьев, В.З. Тотиков // Хирургия. — 1993. — № 5. — С. 47 — 52.
4. Матвійчук Б.О. Детермінанти прогнозу у хворих на обструктивний рак ободової кишки / Б.О. Матвійчук // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту, серія «Медицина». — 2001. — Вип. 14. — С. 21 — 23.
5. Новые возможности лечения рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью, с применением лапароскопической видеотехники / Новые технологии в хирургии / В.Я. Белый, В.Г. Конев, В.Н. Чернев [и др.]; под ред. В.И. Мамчича. — К.: Арт. График, 1997. — С. 85—86.
6. Первичное восстановление непрерывности кишечника при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки / Н.А. Яицкий, С.В. Васильев, В.Н. Котишвили [и др.] // Хирургия. — 1994. — № 10. — С. 26 — 29.
7. Пойда А.И. Восстановительные операции на толстой кишке: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / А.И. Пойда. — К., 1993. — 40 с.
8. Шулуток А.М. Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / А.М. Шулуток, А.Ю. Моисеев, В.Ю. Зубцов // Хирургия. — 2000. — № 2. — С. 14—16.
9. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки / В.И. Юхтин. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.
10. Dudley H.A. F. // Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis / H.A.F. Dudley, A.G. Radcliffe, D. Mc Geehan // Br. G. Surg. — 1980. — № 2. — P. 80—81.
11. Enteral nutrition during multimodality therapy in upper gastrointestinal cancer patients / J.M. Daly, F.N. Weintraub, J. Shou [et al.] // Ann. Surg. — 1995. — Vol. 221, № 4. — P. 327—338.
12. Gebhardt C. Diffrenzierte chirurgische Therapie des Dickdarmileus / C. Gebhardt, W. Meyer, K. H. Schultheis // Caducus news. — 1998. — Jahrgang. — Vol. 1. — P. 1—4.
13. Gebhardt C. Chirurgische Differentialtherapie des Dickdarmileus / C. Gebhardt, K.H. Shultheis, R. Ott // Zentr. bl. Chir. — 1990. — Vol. 115. — P. 77—88.
14. Scotia Study Group: 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. — 1995. — № 82. — P. 1622—1627.
15. The single-stage surgery of neoplastic colorectal occlusion: The experience of 133 cases / D. Gullino, O. Giordano, S. Chione [et al.] // Minerva Chir. — 1999. — № 54. — P. 37—47.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБСТРУКТИВНИЙ РАК ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Л. С. Білянський

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE LEFT COLONIC AND RECTAL CANCER.

L. S. Bilianskiy

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз лікування 237 хворих на обструктивний рак лівої половини товстої кишки віком від 32 до 81 року (середній вік $57,8 \pm 19,3$ року), які лікувалися в клініці з 1985 до 2009 р. З них обструктивний рак лівої половини ободової кишки діагностовано у 223, а рак прямої кишки — у 14 хворих. Запропоновано та впроваджено комплексну програму лікування хворих, яка передбачає патогенетично обґрунтований підхід до вибору методів лікування. Завдяки застосуванню комплексу технічних прийомів відкрито нові можливості для виконання первинно-радикальних та первинно-відновних оперативних втручань, визначено показання до формування превентивних кишкових ноциць, суттєво поліпшено результати лікування хворих.

Ключові слова: обструктивний рак, лаваж кишечника, комплексна програма лікування.

Summary. The retrospective analysis and results of treatment in 237 patients with obstructive left colonic and rectal cancer from 1985 to 2009, age from 32 to 81 years (mean $57,8 \pm 19,3$) was provide. The complex program of treatment was proposed and implemented, including pathogenic based approach in choice of treatment method. Due to complex of technical actions the possibilities for primary radical and primary reconstructive operations, obvious improvement of the results of treatment are opened.

Key words: obstructive cancer, intestinal lavage, endotoxycosis, complex program of treatment.