

УДК (616.351+616.345):616-006:(616-006.(616-089:615:849.19)

ДЕНИСЕНКО В.Л.¹, ГАИН Ю.М.²¹УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Резюме. Актуальность. Наиболее частым осложнением колоректального рака является кишечная непроходимость с локализацией рака в левой половине толстой кишки. Операции у этой группы больных сопровождаются высокой летальностью — до 10–36 % от числа оперированных.

Цель работы: улучшить результаты лечения стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, путем использования технологий Fast-Track Recovery.

Материал и методы. Одним из направлений реального использования концепции быстрого выздоровления в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза с последующим стентированием зоны сужения и лазерной реканализацией.

Результаты и обсуждение. Метод Fast-Track Recovery Strategy применен в клинике Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического диспансера с целью симптоматического лечения пациентов с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью, в 8 случаях. Четырём пациентам по поводу осложненного колоректального рака установили саморасширяющийся покрытый силиконом нитиновый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза. Во всех наблюдениях после реканализации области стеноза восстановлен пассаж пищеварительного тракта. Осложнений в послеоперационном периоде зарегистрировано не было. У четверых пациентов с целью реканализации стенозирующего колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью, нами использовано высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение с длиной волны 1,06 мкм и мощностью 20–25 Вт. Реканализация опухоли стала окончательной симптоматической операцией ввиду тяжести фоновой патологии с декомпенсацией функции сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсации (без лапаротомии и формирования кишечного свища).

Ключевые слова: стентирование, колоректальный рак, кишечная непроходимость.

Введение

Колоректальный рак (КРР) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей в большинстве экономически развитых стран мира [1]. Наиболее часто встречающимся осложнением КРР является кишечная непроходимость. Чаще всего непроходимость кишечника развивается при локализации рака в левой половине толстой кишки. Операции у этой группы больных сопровождаются высокой летальностью — до 10–36 % от числа оперированных [2]. Операции на фоне обтурационной опухолевой непроходимости зна-

чительно отличаются одна от другой как по объему вмешательства, так и по радикальности. При осложненном раке левой половины толстой кишки у 70 % больных выполняются только паллиативные операции типа А. Hartman [3]. Больше половины злокачественных опухолей в настоящее время диагностируется у пациентов старше 65 лет, среди которых ежегодно заболеваемость раком показывает

© Денисенко В.Л., Гайн Ю.М., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

устойчивый рост примерно на 15 % в целом за последние 30 лет, до 450 случаев на 100 000 населения [4]. По данным Ассоциации колопроктологов Великобритании и Ирландии (ASCPGBI), отмечается увеличение смертности при раке прямой кишки; при этом пациенты от 65 до 74 лет имеют в 1,8 раза большую вероятность смерти, от 75 до 84 лет — в 3,5 раза большую и > 85 лет — пятикратное увеличение смертности после выборной колоректальной резекции [5]. У пожилых пациентов чаще возникают экстренные колоректальные ситуации (в первую очередь обструкция и/или перфорация) — до 40 % случаев. В этих условиях имеется значительно более высокая вероятность паллиативной операции [6].

Наиболее широко используемым видом радикального вмешательства при КРР, осложненном кишечной непроходимостью, является резекция кишки с наложением одностольной колостомы. Однако имеются сообщения о выполнении расширенных и комбинированных резекций с наложением анастомоза при обтурационной непроходимости левой половины толстой кишки с хорошими непосредственными результатами [7, 8].

До настоящего времени хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне рака продолжает оставаться дискуссионной. Отсутствуют общепринятые подходы к выбору методов хирургического пособия и завершения операции, что требует дальнейшего научного поиска и изучения возможностей реализации новых способов решения проблемы.

Цель работы: улучшить результаты лечения стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, путем использования технологий Fast-Track Recovery.

Материал и методы

Одной из важных проблем остается лечение пожилых пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, имеющих тяжелую сопутствующую патологию. В современной медицине, а именно в хирургии и онкологии, набирает силу направление, опирающееся на концепцию быстрого (ускоренного) выздоровления (так называемый Fast-Track Recovery, или Fast-Track Surgery). Оно основано на применении современных высокотехнологичных подходов, включающих эффективное использование основных достижений VI технологического уклада цивилизации, позволяющих обеспечить высокое качество лечения, свести к минимуму продолжительность лечения, сократить экономические затраты на него, получить максимально высокие окончательные результаты. Такие результаты делают возможным применение малоинвазивных низкотравматичных методик оперирования. Данный подход позволяет улучшить реабилитацию пациентов, малотравматично произвести декомпрессию кишечника, что дает возможность уменьшить общие сроки лечения и достигнуть в бли-

жайшем и отдаленном периоде высокого качества жизни пациента. Такой подход приводит не только к быстрому выздоровлению с существенным сокращением общих сроков лечения и реабилитации, но и к значительному сокращению экономических затрат на лечение, имеет значимый социальный эффект вследствие более быстрого и качественного восстановления качества жизни пациента.

Одним из направлений реального использования концепции быстрого (ускоренного) выздоровления в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза (с использованием саморасширяющегося нитинолового стента диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающего просвет кишки в зоне опухолевого стеноза (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]) с последующим стентированием зоны сужения и лазерной реканализацией после восстановления естественного пассажа кишечного содержимого и моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта.

Результаты и обсуждение

В качестве примера использования технологии быстрого выздоровления в лечении пациентов с осложненным колоректальным раком приводим клинические наблюдения. Метод Fast-Track Recovery Strategy был применен в клинике Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического диспансера с целью симптоматического лечения пациентов с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью (8 случаев). Это пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, которые ввиду тяжести своего состояния не перенесли бы оперативное лечение, лапаротомию.

Четверым пациентам, находящимся на лечении в абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера и проктологического отделения Второй Витебской областной клинической больницы в период с 2011 по 2013 год по поводу осложненного колоректального рака, установили саморасширяющийся покрытый силиконом нитиноловый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]). Средний возраст пациентов в группе составлял $70,1 \pm 4,2$ года.

Во всех четырех случаях проводимый лечебно-диагностический прием по Вишневскому эффекта не имел. После кратковременной (2 часа) подготовки, включающей переливание калий-полиризующей смеси, кристаллоидных и коллоидных растворов (в объеме до 2 л) и премедикацию (раствор промедола 2% 1,0 мл + раствор атропина 0,1% 1,0 мл), всем пациентам выполнена фиброколоноскопия, которая подтвердила диагноз опухоли левой половины толстой кишки. Выполнено

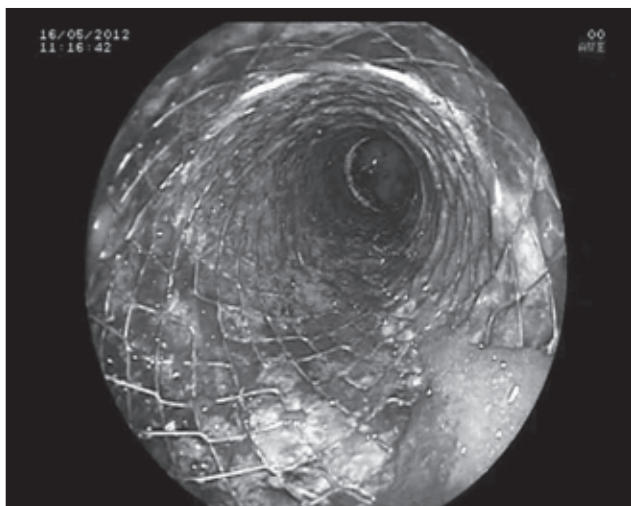


Рисунок 1. Расширенный просвет сигмовидной кишки в зоне опухоли после установки стента CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]



Рисунок 2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости сразу после установки саморасширяющегося кишечного стента в сигмовидную кишку

инструментальное бужирование зоны опухолевого стеноза специальным проводником средней жесткости с мягким J-образным наконечником. Через дилатированную зону стеноза проводили доставочное устройство для саморасширяющегося трубчатого протеза. В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый силиконом нитиновый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]), контролировали положение стента в кишке

(рис. 1). Вся процедура колоноскопии с установкой стента занимала около 40 минут ($37,6 \pm 4,13$ минуты). Осложнений манипуляции не было. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота (рис. 2). После установки стента ставили сифонную клизму, после проведения которой обильно отходили стул и газы. Пациентам назначали солевые слабительные, вазелиновое масло, внутривенно капельно вводили калий-поляризующую смесь с сердечными гликозидами, кристаллоидные сбалансированные полиэлектролитные смеси, реамберин. Назначали цефазолин 1,0 г три раза в сутки, фрагмин 2,5 г подкожно один раз в сутки, корректировали сопутствующую патологию. Явления кишечной непроходимости у всех пациен-

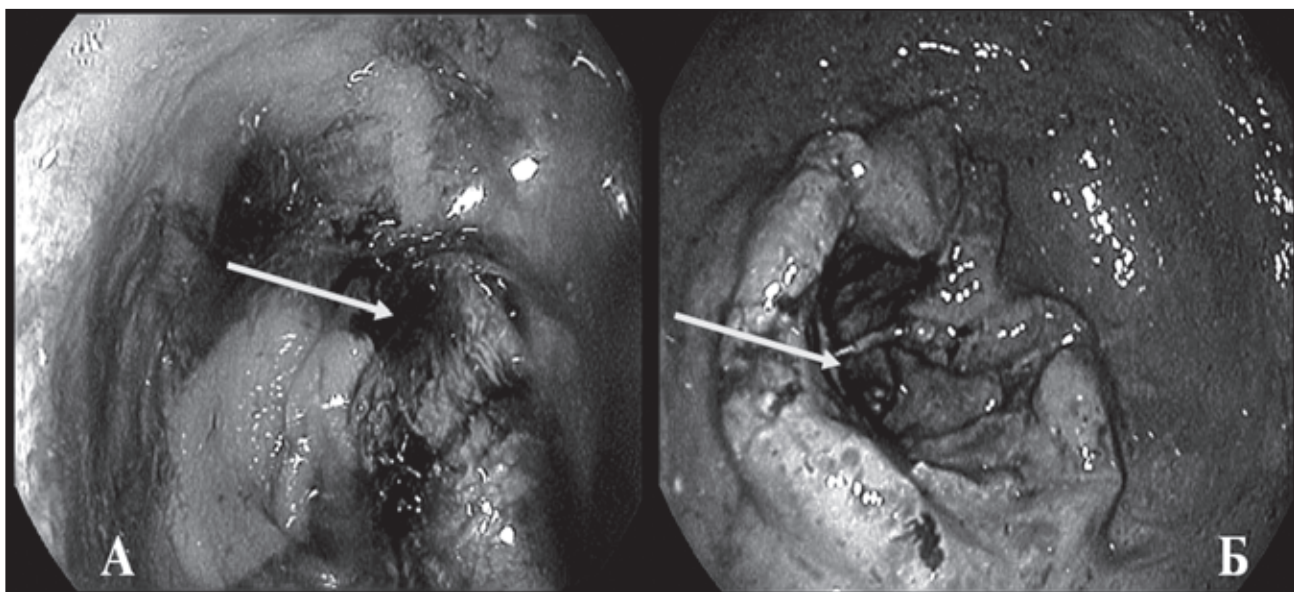


Рисунок 3. Данные колоноскопии. Стенозирующий рак нисходящей ободочной кишки с диаметром просвета в зоне сужения 5 мм (А) и стенозирующий рак прямой кишки с диаметром просвета в зоне стеноза до 6 мм (Б). Стрелками обозначена зона стеноза

тов полностью купировались к концу первых суток после манипуляции. На вторые сутки начинали энтеральное кормление пациентов.

Продолжительность лечения в данной группе составила $8,3 \pm 1,5$ койко-дня.

К настоящему времени выполнено 4 подобных вмешательств. Во всех наблюдениях после реканализации области стеноза восстановлен пассаж пищеварительного тракта. Осложнений в послеоперационном периоде зарегистрировано не было.

У четверых пациентов с целью реканализации стенозирующего колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью, было использовано высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение с длиной волны 1,06 мкм и мощностью 20–25 Вт. В работе использован твердотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотэк», Республика Беларусь) в составе эндоскопической стойки для исследования толстой кишки (длина волны 1,064 мкм, максимальная средняя мощность — 60 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения — не более 50 Гц, максимальная энергия импульса — 1,2 Дж, длительность импульса — 300 мс, класс лазерной опасности — IV, максимальная потребляемая мощность — 2,5 кВт). При поступлении пациентов в стационар (до 24 часов) всем им выполняли лечебно-диагностическую ректо- или колоноскопию, во время которой, после установления диагноза стенозирующей опухоли прямой кишки и биопсии, производили лазерную вапоризацию внутренней части опухоли с восстановлением просвета пищеварительной трубки в зоне опухоли не менее чем на 0,8–1 см (рис. 3). После лазерной реканализации пациентам выполняли сифонную клизму, которая в 100 % случаев приводила к эффективному антеградному опорожнению толстой кишки. Пациентам назначали слабительные средства и вазелиновое масло. В комплекс лечения включали ежедневную инфузионную терапию (кристаллоидные и коллоидные растворы, калий-поляризующая смесь, по показаниям — препараты парентерального питания), внутривенно вводили диаветол 15–20 мг/кг (по сухому веществу), эмоксипин 1,5–2,5 мг/кг, пентоксифиллин 0,2% раствор 200–400 мл/сут и реамберин 400–800 мл/сут (или цитофлавин 10 мл раствора в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия). Через 4–6 суток пациентов выписывали из стационара в состоянии клинко-метаболической компенсации. Реканализация опухоли стала окончательной симптоматической операцией ввиду тяжести фоновой патологии с декомпенсацией функции сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, первый опыт использования нового тактического подхода к хирургическому лечению колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, путем декомпрессии кишечника с помощью саморасширяющегося покры-

того силиконом нитинолового стента (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]) и лазерной вапоризации опухоли позволяет купировать явление кишечной непроходимости.

Выводы

Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинко-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища). Данный подход с использованием саморасширяющегося покрытого силиконом нитинолового стента (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]) и лазерная вапоризация опухоли позволяют оперативно осуществить в условиях непроходимости кишечника раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинко-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища).

Список литературы

1. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости / М.Д. Ханевич, Г.М. Манихас, В.В. Лузин [и др.]. — СПб.: Аграф+, 2008. — 136 с.
2. Кохнюк В.Т. Колоректальный рак / В.Т. Кохнюк. — Минск: Харвест, 2005. — 384 с.
3. Comparison of uncovered stent with covered stent for treatment of malignant colorectal obstruction / K.M. Lee, S.J. Shin, J.C. Hwang [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2007. — Vol. 66. — P. 931-936.
4. Davidson R. Endoluminal stenting for benign colonic obstruction / R. Davidson, W.B. Sweeney // *Surg. Endoscopic.* — 1998. — Vol. 12. — P. 353-354.
5. Der Stellenwert minimal-invasiver Operationstechniken im Fast-track-Konzept für die Gefäßmedizin / Dr.A. Ivoghli, P. Kruska, T. Kerner [et al.] // *Gefäßchirurgie.* — 2010. — Vol. 15, № 3. — P. 176-182.
6. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy / A. Recart, D. Duchene, P. White [et al.] // *Journal of Endourology.* — 2005. — Vol. 19, № 10. — P. 1165-1169.
7. Goligher I. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum / I. Goligher, C.D. Hafner // *Br. J. Surg.* — 1957. — 450. — P. 270-274.
8. Stent placement for benign colorectal stenosis: case report, review of the literature and animal pilot data / Geiger T.M., Miedema B.W., Tsereteli Z. [et al.] // *Int. J. Colorectal. Dis.* — 2008. — 23 (10). — P. 1007-1012.

Получено 17.12.13 □

Денисенко В.Л.¹, Гаїн Ю.М.²¹УОЗ «Друга Вітебська обласна клінічна лікарня», м. Вітебськ, Республіка Білорусь²ДУО «Білоруська медична академія післядипломної освіти», м. Мінськ, Республіка Білорусь

ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ, УСКЛАДНЕНИМ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Резюме. Актуальність. Найбільш частим ускладненням колоректального раку є кишкова непрохідність із локалізацією раку в лівій половині товстої кишки. Операції в цієї групи хворих супроводжуються високою летальністю — до 10–36 % від числа оперованих.

Мета роботи: покращити результати лікування стенозуючого колоректального раку, ускладненого кишковою непрохідністю, шляхом використання технологій Fast-Track Recovery.

Матеріали і методи. Одним із напрямків реального використання концепції швидкого одужання в лікуванні обтураційної пухлинної товстокишкової непрохідності є метод реканалізації зони пухлинного стенозу з подальшим стентуванням зони звуження й лазерної реканалізації.

Результати та обговорення. Метод Fast-Track Recovery Strategy застосовано в клініці Другої Вітебської обласної клінічної лікарні й абдомінальному відділенні Вітебського обласного клінічного диспансеру з метою симптоматичного лікування пацієнтів із колоректальним раком, ускладненим гострою кишковою непрохідністю, у 8 випадках. Чотирьом пацієнтам із приводу ускладненого колоректального раку встановили по-

криті силіконом нітінолові стенти, що саморозширюються, діаметром 22 мм і довжиною 140 мм, що каркасно збільшують просвіт кишки в зоні пухлинного стенозу. У всіх спостереженнях після реканалізації ділянки стенозу відновлений пасаж травного тракту. Ускладнень у післяопераційному періоді зареєстровано не було. У чотирьох пацієнтів із метою реканалізації колоректального раку, ускладненого товстокишковою непрохідністю, нами використано високоінтенсивне імпульсне лазерне випромінювання з довжиною хвилі 1,06 мкм і потужністю 20–25 Вт. Реканалізація пухлини стала остаточною симптоматичною операцією з огляду на тяжкість фоновієї патології з декомпенсацією функції серцево-судинної системи.

Висновки. Використання ендоскопічної установки металевого колоректального стента, що саморозширюється, дозволяє в умовах стенозуючого колоректального раку, ускладненого кишковою непрохідністю, виконати ранню антеградну декомпресію травного тракту з швидким відновленням його моторно-евакуаторної функції та ранньою клініко-метаболічною компенсацією.

Ключові слова: стентування, колоректальний рак, кишкова непрохідність.

Denisenko V.L.¹, Gain Yu.M.²¹Healthcare Institution «Second Vitebsk Regional Clinical Hospital»²State Educational Institution «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Minsk, Republic of Belarus

PALLIATIVE TREATMENT IF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION

Summary. Actuality. Colorectal cancer is one of the most widespread forms of malignant tumors in the majority of economically developed countries of the world. The most frequent complication of this kind of cancer is the intestinal obstruction with tumor localization in the left half of the large bowel. Postsurgical lethality in this group of patients is rather high and comes to 10–36 % of the number of the patients operated.

To present time standard approaches to choice of methods of surgical intervention and of termination of operations are not elaborated. This fact requires further scientific research and scrutiny of the possibility of realization of new problem solving tendencies.

Aim of the Investigation. To improve the results of complex treatment of obstructing colorectal cancer complicated with intestinal obstruction using Fast-Track Recovery technologies.

Material and Methods. In medicine of the time, namely, in surgery of colorectal cancer complicated with intestinal obstruction, the trend of complex treatment based on the concept of Fast-Track Recovery, or Fast-Track Surgery, is coming into force. One of the tendencies of real using of the concept of rapid (enchanced) recovery for the treatment of obturative tumoral large-intestine obstruction is the method of recanalization of the area of tumor stenosis with the following stenting of the zone of narrowing and laser recanalization.

Results and Discussion. The Fast-Track Recovery Strategy method aimed in symptomatic treatment of colorectal cancer complicated with intestinal obstruction has been applied in 8 patients in the IPD

of Second Vitebsk Regional Clinical Hospital and in the abdominal department of Vitebsk Regional Clinical Dispensary. Self-expanding silicone covered nitinol stent 22 mm in diameter and 140 mm in length frame expanding the bowel lumen in the tumor stenosis zone was placed in the constriction zone in four patients suffering from complicated colorectal cancer.

In all observations, after the operation of recanalization of stenosis zone the passage of the digestive tract was restored. The post-operative period was uneventful.

We applied high-intensity impulsive laser radiation with wave length 1.06 mcm and power 20–25 W in four patients to carry out the recanalization of obstructing colorectal cancer complicated by colonic obstruction. In 4–6 days the patients were discharged from the in-patient department in the condition of clinicometabolic compensation. Tumor recanalization was the final symptomatic operation in view of the gravity of the background pathology with cardiac decompensation.

Conclusion. The application of endoscopic placing of self-expanding metallic colorectal stent enables surgeons to perform early antegrade decompression of the digestive tract with rapid restoration of its motor and evacuating function and early clinical and metabolic compensation (avoiding laparotomy and intestinal fistula formation) in obstructing colorectal cancer complicated with intestinal obstruction.

Key words: stenting, colorectal cancer, intestinal obstruction.