

УДК: 616.348-006,6-002.45-089.86

Вовк О.Я., Кондратюк А.И., Коврыга А.И.

ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННЫЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ

Полтавский областной клинический онкологический диспансер.

Несмотря на активные усилия специалистов в области лечения осложненных форм рака ободочной кишки, результаты хирургического лечения остаются неудовлетворительными, что требует новых исследований в хирургической тактике и технике. Развитие серьезных осложнений злокачественного поражения толстой кишки практически исключает возможность проведения неадьювантного лечения. Более того, при выполнении одномоментного хирургического вмешательства по поводу осложненного колоректального рака значительно ухудшаются непосредственные результаты лечения, что выражается в увеличении вероятности выполнения обструктивных вариантов оперативного удаления опухолей толстой кишки, возрастании уровня послеоперационной летальности и числа осложнений, отмечающихся в 25-54,5% случаев. С целью улучшения результатов лечения пациентов с перфоративным раком и перитонитом разработаны и внедрены эффективные и безопасные способы формирования отсроченных тонко-толстокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов у пациентов с повышенным риском несостоятельности в ситуациях, предполагающих выведение кишечной стомы. Проанализированы непосредственные результаты лечения 19 больных с перфоративным раком ободочной кишки с признаками декомпенсированной непроходимости кишечника и распространенного перитонита, тяжесть состояния которых по шкале SAPS II превышала 29 баллов (в 10 наблюдениях при раке слепой и восходящей кишки; в 5 наблюдениях при раке сигмовидной кишки, в 4 наблюдениях при раке нисходящей ободочной кишки). В том числе, разработанные методики были выполнены 4 пациентам с карциноматозом брюшины и множественными метастазами в печени и у 6 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом. При локализации перфоративной опухоли в правой половине ободочной кишки выполнялась правосторонняя гемиколэктомия по разработанной нами методике формирования «отсроченного» тонко-толстокишечного анастомоза, при локализации перфоративной опухоли в левой половине ободочной кишки применена методика резекции кишки с опухолью и формированием «отсроченного» толсто-толстокишечного анастомоза. Предлагаемая технология лечения перфоративного рака ободочной кишки является клинически эффективной и безопасной для пациента: общее число послеоперационных гнойных осложнений составило 10,5%, при этом несостоятельности швов анастомозов не было, а послеоперационная летальность составила 5,3%. Предлагаемая технология лечения позволила сократить сроки выполнения восстановительных операции до 7-14 суток, что обусловлено их меньшей травматичностью. Таким образом, в клинических ситуациях, угрожающих развитием несостоятельности межкишечного соустья, у больных с перфоративным раком ободочной кишки целесообразно формирование отсроченных анастомозов по разработанным методикам с выведением проксимального участка кишки в виде стомы, что исключает в последующем выполнение сложной реконструктивно-восстановительной операции. Разработанная хирургическая тактика позволяет выполнить раннее внебрюшинное закрытие кишечной стомы в любые сроки по нормализации состояния пациента и в ранние сроки перейти к проведению адьювантной химиотерапии.

Ключевые слова: перфоративный рак ободочной кишки, межкишечные первично-отсроченные анастомозы.

Введение

В последние десятилетия во всем мире отмечен рост заболеваемости колоректальным раком, приносящего обществу значимые материальные потери, при этом неуклонно растет число больных, оперируемых в экстренном порядке по поводу острых осложнений рака толстой кишки [1-4].

При хирургическом лечении осложненного колоректального рака отдаленные результаты остаются малоутешительными. По сравнению с комбинированными методами лечения колоректального рака (в первую очередь, с применением предоперационной лучевой терапии и/или адьювантной цитостатической терапией), при чисто хирургическом вмешательстве (несмотря на высокую степень радикальности вмешательств), отмечается увеличение количества местных и региональных рецидивов со снижением показателей об-

щей и безрецидивной выживаемости. Развитие ряда серьезных осложнений злокачественного поражения толстой кишки практически исключает возможность проведения неадьювантного лечения. Более того, при выполнении одномоментного хирургического вмешательства по поводу осложненного колоректального рака значительно ухудшаются непосредственные результаты лечения, что выражается в увеличении вероятности выполнения обструктивных вариантов оперативного удаления опухолей толстой кишки, возрастании уровня послеоперационной летальности и числа осложнений, отмечающихся в 25-54,5% случаях [2, 4 - 7].

Таким образом, перспективы улучшения результатов лечения осложненного колоректального рака настоятельно требуют определения условий, разработки четких показаний и создания оптимального алгоритма хирургических ме-

тодик восстановления кишечного пассажа в сочетании с комплексным патогенетическим подходом, восстановлением нарушенного гомеостаза и функционального состояния органов и систем больного с последующей радикальной операцией, а также объективной оценки непосредственных и отдаленных результатов их совместного применения.

Цель исследования

Разработка и внедрение эффективных и безопасных отсроченных межкишечных анастомозов у пациентов с повышенным риском несостоятельности анастомоза в ситуациях, предполагающих выведение кишечной стомы.

Материалы и методы исследования

Разработаны способы формирования отсроченных межкишечных тонко-толстокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов, применяемых в случаях рака ободочной кишки, осложненной перфорацией у пациентов с высоким риском развития несостоятельности анастомозов.

Группу исследования составили 19 пациентов в возрасте от 65 до 78 лет. Критерии включения в группу исследования: перфорация опухоли ободочной кишки с развитием перитонита; критерии исключения из группы исследования: полиорганная недостаточность, распространяющаяся более чем на три органа; синдром приобретенного иммунодефицита.

Первично-отсроченные анастомозы при раке ободочной кишки, осложненной перфорацией, выполнены в 10 наблюдениях при раке слепой и восходящей кишки; в 5 наблюдениях при раке сигмовидной кишки, в 4 наблюдениях при раке нисходящей ободочной кишки. В том числе, разработанные методики были выполнены 4 пациентам с карциноматозом брюшины и множественными метастазами в печени и у 6 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом.

При локализации перфоративной опухоли в правой половине ободочной кишки выполнялась правосторонняя гемиколэктомия по разработанной нами методике формирования «отсроченного» тонко-толстокишечного анастомоза, которая заключалась в следующем. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости выполняли правостороннюю гемиколэктомию, после чего в осложненных условиях, применяли первично-отсроченный поперечный инвагинационный аппаратный тонко-толстокишечный анастомоз по типу «бок в бок». Суть формирования анастомоза: первичной проходимости на первом этапе не создавали. Культы тонкой и толстой кишок в поперечном направлении соединяли сшивающим аппаратом, ушивали раны внедрения. Инвагинировали зону анастомоза в культю толстой кишки треугольными швами и укрепляли редкими серозно-мышечными швами. Из культы подвздошной кишки формировали илеостому (рис. 1).

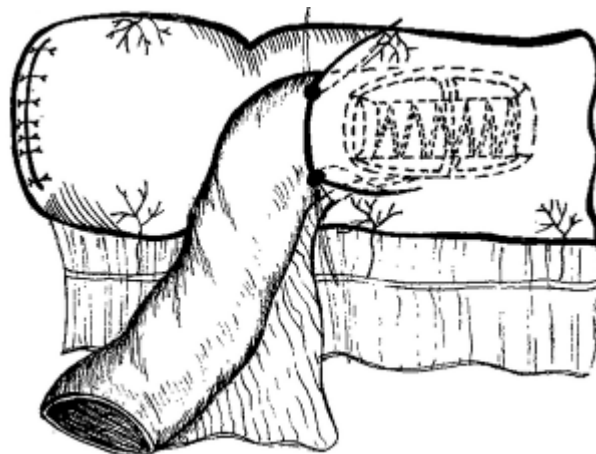


Рис.1. Схема первично-отсроченного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза

При локализации перфоративной опухоли в левой половине ободочной кишки у пациентов с высоким риском развития несостоятельности анастомозов нами применена методика резекции кишки с опухолью и формированием «отсроченного» толсто-толстокишечного анастомоза. Суть методики заключалась в следующем. После выполнения резекции кишки с опухолью формировали толсто-толстокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок» аппаратным швом, анастомоз перемещали забрюшинно, двухствольная колостома фиксировалась к передней брюшной стенке, а трансанально за зону анастомоза проводился зонд для декомпрессии (рис.2).

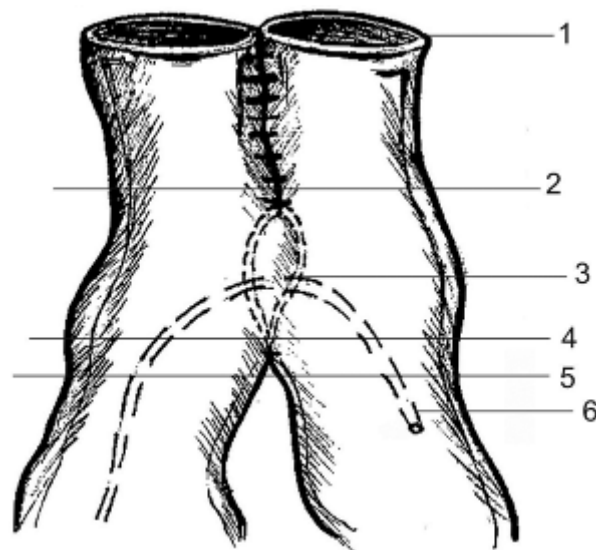


Рис. 2. Двухствольная толстокишечная стома (1) с межкишечным соустьем «бок-в-бок» (2), выведенным забрюшинно (3), фиксированным на уровне брюшной стенки (4) или в брюшной полости (5) декомпрессии зоны анастомоза зондом (6)

Тяжесть состояния пациентов перед оперативным вмешательством оценивали по шкале SAPS II, по этому показателю больные распре-

делились следующим образом: пациенты с суммой баллов 10-29 – 9; 30-49 баллов – 6, 50-69 баллов – 4.

Объем оперативного вмешательства и вид формируемого анастомоза определяли в соответствии с общепринятыми показаниями в зависимости от природы и локализации патологического процесса, осложнений основного заболевания [4].

В послеоперационном периоде проводили инфузионно-детоксикационную, антибактериальную, противовоспалительную терапию, коррекцию выявленных метаболических нарушений, органотропную терапию, объем которой зависел от степени выраженности опухолевого и воспалительного процессов.

Клиническую эффективность и безопасность способа оценивали по следующим критериям: количество несостоятельных анастомозов, частота ранних послеоперационных осложнений, летальность, обусловленная интраабдоминальными осложнениями формирования анастомозов.

Для статистической обработки полученных данных использовали компьютерную программу Stat Soft STATISTICA 6.1.478.

Результаты и их обсуждение

Уже в раннем послеоперационном периоде (к 3-м суткам) у большинства больных (11 наблюдений) тяжесть состояния по шкале SAPS II не превышала 25 баллов, нормализация общего состояния отмечена уже к 5-7 суткам послеоперационного периода.

В результате проведенного клинического исследования установлено, что в раннем послеоперационном периоде несостоятельности сформированных «отсроченных» анастомозов не наблюдали. В 2 случаях (10,5%) в послеоперационном периоде развились гнойные осложнения со стороны лапаротомной раны, которые были купированы консервативно. Все эти больные страдали сахарным диабетом и ожирением. По-видимому, причиной нагноения явилось инфицирование тканей во время операции.

В 1 случае (5,3%) пациент погиб на фоне нарастания явлений интоксикации и полиорганной недостаточности.

В 14 наблюдениях (73,7%) выполнено закрытие илео- или колостомы при первичной госпитализации без выписки из стационара (на 8-14 сутки).

В 4 наблюдениях (21,1%) закрытие колостомы было выполнено при повторной госпитализации через 25-30 суток после первичной госпитализации, что было обусловлено тяжелым состоянием пациентов и сохраняющимися явлениями эндогенной интоксикации.

Ранний послеоперационный период после восстановительных операций протекал с осложнениями (нагноение раны) у 1 пациента (5,3%). Данное осложнение было купировано консерва-

тивно.

Ранняя хирургическая реабилитация пациентов исследуемой группы позволила в кратчайшие сроки после первичной операции начать химиотерапию в 13 случаях, остальные 5 пациентов от ее проведения отказались.

Обобщая наш опыт хирургического лечения рака ободочной кишки, осложненного перфорацией, мы можем утверждать, что радикальная или паллиативная одномоментная операция имеет неоспоримые преимущества перед многомоментной. Результаты наших исследований позволяют считать, что в случаях, когда одномоментное вмешательство невыполнимо, при опухолях левой половины толстой кишки показано формирование резекции кишки с опухолью и формированием первично-отсроченных тонко-толстокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов, формирование которых становится возможным даже при декомпенсированной обтурационной непроходимости кишечника и перитоните на фоне тяжелого общего состояния.

Разработанная технология хирургического лечения перфоративного рака ободочной кишки показала высокую клиническую эффективность и является безопасной для пациента. Несмотря на тяжелое исходное состояние исследуемых пациентов (свыше 29 баллов по шкале SAPS II), ни в одном наблюдении несостоятельности первично-отсроченных анастомозов выявлено не было, общее число послеоперационных гнойных осложнений составило 10,5%, все они были купированы консервативно. В ранние сроки отмечена нормализация общего состояния и купирование явлений эндогенной интоксикации.

Послеоперационная летальность составила 5,3%.

Разработанная технология хирургического лечения перфоративного рака ободочной кишки приводят к снижению уровня как ранних послеоперационных осложнений, так и послеоперационной летальности и может быть широко использована у данной категории больных.

Предлагаемая технология лечения позволила сократить сроки выполнения восстановительных операции до 7-14 суток, что обусловлено их меньшей травматичностью и не сопровождается развитием жизнеугрожающих послеоперационных осложнений (несостоятельностью швов анастомозов и перитонитом) в сравнении с операциями по ликвидации одноствольной колостомы после обструктивной резекции.

В лечении рака ободочной кишки, осложненного перфорацией, радикальные или паллиативные одномоментные операции имеют неоспоримые преимущества перед многомоментными еще и потому, что такая тактика лечения позволяет сократить сроки хирургической реабилитации и в кратчайшие сроки приступить к адьювантному лечению, что способствует повышению медианы выживаемости данной категории пациентов.

Висновки

Таким образом, в клинических ситуациях, угрожающих развитием несостоятельности желудочно-кишечного соустья, у больных с перфоративным раком ободочной кишки целесообразно формирование отсроченных анастомозов по разработанным методикам с выведением проксимального участка кишки в виде стомы, что исключает в последующем выполнение сложной реконструктивно-восстановительной операции. Разработанная хирургическая тактика позволяет выполнить раннее внебрюшинное закрытие кишечной стомы в любые сроки по нормализации состояния пациента и в ранние сроки перейти к проведению адьювантной химиотерапии.

Литература

1. Myrhyo T. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: clinical features and survival / T. Myrhyo // *Progr. Colorect. Cane.* - 2008. - Vol. 2. - P. 1 – 12.

2. Edge S.B. AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual, 7th ed. / S.B. Edge [et al.] (eds). - New York: Springer, 2010. - 143 p.

3. Vinas-Salas J. Complications of colonic diverticular disease. Comparative study of two series / J. Vinas-Salas, J. Villalba-Acosta, M. Scaramucci [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* - 2011. - Vol. 93, № 10. - P. 649 – 658.

4. Севостьянов, В. В. Неотложная онкохирургия рака толстой кишки / В.В. Севостьянов, В.В. Кутуков // *Вестник Российской Военно-медицинской академии. Приложение.* - 2008. - № 4 (24). - С. 151.

5. Сидоренко Ю.С. К вопросу о тактике лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки на современном этапе / Ю.С. Сидоренко [и др.] // *Проблемы колопроктологии.* - 2002. - Вып. 18. - С. 432 – 438.

6. Рябков М.Г. Критический уровень гипертензии в толстой кишке как фактор декомпенсации микроциркуляторных и трофических нарушений / М.Г. Рябков, С.Н. Богданов // *Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации.* - Волгоград, 2011. - С. 551.

7. Яицкий, Н. А. Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией / Н.А. Яицкий, Т.А. Мошкова // *Вестник хирургии.* 2001. - № 1. - С. 92–96.

Реферат

ПЕРВИННО-ВІДТЕРМІНОВАНІ МІЖКИШКОВІ АНАСТОМОЗИ В ЛІКУВАННІ РАКА ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРФОРАЦІЄЮ

Вовк О.Я., Кондратюк А.І., Коврыга А.І.

Ключові слова: перфоративний рак ободової кишки, міжкишкові первинно-відстрочені анастомози.

Незважаючи на активні зусилля спеціалістів в галузі лікування ускладнених форм раку ободової кишки, результати хірургічного лікування залишаються незадовільними, що потребує нових досліджень в хірургічній тактиці та техніці. Розвиток тяжких ускладнень злоякісного ураження товстої кишки практично виключає можливість проведення неад'ювантного лікування. Більш того, при виконанні одномоментного хірургічного втручання з приводу ускладненого колоректального раку значно погіршуються безпосередні результати лікування, що виражається у збільшенні вірогідності виконання обструктивних варіантів оперативного видалення пухлин товстої кишки, зростанні рівня післяопераційної летальності та кількості ускладнень, що виникають у 25-54,5% випадків. З метою покращення результатів лікування хворих на перфоративний рак і перитоніт розроблені і впроваджені ефективні та безпечні способи формування відстрочених тонко-товстокишкових і товсто-товстокишкових анастомозів у хворих з підвищеним ризиком неспроможності в ситуаціях, що потребують виведення кишкової стоми.

Проаналізовано безпосередні результати лікування 19 хворих на перфоративний рак ободової кишки з ознаками декомпенсованої непрохідності кишківника і розповсюдженого перитоніта, тяжкість стану яких за шкалою SAPS II перевищувала 29 балів. (в 10 випадках при раку сліпої та висхідної кишки; в 5 випадках при раку сигмоподібної кишки, в 4 випадках при раку нисхідної ободової кишки). В том числі, розроблені методики було виконано 4 пацієнтам з карциноматозом очеревини і множинними метастазами в печінці, а також у 6 хворих із супутнім цукровим діабетом. При локалізації перфоративної пухлини в правій половині ободової кишки виконувалась правобічна геміколектомія за розробленою нами методикою формування «відтермінованого» тонко-товстокишкового анастомозу, при локалізації перфоративної пухлини в лівій половині ободової кишки використана методика резекції кишки з пухлиною і формуванням «відтермінованого» товсто-товстокишкового анастомоза. Запропонована технологія лікування перфоративного раку ободової кишки є клінічно ефективною та безпечною для пацієнта: загальна кількість післяопераційних гнійних ускладнень становить 10,5%, при цьому неспроможності швів анастомозів не було, а післяопераційна летальність становила 5,3%. Запропонована технологія лікування дозволила скоротити терміни виконання відновлювальних операцій до 7-14 днів, що обумовлено їх меншою травматичністю. Таким чином, в клінічних ситуаціях, що загрожують розвитком неспроможності міжкишкового співустя, у хворих на перфоративний рак ободової кишки доцільно формування відтермінованих анастомозів за розробленими методиками з виведенням проксимальної ділянки кишки у вигляді стоми, що виключає у наступному виконання складної реконструктивно-відновлювальної операції. Розроблена хірургічна тактика дозволяє виконувати раннє позаочеревинне закриття кишкової стоми у будь-які терміни після нормалізації стану хворого, а також в ранні терміни проводити ад'ювантну хіміотерапію.

Summary

PRIMARY DELAYED INTERINTESTINAL ANASTOMOSES IN TREATMENT OF COLON CANCER COMPLICATED WITH PERFORATION

Vovk. O. Ya., Kondratyuk A.I., Kovryga.A.I.

Key words: perforated colon cancer, interintestinal primary delayed anastomoses.

Despite active efforts of specialists in the treatment of the complicated forms of colon cancer, the results of surgical treatment remain unsatisfactory that requires new attempts in improving surgical tactics and technique. The development of serious complications of malignant affection of colon considerably reduces the possibility to perform non-adjuvant treatment. Moreover, single-stage operation for complicated colorectal cancer is typically associated with worse immediate treatment outcomes as evidenced by the increase in the probability to perform on operations for obstructive variants of colon tumour removal, the growth of postoperative lethality and number of the complications registered in 25-54, 5% of cases. In order to improve the outcomes of treatment for patients with perforative cancer and peritonitis there have been elaborated effective and safe methods to form delayed interintestinal anastomoses for patients at high risk who may need to have intestinal stoma delivered.

We have analysed the immediate results of the treatment of 19 patients with perforated colon cancer with the signs of the decompensated bowel obstruction and generalized peritonitis, the severity of their condition according to the scale of SAPS II exceeded 29 scores (10 cases of cecum cancer and ascending colon cancer; 5 cases of sigmoid cancer; 4 cases of descending colon cancer). The techniques we elaborated were applied to 4 patients with peritoneal carcinomatosis and multiple metastases into the liver and to 6 patients with concomitant diabetes mellitus. To localize perforative tumour in the right half of colon we performed on a right-side hemicolectomy by applying the technique of bringing up delayed interintestinal anastomosis. To localize perforated tumour in the left half of colon we applied the resection of a segment of the bowel with a tumour and delivered delayed interintestinal anastomosis. The techniques proposed for the treatment of perforated colon cancer has been found out as clinically effective and safe for patients: the total number of cases of purulent postoperative complications made up 10,5%, no anastomosis insufficiency was observed; postoperative lethality made up 5,3%. These techniques contributed to reducing the terms for performing restorative operation to 7-14 days that is determined by their less traumatic effects. Thus, in clinical situations, which can result in the development of interintestinal anastomosis failure, delivering delayed anastomoses according to the techniques described with bringing up proximal area of colon as a stoma that excludes the necessity to perform on complicated reconstructive operation. The elaborated surgical tactics enable to perform on the early extra-peritoneal closing of intestinal stoma in any terms following the normalization of the patient's state and to perform adjuvant chemotherapy in early terms as well.