Плотников Ю.В.
д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова [1]
Королёв М.П.
д.м.н., профессор заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ [2]
Ерохина Е.А.
к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова [1],
Тютюнников Д.А.[1], Ким Р.Н.[1]
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

РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЕЁ НЕПРЕРЫВНОСТИ НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Plotnikov U.V., MD, professor[1], Korolev M.P., MD, professor[2], Erokhina E.A., PhD, doc.[1], Tutunnikov D.A.[1], Kim R.N.[1]

COLON RESECTION WITH ANASTAMOSIS FORMATION IN CASE OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED WITH DECOMPENSATED INTESTINAL OBSTRUCTION

Резюме. Материал: В статье приведены данные анализа результатов лечения 57 больных раком прямой кишки, находившихся на лечении по поводу декомпенсации нарушения кишечной проходимости вследствие рака в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова с 2004 по 2015 годы. 36 больным (63,2%) были выполнены резекции толстой кишки: 8 больным выполнены резекции с одновременным формированием анастомоза (группа А) (у 6 больных была сформирована превентивная стома); 28 больным - резекции по типу Гартмана (группа В).

Результаты: Различные осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 4 пациентов из 36, которым были выполнены резекции толстой кишки (частота осложнений 11,1%). Среди пациентов группы В осложнения были выявлены у 2 пациентов (частота осложнений 7,1%). Анализ влияния формирования превентивной стомы на развитие несостоятельности анастомоза показал достоверные различия между группами пациентов со сформированной превентивной стомой и без неё: частота развития несостоятельности анастомоза была достоверно выше у пациентов без сформированной превентивной стомы (p=0,037). При этом определённое значение ОШ (65,0; 95% CI: 0,9918-4259,7972) статистически недостоверно (p>0,05).

Выводы: Формирование анастомоза при резекциях толстой кишки на фоне развившейся декомпенсации нарушения кишечной проходимости возможно в ограниченных случаях (умеренное расширение петель толстой кишки) после адекватной декомпрессии кишки. Целесообразно при этом формировать превентивную стому проксимальнее зоны сформированного анастомоза. В остальных случаях следует выполнять обструктивную резекцию кишки по типу Гартмана.

Abstract. The article presents an analysis of the results of treatment of 57 patients with colorectal cancer complicated with acute bowel abstruction who were treated in clinic of hospital surgery named after V.A. Oppel 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 preventive stoma on the development of the anastomosis leakage, 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 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.

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

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

Актуальность

За последние 10 лет прирост уровня заболеваемости онкологическими заболеваниями составил 22,9%. В 2017г. уровень заболеваемости В РФ в 2017г. уровень онкологической заболеваемости составил 420,3 на 100 тысяч населения. У 40% пациентов злокачественные новообразования выявляются на III-IV стадиях заболевания, что обуславливает высокую летальность (одногодичная летальность составляет 22,5%), высокую частоту осложнений злокачественных новообразований. От общего числа 11,7% приходится на опухоли толстой кишки (совокупно с прямой кишкой). [1.] В 15-20% случаев осложнением является декомпенсированное нарушение кишечной проходимость. Летальность при её развитии достигает 25%. В последнее время на фоне развития медицинских технологий были достигнуты определённые результаты в улучшении результатов лечения данной категории больных. [2,3,4]

Раньше при развитии острой кишечной непроходимости оптимальным было выполнение резекции кишки с формированием анастомоза при опухолях правой половины кишки и обструктивных резекций или формирование колостомы при локализации опухоли в левой половине. С внедрением новых технологий в медицинскую повседневную практику арсенал лечебных мероприятий пополнился. [4,5,6,7,8,9,10,11,12] Так с использованием эндоскопического стента возможно выполнение реканализации зоны обструкции для декомпрессии кишки. В последующем после подготовки больного возможно отсроченное оперативное лечение. В ряде случаев у пациентов с запущенным опухолевым процессом реканализация просвета кишки с постановкой стента может являться самостоятельным вариантом симптоматического лечения. К сожалению, проведение данной манипуляции возможно не во всех случаях в виду ряда факторов. Среди них основными являются: технические трудности при постановке стента, высокий риск кровотечения из опухоли или перфорации кишки, отсутствие материально-технической возможности выполнения процедуры. [8,12,13]

Частота безуспешных попыток реканализации зоны обструкции достигает 28,3%. Что касается частоты осложнений процедуры, то по данным литературы частота перфорации кишки достигает 6,8%, кровотечения из опухоли- 13%, миграция стента наблюдается у 15% больных. На настоящий момент нет единого мнения относительно предпочтительного материала стента, его дизайна, методов профилактики возможных осложнений. Остаётся открытым вопрос технического обеспечения широкого использования данной процедуры. [12,13]

По вышеуказанным причинам оперативное лечение остаётся основным методом лечения при развитии острой кишечной непроходимости. [2,3,4,5,7,11] При выполнении обструктивных резекций по поводу декомпенсации кишечной проходимости вследствие опухолевого поражения левой половины толстой кишки формируется терминальная колостома. При благоприятном развитии процесса она устраняется в срок от 6 до 12 месяцев. При восстановительной операции формирование анастомоза зачастую сопровождается техническими трудностями, высоким риском развития его несостоятельности. [14, 15, 16] Ряд исследований показывают целесообразность выполнения при возможности одномоментных резекций толстой кишки при развитии ОКН. [2,4,6,8,10] В связи со стремлением улучшения результатов лечения, а также качества жизни больных ряд хирургов стремятся к выполнению одномоментных резекция с формированием анастомоза. [13,15] Полученные результаты довольно противоречивы и оставляют место для дискуссии.

Цель исследования: выявление возможности формирования первичного анастомоза при выполнении резекции толстой кишки на фоне декомпенсированного нарушения проходимости опухолевого генеза.

Материал и методы

Проведён анализ результатов лечения 57 больных раком прямой кишки, осложнённого декомпенсированным нарушением кишечной проходимости, которые проходили лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2004 по 2015гг.

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

8 пациентам (14,0%) были выполнены резекции толстой кишки с одновременным формированием анастомоза. Из них у 6 больных резекция кишки была дополнена формированием превентивной стомы проксимальнее сформированного анастомоза. Восстановление непрерывности толстой кишки с устранением превентивной стомы проводилось в срок от 1 недели до 2 месяцев, что позволило ускорить сроки

полного восстановления после перенесённого лечения. Помимо этого устранение превентивной стомы технически значительно проще и сопровождается более низким уровнем осложнений по сравнению с восстановлением непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции. Среди пациентов, у которых резекция кишки была дополнена формированием превентивной стомы было 2 пациента мужского пола и 4 женщины.

Необходимо отметить, что у всех пациентов с острой кишечной непроходимостью вследствие рака прямой кишки, которым выполнялись 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 тщательная декомпрессия кишечника согласно разработанной в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля методике (с использованием пластикового рукава) и отмывания просвета кишечника через толстый зонд растворами антисептиков по Топузову Э.Г. (1987).

В связи с условиями исследования (целью исследования являлось определение возможности выполнения резекций толстой кишки с одновременным формированием анастомоза при декомпенсированном нарушении кишечной проходимости) в последующем проводился анализ групп пациентов, которым формировался анастомоз (группа А) и которым выполнялись резекции типа Гартмана (Группа В). В группу А вошли 8 пациентов, в группу В- 28 больных.

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

Результаты исследования

В послеоперационном периоде после резекций толстой кишки осложнения выявлены у 4 больных из 36 (частота осложнений 11,1%). Осложнения в группе А были выявлены у 3 больных: у обоих пациентов, 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. Обоим пациентам с развившейся несостоятельностью анастомоза было выполнено формирование двуствольной колостомы, санация и дренирование брюшной полости. У больного с развившейся пневмонией было достаточно проведения консервативной терапии. 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 у 2 пациентов (частота осложнений ппе 7,1%). Осложнениями были развитие острой спаечной тонкокишечной непроходимости у 1 пациента, а также ретракция сформированной терминальной колостомы также у 1 пациента. У обоих пациентов потребовалось повторное оперативное лечение. Летальных исходов в группах пациентов выявлено не было.

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

При определении наличия влияния формирования превентивной стомы на развитие несостоятельности сформированного анастомоза выявлены достоверные различия между группами пациентов со сформированной превентивной стомой и без неё: частота развития несостоятельности анастомоза была достоверно выше у больных 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. Однако, очевидным является факт крайне высокого риска развития несостоятельности анастомоза при выполнении резекции толстой кишки на фоне декомпенсации нарушения кишечной проходимости без формирования превентивной стомы. Поэтому 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.

Выводы

Выполнение резекций толстой кишки с одновременным формированием анастомоза на фоне развившегося декомпенсированного 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.

Список литературы:

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Карпина, В. В. Старинского, Г. В. Петровой ; М-во здравоохр. 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, осложненный 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.- С-Пб.,2014- 144с.

8. Топузов, Э.Г. Рак ободочной кишки, осложненный 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'Bichere, 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 1 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.