

© В.Л.Денисенко, Ю.М.Гаин, 2015
УДК 616.345/351-006.6-06:616.345/351-007.272-089

В. Л. Денисенко¹, Ю. М. Гаин²

ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ «БЫСТРОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ»

¹ УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» (главврач — канд. мед. наук В.Л.Денисенко);

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

(ректор — проф. Ю.Е.Демидчик), г. Минск

Ключевые слова: колоректальный рак, малоинвазивные методики

Введение. В соответствии с данными ВОЗ, рак толстой кишки занимает 3-е место в структуре онкологической патологии, а количество больных с запущенными формами заболевания достигает 70%. В мире ежегодно регистрируются 600 тыс. новых случаев колоректального рака, причем половина больных умирают. Эта локализация рака составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей всех локализаций [1]. Около 85% пациентов с колоректальным раком приходилось на возраст старше 55 лет. Обтурационная кишечная непроходимость является самым частым осложнением рака толстой кишки. Она развивается у 26,4–69% больных [2, 3]. Наряду с общепринятыми подходами в лечении колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, хирурги начинают использовать эндоскопические методы купирования кишечной непроходимости как первого этапа, так и с симптоматической целью. Сюда входят эндоскопическая реканализация зоны опухолевого стеноза путем стентирования [4, 5], наложение лапароскопической колостомы [4]. По литературным данным [5], широкому их внедрению препятствуют часто встречающиеся осложнения в виде перфорации стенки толстой кишки при стентировании.

До настоящего времени хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке продолжает оставаться предметом оживленной дискуссии. Нет общепринятых под-

ходов к выбору методов хирургического пособия и завершения операции, что требует дальнейшего научного поиска и изучения возможности реализации новых направлений решения проблемы.

Цель — оценить возможности применения методики «быстрого выздоровления» при лечении осложненного колоректального рака.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 172 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении больницы на станции Витебск (с 2008 г. — Второй Витебской областной клинической больницы) и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по декабрь 2013 г. В 1-й (контрольной) группе 98 пациентов оперированы по поводу колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, с использованием общепринятого подхода (с применением двух- и более этапных вмешательств). Во 2-й группе пациентов (74) для лечения использовали принцип «быстрого выздоровления» («fast-track recovery» — на первом этапе выполняли малоинвазивное «закрытое» стентирование стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, после чего на втором этапе производили радикальную операцию с наложением первичного анастомоза и восстановлением непрерывности пищеварительного тракта). В 1-й группе средний возраст был (67,2±3,2) года, во 2-й группе — (66,1±2,7) года.

В 1-й группе сельских жителей было 18 (18,4%), городских — 80 (81,6%). Структура опухолевого поражения с развитием при этом кишечной непроходимости представлена в табл. 1.

При этом рак левой половины ободочной и прямой кишки, осложненный кишечной непроходимостью, составил 85%.

Сведения об авторах:

Денисенко Валерий Ларионович (e-mail: boln_priemn@vitebsk.by), УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», 210015, Республика Беларусь, г. Витебск, ул. Некрасова, 10;

Гаин Юрий Михайлович (e-mail: nayka@belmapo.by, gain@tut.by), ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», 220013, Республика Беларусь, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3

Таблица 1

Структура опухолевого поражения у пациентов 1-й группы

| Диагноз | Число больных |
|---|---------------|
| Рак слепой кишки | 2 |
| Рак восходящего отдела толстой кишки | 1 |
| Рак печеночного угла ободочной кишки | 2 |
| Рак поперечной ободочной кишки | 6 |
| Рак селезеночного угла ободочной кишки | 2 |
| Рак нисходящей ободочной кишки | 3 |
| Рак сигмовидной кишки | 48 |
| Рак ректосигмоидного отдела | 11 |
| Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки | 17 |
| Рак среднеампулярного отдела прямой кишки | 4 |
| Рак яичников | 2 |
| Всего | 98 |

Таблица 2

Структура опухолевого поражения у пациентов 2-й группы

| Локализация опухоли | Число больных |
|---|---------------|
| Рак поперечной ободочной кишки | 4 |
| Рак селезеночного угла ободочной кишки | 3 |
| Рак нисходящего отдела ободочной кишки | 2 |
| Рак сигмовидной кишки | 21 |
| Рак ректосигмоидного отдела | 23 |
| Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки | 12 |
| Рак среднеампулярного отдела прямой кишки | 9 |
| Всего | 74 |



Вид при ректороманоскопии расширенного просвета сигмовидной кишки в зоне опухоли после установки стента

Вторую (основную) группу составили 74 пациента (16 сельских жителей, 58 — городских). У всех при последующем гистологическом исследовании выявлена умеренно

дифференцированная аденокарцинома. Структура опухолей ободочной и прямой кишки представлена в *табл. 2*.

У всех больных установлен диагноз стенозирующего рака левой половины ободочной и прямой кишки, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Пациенты, поступающие в стационар, отмечали наличие у них схваткообразных болей, вздутия живота, тошноты и рвоты, неотхождение стула и газов. Рентгенологически у всех выявлены признаки кишечной непроходимости (резкий пневматоз проксимальных отделов толстой и тонкой кишки, единичные или множественные чаши Клойбера).

Проводимый лечебно-диагностический прием по Вишневскому у всех больных эффекта не имел. После кратковременной (2 ч) подготовки, включающей переливание поляризующей смеси, кристаллоидных и коллоидных растворов (в объеме до 2 л) и премедикации (раствор промедола 2% 1 мл, раствор атропина 0,1% 1 мл), всем пациентам выполняли фиброколоноскопию, на которой подтвержден диагноз стенозирующей опухоли прямой или левой половины толстой кишки. Выполняли 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 и покрытый силиконом нитиноловый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза («СНОOSTENT M.I.Tech», Южная Корея). Контролировали положение стента в кишке (*рисунок*). Вся процедура ректороманоскопии с установкой стента занимала около 40 мин ($37,6 \pm 4,13$ мин). Осложнений манипуляции не было. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота.

После установки стента ставили сифонную клизму. Во всех наблюдениях после ее проведения обильно отходили каловые массы и газы. Пациентам назначали пероральный прием солевых слабительных и вазелинового масла. Внутривенно капельно им вводили поляризующую смесь с сердечными гликозидами, кристаллоидные, сбалансированные полиэлектролитные смеси и реамберин. Назначали цефазолин 1 г 3 раза/сут, фрагмин 2,5 г подкожно 1 раз/сут, корригировали сопутствующую патологию. Явления кишечной непроходимости полностью купировались у всех пациентов к концу 1-х суток после манипуляции. Со 2-х суток начинали энтеральное кормление пациентов.

На 3–4-е сутки после полной клинико-метаболической компенсации пациентов и полного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника проведены радикальные хирургические вмешательства, представленные в *табл. 3*.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе у 76% больных операции были завершены формированием концевой или петлевой кишечной стомы. Средняя продолжительность лечения в данной группе составила ($25,2 \pm 4,31$) койко-дня.

Во 2-й группе все виды радикальных операций завершали формированием первичного анастомоза без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжитель-

ность лечения в данной группе составила (23,6±2,7) койко-дня.

Для оценки социального эффекта оптимизации хирургической тактики с применением двух-этапного лечения осложненного колоректального рака, включающего антеградную декомпрессию кишечника с помощью малоинвазивных способов реканализации опухоли и последующее радикальное вмешательство с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта, через 2,5 мес после выписки из стационара проведено анкетирование с использованием опросника «SF-36» (The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey) на основе оценки широкого спектра показателей физического и психологического благополучия, характеристик социальной адаптации и стиля жизни, определяющихся состоянием здоровья у 48 пациентов 1-й группы и у 36 — 2-й группы, отобранных в случайном порядке. Средний балл по общему здоровью при выписке у пациентов 1-й группы был 67,4±6,8, а у пациентов 2-й группы — 68,9±7,3 (различия между группами были недостоверны при $p=0,29$). Через 2,5 мес после выписки из стационара по большинству показателей [PF, BP, GH, VT, SF и MH] шкалы SF-36 качество жизни пациентов основной группы было выше (на 32,4–50,7%), чем в группе контроля ($z=3,7552-2,0284$; $p=0,0006-0,0346$ по Wilcoxon).

Выводы. 1. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента для реканализации зоны опухолевого стеноза позволяет в условиях колоректального рака, осложненного обтурационной 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). Это дает возможность оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению и на 3–4-е сутки выполнить радикальную операцию с наложением первичного анастомоза.

2. Стентирование показано при колоректальном раке, осложненном кишечной непроходимостью, локализованном в левой половине ободочной кишки, при диаметре опухолевого стеноза не менее 9 мм. Противопоказанием к стентированию являются опухоли протяженностью свыше 10–12 мм и отсутствие просвета в стенозирующей опухоли.

Виды операций во 2-й группе пациентов

| Вид операции | Число больных |
|--|---------------|
| Внутрибрюшная резекция ректосигмоидного отдела кишки | 10 |
| Внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки | 25 |
| Комбинированная циторедуктивная левосторонняя гемиколэктомия с атипичной резекцией левой доли печени | 1 |
| Комбинированная циторедуктивная резекция сигмовидной кишки с атипичной резекцией левой доли печени | 1 |
| Левосторонняя гемиколэктомия | 7 |
| Передняя низкая резекция прямой кишки | 26 |
| Правосторонняя гемиколэктомия | 2 |
| Резекция поперечной ободочной кишки | 1 |
| Субтотальная колэктомия+спленэктомия | 1 |
| Всего | 74 |

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аксель Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) // Росс. онкол. журн. 1999. № 6. С. 40–46.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. Роль лапароскопической колостомии в хирургии толстой кишки // Эндоскоп. хир. 1996. № 4. С. 16.
3. Geiger T.M., Miedema B.W., Tsereteli Z. et al. Stent placement for benign colorectal stenosis: case report, review of the literature and animal pilot data // Int. J. Colorectal. Dis. 2008. Vol. 23, № 10. P. 1007–1012.
4. Lo S.K. Metallic stenting for colorectal obstruction // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 1999. Vol. 9, № 3. P. 459–477.
5. Morino M., Bertello A., Garbarini A. Malignant colonic obstruction managed by endoscopic stent decompression followed by laparoscopic resections // J. Surg. Endosc. 2002. № 16. P. 1483–1487.

Поступила в редакцию 11.09.2014 г.

V.L. Denisenko¹, Yu. M. Gain²

TREATMENT OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION USING THE METHOD OF «FAST-TRACK» RECOVERY

¹ Second Vitebsk regional clinical hospital; ² Byelorussian medical academy of postgraduate education, Minsk

A medical trend which is currently gaining strength includes the complex treatment based on the concept of «fast-track» recovery in oncology. An application of modern high-tech approaches allowed minimizing the terms of treatment, shortening economic costs and getting the highest final results. It provides a high quality treatment. Given method could exclude an interim treatment stages, sufficiently reduces terms of general treatment and rehabilitation of patients and could succeed in high quality of life for the patients in short- and long-term period. The authors present the results of successful clinical surgery of 78 patients using this method in public health.

Key words: colorectal cancer, low-invasive technique