

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.351-089.87

Э. А. Каливо¹, Г. М. Манихас¹, М. Д. Ханевич¹, М. Х. Фридман¹, Г. Н. Хрыков²

МЕТОД «СКРЫТОЙ КОЛОСТОМИИ» ПРИ НИЗКИХ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

¹ ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (главврач — проф. Г. М. Манихас);

² ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» (нач. — проф. А. Н. Бельских), Санкт-Петербург

Ключевые слова: колоректальный рак, низкая передняя резекция прямой кишки, несостоятельность анастомоза, протективная колостома

Введение. Актуальность проблемы лечения рака прямой кишки обусловлена стойкой тенденцией к увеличению числа заболевших. Так, по данным ВОЗ, заболеваемость раком прямой кишки возрастает за год, в среднем, на 1%. Это привело к тому, что в настоящее время в мире ежегодно регистрируются около 1 млн новых случаев колоректального рака. В России заболеваемость раком прямой кишки составляет среди мужчин 11 случаев, а среди женщин — 7,1 на 100 000 населения.

С начала 70-х годов XX столетия прослеживается тенденция к увеличению удельного веса сфинктеросохраняющих операций. Так, по данным литературы [11], в 90-е годы на долю таких вмешательств приходилось 68,5%, а к настоящему времени объем этих операций составляет 87,9%.

Основной проблемой низких передних резекций прямой кишки (НПРПК) является несостоятельность колоректального анастомоза, частота которой колеблется от 2,5 до 28,6%, при этом клинически значимой она становится у 3–21% пациентов [2, 3, 5, 7, 9, 13, 17]. Ежегодно в мировой литературе публикуются статьи, в которых проводятся ретроспективный анализ и поиск факторов, влияющих на развитие несостоятельности прямокишечного анастомоза. Согласно имеющимся данным [3], достоверными факторами риска являются: низкий уровень расположения анастомоза (менее 5 см от ануса), предоперационная химиолучевая терапия, сердечно-сосудистые

заболевания, объем гемотрансфузии, мужской пол.

В современной мировой практике НПРПК, как правило, заканчивается формированием протективной трансверзо(илео-)стомы, частота которой, по данным голландских авторов [12], составляет 70%, а в некоторых клиниках достигает 100%. Основной целью двустольной стомы является временное отключение колоректального анастомоза от пассажа кишечного содержимого. При несостоятельности прямокишечного анастомоза хорошо ушитая тазовая брюшина и адекватное дренирование пресакрального пространства вместе с протективной колостомой позволяют избежать угрожающих для жизни осложнений и не требуют релапаротомии и разобщения анастомоза.

Тем не менее, вопрос о целесообразности формирования протективных стом до сих пор остается в фокусе внимания. Из числа многих проведенных исследований имеются единичные данные [8, 14, 18], свидетельствующие о том, что выключение анастомозированного участка прямой кишки способствует снижению частоты несостоятельств анастомоза. Большинство работ демонстрируют, что формирование протективной стомы только нивелирует клинические проявления несостоятельности и позволяет избежать фатальных последствий [6, 10]. Противники «профилактических» стом указывают на возможность развития осложнений, связанных как с ее формированием, так и с ликвидацией [7, 14]. Среди такого разнообразия мнений представляют интерес публикации итальянских авторов, в которых представлен опыт формирования «призрачных» илеостом (Ghost-ileostomy) [15, 16].

Сведения об авторах:

Каливо Эдуард Антонович (e-mail: kalivo@mail.ru), Манихас Георгий Моисеевич (e-mail: goronkod@zdrav.spb.ru),

Ханевич Михаил Дмитриевич, Фридман Михаил Хаймович (e-mail: mfridman@mail.ru), Городской клинический онкологический диспансер, 198255, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, 56;

Хрыков Глеб Николаевич (e-mail: ghrykov@mail.ru), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

В эпоху лапароскопических методик в проспективном одноцентровом исследовании греческих авторов [19] отмечается, что данный способ позволяет избежать формирования безосновательных илеостом и более полно использовать все преимущества малоинвазивных методов хирургии. В отечественной литературе нами обнаружено только 2 обзора по данной проблеме и ни одного практического исследования [1, 4].

Цель работы — представить оригинальный метод «скрытой колостомии» как способ лечения несостоятельности колоректального анастомоза по факту её возникновения при НПРПК.

Материал и методы. С середины 90-х годов в нашей клинике отмечается неуклонный рост сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки. На начальных этапах НПРПК всегда заканчивалась формированием протективной двустольной трансверзостомы, реже — терминальной илеостомы. Однако, анализируя соотношение частоты развития несостоятельств прямокишечного анастомоза к количеству сформированных протективных кишечных стом, мы отметили, что в 91% случаев протективная коло(илео)стома была сформирована «напрасно». Это приводит к материальным затратам по обеспечению стомированного пациента средствами ухода, психологической травме, а также к значительным затратам и риску осложнений при выполнении восстановительной операции. В связи с этим с 2010 г. мы изменили подход к идее протективной колостомии и сузили показания к ней. Если позволяют анатомо-конституциональные особенности пациента (отсутствие ожирения, мобильная поперечная ободочная кишка), надежно ушита тазовая брюшина, адекватно дренировано пресакральное пространство, то можно применить метод «скрытой колостомии».

Методика. Во время мобилизации прямой кишки лирообразный разрез тазовой брюшины выполняли с учётом возможности восстановления её целостности при завершении операции. Как правило, это удаётся всегда и не нарушает принципов абластики. После формирования прямокишечного анастомоза пресакральное пространство дренировали через промежность полихлорвиниловым или силиконовым дренажем, восстанавливали целостность тазовой брюшины. В результате этого зона анастомоза отграничивается от свободной брюшной полости. В средней трети поперечную ободочную кишку освобождали от возможных сращений и спаек, мобилизовали от большого сальника и желудочно-ободочной связки (рисунки, а).

Под кишку заводили тонкий латексный или полихлорвиниловый турникет (диаметром 2–3 мм). Проверяли её мобильность путем тракции через лапаротомную рану за турникет (см. рисунок, б). При этом кишка должна свободно и без натяжения достигать уровня кожи. После этого кишку возвращали обратно в брюшную полость. Оба конца турникета выводили между швов лапаротомной раны наружу и фиксировали к кожным лигатурам (см. рисунок, в).

Состояние анастомоза контролировали по характеру отделяемого из пресакрального дренажа, температурной реакции, лабораторным показателям. При неосложненном течении послеоперационного периода турникет свободно извлекали на 8–10-е сутки. При появлении признаков несостоятельности анастомоза снимали по 5 швов с кожи и апоневроза (см. рисунок, г) и вытягивали петлю поперечной

ободочной кишки за турникет, который меняли на более плотный накожный ретрактор, надёжно фиксирующий колостому в ране (см. рисунок, д, е).

Чаще всего развитие несостоятельности анастомоза происходит на 5–7-е сутки после операции. К этому сроку спаечный процесс в брюшной полости имеет рыхлый характер, что ни разу не помешало свободно вывести поперечную ободочную кишку в рану. Важным преимуществом является и тот факт, что данную манипуляцию можно выполнять в условиях перевязочной без применения наркоза. Адекватное обезболивание достигали комбинацией внутримышечного введения промедола и эпидуральной анестезии. Поэтому эпидуральный катетер удаляли не ранее 7-го дня послеоперационного периода.

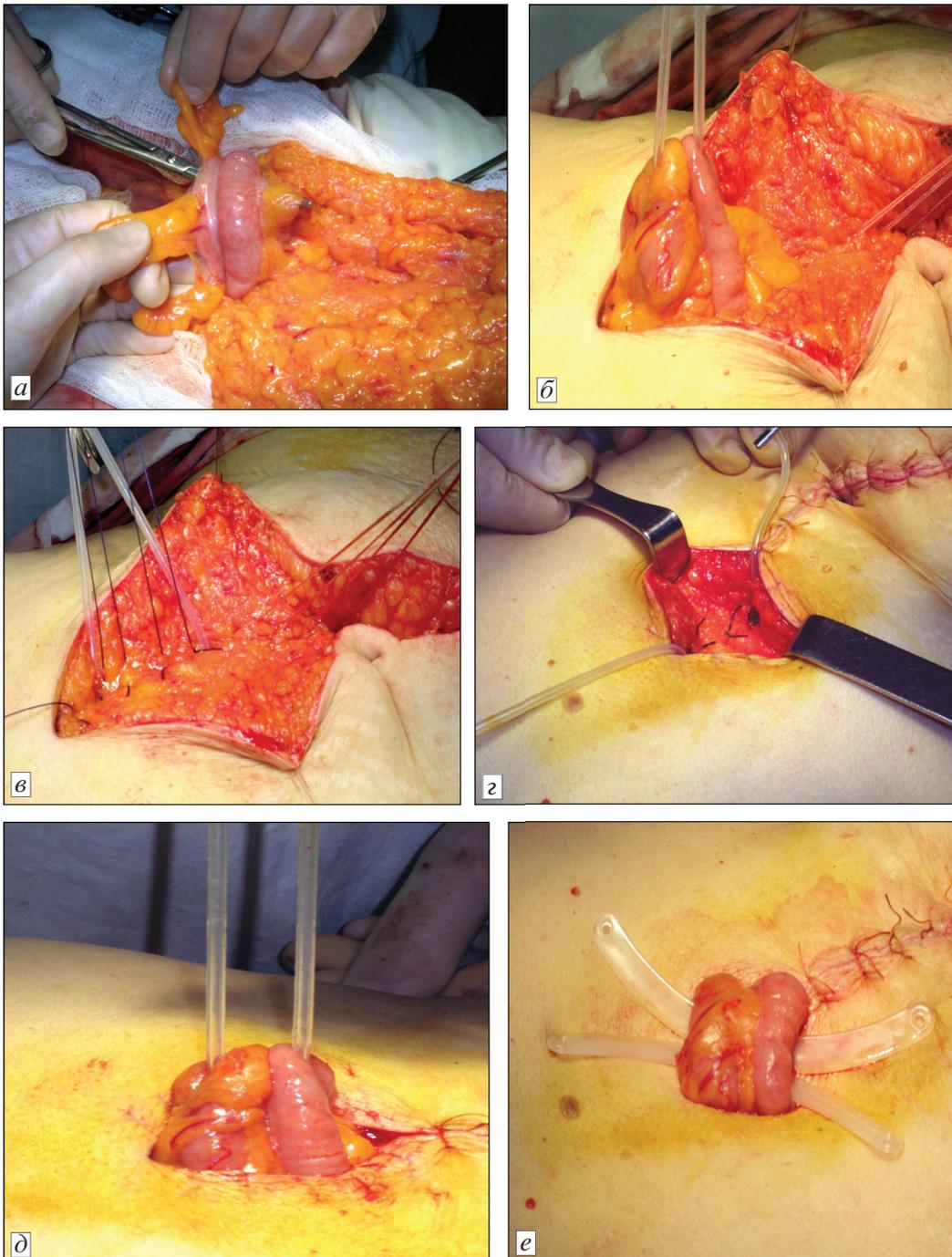
Лечение самой несостоятельности занимает около 2 нед. Схема лечения включает инфузионную детоксикационную терапию, введение антибиотиков широкого спектра действия, санационные промывания пресакрального пространства через промежностный дренаж. Кроме этого, в течение первых 2 сут через вновь сформированную трансверзостому возможно промывное очищение левой половины толстой кишки. Лаваж осуществляли через заведённый в колостому зонд с обязательным контролем за объемом вытекаемого через пресакральный дренаж раствора. За время лечения несостоятельности колостомы надёжно срасталась с передней брюшной стенкой, что позволяло при выписке убрать накожный ретрактор, рассечь заднюю стенку колостомы и получить полноценную двустольную стому, полностью отграничивающую колоректальный анастомоз от кишечного содержимого.

Аналогичным методом с помощью превентивного турникета возможно формирование петлевой илеостомы с расположением её в нижнем углу лапаротомной раны. Технически данный способ является ещё более простой задачей вследствие мобильности тонкой кишки.

Метод «скрытой колостомии» возможен и при лапароскопических вмешательствах. Основная трудность возникает при ушивании тазовой брюшины, однако использование самофиксирующих монопонтей типа V-Loc значительно облегчает эту задачу. В качестве места для «скрытой стомы» можно использовать один из троакарных доступов или минилапаротомный разрез, через который извлекался препарат.

Результаты и обсуждение. С использованием метода «скрытой колостомии» нами оперированы 67 больных. Всем пациентам выполняли НПРПК по поводу рака с формированием анастомоза на расстоянии 3–8 см от ануса. У 6 (8,9%) пациентов возникла несостоятельность прямокишечного анастомоза, диагностированная на 4–7-е сутки. Без типичной релапаротомии была сформирована отсроченная двустольная трансверзостома с использованием превентивного турникета по вышеописанной методике. Дальнейшее лечение прошло без дополнительных осложнений.

Послеоперационный койко-день составил 17,6. Средний срок до восстановительной операции по закрытию колостомы составил 2 мес. Операции выполняли после полного стихания воспалительного процесса. Факт заживления прямокишечного свища подтверждался контроль-



Этап (а–е) выполнения «скрытой колостомии» при низких передних резекциях прямой кишки (объяснения в тексте)

ной ректоскопией и проктографией. Пациенты были успешно оперированы повторно. Всем им выполнено восстановление непрерывности толстой кишки из локального параколостомического доступа.

Таким образом, используя вышеописанную методику, мы избегали «напрасных» колостом, приводящих к психологической травме, социальным проблемам и значительным материальным затратам. Нет необходимости в обеспечении

пациентов средствами ухода (калоприемники, защитные пасты и т.п.), приема их стома-терапевтом и врачами поликлиники, выплат по листку временной нетрудоспособности, а также расходов на повторную госпитализацию и оперативное лечение. Следует учитывать и риски осложнений, связанных с восстановительной операцией.

Полученные результаты совпадают с данными зарубежных авторов по опыту применения «при-

зрачных» илеостом [15, 16]. Однако предлагаемый нами метод имеет ряд преимуществ. Во-первых, наличие колостомы предпочтительнее илеостомы по частоте развития парастомальных осложнений и тяжести водно-электролитных расстройств. Во-вторых, не требуется дополнительный разрез в правой подвздошной области для извлечения тонкой кишки. В-третьих, наш метод позволяет применить лаваж левой половины ободочной кишки для проточной санации зоны несостоятельности анастомоза.

Экстраполируя потенциально сэкономленную сумму на всех больных, перенесших за один год НПРПК, можно добиться значительного экономического эффекта, который составляет 5,5–6 млн руб. в 60-кочном отделении.

Выводы. 1. Число сформированных протективных коло(илео)стом при НПРПК в 11 раз превышает количество развившихся несостоятельностью прямокишечных анастомозов.

2. Метод «скрытой колостомии» с использованием превентивного турникета позволяет избежать формирования «напрасных» стом, а также помогает просто и эффективно лечить пациентов при несостоятельности прямокишечного анастомоза.

3. Метод «скрытой колостомии» позволяет добиться значительного экономического эффекта и улучшения социальной реабилитации онкологических пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Алексеев М.В., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г. Методы профилактики несостоятельности колоректального анастомоза (обзор литературы) // Колопроктология. 2015. № 4. С. 46–56.
- Попов Д.Е. Факторы риска несостоятельности колоректальных анастомозов у больных раком прямой кишки // Колопроктология. 2014. № 2. С. 48–56.
- Царьков П.В., Ермаков Д.Ф., Тулина И.А. Факторы риска развития несостоятельности аппаратного анастомоза после выполнения передней низкой резекции прямой кишки // Пироговская хирургическая неделя: Материалы форума. СПб., 2010. С. 416–417.
- Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Шпак В.В. и др. Несостоятельность колоректального анастомоза. Современное состояние проблемы // Колопроктология. 2015. № 4. С. 57–64.
- Asteria C.R., Gagliardi G., Pucciarelli S. et al. Anastomotic leaks after anterior resection for mid and low rectal cancer: survey of the Italian of Colorectal Surgery // Techniques in coloproctology. 2008. Vol. 12, № 2. P. 103–110.
- Bell S.W., Walker K.G., Rickard M.J. et al. Anastomotic leakage after curative anterior resection results in a higher prevalence of local recurrence // Brit. J. Surg. 2003. Vol. 90, № 10. P. 1261–1266.
- Buchs N.C., Gervaz P., Bucher P. et al. Lessons learned from one thousand consecutive colonic resections in a teaching hospital // Swiss Med. Wkly. 2007. Vol. 137, № 17–18. P. 259–264.
- Bugiantella W., Rondelli F., Mariani L. et al. Traditional lateral ileostomy versus percutaneous ileostomy by exclusion probe for the protection of extraperitoneal colorectal anastomosis // Eur. J. Surg. Oncol. 2014. Vol. 40, № 4. P. 476–483.
- Caulfield N.H. Hyman anastomotic leak after low anterior resection. A spectrum of clinical entities // JAMA. 2013. Vol. 148, № 2. P. 177–182.
- Chude G.G., Rayate N.V., Patris V. et al. Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: should we make an ileostomy as a routine procedure? A prospective randomized study // Hepatogastroenterology. 2008. Vol. 55, № 86–87. P. 1562–1567.
- Chuw E.W., Seow-Choen F. Outcomes for abdominoperineal resections are not worse than those of anterior resections // Dis. Colon Rectum. 2006. Vol. 49, № 1. P. 41–49.
- Den Dulk M., Marijnen C.A., Collette L. et al. Multicentre analysis of oncological and survival outcomes following anastomotic leakage after rectal cancer surgery // Brit. J. Surg. 2009. Vol. 96, № 9. P. 1066–1075.
- Kanellos A., Pramateftakis M.G., Vrakas G. et al. Anastomotic leakage following low anterior resection for rectal cancer // Tech. Coloproctol. 2010. Vol. 14, № 1. P. 35–37.
- Lefebure B., Tuech J.J., Bridoux V. et al. Evaluation of selective defunctioning stoma after low anterior resection for rectal cancer // Int. J. Colorectal. Dis. 2008. Vol. 23, № 3. P. 283–288.
- Mari F.S., Di Cesare T., Novi L. et al. Does ghost ileostomy have a role in the laparoscopic rectal surgery era? A randomized controlled trial // Surg. Endosc. 2015. Vol. 29, № 9. P. 2590–2597.
- Mori L., Vita M., Razzetta F. et al. Ghost ileostomy in anterior resection for rectal carcinoma: is it worthwhile? // Dis Colon Rectum. 2013. Vol. 56, № 1. P. 29–34.
- Park J.S., Choi G.S., Kim S.H. et al. Multicenter analysis of risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic rectal cancer excision: the Korean Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group // Ann. Surg. 2013. Vol. 257, № 4. P. 665–671.
- Peeters K.C., Tollenaar R.A., Marijnen C.A. et al. Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer // Brit. J. Surg. 2005. Vol. 92, № 2. P. 211–216.
- Taflampas P., Christodoulakis M., Tsiftis D.D. Anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: facts, obscurity, and fiction // Surg. Today. 2009. Vol. 39, № 3. P. 183–188.

Поступила в редакцию 13.05.2016 г.

E.A. Kalivo¹, G.M. Manikhas¹, M.D. Khanevich¹,
M.Kh. Fridman¹, G.N. Khrykov²

METHOD OF «HIDDEN COLOSTOMY» IN LOW ANTERIOR RESECTIONS OF RECTUM

¹ Municipal clinical oncologic dispensary, Saint-Petersburg;
² Department of faculty surgery named after S.P.Fedorov,
S.M.Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

The authors present their experience, methodology and advantages of the method of «hidden colostomy» in treatment of anastomotic leakage after low anterior resection of rectum. The operations using the method of «hidden colostomy» were performed on 67 patients. All the patients underwent the low anterior resection of rectum operation concerning cancer with anastomosis formation at the distance of 3–8 cm from anus. The leakage of rectal anastomosis was revealed in 6 (8,9%) patients. A delayed double-barrel transverse stoma using preventive turnpike was formed in surgical dressing room without typical relaparotomy according to described method. Continuity of large intestine was restored in all patients during 2 months after operation. The method of «hidden colostomy» allowed doctors to avoid formation of vain protective intestinal stoma. This method helped to treat patients in a very simple and effective way in case of leakage of colorectal anastomosis.

Key words: colorectal cancer, low anterior resection of rectum, leakage of anastomosis, protective colostoma