

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.34-006-06:616.34-007.272-07-089

С. Ф. Багненко¹, А. М. Беляев², С. В. Васильев¹, А. А. Захаренко¹

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ (о проекте Национальных клинических рекомендаций)

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (ректор — академик РАН проф. С. Ф. Багненко); ² Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова (дир. — проф. А. М. Беляев)

Ключевые слова: опухоль, кишечник, острая непроходимость

Длительное бессимптомное течение заболевания, недостаточная онкологическая настороженность врачей и поздняя диагностика являются причинами того, что до 85% больных с колоректальным раком госпитализируют с осложненными формами заболевания, впервые они обращаются не в онкологический, а в многопрофильный стационар. В структуре осложнений рака толстой кишки лидирующее место занимает острая кишечная непроходимость (ОКН). Хирургия ОКН сопряжена с частым развитием послеоперационных осложнений и высоким уровнем летальности, достигающим 25% [1]. В связи с этим назрела необходимость в разработке Национальных клинических рекомендаций по лечению данного вида ургентной хирургической патологии с учетом возможностей различных этапов оказания медицинской помощи. Под руководством главного колопроктолога РФ проф. Ю. А. Шельгина была собрана рабочая группа в составе ведущих специалистов страны, которыми был разработан проект Рекомендаций. 23–24.10.2014 г. в г. Смоленске прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии». Итогом конференции стал

«круглый стол» и утверждение Национальных клинических рекомендаций «Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии». Цель данной статьи — отражение ключевых положений данного документа.

Кишечная непроходимость опухолевого генеза (КНОГ) — синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием, которым является злокачественное или доброкачественное новообразование кишечника.

Основными звеньями патогенеза ОКН являются водно-электролитные нарушения, нарушения моторной и секреторно-резорбтивной функции кишечника, эндотоксикоз и внутрибрюшная гипертензия.

Классификация кишечной непроходимости.

1. По уровню непроходимости: высокая (характерна для локализации опухолей в правых отделах ободочной кишки) и низкая (характерна для локализации новообразований в левых отделах ободочной и в прямой кишке).

2. По степени нарушения пассажа кишечного содержимого: полная или частичная.

3. По степени компенсации:

Сведения об авторах:

Багненко Сергей Фёдорович (e-mail: bagnenko_spb@mail.ru), Васильев Сергей Васильевич (e-mail: sednev@pochta.ru), Захаренко Александр Анатольевич (e-mail: 9516183@mail.ru), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8;

Беляев Алексей Михайлович (e-mail: bam281060@yandex.ru), Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

- компенсированная кишечная непроходимость: периодически возникающие запоры, сопровождающиеся задержкой стула и затруднением отхождения газов; на обзорной рентгенограмме брюшной полости может выявляться пневматизация ободочной кишки с единичными уровнями жидкости в ней;

- субкомпенсированная кишечная непроходимость: задержка стула и газов менее 3 сут, на обзорной рентгенограмме определяются тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствуют признаки полиорганных дисфункций; эффективна консервативная терапия;

- декомпенсированная кишечная непроходимость: задержка стула и газов более 3 сут; рентгенологические признаки как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота застойным содержимым; наличие органных дисфункций [1].

Клиническими проявлениями КНОГ являются: вздутие живота, задержка стула и газов, боль в животе, рвота, патологические выделения из заднего прохода.

В основе **диагностических манипуляций** лежат общепринятые лабораторные исследования, рентгенологические (флюорография и обзорная рентгенография брюшной полости) и рентгеноконтрастные исследования (ирригография), компьютерная томография, лечебно-диагностическая фиброколоноскопия, УЗИ брюшной полости. Обязательный диагностический минимум инструментальных исследований: ЭКГ, обзорная рентгенография брюшной полости.

Главной задачей дифференциальной диагностики при наличии признаков ОКН является выделение больных со странгуляционными формами механической непроходимости, а также выявление осложнений, требующих экстренного хирургического вмешательства. При выявлении странгуляционной непроходимости показано неотложное хирургическое лечение. Исключение составляют пациенты с признаками полиорганных дисфункций, нестабильной гемодинамикой, дыхательными расстройствами (ASA 4–5). Данной группе пациентов показано проведение интенсивной предоперационной подготовки в условиях палаты интенсивной терапии.

Пределный срок пребывания пациента в отделении экстренной медицинской помощи не должен превышать 2 ч. В случаях, когда в течение этого

времени не удаётся исключить ОКН и отсутствуют показания к экстренной операции, пациента госпитализируют в хирургический стационар, где лечебно-диагностические мероприятия должны быть продолжены.

Консервативные мероприятия. При сомнениях в диагнозе острой механической кишечной непроходимости, отсутствии перитонеальной симптоматики проводят консервативные лечебно-диагностические мероприятия по подтверждению или исключению ОКН, определяют её природу и уровень.

Проводится коррекция водно-электролитных нарушений, эндогенной интоксикации, при инфекционно-септических осложнениях начинают антибактериальную терапию.

Если кишечная непроходимость не разрешается, проведённое консервативное лечение будет являться предоперационной подготовкой.

Элементами консервативного лечения являются:

- обеспечение декомпрессии проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта;

- очистительные и сифонные клизмы. Постановка клизм в ряде случаев позволяет добиться опорожнения отделов толстой кишки, расположенных выше препятствия. Постановка сифонных клизм при острой кишечной непроходимости является исключительно врачебной процедурой;

- инфузия кристаллоидных растворов с целью коррекции водно-электролитных нарушений, ликвидации гиповолемии. Объём инфузионной терапии следует проводить под контролем центрального венозного давления, что требует постановки центрального венозного катетера;

- коррекция белкового баланса путём переливания белковых препаратов;

- при компенсированной форме кишечной непроходимости лечение целесообразно дополнить назначением сбалансированных питательных смесей.

Положительным клиническим эффектом от консервативной терапии и подтверждением правомерности продолжения консервативных мероприятий следует считать достижение совокупности следующих критериев:

- общая положительная динамика при отсутствии перитонеальной симптоматики;

- прекращение рвоты и отделения застойного содержимого по назогастральному зонду;

- восстановление ритмичной непатологической перистальтики кишечника при аускультации живота;

- уменьшение вздутия живота;
- восстановление отхождения газов;
- купирование болевого синдрома;
- восстановление естественного опорожнения кишечника.

По данным рентгенологических методов исследования:

- уменьшение диаметра участка кишки, расположенного проксимальнее опухоли;
- исчезновение поперечной исчерченности стенки супрастенотического участка кишки;
- уменьшение количества и исчезновение «арок» и уровней жидкости (чаш Клойбера);
- продвижение контраста через опухолевый канал и в дистальные отделы кишки.

Декомпенсированная форма ОКН подлежит оперативному лечению после короткой предоперационной подготовки. Характер и объем инфузионной терапии определяются совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Неотложные операции должны проводить по мере возможности в дневное время хирурги и анестезиологи, имеющие опыт в лечении колоректального рака.

Консервативная терапия при субкомпенсированной форме ОКН считается эффективной при достижении положительной динамики в течение первых 6–12 ч лечения. При явной положительной динамике, отсутствии перитонеальной симптоматики консервативное лечение может быть продолжено.

При отсутствии признаков перфорации, перитонита, кровотечения, полной окклюзии просвета кишки опухолью может быть рекомендована установка саморасширяющихся металлических стентов.

Компенсированная форма ОКН подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

В случае установления опухолевой этиологии кишечной непроходимости отсроченное оперативное вмешательство выполняется на фоне консервативной терапии в течение не более 10 сут от установленного диагноза без выписки на амбулаторное лечение во избежание рецидива непроходимости либо после перевода в специализированное онкологическое или колопроктологическое отделение.

Хирургическое лечение. При отсутствии положительного эффекта от пробного консервативного лечения, нарастании или сохранении

симптомов кишечной непроходимости показано хирургическое лечение по срочным показаниям.

В случае купирования симптомов кишечной непроходимости опухолевого генеза в результате проведения консервативных мероприятий или стентирования возможно выполнение отсроченных хирургических вмешательств, объем которых соответствует плановым операциям.

Предоперационная подготовка. Пациент с непроходимостью должен быть тщательно подготовлен к операции. Лечебные мероприятия направлены на ликвидацию водно-электролитных и белковых расстройств, купирование явлений эндотоксикоза, декомпрессию кишечника. Обязательны получение информированного согласия пациента на выполнение операции, маркировка места выведения стомы. Должны быть проведены антибиотикопрофилактика и профилактика тромбозомболических осложнений.

Подготовка кишечника. Необходимость подготовки кишечника к оперативному вмешательству зависит от степени нарушения пассажа кишечного содержимого, уровня кишечной непроходимости, клинического течения.

При нарушении кишечной проходимости за счёт частичного нарушения пассажа назначают бесшлаковую диету в сочетании с приёмом вазелинового масла, 15% раствора серно-кислой магнезии и механической очисткой толстой кишки.

При острой декомпенсированной кишечной непроходимости не рекомендуются применение слабительных препаратов, стимуляция перистальтики кишечника, постановка очистительных клизм.

Экстренное/срочное хирургическое лечение. При развитии острой кишечной непроходимости опухолевого генеза, нарастании симптоматики и отсутствии эффекта от консервативных мероприятий, предпринимаемых в течение первых 12 ч лечения, первоочередной задачей хирургического лечения являются ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни пациенту.

Неотложные операции должны проводить по мере возможности в дневное время хирурги и анестезиологи, имеющие опыт в лечении колоректального рака.

При наличии распространенного перитонита, тяжелого абдоминального сепсиса хирургиче-

ское лечение должно соответствовать стандартам лечения перитонита и сепсиса.

Основные правила формирования кишечных стом.

- Место формирования будущей стомы должно быть выбрано до операции с учетом телосложения больного, толщины брюшной стенки, естественных складок живота, при осмотре больного лежа на спине, сидя и стоя.

- Не рекомендуются фиксация к швам марлевых шариков или турунд, введение в просвет кишки дренажных трубок.

- Наименьшее расстояние от места предполагаемой илеостомы до слепой кишки 15–20 см.

- Формирование пристеночных колостом, в том числе цекостом, является нецелесообразным, так как не происходит полного отключения пассажа кишечного содержимого и полноценного купирования осложнений опухолевого процесса.

- Диаметр отверстия в брюшной стенке должен соответствовать нормальному диаметру кишечника.

Основные принципы выполнения оперативных вмешательств. При неэффективности консервативных мероприятий, нарастании явлений кишечной непроходимости, при отсутствии таких осложнений со стороны первичной опухоли, как перфорация, абсцедирование, кровотечение, а также диастатических разрывов и перфорации отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее злокачественного новообразования, объем хирургического вмешательства может быть минимизирован до дренирующей операции — формирования проксимальной разгрузочной илео- или колостомы.

Наличие таких осложнений диктует крайнюю необходимость выполнения первичной резекции без формирования анастомоза.

Отсутствие эффекта от предоперационного консервативного лечения у больных с жизненно опасными осложнениями со стороны опухоли, такими как перфорация, абсцедирование, кровотечение, диастатические разрывы и перфорация, проксимально расположенных отделов, является показанием к резекции толстой кишки. При расположении новообразований в правых отделах ободочной кишки выполняется операция по типу Лахейя, при левосторонней локализации — резекция толстой кишки по типу операции Гартмана.

При эффективности консервативного лечения, стабилизации состояния пациента и наличии благоприятных условий (резектабельность, отсутствие диссеминированных форм канцероматоза, перитонита, переносимость операции, наличие хирурга соответствующей квалификации) следует стремиться к удалению первичной опухоли, независимо от стадии заболевания.

Предпочтительным способом завершения резекции толстой кишки, предпринимаемой по поводу опухолевой непроходимости, является формирование одноствольной коло- или илеостомы. Одномоментное восстановление кишечной трубки допустимо лишь при формировании тонкотолстокишечного анастомоза в условиях специализированного стационара при наличии хирурга соответствующей квалификации и особо благоприятной клинической ситуации, когда кишечная непроходимость расценивается как компенсированная.

В условиях острой декомпенсированной кишечной непроходимости от формирования анастомоза следует отказаться.

В случае кишечной непроходимости, обусловленной наличием опухоли прямой кишки, от выполнения первичной резекции прямой кишки по Гартману целесообразно отказаться, так как это лишает больного возможности проведения неoadьювантной химиолучевой терапии и существенно затрудняет последующую реабилитацию больного.

В случае, когда локализация и(или) распространенность опухоли диктует в дальнейшем необходимость выполнения резекции прямой кишки с формированием защитной стомы, наиболее рационально в виде разгрузочной стомы вывести проксимальный отдел поперечной ободочной кишки. Эта стома в последующем будет выполнять роль превентивной.

Субтотальная резекция ободочной кишки может быть рекомендована:

- в общей сети стационаров — в исключительных случаях при выраженных ишемических изменениях отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее опухоли, а также в случае диастатической перфорации супрастенотически расширенных отделов толстой кишки;

- в условиях специализированного стационара при соответствующем анестезиологическом обеспечении, наличии квалифицированных хирургов

и отсутствии технических трудностей — для сокращения этапов хирургического лечения, а также при синхронных опухолях ободочной кишки.

Принципы абластичности:

- одномоментное удаление лимфатических коллекторов резецированных отделов толстой кишки путём высокой перевязки соответствующих сосудов;
- расширенная лимфаденэктомия с удалением парааортальных лимфатических узлов при их метастатическом поражении;
- при местном распространении опухоли на прилежащие органы и ткани — их резекция или удаление;
- метастазы в печень и легкие не являются противопоказанием к удалению первичной опухоли. Однако наличие кишечной непроходимости является абсолютным противопоказанием к одно-

моментным резекциям печени или лёгких. Второй этап лечения этих пациентов должен быть продолжен в специализированных хирургических стационарах.

В случае невозможности выполнения адекватного оперативного пособия из-за тяжести состояния больного, отсутствия квалифицированной бригады, современного оборудования показано выполнение симптоматических операций (выведение двустольной колостомы, наложение обходных анастомозов) с последующей госпитализацией пациента в специализированное учреждение.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Захаренко А. А. Обоснование и реализация оптимизированных методов оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным колоректальным раком: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2012. 39 с.

Поступила в редакцию 28.01.2015 г.