

С.О. Косульников, С.И. Карпенко, К.В. Кравченко, С.А. Тарнопольский, А.А. Клишин
Областная клиническая больница имени И. Мечникова, г. Днепр

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ ЭНТЕРОСТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЇ ЕНТЕРОСТОМІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА СИГМОПОДІБНІЙ ОБОДОВІЙ ТА ПРЯМІЙ КИШЦІ

Резюме. Нами проаналізований 121 випадок лікування хворих із пухлинами прямої та дистальної частини сигмоподібної ободової кишки, оперованих у центрі ускладнень хірургії обласної лікарні імені Мечникова (м Дніпро). Було виділено 2 групи. У першій групі резекційні втручання на товстій кишці завершували формуванням ручного дворядного анастомозу, в другій-накладання низьких апаратних анастомозів проводили з використанням техніки “double staple” з виведенням захисної ілеостомі. Дослідження показало, що в другій групі вдалося досягти спрощення і зниження часу операції, зниження кількості ускладнень і летальності.

Ключові слова: пухлина прямої кишки, пухлина сигмоподібної ободової кишки, ілеостомія, ентеростомія, апаратний анастомоз.

Проблема безопасного формирования толстокишечных анастомозов при проведении реконструктивно-восстановительных операций на прямой кишке остается актуальной [1-3]. Несостоятельность колоректального анастомоза является одним из наиболее частых и опасных осложнений после выполнения передней резекции прямой кишки, составляя от 2,5% до 10%, нередко требует проведения повторных оперативных вмешательств [3, 4]. Высокую частоту данного осложнения обуславливают ряд факторов, ведущими из которых, наряду с высоким уровнем загрязнения операционного поля кишечной флорой и неблагоприятными анатомическими условиями, являются технические особенности формирования анастомоза и разная квалификация хирургов [1, 3]. Более половины больных нуждаются в тотальной мезоректумэктомии из-за низкой локализации опухоли прямой кишки, более чем у трети из них она исходно локализуется в нижнеампулярном отделе. Изучение особенностей распространения опухолей прямой кишки позволило расширить показания для сфинктеросохраняющих операций [5] с целью повышения качества жизни пациентов. Минимальный клиренс по нижнему, дистальному краю резекции со стороны слизистой оболочки может составлять всего 1 см, а в проксимальном направлении по ходу мезоректальной клетчатки должен быть не менее 4 см [6, 7]. О высоком риске развития местного рецидива опухоли свидетельствуют большое исходное ее распространение, низкая степень дифференцировки и наличие опухолевых клеток в срезе (положительный край резекции) [8, 9].

При хирургическом лечении злокачественных опухолей дистального отдела прямой кишки наиболее сложно сохранить способность к нормальной дефекации и другие функции органов малого таза. Широкое внедрение в клиническую практику предоперационной лучевой терапии и механических швишающих аппаратов позволило улучшить реализацию поставленных задач.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с опухолями прямой кишки и сигмовидной ободочной кишки.

Материал и методы. С 2009 по 2016 год в центре осложненной хирургии областной больницы имени Мечникова (г. Днепр) были прооперированы 121 пациент с опухолями прямой и дистальной части сигмовидной ободочной кишки. У 34% из госпитализированных наблюдалась обтурационная толстокишечная непроходимость, требовавшая ургентной ликвидации, у 32% – опухоли больших размеров, осложненные прорастанием в органы таза, формированием наружных гнойных свищей (на переднюю брюшную стенку), внутрибрюшных абсцессов или внутренних свищей. В диагностике локализации патологического очага наряду с рутинными рентгенологическими методами мы использовали УЗИ, спиральную компьютерную томографию в круглосуточном режиме, что давало возможность быстро готовить больных к высокотехнологичным вмешательствам, формировать хирургические бригады из специалистов различного профиля.

Ретроспективная группа включала 120 пациентов в периоде с 2001 до 2008 года, у которых резекционные вмешательства на ректосигмоид-

ном отделе завершали формированием ручного двухрядного анастомоза, а защитную илеостому выводили только в случаях недостаточно купированного перитонита или при наличии сомнений в надежности анастомоза. С 2009 года клиника полностью перешла на формирование циркулярных аппаратных анастомозов с наложением защитной энтеростомы.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективная группа больных (до применения аппаратных анастомозов) и проспективная сопоставимы по возрасту и нозологии. Из 121 пациентов II-й группы у 45 (37%) были выполнены плановые первичные резекции прямой кишки с использованием двух степлеров. Наложение низких аппаратных анастомозов проводили с использованием техники “doublestaple”: препарат с опухолью отсекали от дистальной культи прямой кишки сшивающим линейным аппаратом, после чего циркулярным степлером формировали анастомоз; на срок 3 месяца выводили защитную илеостому.

21 больного с запущенной толстокишечной непроходимостью и тяжелым общим состоянием (18% наблюдений) оперировали в три этапа. Вначале выводили колостому (предпочтительно, трансверзостому) или илеостому; она позволяла ликвидировать непроходимость и не мешала работе на втором этапе с сигмовидной и прямой кишкой. В случаях топической локализации опухоли до операции, разгрузочный свищ выводили через минидоступ в проекции кишки, избранной для стомирования. После реабилитационного периода в течении 1-1,5 месяцев пораженную прямую кишку резецировали, используя технику “double staple” и сохраняя ранее выведенную энтеростому; закрытие последней независимо от локализации проводили местно три месяца спустя. 35 пациентам (29% случаев) с клиникой острой толстокишечной непроходимости была выполнена операция Гартмана в ургентном порядке; в последующем больных наблюдали в течение 5-6 месяцев, по показаниям проводили химиотерапию. По истечении данного срока восстанавливали непрерывность толстой кишки циркулярным степлерным анастомозом с выведением защитной илеостомы, закрытие последней осуществляли три месяца спустя. Раннее закрытие энтеростомы (колостомы до 5 месяцев и илеостомы до 3 месяцев) в клинике не прижилось, так как избранные нами сроки позволяют оптимально купировать активность воспалительного и спаечного процессов в зоне планируемых реконструктивных операций. Выраженных атрофических изменений в отключенных сегментах кишки мы не наблюдали, у 6 пациентов данная методика была применена через 4-7 лет после операции Гартмана.

20 больным (16,5% наблюдений) были выполнены расширенные резекции прямой и сигмо-

видной кишки в сочетании с резекцией мочевого пузыря, матки, передней брюшной стенки и петель тонкой кишки в случаях прорастания опухоли. Произведена резекция подвздошных сосудов с аутовенозной пластикой 6 пациентам симультанно, четверем – резекция и пластика левого мочеточника; защитная энтеростома снижала риск несостоятельности у данного контингента больных как толстокишечных, так и сосудистых, мочеточниковых анастомозов. Каждый больной с колоректальной опухолью проходил онкоконсилиум для выработки оптимального лечения согласно существующим протоколам. Опухоль прямой кишки низкой локализации без признаков кровотечения и непроходимости подвергалась предоперационной лучевой терапии. Интервалы между этапными операциями использовали для проведения химиотерапии. Наш опыт свидетельствует о менее выраженном спаечном процессе у пациентов, которые прошли хотя бы один курс химиотерапии. Воспалительный спаечный процесс брюшной полости после перенесенных непроходимости, перфорации опухоли и других осложнений создает в ближайшие месяцы сложные условия для проведения висцеролиза. Адекватный промежуток времени между этапами операций, цитостатическая терапия облегчают проведение оперативного пособия, что положительно сказывается на конечных результатах лечения. У 11 больных (9% наблюдений) энтеростомия оказалась окончательным этапом хирургического лечения из-за распространенности опухолевого процесса.

В ретроспективной группе умерли 9 (7,5%) пациентов, у шести из которых причиной летального исхода стали гнойно-септические осложнения из-за негерметичности колоректального анастомоза. В проспективной группе несостоятельность циркулярных степлерных анастомозов наблюдалась у четырех больных (3,3% случаев). Она проявлялась в виде отхождения воздуха и слизи в небольшом количестве (иногда с остатками кишечного отделяемого) по дренажам. Не зарегистрировано клинически значимых проявлений воспаления, требовавшего дополнительного дренирования, случаи несостоятельности купировались самостоятельно до плановых сроков реконструктивных операций. Умерли пять (4,1%) больных II группы, оперированных по поводу толстокишечной непроходимости на фоне тяжелой сердечной патологии и полиорганной недостаточности; ни у одного из них не были выявлены интраабдоминальные осложнения. Этапное хирургическое лечение иногда плохо воспринимается пациентами из-за удлинения сроков лечения и связанных с этим неудобств; тем не менее, снижение уровня летальности и числа интраабдоминальных осложнений в целом оправдывает удлинение сроков лечения.

Выводы. 1. Использование методики “double staple” значительно упрощает и сокращает время проведения операции, позволяет проводить предельно низкие передние резекции прямой кишки с сохранением сфинктерного аппарата с соблюдением онкологических принципов. 2. Применение защитных энтеростом в колоректальной хирургии позволяет практически в 100% исключить разви-

тие интраабдоминальных осложнений и связанных с ними летальности при плановых операциях. До применения данной методики летальность при плановых операциях составляла 3%.

Перспективы дальнейших исследований. Оптимизация выбора энтеростомии при завершении резекционных вмешательств в плановой и urgentной колоректальной хирургии.

Список использованной литературы

1. Применение аппарата компрессионных толстокишечных анастомозов в хирургии рака прямой кишки / А.А. Власов, А.В. Важенин, В.В. Плотников [и др.] // Сибирский онколог. ж. – 2010. – № 3(39). – С. 20-24.
2. Канишин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов. / Н.Н. Канишин – М.: Профиль, 2004. – 63 с.
3. Царьков П.В. Факторы риска развития несостоятельности аппаратного анастомоза после выполнения передней и низкой передней резекции прямой кишки / П.В. Царьков, Д.Ф. Ермаков, И.А. Тулина // Пироговская хирургическая неделя: в сб. Всероссийского форума. – СПб, 2010. – С. 416-417.
4. Chuwa E.W. Out comes for abdominal perineal resections are not worse than those of anterior resections / E.W. Chuwa, F. Seow-Choen // Dis. colon&rectum. – 2006. – № 49. – P. 41-49.
5. Gordon P.H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. / by Philip H. Gordon, Santhat Nivat vongs. – 3rd ed. – 2003. – P. 1330.
6. Is the 1-cm rule of distal bowel resection margin in rectal cancer based on clinical evidence? A systematic review. / K. Bujko, A. Rutkowski, G.J. Chang [et al.] // Annals of surgical oncology. – 2012. – V. 19, № 3. – P. 801-808.
7. Fitzgerald T.L. Pushing the envelope beyond a centimeter in rectal cancer: oncologic implications of close, but negative margins. / T.L. Fitzgerald, J. Brinkley, E.E. Zervos // Journal of the American College of Surgeons. – 2011. – V. 213, № 5. – P. 589-595.
8. Nugent E. Rectal cancer surgery: volume-outcome analysis / E. Nugent, P. Neary // International journal of colorectal disease. – 2010. – V. 25, № 12. – P. 1389-1396.
9. Quality of surgical care, local recurrence, and survival in patients with low- and midrectal cancers following multimodal therapy / I. Kellokumpu, J. Vironen, M. Kairaluoma [et al.] // International journal of colorectal disease. – 2012. – V. 27, № 1. – P. 111-120.

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ ЭНТЕРОСТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 121 больного с опухолью прямой и дистальной части сигмовидной ободочной кишки. Ретроспективная группа включала пациентов, у которых резекционные вмешательства на толстой кишке завершали ручным двухрядным анастомозом, проспективная (с 2009 года) – наложением аппаратных анастомозов с выведением защитной энтеростомы. Формирование низких сигмо-ректальных анастомозов проводили с использованием техники “double staple”. Применение защитных энтеростом в колоректальной хирургии позволяет практически в 100% исключить развитие интраабдоминальных осложнений и связанной с ними летальности при плановых операциях.

Ключевые слова: опухоль прямой и сигмовидной ободочной кишки, илеостомия, энтеростомия, аппаратный анастомоз.

THE ROLE OF PREVENTIVE ENTEROSTHOMY IN PREVENTION OF COMPLICATIONS IN OPERATIONS ON SIGMOID COLON AND RECTUM

Abstract. 121 cases of treatment of patients with tumor of the rectum and distal part of the sigmoid colon are analyzed. A retrospective group included patients after resection on the colon followed by manual two-stage anastomosis; the prospective group (since 2009) – by the application of apparatus anastomoses with protective ileostomy. Low sigmoid-rectal anastomosis was performed by means of “double staple” method. Application of protective enterostomy in the colorectal surgery enables 100% reduction of intraabdominal complications and lethal outcome associated with them.

Key words: rectal tumor, sigmoid colon tumor, ileostomy, colostomy, apparatus anastomosis.

I. Mechnikov Regional Clinical Hospital (Dnepr)

Надійшла 02.03.2017 р.
Рецензент – проф. Шкварковський І.В. (Чернівці)