

Эндоскопические вмешательства при опухолевой обтурационной непроходимости левых отделов ободочной кишки

С.В. Артюхов, К.Г. Кубачёв, Н.Д. Мухиддинов*

СПб ГБУЗ «Александровская больница», кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия;

*кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

На основании анализа 2200 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью на фоне рака ободочной кишки показаны место и роль эндоскопии.

Срочная фиброколоноскопия была выполнена 124 (12,1%) больным раком левой половины ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью. Рак левой трети поперечной ободочной кишки был выявлен у 11, селезёночного изгиба – у 26, нисходящей кишки – у 33, сигмовидной кишки – у 47, ректосигмоидного отдела – у 38 и прямой кишки – у 29 пациентов. У 17 (13,7%) больных удалось реканализировать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость.

Отсроченная фиброколоноскопия (n=221) выполнялась пациентам на 5-8 сутки после формирования двустольных колостом для уточнения диагноза или забора материала на гистологическое исследование.

Выполнение срочной колоноскопии у больных с толстокишечной непроходимостью позволяет установить её причину и уровень препятствия.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, кишечная непроходимость, рак толстой кишки, обтурационная кишечная непроходимость

Введение. Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжёлым осложнением рака ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого неотложного состояния в структуре других осложнений рака составляет около 90% [1,2].

Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, увеличение доступности высокотехнологичных инструментальных методов исследования, у 75% – 80% больных рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях или при развитии острых хирургических осложнений, наиболее частым из которых является обтурационная кишечная непроходимость [3,4].

Раком ободочной кишки, в основном, болеют люди старших возрастных групп. Так, удельный вес пациентов старше 60 среди больных с опухолевой обтурационной кишечной непроходимостью составляет более 70% [2]. Эти пациенты имеют несколько тяжёлых сопутствующих заболеваний, которые, на фоне развития кишечной непроходимости, способ-

ствуют декомпенсации функций сердечно-сосудистой и других систем. Поэтому, при лечении данной категории больных требуются другие тактические подходы, в первую очередь, направленные на снижение тяжести хирургической агрессии. Одним из путей реализации этой задачи является максимально широкое использование малоинвазивных технологий, позволяющих устранить кишечную непроходимость и выполнить оперативное вмешательство в более благоприятных условиях.

Наиболее перспективным направлением является выполнение различных лечебных процедур во время экстренной колоноскопии, которая, в ряде случаев, позволяет устранить кишечную непроходимость, переводя её из декомпенсированной стадии в компенсированную или субкомпенсированную. С целью устранения кишечной непроходимости выполняют реканализацию опухоли посредством баллонной дилатации просвета кишки и проводят толстый зонд выше уровня препятствия, также применяют электрокоагуляцию, лазерную либо аргоноплазменную деструкцию опухоли с последующим



стендированием. [5]. Однако до сих пор экстренная колоноскопия при обтурационной толстокишечной непроходимости не нашла должного применения при лечении этой категории больных.

Целью исследования явилось изучение возможностей эндоскопических технологий при диагностике и устранении опухолевой обтурационной кишечной непроходимости левого фланга ободочной кишки.

Материал и методы. В основу работы положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, осложнённым обтурационной кишечной непроходимостью, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» г. Санкт-Петербурга за 2003 – 2012 гг. За это время было госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложнённым острой обтурационной кишечной непроходимостью. У 4,6% больных злокачественная опухоль локализовывалась в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% – в области селезёночного изгиба, у 17,4% – в нисходящей кишке, у 39,5% – в сигмовидной кишке, у 22,7% – в ректосигмоидном отделе и у 6% – в прямой кишке. У 112 из 131 больного раком прямой кишки опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 – в среднеампулярном отделе и у 2 – на уровне анального канала. Мужчин было 44,2%, женщин – 55,8%. Удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 2,3%, 41 – 60 лет – 22,4%, 61 – 70 лет – 35,2%, и старше 70 лет – 40,1%. Всего пациентов старше 60 лет было 75,3%.

В последние годы всё большее применение при диагностике и лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза находят эндоскопические методы. Новые технологии, позволяющие реканализировать опухоль посредством воздействия аргоноплазменной, лазерной энергии, способствуют устранению кишечной непроходимости, а установка саморасправляющихся стентов позволяет оперировать больных в плановом порядке, после устранения явлений интоксикации.

Всего были сформированы 4 группы больных. Первая группа – 502 больных, которым опухоль была удалена на первом этапе операции и сформирована колостома (обструктивные резекции). Второй группе больных (372 пациента) первым этапом выполнена двустольная проксимальная колостомия и в течение одной госпитализации вторая операция, направленная на радикальное удаление опухоли и восстановление непрерывности. 128 больным (третья группа) формирование колостомы выполнено лапароскопическим доступом, что позволило сократить сроки между операциями. И, наконец, четвёртой группе больных (17 пациентов) удалось устранить непроходимость посредством эндоскопической реканализации опухоли. Выборка больных осуществлялась случайным образом, зависела от технических возможностей, в том числе и бригады

хирургов, тяжести состояния пациента, характера сопутствующих заболеваний.

Результаты и их обсуждение. Одним из факторов, влияющих на прогноз лечения пациентов при неотложных заболеваниях и состояниях, является продолжительность догоспитального периода заболевания. Особенно это сказывается в группе пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих иногда несколько сопутствующих заболеваний, когда прогрессирующая интоксикация, расстройство водноэлектролитного баланса и других составляющих гомеостаза способствуют быстрой декомпенсации функций различных органов и систем.

**ТАБЛИЦА 1. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ
ПО ШКАЛЕ АРАСН-II В БАЛЛАХ**

Число баллов	Кол-во больных
до 8	122 (12,0%)
9 – 15	214 (21,0%)
16 – 20	279 (27,4%)
21 – 25	261 (25,6%)
Более 26	143 (14,0%)
Всего	1019 (100%)

До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости было госпитализировано 1,1% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены менее 2% пациентов, в течение 24 – 48 часов госпитализировано 17,6% больных. Основная масса пациентов (70,4%) скорой помощью доставлена в течение 48 – 72 часов с момента заболевания. После 72 часов госпитализировано 9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, госпитализированных после 48 часов с момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составил от 70% до 80%.

810 больных с отдалёнными метастазами, 223 пациента с местнораспространённой неудалимой опухолью и 148 больных, имеющих тяжёлые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить в дальнейшем радикальную операцию, исключены из дальнейшего анализа.

Объектом исследования стали 1019 больных, у которых не были выявлены отдалённые метастазы и им выполнены радикальные операции. По тяжести состояния при поступлении больные распределились следующим образом (табл. 1).

Срочная фиброколоноскопия была выполнена 124 (12,1%) больным раком левой половины ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непро-

ТАБЛИЦА 2. ПЕРВИЧНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (N = 1019)

Операции	Кол-во	Умерло
Лапаротомия, двустольная колостомия	353	26 (7,3%)
Лапароскопически ассистированная двустольная колостомия	128	6 (4,7%)
Левосторонняя обструктивная гемиколэктомия	154	23 (14,9%)
Цекостомия, операция Гартмана	21	9 (42,9%)
Цекостомия, двустольная колостомия	19	10 (52,6%)
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	254	32 (12,4%)
Субтотальная колэктомия	22	13 (59,1%)
Передняя резекция прямой кишки	51	6 (11,8%)
Эндоскопическая реканализация опухоли	17	0
Всего	1019	125 (12,3%)

ходимость. Исследование выполнялось после очистительных клизм, в ходе предоперационной подготовки. Рак левой трети поперечной ободочной кишки был выявлен у 11, селезеночного изгиба – у 26, нисходящей кишки – у 33, сигмовидной кишки – у 47, ректосигмоидного отдела – у 38 и прямой кишки – у 29 пациентов. У 17 (13,7%) больных удалось реканализовать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Отсроченная фиброколоноскопия (n=221) выполнялась пациентам на 5 – 8 сутки после формирования двустольных колостом для уточнения диагноза или забора материала на гистологическое исследование.

Характер и объём первичных оперативных вмешательств представлены в таблице 2. Как следует из представленных данных, первичное удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости было выполнено у 502 (49,3%) больных, устранение непроходимости посредством формирования стом или реканализации опухоли – у 517 (50,7%) пациентов.

Субтотальная колэктомия, формирование цекостомы в сочетании с операцией Гартмана или с двустольной колостомией являлись вынужденными видами вмешательств, когда имеющиеся поражения ободочной кишки устранить другим способом не представлялось возможным. Среди стомированных больных (500 человек) умерли 42 (8,4%) пациента, после выполнения любой первичной резекции (502 пациента) умерли 83 (16,5%). Летальных исходов после реканализации опухоли с последующей (через 7-9 дней) радикальной операцией не было.

При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88% больных. Более злокачественные формы рака были выявлены у 11,9%, из которых наиболее прогностически неблагоприятная форма – неклассифицируемый рак, определён у 1,7% .

ВЫВОДЫ:

1. Выполнение срочной колоноскопии у больных с толстокишечной непроходимостью позволяет установить её причину и уровень препятствия.
2. Эндоскопические вмешательства, направленные на устранение кишечной непроходимости, позволяют снизить тяжесть состояния пациентов и выполнять радикальное оперативное вмешательство с восстановлением непрерывности толстой кишки.
3. Отсутствие колостомы существенно влияет на качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев М.А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки : дис... д-ра мед. наук / М.А.Абдулаев. - С-Пб. - 2007. - 250с.
2. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложнённых формах рака ободочной и прямой кишки: автореф. дис... д-ра мед. наук / С.В.Васильев. - С-Пб. - 1993. - 34с.
3. Александров В.Б. Каковы перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 531 операции) / В.Б.Александров // Тез. докл. III Всеросс. съезда по эндоскопической хирургии. - М., 2000. - С.3.
4. Непосредственные результаты лапароскопических операций по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости / В.И.Сидоренко, В.И.Ноздрачев, Е.Д.Федоров, М.Е.Тимофеев // Эндоскоп. хирургия. - 1996. - Т. 2, №4. - С. 30.
5. Миронов В.И. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза / В.И.Миронов, А.Г.Килин // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Тез. докл. - М. - 2003. - С. 136.



Summary

Endoscopic interventions in obturation intestinal obstruction of left-sided colon

S.V. Artukhov, K.G. Kubachyov, N.D. Muhiddinov*

St-Petersburg Budget Institution of Healthcare «Alexander Hospital»,

Chair of Surgery named after N.D. Monastirski SZGMU named after II. Mechnikov, St-Petersburg, Russia;

** Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU, Tajikistan*

Based on analysis of 2200 patients with obturation intestinal obstruction on the background of colon cancer the place and role of endoscopy are shown.

Urgent fibrocolonoscopy was performed to 124 (12,1%) patients with cancer of the left sided colon complicated by acute intestinal obstruction. Cancer of the left third of the transverse colon was revealed at 11, splenic flexure - at 26, the descending colon - at 33, the sigmoid colon - 47, rectal sigmoid part - 38 and rectum - in 29 patients. In 17 (13,7%) patients it was possible to recanalize stenosing tumor and eliminate intestinal obstruction. Delayed fibrocolonoscopy (n = 221) was performed on 5 - 8 hours after the formation of double-barrel colostomy for exact diagnosis or biopsy for histological examination.

Performing of urgent colonoscopy in patients with colonic obstruction allows to set its cause and the level of obstruction.

Key words: colon cancer, colon obstruction, colon cancer, obturation intestinal obstruction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кубачёв Губач Гаджимагомедович – профессор
кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ
им. И.И. Мечникова;
Россия, г.Санкт-Петербург, пр. Солидарности, д.4
E-mail: kubachev_kubach@mail.ru