

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЭНДСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕКАНАЛИЗАЦИИ**

Беляев А.М., Захаренко А.А., Дворецкий С.Ю., Суров Д.А., Бабков О.В., Кондрацов С.А.

Клиника неотложной онкологии (руководитель – проф. А.М. Беляев)

НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д.3.

Захаренко Александр Анатольевич 8 (921) 951 61 83; e-mail: 9516183@mail.ru

Резюме: Неудовлетворительные результаты лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза заставляют совершенствовать не только способы хирургического лечения, но и методы своевременной и информативной диагностики, к которым относится фиброколоноскопия, а также способы предоперационной декомпрессии толстой кишки, как этапа подготовки к операции. Разработана и внедрена методика эндоскопической реканализации опухоли левого фланга толстой кишки осложненная острой кишечной непроходимостью, которая позволила купировать непроходимость у большинства больных, подготовить их к отсроченным или плановым операциям, создать условия для одномоментных операций без выведения колостомы.

Ключевые слова: опухоль толстой кишки, острая кишечная непроходимость, эндоскопическая реканализация.

**TREATMENT TACTICS OF PATIENTS WITH ACUTE COLON OBSTRUCTION
TUMOR GENESIS WITH APPLICATION ENDOSCOPIC
METHODS OF RECANALIZATION**

Belayev A.M., Zakharenko A.A., Dvoretzky S.U., Surov D.A., Babkov O.V., Kondratsov S.A.

Djanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint Petersburg, Russia

Abstract: The unsatisfactory results of the treatment patients with colon cancer obstruction force to improve not only ways of the surgical treatment, but also methods well-timed and informatization of the diagnostics, to which pertains colonoscopy, as well as ways before operation decompressions of the large intestine, as stage of preparation to operations. It is designed and introduced methods of colonoscopy recanalisation to tumors of the left flank of the colon complicated by acute colon cancer obstruction, which has allowed treatment majority patients, prepare them to delayed or planned operation, and create the condition for operation without making colostomy.

Key words: acute colon cancer obstruction, colonoscopy recanalisation

Введение.

Опухолевая толстокишечная непроходимость является ведущим осложнением рака толстой кишки и возникает в среднем у 26,4% больных, а по данным некоторых авторов достигает даже 69% [1]. Чаще развивается острая толстокишечная непроходимость у больных при раке левой половины толстой кишки, достигая 67-72% случаев [2]. Причина столь высокой частоты кишечной непроходимости при левосторонней локализации опухоли кроется в плотном характере каловых масс левой половины толстой кишки и относительно небольшом диаметре ее просвета, а также преобладание в этих отделах толстой кишки циркулярных опухолей, имеющих эндофитный характер роста.

Результаты лечения больных кишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными. Общая послеоперационная летальность среди больных толстокишечной непроходимостью достигает 43,5%, и даже при удавшемся консервативном устранении острой кишечной непроходимости снижается этот показатель лишь в два раза. После паллиативных операций летальность в два раза выше, чем после радикальных [3, 4]. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений при выполнении операций на высоте острой толстокишечной непроходимости достигает 80% [5].

Большинство больных являются лицами пожилого и старческого возраста, с сопутствующими хроническими заболеваниями, часто в стадии декомпенсации [6]. Почти половина больных имеют запущенную стадию заболевания и соответственно паллиативные и симптоматические операции составляют до 44,9%, а послеоперационная летальность достигает 46,5% [5].

Основной клинической особенностью больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью является нечеткость симптоматики и высокая вероятность эффективности консервативных лечебных мероприятий по разрешению кишечной непроходимости. Эффективность проведения консервативных лечебных мероприятий по данным различных авторов колеблется от 14 до 60% [4, 5, 7]. Морфологическим субстратом этой особенности является, как правило, отсутствие полной обструкции просвета опухоли. Наличие канала в опухоли кишки дает шанс на успех консервативного разрешения толстокишечной непроходимости. С этим связано отсутствие однозначной тактики лечения острой непроходимости толстой кишки опухолевого генеза.

Цена вопроса при ориентации на проведение консервативных лечебных мероприятий – возможность выполнения операции в отсроченный период, что увеличивает шанс благоприятного исхода. Краеугольным камнем при планировании лечебных мероприятий при острой кишечной непроходимости являются временные параметры – допустимые сроки консервативных лечебных процедур. Опыт проф. Пахомовой Г.В [8] демонстрирует, что консервативные мероприятия, проводимые в течение 12-22 часов, и связанные с ними задержка операции, не ухудшают состояние больных. Однако следует помнить, что сроки подготовки определяются индивидуально, появление перитонеальной симптоматики служит показанием к немедленному оперативному лечению.

Общепризнанным стандартом тактики лечения опухолевой острой кишечной непроходимости левой половины толстой кишки является обструктивная резекция толстой кишки с наложением колостомы. По данным литературы до 65% операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы [9], а при острой кишечной непроходимости с левосторонней локализацией опухоли этот показатель достигает почти 100% [5, 10].

Оперативное лечение, выполняемое по неотложным показаниям чаще всего не сопровождается адекватной лимфодиссекцией в результате чего, с позиций современной онкологии данное хирургическое лечение не может считаться радикальным.

Восстановление непрерывности толстой кишки осуществляется вторым этапом через 1,5 – 6 месяцев [11]. Вопросы хирургической реабилитации колостомированных больных путем закрытия колостом далеки от своего окончательного решения, ввиду того, что данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные операции. Стойкая инвалидность больных с колостомами, требующими сложных повторных оперативных вмешательств, а также прогрессирование опухолевого процесса вследствие оставленной в брюшной полости опухоли заставляют искать новые пути решения этой проблемы. Особенно это относится к лечению осложненного рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда наличие колостомы у этих пациентов усугубляет течение сопутствующих заболеваний, тем самым, затрудняя или исключая возможность выполнения восстановительного этапа операции.

С этих позиций представляется заманчивым стремление к выполнению одномоментных операций с первичным восстановлением кишечной непрерывности у больных с раком левой половины толстой кишки, осложненным острой кишечной

непроходимостью. В свете представлений о степенях непроходимости догматичный отказ от первичных анастомозов не может быть признан абсолютным, поскольку противопоказаниями, по мнению большинства хирургов, относятся именно к декомпенсированной или «запущенной» непроходимости [12, 13].

Применение экстренной фиброколоноскопии у больных с осложненным колоректальным раком позволяет выявить локализацию, характер препятствия в толстой кишке, а также определить степень сужения и оценить возможность выполнения лечебных эндоскопических мероприятий по разрешению непроходимости. Колоноскопическая декомпрессия нередко дает положительный лечебный эффект, особенно при опухолях, расположенных в дистальном отделе толстой кишки. Если при этом удастся провести толстый зонд за опухоль в проксимальный отдел кишки, то появляется возможность выполнить необходимую подготовку толстой кишки и больного к операции [14, 15].

В настоящее время в литературе имеются указания на возможность выполнять реканализацию опухолевого стеноза толстой кишки такими методами как баллонная дилатация, постановка пластиковых внутрипросветных дренажей [16], криодеструкция [17], электрокоагуляция [18], лазерная абляция [19]. Однако у данных способов имеются недостатки. Выполнение эндоскопической реканализации ограничено длиной ректоскопа и возможно только при опухолях прямой кишки. Применение данных способов возможно только в плановом порядке, то есть, когда нет острой кишечной непроходимости, при этом часто требуется повторная процедура. В большинстве случаев, такие способы используются с паллиативной целью, для уменьшения симптомов заболевания, когда больного уже нельзя радикально оперировать из-за запущенности опухолевого процесса.

Материал и методы исследования.

Под руководством проф. Кузьмина-Крутецкого М.И [20] в Санкт-Петербургском Научно-исследовательском институте скорой помощи имени И.И. Джанелидзе изучается возможность диагностической и лечебной эндоскопии у больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью. Разрабатывается методика эндоскопической электрохирургической реканализации опухолевого сужения и декомпрессии толстой кишки, как временной альтернативе экстренной операции при острой кишечной непроходимости.

Исследование было разделено на 2 этапа (до появления цифровой фиброволоконной оптики и после)

На первом этапе было выполнено 162 эндоскопических исследований (из них 32 ректороманоскопии и 130 фиброколоноскопии) у больных с клиникой острой толстокишечной непроходимости. Экстренная диагностическая эндоскопия позволила подтвердить опухолевый генез толстокишечной непроходимости у 108 больных (66,6%). Надо отметить, что экстренная эндоскопия у 34 (21%) больных не только исключила опухолевый генез непроходимости, но и оказалась лечебной манипуляцией, т.к. удалось ликвидировать причину непроходимости (заворот сигмовидной кишки, инвагинация ободочной кишки, толстокишечная непроходимость функционального характера).

Подготовку к эндоскопическому обследованию проводили клизмами, что одновременно было и лечебным пособием. Во всех случаях подготовка проводилась очистительными и сифонными клизмами, что позволило подготовить толстую кишку к осмотру за 1 - 2 часа. Случаев ухудшения состояния больных, связанных с подготовкой к эндоскопии, и тем более, диастатических разрывов отмечено не было. Адекватная подготовка была достигнута у 132 (81,5%) больных из 162, у 30 пациентов подготовка была неадекватная. Только когда препятствие было локализовано в прямой кишке, исследование ограничивалось ректороманоскопией, во всех остальных случаях производили фиброколоноскопию.

Эндоскопические исследования проводили ректороманоскопами отечественного производства фирмы «Красногвардеец» (настоящее название «Оптимед»), фиброколоноскопами (КУ-ВО-1/2, КС-ВО-1/2) отечественного производства фирмы ЛОМО.

У 51 пациентов (47,2%) опухоль локализовала в левом фланге толстой кишки, у 32 пациентов (29,6%) в прямой кишке. 21 больному с локализацией опухоли в прямой кишке и дистальной части сигмовидной кишки, которая была достигаема ректороманоскопом, и 4 пациентам при помощи колоноскопа была произведена разработанная нами эндоскопическую реканализацию опухолевого сужения и декомпрессию вышележащих отделов толстой кишки.

Во время эндоскопической манипуляции под контролем эндоскопа торцевым электродом, крючком для лапароскопических операций, щипцами для горячей биопсии или петлей для эндоскопической полипэктомии расширяли опухолевый канал с частичной резекцией опухолевой ткани до диаметра 8 мм - 10 мм. Использование электрохирургической техники позволяет избежать кровотечений, которые затрудняют дальнейшее проведение операции и под контролем зрения дозировано расширять опухолевый канал. Для лучшей ориентировки в направлении опухолевого канала и более

прицельного равномерного его расширения, в опухолевый канал в качестве направителя вводили тонкий катетер, что всегда удавалось. После реканализации за опухолевое сужение вводили дренаж диаметром 8 - 10 мм с боковыми отверстиями или желудочный зонд, продвигая его максимально далеко, через который и проводили размывание каловой пробки и декомпрессию. Зонд меньшего диаметра не достаточен для адекватной декомпрессии. Попытка ввести зонд достаточного размера без предварительной реканализации не всегда возможно. Критерием эффективности манипуляции считаем исчезновение как схваткообразных, так и постоянных болей, уменьшение вздутия живота, отхождение кала и газов. При необходимости выполняли повторное промывание и аспирацию. После ликвидации непроходимости зонд может быть удален, что, безусловно, сказывается на мобильности больного. При необходимости процедура промывания и аспирации может быть повторена.

Особый интерес представляют больные с толстокишечной непроходимостью ободочной кишки. Удаленность опухоли от ануса технически усложняет эндоскопические манипуляции и значительно уменьшает шанс успешной лечебной эндоскопии в условиях острой кишечной непроходимости. Применение обычного колоноскопа для эндоскопических вмешательств на опухолях ободочной кишки оказалось малоэффективно.

18 больным с опухолью сигмовидной кишки и в 6 случаях с локализацией опухоли в нисходящей ободочной кишке мы пытались провести направительный катетер через биопсийный канал фиброколоноскопа. Катетер был проведен у всех больных, однако размыть каловую пробку и добиться адекватной декомпрессии используя катетер диаметром 2,2 мм и 2,8 мм нам не удалось ни в одном случае, соответственно не удалось завести за опухолевый стеноз и дренажную трубку большего диаметра.

В 4 случаях после предварительной электрохирургической реканализации при помощи электрохирургической петли для полипэктомии до диаметра 5 мм - 6 мм, после чего вместе с эндоскопом, вводили зонд, удерживая его щипцами для биопсии за специально привязанные к нему лигатуры. За опухолевое сужение зонд проводили биопсийными щипцами. Далее процедура размывания каловой пробки и активной аспирации жидкого калового содержимого и газов производили аналогично методике описанной выше. У этих 4 больных удалось произвести адекватную декомпрессию толстой кишки, и эти больные были оперированы в плановом порядке.

Второй этап нашего исследования связан с применением для реканализации современного цифрового гибкого фиброколоноскопа. Это позволило применять данную

методику не только при опухолях прямой кишки, но и сигмовидной, нисходящей ободочной кишки и даже поперечно-ободочной кишки.

Эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза ободочной кишки была предпринята у 23 больных (7 мужчин и 16 женщин). Средний возраст составил 65 лет (от 38 до 90 лет). Локализация опухоли у этих больных была следующая: у 18 (78,2%) больных опухоль локализовалась в сигмовидной кишке, у 4 (17,4%) больных в нисходящей ободочной кишке, 1 пациент имел опухоль поперечной ободочной кишки. Всем больным в ходе обследования в стационаре поставлен диагноз острая толстокишечная непроходимость. Длительность заболевания в среднем составила 3 суток (от 12 часов до 7 суток). У данной категории больных отсутствовали признаки перитонита, поэтому проводилась предоперационная подготовка.

Реканализацию stenoziruyemykh опухоли выполняли методом сочетания электрохирургической резекции опухоли и механического бужирования просвета опухолевого канала дистальным концом эндоскопа. Через инструментальный канал цифрового гибкого колоноскопа (фирма Olympus), проведенного до нижнего края obturiruyemykh опухоли, вводится нож для эндоскопической резекции слизистой оболочки с изолированным концом (Изо – Том, MTW, Германия) в просвет опухолевого канала. Нож раскрывается и при подаче тока мощностью 70 – 80 Вт производится послойное срезание опухолевой ткани в режиме резания или смешанном режиме (резание + коагуляция). Реканализация опухоли дополняется бужированием опухолевого канала дистальным концом эндоскопа. Таким образом, выполняется расширение опухолевого канала до диаметра, достаточного для прохождения колоноскопа или промывного дренажа.

Полная реканализация считается достигнутой при условии заведения эндоскопа выше опухолевого сужения, полного опорожнения толстой кишки. При невозможности проведения через сформированный канал зонда проксимальнее опухоли для промывания толстой кишки и аспирации каловых масс не всегда удается достичь полного отхождения стула и газов. В этом случае манипуляция трактуется как частичная реканализация опухоли.

Результаты.

На первом этапе нашего исследования попытка реканализации опухолевого стеноза была предпринята у 56 пациентов. Все эти больные с опухолью или левого фланга толстой кишки – 24 пациента или прямой кишки – 32 пациента.

Из 32 пациентов с опухолью прямой кишки осложненной острой толстокишечной непроходимостью у 21 пациента (65,6%) произведена эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза с декомпрессией вышележащих отделов толстой кишки.

Только в 1 случае (4,7%) возникло умеренной интенсивности кровотечение из опухолевой ткани, которое было остановлено электрокоагуляцией, эндоскопическая операция была продолжена.

У всех больных, которым была проведена данная эндоскопическая процедура отмечено полное разрешение толстокишечной непроходимости. 8 больным активное размывание с аспирацией было произведено однократно, 13 больным повторяли в течение 6 часов, 4 из них повторяли через сутки. 3 пациентам были проведены отсроченные операции (через 2-3 дня), 18 – плановые (через 3-5 дня). Во время операции кишка выше опухоли не была растянута, была практически спавшаяся, застойных изменений в ее стенке связанных с непроходимостью не было ни в одном случае. В 19 случаях было произведено одномоментное удаление опухоли и наложение первичного анастомоза, в 2 случаях при низко расположенных опухолях прямой кишки была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню - Майльсу. Несостоятельности анастомозов не было ни в одном случае. Летальных исходов не было.

Попытки проведения катетеров при помощи фиброколоноскопа при более высоко расположенных опухолях в большинстве случаев (20 из 24) были безуспешны из-за извитого хода опухолевого стеноза. Катетер диаметром 2,2 мм был проведен выше стеноза, но этого было явно недостаточно для адекватной декомпрессии, в результате чего были выполнены операции в срочном порядке. В 4 случаях (16,6%) удалось реканализировать опухолевый стеноз и добиться адекватной декомпрессии вышележащих отделов толстой кишки. Все больные оперированы в плановом порядке (через 3-5 дней).

На втором этапе исследования полная реканализация опухоли была выполнена у 9 (39%) пациентов, частичная - у 6 (26%) и неэффективной или невозможной оказалась у 8 пациентов (35%).

Осложнения возникли у 2 пациентов (8,7%). В одном случае перфорировали стенку толстой кишки дистальнее опухоли. В другом случае, во время выполнения эндоскопической реканализации, было спровоцировано кровотечение из опухоли. В последнем случае гемостаз был достигнут эндоскопическим способом. При перфорации стенки кишки выполнили экстренное оперативное вмешательство.

При полной реканализации операции были выполнены в сроки от 1 до 6 суток, в среднем через 3 суток. Один пациент после полной реканализации опухоли и ликвидации

острой кишечной непроходимости отказался от последующего оперативного лечения. При частичной реканализации отсроченные операции были выполнены в среднем через 12 часов. При неэффективности эндоскопической реканализации оперативное лечение было предпринято сразу после окончания эндоскопического исследования.

Шести пациентам после полной реканализации были выполнены операции с выполнением первичного толстокишечного анастомоза. При неэффективной и частичной реканализации 6 пациентам выполнена интраоперационная подготовка ободочной кишки методом проточного лаважа и также сделана резекция опухоли с наложением первичного анастомоза. Колостомы как завершающий этап лечения толстокишечной опухолевой непроходимости была выполнена у 10 пациентов – в 7 случаях выполнена операция Гартмана и в 3 наложена двустольная сигмостома. Послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов (8,7%), летальный исход возник у 1 пациента (4,3%). Длительность госпитализации составила в среднем 16 дней.

Обсуждение и выводы.

Опухолевый стеноз прямой кишки, осложненный острой толстокишечной непроходимостью, в 2/3 случаев поддается эндоскопической реканализации с адекватной декомпрессией вышележащих отделов толстой кишки.

С появлением современного цифрового эндоскопического оборудования расширились возможности эндоскопической реканализации опухолевого стеноза ободочной кишки. Использование при острой опухолевой толстокишечной непроходимости метода эндоскопической электрохирургической реканализации опухолевого стеноза ножом для эндоскопической резекции слизистой оболочки с изолированным концом (Изо – Том, MTW, Германия) позволило у 15 пациентов (65%) отсрочить оперативное вмешательство и выполнить подготовку толстой кишки и самого больного к оперативному вмешательству. Операции с первичным толстокишечным анастомозом выполнены у половины больных.

Применение данного метода снизило летальность до 5%, а уровень послеоперационных осложнений до 10% у больных раком левой половины толстой кишки, осложненного острой толстокишечной непроходимостью, приблизив результаты лечения к уровню плановой колоректальной онкохирургии.

Отсроченное оперативное вмешательство после подготовки больного позволило у половины больных радикально выполнить резекцию толстой кишки с опухолью и наложить первичный анастомоз толстой кишки одномоментно, избавляя больных от страданий, связанных с наличием колостомы.

Литература.

1. Александров Н.А., Лыткин М.И., Петров В.П. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. – Минск: Беларусь, 1980 –170 с.
2. Маскин С.С. Сравнительные аспекты хирургического лечения и профилактики послеоперационных осложнений при обтурационной непроходимости толстой кишки: Автореф. дис....д-ра мед. наук. – М.,1998. – 42 с.
3. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1998. – Т.157, - №6. – С.34-39.
4. Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки. // Хирургия. – 1999. -№5.- С.37-40.
5. Буянов В.М., Маскин С.С. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости.// Анналы хирургии. – 1999. - №2. – С. 23-31.
6. Кныш В.И, Черкес В.Л., Ананьев В.С. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака // Российский онкологический журнал. - 2001. -№5. - С. 25-27.
7. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости. // Вестник хирургии. – 2005. - №1. - С.85 – 89.
8. Пахомова Г.А. Субтотальная колэктомия в лечении обтурационной непроходимости ободочной кишки. // Сборник Проблемы колопроктологии. - М., 2000. - С.380.
9. Leitman IM, Sullivan JD, Brams D. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. //Surg Gynecol Obstet. – 1992. – Vol.174 – P. 513-518.
10. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. – СПб.: Питер, 1999. – С.448.
11. Сафронов Д.В., Богомолов Н.И. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами. //Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. – 2006. - №4. - С.49-53.
12. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Абдулаев М.А. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью. – СПб.: АООТ «НПО ЦКТИ», 1997. - 154 с.
13. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. – Москва.: «МЕДпресс-информ», 2004. – 372 с.
14. Воскресенский П.К., Егиев В.Н., Лядов К.Н. Кишечная непроходимость. Руководство для врачей. 2-е издание. - Москва.: Медицина, 1977. - С. 86.

15. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки. - Москва.: «Медицина», 1988. – С. 55.
16. Ravo B, Ger R. Temporary colostomy—an outmoded procedure? A report on the intracolonic bypass. //Dis Colon Rectum. – 1985. – Vol.28 – P. 904–907.
17. Sardi A, Ojeda H, Barco E. Cryosurgery: adjuvant treatment at the time of resection of a pelvic recurrence in rectal cancer.// Am Surg. – 1999. – Vol.65. – P. 1088–1091.
18. Rupp KD, Dohmoto M, Meffert R, Holzgreve A, Hohlbach G. Cancer of the rectum—palliative endoscopic treatment.// Eur J Surg Oncol. – 1995. - Vol.21 – P. 644–647.
19. Gevers AM, Macken E, Hiele M. Endoscopic laser therapy for palliation of patients with distal colorectal carcinoma: analysis of factors influencing long-term outcome.//Gastrointest. Endosc. – 2000. – Vol.51, №5. – P.580-585.
20. Кузьмин-Крутецкий М.И. Колоноскопия в диагностике и лечении хирургических заболеваний толстой кишки: Дис. ... д-ра мед. наук.– СПб., 1998. – 43 с.