

Н.А. БАЛТАЕВ¹, Г.А. АФОНИН²¹ Алматинский онкологический центр УЗ г. Алматы, Алматы, Казахстан² Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова МЗ РК, Алматы, Казахстан**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗГРУЗОЧНОЙ ИЛЕОСТОМЫ КАК МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

В статье анализируется эффективность временной кишечной стомы, формируемой из терминального отрезка подвздошной кишки при наложении первичного колоректального анастомоза у больных, оперируемых по поводу рака прямой кишки. Рассматривается значение этой операции как метода профилактики несостоятельности колоректального анастомоза в первичной хирургической реабилитации больных колоректальным раком.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, колоректальный анастомоз, несостоятельность, разгрузочная илеостома.

Введение. Рак прямой кишки (РПК) является одной из наиболее распространенных форм онкологической патологии в мире, имеющей тенденцию к увеличению заболеваемости в глобальном масштабе. По данным Национального института рака (NCI), в США в 2010 году было зарегистрировано 39670 вновь выявленных случаев рака прямой кишки и 51370 случаев смерти от рака толстой и прямой кишки. Среди причин смертности от онкологической патологии в мире рак ободочной и прямой кишки занимает третье место [1]. В России заболеваемость раком прямой кишки соответственно составила среди мужчин 11.0 и среди женщин 7.1 на 100 тыс. взрослого населения. В Казахстане за последние годы отмечен рост заболеваемости раком прямой кишки, что отражает мировые тенденции и показатели заболеваемости аналогичными видами рака в странах СНГ. По данным КазНИИОиР в РК в 2011 году был выявлен 1241 больной с диагнозом рака прямой кишки (в 2010 г. - 1179). Показатель заболеваемости на 100000 населения составил 7.5 (в 2010 г. - 7.2), а темп прироста заболеваемости в 2011 г. - 3.8 % [2].

Анализ данных канцер-регистра Алматинского онкологического центра (главный врач член-корр. НАН РК, д.м.н. Кайдарова Д.Р.) также свидетельствует о росте абсолютного числа больных раком прямой кишки, причем отмечается тенденция к повышению удельного веса больных РПК молодой возрастной категории (по критериям ВОЗ возраст до 44 лет считается молодым), т.н. «омоложение» контингента больных РПК, что обостряет медико-социальную значимость данного заболевания на региональном и национальном уровнях. В частности в 2010 году в г. Алматы выявлено 146 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РПК, из них в возрасте 18-44 года - 6 пациентов (4 мужчины и 2 женщины). В 2011 году выявлено 135 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РПК, из них в возрасте 18-44 года - 12 пациентов (3 мужчин и 9 женщины). По состоянию на 1 ноября 2012 года в Алматы выявлено 126 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РПК, при этом в возрасте 18-44 года - 10 пациентов (3 мужчин и 7 женщины). Как видно из приведенных статистических данных отмечается увеличение показателя заболеваемости РПК, однако удельный вес I и II стадии заболевания не превышает 30% от всех вновь выявленных случаев, а большинство пациентов по данным различных канцер-регистров берется на учет и поступает в онкологические учреждения с III и IV стадиями заболеваниями, означающими местно-распространенный или «запущенный» характер патологического процесса [4]. Аналогичная ситуация с отрицательной динамикой смертности актуальна и для рака ободочной кишки [7]. Если для локализованных форм рака прямой кишки 5-летняя выживаемость составляет 80-90%, то для распространенных форм рака мировые и европейские стандарты составляют 20-30%. Даже при применении комбинированного или комплексного лечения, операции при распространенном раке сопровождаются значительным количеством местных рецидивов (до 50% в первые 12 месяцев), либо при расширении объема несостоятельностью анастомоза, при которой летальность составляет от 40 до 80% [5]. Особенно сложным является выбор оптимальной лечебной тактики при осложненных формах рака прямой кишки, среди которых наиболее частыми являются кишечная непроходимость, абсцедирование и опухолевые свищи, а также вовлечение в опухолевый процесс смежных (матка, придатки, тонкая кишка, мочевого пузыря) или отдаленных органов, при которых применяются в основном двухмоментные и многоэтапные оперативные вмешательства, а также разрабатываются способы одномоментного лечения. Однако и такой категории больных не смотря на тяжелое исходное состояние, обусловленное распространенностью опухоли, сопутствующую патологию и неудовлетворительные функциональные показатели оказывается специализированная онкохирургическая помощь [3].

В последние годы в хирургическом лечении больных раком прямой кишки произошли позитивные изменения, связанные с «оптимизацией показаний к органосохраняющим операциям, внедрением методики тотальной мезоректумэктомии, определением онкологически обоснованного дистального края резекции» [6]. Однако это позволило лишь несколько снизить частоту локорегионарных рецидивов (до 10-12% в специализированных клиниках) и незначительно увеличить показатели 5-летней безрецидивной выживаемости.

Как отмечает Г.В.Пахомова с соавт., «до настоящего времени эффективность хирургического лечения определялась в основном по таким показателям как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие послеоперационных осложнений» [8]. При этом, замечают авторы, «...для каждого конкретного пациента имеет существенно большее значение не столько динамика симптомов заболевания, сколько улучшение самочувствия и повышение удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах». Качество жизни в настоящее время справедливо считается одним из важнейших критериев эффективности хирургического лечения, особенно в онкологической практике [9]. При этом понятие «качества жизни» рассматривается как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии [10]. В онкохирургии рака прямой кишки это имеет особую актуальность в связи с частой вынужденной тактикой лечения, завершающегося выведением постоянной или временной кишечной стомы.

Наблюдаемый в последнее время в мире приоритет качества жизни направлен на выполнение органо- и сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств при раке прямой кишки, что требует четких критериев (показаний) без нарушений принципов онкологического радикализма. Выполнение низких и сверхнизких (транс- и интерсфинктерных) резекций прямой кишки с сохранением замыкательного сфинктерного аппарата считается первичной хирургической реабилитацией больных колоректальным раком. Однако функционально-щадящий характер операций имеет опасность развития осложнений в непосредственном (анастомозит, стриктура, несостоятельность колоректального анастомоза) и отдаленном (нарушение функции анального держания, локальный рецидив) периоде [11, 12].

Проблема формирования анастомозов обусловлена высоким риском возникновения осложнений их заживления, что часто определяется объективными техническими трудностями - глубоким расположением соединяемых отрезков ободочной и прямой кишки, ободочной кишки и анального канала в полости малого таза, нарушением трофики кишечной стенки и состоянием окружающих тканей, анатомическими особенностями и несоответствием диаметров соединяемых отрезков кишки [13]. Такое осложнение со стороны анастомозов, как несостоятельность швов встречается довольно часто - по данным разных авторов в диапазоне 28-36% - 5-69% наблюдений [14, 15]. Диагностика данного осложнения остается сложной, что связано с отсутствием выраженных клинических признаков, подходы к коррекции в значительной степени варьируют. Лечебная тактика, принятая в настоящее время, зависит в основном от расположения анастомоза по отношению к брюшине и распространенности воспалительного процесса в брюшной полости. И если при забрюшинном расположении анастомоза и отсутствии воспалительной реакции со стороны клетчатки возможно применение консервативной терапии как самостоятельного метода лечения, то при его интраперитонеальном расположении, даже без развития перитонита, чаще используются хирургические методы лечения с использованием релапаротомии. Однако летальность при интраперитонеальном расположении анастомоза достигает 54.7 -92.3% [14]. Оставаясь одной из ведущих проблем хирургии рака ободочной и прямой кишки, и причин послеоперационной летальности, проблема несостоятельности стимулирует хирургов анализировать существующие и предлагать новые способы ее коррекции и предотвращения.

Исследования ведутся в направлении способа формирования анастомоза при различных вариантах оперативных вмешательств (аппаратного и ручного, компрессионного и с помощью циркулярного эндостеплера), способов укрепления анастомозов (перитонизация линии шва фрагментами сальника, париетальной брюшины, покрытие демукозированным участком тонкой кишки, аллотрансплантатами и полимерными клеевыми композициями), способов предоперационной подготовки и послеоперационной (орто-, ретроградной, трансанальной) декомпрессии толстой кишки.

Материалы и методы. Торакоабдоминальное отделение Алматинского онкологического центра располагает опытом выполнения расширенных и комбинированных оперативных вмешательств при раке прямой кишки с наложением первичного колоректального анастомоза [3]. Ранее пациентам с раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки выполнялись низкие передние интерсфинктерные резекции с наложением анастомоза и выведением разгрузочной колостомы (трансверзо- или десцендостомы). Восстановительный этап операции (ликвидация колостомы) при стабилизации основного процесса, как правило, производился через лапаротомный доступ. С начала 2011 г. в отделении внедрено наложение разгрузочной илеостомы, как способа функционально более благоприятного для пациента в плане его дальнейшей реабилитации. К преимуществам данного метода относится то, что ликвидация илеостомы выполняется технически проще и производится под внутривенным обезболиванием из локального доступа. Время операции сокращается в среднем на 12 минут. К «недостаткам» относится физиологически обусловленная жидкая консистенция каловых масс (тонкокишечное содержимое) и связанная с этим частая мацерация кожи в окружности илеостомы.

В период с января 2011 по ноябрь 2012 года в торакоабдоминальном отделении АОЦ проведены первично-восстановительные операции по поводу рака прямой кишки с наложением колоректального анастомоза и выведением разгрузочной илеостомы 32 больным. Мужчин было 14 (43.7%), женщин - 18 (56.3%). Возраст больных колебался от 34 до 75 лет и в среднем составил 63.7 ± 1.5 лет. Более 65% больных – это больные пожилого и старческого возраста. У всех больных до операции было получено добровольное информированное согласие на проведение оперативного вмешательства.

Распределение больных в зависимости от стадии онкологического заболевания и локализации опухоли представлено в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Распределение больных по стадиям заболевания.

Стадия	Абсолютное число больных	%
II (T ₃₋₄ N ₀ M ₀)	10	31.2
III (T ₁₋₄ N ₁₋₂ M ₀)	18	56.25
IV (любая T любая N M ₁)	4	12.2
Всего	32	100

Таблица 2. Локализация опухоли.

Локализация опухоли	Число больных	
	Абсолютное число	%
Ректосигмоидный отдел	8	25
Верхнеампулярный отдел (имеется натяжение соединяемых отрезков кишки, нарушение кровоснабжения при мобилизации проксимального отдела)	6	18.75
Среднеампулярный отдел	14	43.75

Нижнеампулярный отдел	4	12.5
Всего	32	

При поступлении в стационар всем пациентам проводился стандартный комплекс лабораторного и инструментального обследования, ключевым компонентом которого являлась компьютерная томография с внутривенным контрастированием с целью выяснения степени распространенности процесса и вовлечения регионарных лимфатических узлов. Всем пациентам проводили предоперационную подготовку кишечника в виде антеградной мониторной очистки фортрансом. Выполняли мобилизацию левого фланга ободочной кишки в соответствии с требованиями онкологического радикализма, с обязательной предварительной высокой перевязкой нижних брыжеечных сосудов и лимфодиссекцией в их бассейне. Характер и объем проведенных оперативных вмешательств приведены в табл. 3.

Таблица 3. Характер и объем проведенных оперативных вмешательств.

Вид операции	Количество	%
Низкая передняя интерсфинктерная резекция прямой кишки с наложением колоанального анастомоза	3	9.3
Расширенно-комбинированная операция: экстирпация матки с придатками, низкая передняя интерсфинктерная резекция прямой кишки	4	12.5
Паллиативная передняя резекция прямой кишки с выведением разгрузочной илеостомы, гемиколэктомия слева	2	6.2
Расширенно-комбинированная операция: лапаротомия, гемиколэктомия справа, передняя резекция прямой кишки с наложением колоректального анастомоза	3	9.3
Низкая передняя резекция прямой кишки, наложение колоректального анастомоза	8	25
Расширенная операция: брюшно-анальная резекция прямой кишки, лимфодиссекция, наложение колоанального анастомоза	7	21.8
Подвздошно-тазовая лимфодиссекция, ликвидация колостомы, наложение низкого аппаратного колоректального анастомоза,	1	3.1
Низкая передняя резекция прямой кишки с формированием искусственного Y-образного резервуара с наложением колоректального анастомоза «конец в бок»	1	3.1
Низкая передняя резекция прямой кишки с резекцией правых придатков, расширенная лимфодиссекция	1	3.1
Расширенно-комбинированная операция: задняя экзентерация малого таза, резекция тонкой кишки	2	6.2
Итого	32	100

Все операции завершались наложением первичного колоректального анастомоза ручным способом однорядным и двурядным швом шовным материалом с монофиламентными нитями (викрилом). Разгрузочную илеостому формировали из терминального отдела подвздошной кишки, на расстоянии около 10 см от илеоцекального угла, выводили в виде двуствольной стомы в правой подвздошной области и фиксировали к коже по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. Показаниями к превентивной илеостомии мы считаем наличие параканкрозного воспаления, инфильтрацию тканей в полости малого таза, анатомическое расположение опухоли («под тазовой брюшиной»), сомнительную надежность сформированного анастомоза, связанной с натяжением в его зоне, а также характер микроциркуляции в стенке толстой кишки. Очевидно, что одномоментное восстановление непрерывности толстой кишки после низких передних резекций прямой кишки имеет принципиальное значение. В подобных ситуациях, основываясь на клиническом опыте, целесообразно сформировать первичный анастомоз, несмотря на риск его несостоятельности, и наложить разгрузочную илеостому, так как повторные восстановительные операции не всегда возможны.

На наш взгляд, наиболее оптимальной и отвечающей современным требованиям онкологического радикализма при раке прямой кишки является низкая передняя резекция с тотальной мезоректумэктомией с адекватным объемом лимфодиссекции. Одним из важных этапов операции считаем высокое пересечение нижней брыжеечной артерии с лимфодиссекцией в ее бассейне. Послеоперационный период у трех пациентов (9.3%) осложнился нагноением послеоперационной раны, в одном случае (3%) развилась внутрибольничная пневмония, у двух пациентов (6%) – антибиотик-ассоциированный колит, потребовавший заместительной терапии и коррекции пробиотиками. У одного больного на 14 сутки после выполнения передней резекции прямой кишки с формированием протективной илеостомы развилась несостоятельность колоректального анастомоза, которая была разрешена консервативно путем промывания пресакральных дренажей раствором антисептиков и рациональной антибиотикотерапией. Наиболее вероятной причиной несостоятельности анастомоза явились технические трудности наложения анастомоза и изменения стенки кишки вследствие нарушений микроциркуляции. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 больных развилась мацерация кожи в окружности илеостомы, которая была разрешена топическим применением лекарственных средств и гигиеническими процедурами.

Из описанных 32 больных 9 пациентов с местно-распространенным процессом по прошествии 2 месяцев после первой операции после предоперационного обследования подверглись восстановительному оперативному вмешательству. Всем 9 больным ликвидация илеостомы проведена из локального доступа под внутривенным наркозом. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы. Данное наблюдение демонстрирует позитивный клинический эффект протективной разгрузочной илеостомы, которая позволяет предотвратить несостоятельность первичного колоректального анастомоза у больных, оперируемых по поводу рака прямой кишки. Радикальное сфинктеросохраняющее оперативное лечение этой категории пациентов

рассматривается как первичная хирургическая реабилитация, что во многом определяет дальнейшую лечебную тактику и прогноз для больного, а также его индивидуальную и социальную реабилитацию. Применение разгрузочной илеостомы улучшает результаты лечения и требует дальнейшего изучения непосредственных и отдаленных результатов на репрезентативном клиническом материале.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2010. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2010. [Also available online 7](#). Last accessed January 31, 2011.
- 2 Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2011 г. (статистические материалы). А., 2011. – с. 91.
- 3 Балтаев Н.А., Кайдаров Б.К., Афонин Г.А., Хожаев А.А. Выполнение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки в условиях онкологического центра города Алматы. //Материалы Международной научно-практической конференции «Онкология – современные аспекты и приоритетные направления», посвященной 60-летию Онкологического диспансера г. Астана. Астана, 20-21 июня 2012 г. – с. 45-46.
- 4 Аксель Е.М., Бармина И.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб). //Российский онкологический журнал. 2009. - № 6. – с. 40-46.
- 5 Бойко В.В., Криворотко И.В. Одно- и двухмоментное лечение осложненного местно-распространенного рака прямой кишки: факторы риска развития несостоятельности анастомоза. //Вестник Винницкого Национального Медицинского Университета. 2010. - № 14 (1). – с. 74.
- 6 Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Николаев А.В. Комбинированное и комплексное лечение больных раком прямой кишки. М., Издательская группа РОНЦ, 2011. – с. 1.
- 7 Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М., Профиль, 2005. – с. 15.
- 8 Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М., Миклош, 2009. – с. 84.
- 9 Хожаев А.А. Качество жизни стомированных больных. Методическое пособие. А., 2010. – с. 3.
- 10 Bottomley A., Coens C., Flechtner H., et al. Quality of life issues. //Handbook of Cancer Diagnosis and Treatment Evaluation. Ed. By H.-J. Schmoll, L. Van't Veer, J. Vermorken, D. Schrijvers. N.-Y. - L., Informa Helthcare, 2009. - p. 141.
- 11 Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. М., ООО «Дедалус», 2005. – 235 с.
- 12 Петров В.П. Несостоятельность анастомоза после чрезбрюшинной резекции прямой кишки. //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2001. – т. 160. - № 6. – с. 59-64.
- 13 Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. М., «Медпрактика», 2004. – 488 с.
- 14 Мельник В.М., Пойда И.И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке. //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2003. - № 8. – с. 69-74.
- 15 Хомочкин В.В. Однорядный непрерывный шов первичных и восстановительных колоректальных анастомозов. //Автореферат дисс... канд. мед. наук. М., 2005. – с. 7.

Н.А. БАЛТАЕВ, Г.А. АФОНИН

Түйін: Бұл жұмыста тік ішекке операция жасалып алғашқы колоректалды анастомозын жасаған кезде, ащы ішектен уақытша ішек стомасының тиімділігін талдайды. Колоректалды катерлі ісікпен ауырған науқастарға жасалатын, колоректалды анастомоздың бірікпеуін алдын алатын операция деп қарауға болады.

Түйінді сөздер: тік ішек, хирургиялық емдеу, колоректалды анастомоз, ащы ішек стомасы.

N.A.BALTAEV, G.A.AFONIN

Resume: In this work the known way of preventive maintenance of an insolvency of colorectal anastomose at surgical treatment of the complicated colon cancer is represented. Here is shown high effectiveness of protective terminal ileostomy developed in clinic of Almaty City Oncology Centre, what allows to fulfill the surgical intervention with primary restoration of intestinal colon continuity at 32 patients with the complicated colon cancer and low rectal resections.

Keywords: rectal cancer, surgical treatment, colorectal anastomosis, insolvency of anastomosis, protective ileostomy.