

УДК 616.345-006+616.34

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

^{1,2}Мешков А.В., ²Кривошеков Е.П.

¹ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара;

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Самара, e-mail: mech123@mail.ru

Статья посвящена проблеме подготовки толстой кишки при стенозирующем колоректальном раке у больных, которым предстоит хирургическое лечение. Изучены непосредственные исходы оперативного лечения пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью в зависимости от способа предоперационной подготовки толстой кишки, разработан алгоритм подготовки больных с осложненным раком толстой кишки. Комплексная подготовка больных с субкомпенсированной толстокишечной непроходимостью, применяемая в специализированном центре, включала в себя соблюдение диеты, инфузионную терапию, медикаментозную стимуляцию кишечника, коррекцию анемии, гипопропротеинемии по показаниям. В день, предшествующий операции, рекомендовался голод, обильное питье, во второй половине дня ортоградный кишечный лаваж раствором полиэтиленгликоля – Фортранс. При декомпенсированной толстокишечной непроходимости комплексная подготовка носила характер интенсивной терапии. Результаты выполненной работы показали, что применение комплексной подготовки толстой кишки у пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью в условиях специализированного онкологического колопроктологического отделения позволяет значительно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения, снизить послеоперационную летальность и количество колостомирующих операций.

Ключевые слова: колоректальный рак, опухолевая толстокишечная непроходимость, предоперационная подготовка толстой кишки

PREOPERATIVE BOWEL PREPARATION FOR OBSTRUCTIVE COLORECTAL CANCER PATIENTS IN SPECIALISED ONCOSURGERY DEPARTMENT

^{1,2}Meshkov A.V., ²Krivoshchekov E.P.

¹Samara State Regional Clinical Cancer Center, Samara;

²Samara State Medical University, Samara, e-mail: mech123@mail.ru

The article deals with the preparation of the colon for stenosing colorectal cancer in patients who are to surgical treatment. Studied the direct outcomes of surgical treatment of patients with malignant colonic obstruction, depending on the method of preoperative preparation of the colon, the algorithm of the preparation of patients with complicated colorectal cancer. Comprehensive preparation of patients with colonic obstruction subcompensated used in specialized centers include diet, infusion therapy, medication bowel stimulation, correction of anemia, hypoproteinemia indicated. On the day prior to surgery was recommended by hunger, excessive drinking, afternoon orthograde intestinal lavage solution of polyethylene glycol – Fortrans. In decompensated obstruction colonic preparation was characterized by intensive therapy. The results of the work showed that the use of complex preparation of the colon in patients with malignant colonic obstruction in a specialized cancer department can significantly improve the immediate results of surgical treatment, to reduce postoperative mortality and the number of ostomy creations.

Keywords: colorectal cancer, tumor colonic obstruction, preoperative bowel preparation

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одним из самых распространенных злокачественных новообразований (ЗНО). Заболеваемость и смертность от КРР продолжают неуклонно расти. В структуре онкологической заболеваемости в мире рак толстой кишки занимает 3-е место у мужчин и 2-е место у женщин [12]. В структуре заболеваемости ЗНО в России КРР занимает 2-е место и составляет 23,2 на 100 000 населения в 2010 г. Максимальные уровни заболеваемости КРР зафиксированы в Санкт-Петербурге (37,7), Москве (31,8). В Самарской области данный показатель составил в 2010 г. 29,6 на 100 000

населения. В структуре смертности населения России от ЗНО в 2009 г. рак ободочной кишки занял 3-е место, а рак прямой кишки 4-е место [7]. Причиной сложившейся ситуации является низкое качество диагностики, недостатки диспансеризации, особенности течения опухолевого процесса, приводящие к манифестации болезни лишь в запущенной стадии или при развитии осложнений, из которых лидирует опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН). Основная масса пациентов с осложненным течением КРР госпитализируется в экстренном порядке в хирургические отделения общей лечебной сети, где превалирует тактика

минимизации хирургического объема лечения, выполняются в основном симптоматические колостомирующие операции [4, 5]. Нарушение проходимости толстой кишки в стадии субкомпенсации диагностируется у 47% больных, поступающих на плановую операцию в специализированные онкологические отделения [2]. При этом радикальные операции у пациентов с осложненным опухолевым процессом, в том числе с ОТКН, составляют 70–75%, что связано с адекватной предоперационной подготовкой, коррекцией функциональных нарушений органов и систем. В условиях специализированного онкологического центра сохраняется высоким удельный вес циторедуктивных операций – 15–18% [1, 2, 9]. Дискуссии в научной литературе о вариантах, недостатках и преимуществах предоперационной подготовки толстой кишки подчеркивают крайнюю актуальность данной проблемы, так как функциональное состояние толстой кишки, качество ее подготовки перед операцией определяют успех оперативных вмешательств по поводу КРР, особенно при резекции толстой кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза у больных с осложненными формами заболевания [3, 6, 8, 11, 13, 14, 15].

Цель исследования – оценить непосредственные исходы оперативного лечения больных с ОТКН в зависимости от способа предоперационной подготовки толстой кишки, разработать алгоритм подготовки толстой кишки у пациентов с осложненным КРР в условиях специализированного онкоколотологического отделения.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно изучена медицинская документация 158 больных, которым проведено хирургическое лечение по поводу рака левой половины и дистальных отделов толстой кишки в хирургических отделениях общей лечебной сети г.о. Самара и в специализированном отделении колопроктологии Самарского областного клинического онкологического диспансера (СОКОД) в 2010–2011 гг. Для исследования отбирались пациенты с субкомпенсированной стадией нарушения толстокишечного пассажа, так как данная форма ОТКН имеет наибольшие шансы для разрешения клиники непроходимости, перевода ее в стадию компенсации, что предполагает возможность выполнения резекции кишки с формированием первичного анастомоза, и больные с декомпенсированной формой ОТКН без признаков перитонита. Клинически субкомпенсированная форма ОТКН характеризовалась по классификации ФГУ «ГНЦ Колопроктологии Росмедтехнологий» жалобами на стойкие запоры, отсутствием самостоятельного стула. Прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект. Периодическое вздутие живота, затрудненное отхождение газов. Общее состояние больного

относительно удовлетворительное или средней тяжести. Заметны симптомы интоксикации. Опухоль суживает просвет кишки до 1 см. При рентгенологическом исследовании ободочная кишка расширена до 6 см, заполнена кишечным содержимым, имеется пневматизация и ячеистость тени толстой кишки, могут определяться отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера). При морфологическом изучении стенки толстой кишки в престенотическом отделе отмечаются полнокровие и отечность всех структур стенки кишки, ее гипертрофия, дистрофия и слущивание эпителия, умеренная инфильтрация. При декомпенсированной форме ОТКН больные предъявляют жалобы на отсутствие стула и отхождение газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, иногда рвоту. Выражены признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса, имеется анемия, гипопротейнемия. При рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом. Определяется множество уровней жидкости (чаши Клойбера). Пациенты, вошедшие в исследование (158 человек), разделены на основную группу 106 (67%) человек, проходивших лечение в СОКОД, и группу сравнения – 52 (33%) пациента с ОТКН, получавших предоперационную подготовку и последующее оперативное лечение в общехирургических отделениях г.о. Самара. В основной группе пациентов с субкомпенсированной ОТКН было 92 (58,3%) человека, с ОТКН в стадии декомпенсации 14 (8,8%) больных, в группе сравнения соответственно 40 (25,3%) и 12 (7,6%) пациентов. Для подготовки толстой кишки перед операцией использовались традиционные методы очистки кишечника (солевые слабительные, механическая очистка кишечника при помощи клизм) и комплексный подход (инфузионная терапия, диета, ортоградный кишечный лаваж раствором полиэтиленгликоля – Фортранс). Исследован период времени от момента поступления в стационар до выполнения операции. Интраоперационно оценивалось визуально качество подготовки толстой кишки, возможность выполнения онкологически адекватного объема резекции толстой кишки со стандартной регионарной или расширенной лимфодиссекцией. Проведено сравнение объемов оперативных вмешательств в зависимости от способа подготовки толстой кишки. В послеоперационном периоде изучено количество и структура осложнений (нагноение раны, длительность послеоперационного пареза, несостоятельность анастомоза, перитонит).

Результаты исследования и их обсуждение

В основной группе (106 пациентов) подготовка больных с ОТКН в стадии субкомпенсации носила комплексный характер, занимала не менее 3-х суток, включала соблюдение диеты (бесшлаковая диета, стол № 4), инфузионную терапию 1600 мл/сут, медикаментозную стимуляцию кишечника (метоклопрамид), коррекцию анемии, гипопротейнемии по показаниям. В день, предшествующий операции, рекомендовался голод, обильное питье, во второй половине дня ортоградный кишечный лаваж раствором Фортранс в объеме до 3000 мл. Подход к назначению клизм индивидуаль-

ный – при удерживании клизмы вечером накануне операции и утром в день операции назначались по 2 очистительные клизмы. При ОТКН в стадии декомпенсации подготовка начиналась с декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но сила характер интенсивной терапии, дистальные отделы кишечника опорожнялись эластичным ректальным зондом. Эффект от лечения оценивался через 4–6 часов. При отсутствии положительной динамики выполнялось срочное оперативное вмешательство. В случае положительного эффекта продолжено дальнейшее ведение больного как с клиникой субкомпенсированной ОТКН. Интраоперационно у 72 (68%) человек основной группы подготовка толстой кишки оценена как хорошая (кишка в спавшемся состоянии, стенка ее не изменена, содержимое в просвете не определяется, на внутренней стенке умеренное количество окрашенной калом слизи), что позволило выполнить радикальную операцию с формированием первичного анастомоза. При сомнениях выбирался обструктивный вариант резекции или формировалась протективная двустольная колостома. Формирование первичного анастомоза не являлось самоцелью, доминировал принцип адекватной резекции сегмента кишки с опухолью и регионарной лимфодиссекцией. Из 14 пациентов с декомпенсированной ОТКН в основной группе у 4 человек удалось добиться разрешения непроходимости, перевести в стадию компенсации, выполнить резекцию прямой кишки с формированием протективной колостомы, остальным 10 больным выполнены обструктивные резекции. Нагноение послеоперационной раны диагностировано в основной группе у 9 (8,4%) человек, стойкий парез кишечника в послеоперационном периоде отмечен у 6 (5,6%) больных. Релапаротомия по поводу несостоятельности толстокишечного анастомоза и перитонита выполнены 4 (3,8%) пациентам. Летальность в основной группе составила 2,8% (3 человека). В группе сравнения (52 пациента) все операции больным с ОТКН выполнены в первые 2-е суток с момента поступления в стационар (2–48 ч). Предоперационная подготовка толстой кишки минимизирована постановкой очистительных клизм, проведением инфузионной терапии, коррекцией функциональных расстройств, что можно объяснить параллельным проведением диагностических мероприятий. Степень ОТКН оценивалась клинически, по данным рентгенологического исследования, УЗИ брюшной полости. 12 (23%) пациентам с декомпенсированной ОТКН сформированы

разгрузочные колостомы без выполнения срединной лапаротомии, ревизии брюшной полости. 13 (25%) больным с субкомпенсированной ОТКН в группе сравнения выполнены обструктивные резекции толстой кишки, остальным 27 (52%) сформированы колостомы. Нагноение послеоперационной раны диагностировано у 8 (15,4%) пациентов. Релапаротомия в связи с послеоперационным перитонитом потребовалась у 4 (7,7) человек. Умерло после операции 9 (17,3%) человек.

Выводы

Применение комплексной подготовки толстой кишки у больных с ОТКН в условиях специализированного онкологического колопроктологического отделения позволяет значительно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения, снизить послеоперационную летальность и количество колостомирующих операций.

Список литературы

1. Агавелян А.М., Эндфенджян А.К. Обтурационная кишечная непроходимость при колоректальном раке // Актуальные проблемы современной хирургии: Тез. докл. междунар. конгресса. – М., 2003. – С. 121.
2. Багненко, С.Ф., Гринев М.В., Абдусаматов Ф.Х. и соавт. Циторедуктивная хирургия в комплексном лечении осложненного колоректального рака // Вестн. хирургии. – 2004. – Т. 163, № 5. – С. 145–146.
3. Зитта Д.В., Субботин В.М., Бусырев Ю.Б. Предоперационная подготовка кишечника в плановой колоректальной хирургии // Российская школа колоректальной хирургии: тезисы научных работ VI международная конференция. – М., 2012. – С.160.
4. Козлов С.В., Мешков А.В., Каганов О.И. Проблемы оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи при осложненном колоректальном раке // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 3. – С. 88–89.
5. Мешков А.В., Савинков В.Г., Чамзинская Л.И. и соавт. Результаты хирургического лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью в специализированном отделении // Современные принципы диагностики и лечения колоректального рака: мат. конф. – М., 2011. – С. 52.
6. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак: Подготовка толстой кишки к операции. – М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 136 с.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность). – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России, 2011. – С. 260.
8. Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Глотов С.В. с соавт. Совершенствование подготовки кишечника к операциям у больных осложненным колоректальным раком // Российская школа колоректальной хирургии: тезисы научных работ. VI международная конференция. – М., 2012. – С. 115.
9. Bucher P., Gervaz P., Soravia C., Mermillod B., Erne M., Morel P. (2005) Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery // Br J Surg 92(4):409–414.
10. Fa-Si-Oen P., Roumen R., Buitenweg J., van de Velde C., van Geldere D., Putter H., Verwaest C., Verhoef L., de Waard J.W., Swank D.D., Hoore A., Croiset van Uchelen F (2005) Mechanical bowel preparation or not? Outcome of a multicenter, randomized

trial in elective open colon surgery. *Dis Colon Rectum* 48 (8):1509–1516.

11. Guenaga K.F., Matos D., Castro A.A., Atallah AN, Wille-Jorgensen P (2003) Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD001544.

12. Jemal A., Bray F., Center M.M., Ferlay J. et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69–90.

13. Nicholson G.A., Finlay I.G., Diamant R.H. et al. Mechanical bowel preparation does not influence outcomes following colonic cancer resection // *Br J Surg*. 2011 Mar 15. doi: 10.1002/bjs.7454. [Publisher] DOI: 10.1002/bjs. 7454.

14. Ram E., Sherman Y, Weil R, Vishne T, Kravarusic D, Dreznik Z (2005) Is mechanical bowel preparation mandatory for elective colon surgery? A prospective randomized study. *Arch Surg* 140 (3):285–288.

15. Zmora O., Mahajna A., Bar-Zakai B., Rosin D., Hershko D., Shabtai M., Krausz M.M., Ayalon A (2003) Colon and rectal surgery without mechanical bowel preparation—a randomized prospective trial. *Ann Surg* 237(3):363–367.

References

1. Agaveljan A.M., Jendfendzhjan A.K. Obturatsionnaja kishhechnaja neprohodimost pri kolorektal nom rake // Aktualnye problemy sovremennoj hirurgii: Tez. dokl. mezhdun. hir. kongressa. M., 2003. pp. 121.

2. Bagnenko S.F., Grinev M.V., Abdusamatov F.H. i soavt. Citoreduktivnaja hirurgija v kompleksnom lechenii oslozhnennogo kolorektal nogo raka // *Vestn. hirurgii*. 2004. T. 163, no. 5. pp. 145–146.

3. Zitta D.V., Subbotin V.M., Busyrev Ju.B. Predoperatsionnaja podgotovka kishhechnika v planovoj kolorektal noj hirurgii // Rossijskaja shkola kolorektal noj hirurgii: tezisy nauchnyh rabot VI mezhdunarodnaja konferencija. M., 2012. pp. 160.

4. Kozlov S.V., Meshkov A.V., Kaganov O.I. Problemy okazaniya kvalificirovannoj i specializirovannoj hirurgicheskoj pomoshhi pri oslozhnennom kolorektal nom rake // *Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala*. 2008. no. 3. pp. 88–89.

5. Meshkov A.V., Savinkov V.G., Chamzinskaja L.I. i soavt. Rezul taty hirurgicheskogo lechenija bol nyh s opuholevoj tolstokishhečnoj neprohodimost ju v specializirovanном otdelenii // *Sovremennye principy diagnostiki i lechenija kolorektal nogo raka: mat. konf. M., 2011. pp. 52.*

6. Hanevich M.D., Shasholin M.A., Zjazin A.A. Kolorektal nyj rak: Podgotovka tolstoj kishki k operacii. M.: MedJekspertPress; Petrozavodsk: IntelTek, 2003. 136 p.

7. Chissov V.I., Starinskij V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novooobrazovanija v Rossii v 2009 godu (zabolevaemost i smertnost). M.: FGU MNIOI im. P.A. Gercena Minzdravsocrazvitija Rossii, 2011. pp. 260.

8. Shasholin M.A., Zubrickij V.F., Glotov S.V. s soavt. Sovershenstvovanie podgotovki kishhechnika k operacijam u bol nyh oslozhnennym kolorektal nym rakom // Rossijskaja shkola kolorektal noj hirurgii: tezisy nauchnyh rabot. VI mezhdunarodnaja konferencija. M., 2012. pp. 115.

9. Bucher P., Gervaz P., Soravia C., Mermillod B., Erne M., Morel P. (2005) Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery // *Br J Surg* 92(4):409–414.

10. Fa-Si-Oen P., Roumen R., Buitenweg J., van de Velde C., van Geldere D., Putter H., Verwaest C., Verhoef L., de Waard J.W., Swank D.D. Hoore A., Croiset van Uchelen F (2005) Mechanical bowel preparation or not? Outcome of a multicenter, randomized trial in elective open colon surgery. *Dis Colon Rectum* 48 (8):1509–1516.

11. Guenaga K.F., Matos D., Castro A.A., Atallah A.N., Wille-Jorgensen P (2003) Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD001544.

12. Jemal A., Bray F., Center M.M., Ferlay J. et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69–90.

13. Nicholson G.A., Finlay I.G., Diamant R.H. et al. Mechanical bowel preparation does not influence outcomes following colonic cancer resection // *Br J Surg*. 2011 Mar 15. doi: 10.1002/bjs.7454. [Publisher] DOI: 10.1002/bjs. 7454.

14. Ram E., Sherman Y, Weil R, Vishne T, Kravarusic D, Dreznik Z (2005) Is mechanical bowel preparation mandatory for elective colon surgery? A prospective randomized study. *Arch Surg* 140 (3):285–288.

15. Zmora O., Mahajna A., Bar-Zakai B., Rosin D., Hershko D., Shabtai M., Krausz M.M., Ayalon A (2003) Colon and rectal surgery without mechanical bowel preparation—a randomized prospective trial. *Ann Surg* 237(3):363–367.

Рецензенты:

Иванов С.А., д.м.н., профессор кафедры хирургии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара;

Григорьев С.Г., д.м.н., врач-консультант ГБУЗ СО «СГБ №. 8», г. Самара.