

Article

ВАРИАНТЫ ОПТИМИЗАЦИИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Мадазимов М.М.¹, Ботиров Ж.А.¹, Ботиров А.К.¹, Ахмедов М.М.¹, Эгамбердиев Б.А.¹

1. Андижанский Государственный медицинский институт.

Аннотация. Предметом настоящего исследования явились 127 пациентов, которым операция Гартмана выполнена при неопухолевых заболеваниях толстого кишечника (заворот сигмовидной кишки – 123; ножевое ранение – 4). Согласно цели и задачам нашего исследования авторы условно выделены две группы: контрольную, включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу и основную, включающий 54 (42,5%) аналогичных больных, где оптимизировалась хирургическая тактика и технические приемы операций.

В результате проведенной работы авторы существенно улучшили результаты хирургического лечения при РВО после операции Гартмана, что обусловлено комплексным подходом, с использованием предложенного двухэтапного лечебно-диагностического алгоритма, а также тактико-технических аспектов и использованием усовершенствованных инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов.

Подводя итог, авторы заключают, что хирургическая тактика должна быть активной в плане диагностики, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, а также индивидуальной в плане выбора сроков и способов выполнения РВО..

Ключевые слова: толстый кишечник., сигмовидная кишка., толстокишечная стома., анализ., РВО.

Актуальность проблемы. Последние 100 лет развитие хирургии толстой кишки неразрывно связано с именем Н. Hartmann [8]. Следует особо отметить, что этот контингент больных продолжает страдать рядом последствий наложения толстокишечной стомы. Отмечается стойкая утрата трудоспособности, тяжелые психические нарушения, что снижает социальный статус и качество жизни. Выполнение РВО является единственным верным способом избавления от этого состояния. Однако, выполнение РВО нередко омрачается высокой частотой послеоперационного перитонита у 34 -80% больных и в 40 - 60% случаев является причиной смерти [2;5].

По данным ряда авторов основными причинами развития осложнений являются технические погрешности, допущенные во время операции и вследствие недостатков самой методики, а также тактические погрешности в период предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных [1;4;7].

Анализ мировой литературы, показал, что приоритетным направлением является выбор оптимального способа формирования межкишечного соустья и оптимизация тактико-технических аспектов, что к настоящему времени в колоректальной хирургии остается не до конца решенным [3;5;6], что явилось поводом к проведению настоящего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструктивно восстановительных оперативных вмешательств после операций Гартмана, путем разработки лечебно-диагностического алгоритмов и усовершенствованием методик и технических приемов формирования колоколоанастомозов.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 127 пациентов, которым операция Гартмана выполнена при неопухолевых заболеваниях толстого кишечника. В 127 случаев причинами формирования толстокишечных стом явились ЗСК – 123 больных и ножевое ранение у 4 больных. Согласно цели

и задачам нашего исследования нами условно выделены две группы:

- Контрольная - с 2001 по 2010 гг., включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу;

- Основная - с 2011 по 2020 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, где оптимизировалась хирургическая тактика и технические приемы операций.

Наряду с общеклиническими и лабораторными, нами использовались современные методы исследования, позволяющие получить научно обоснованный достоверный результат, что было достаточным для решения поставленной цели и задач исследования. Статистическая обработка материала проведена с использованием критериев Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Общая подготовка была направлена на ликвидацию параколостомических осложнений, нормализацию основных клинико-лабораторных показателей и восстановление общего статуса.

После определения топографо-анатомических особенностей пре- и постколостомической области и расстояние между ними (диастаз), при диагностировании сопутствующей терапевтической патологии проводили ее коррекцию.

В процессе научно-исследовательской работы нами разработан и внедрен способ формирования инвагинационного толстокишечного анастомоза (патент ПВ РУз №03238. 2006г). По данной методике оперировано 37 (29,1%) больных.

Наряду с этим в последние годы нами стал применяться усовершенствованный способ погружного инвагинационного анастомоза, где учтены недостатки прежнего способа (Способ погружного инвагинационного колоколоанастомоза. IAP 2021 0030 – официальный бюллетень. Ташкент. 2021, 3 (329)). По данной методике нами оперировано 12 (22,2%) больных.

В процессе подготовки больных к РВО и при определении хирургической тактики у наших больных, мы придерживались следующего лечебно-диагностического алгоритма, что представлено на рис. 1 и 2.

На первом этапе, при обращении больных проводили тщательный сбор анамнестических данных со слов и по выписки из истории болезни. При этом обращали внимание на объем резекции сигмовидной кишки, сколько см. оставлено ее части над прямой кишкой, распространенность перитонита, выполнение релапаротомий, а также наличие в раннем послеоперационном периоде стомальных, кожных и параколостомических осложнений требующих хирургической коррекции.

После приступали к клинико-лабораторным исследованиям – общий анализ крови и мочи, биохимические анализы, в последнее время тесты на covid – 19; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ; осмотр и пальцевое исследование оральной части стомы и аборальной части прямой кишки. Затем определяли наличие и степень выраженности сопутствующей терапевтической патологии.

При отсутствии сопутствующей терапевтической патологии переходили к определению топографо-анатомических взаимоотношений и функционального состояния пре- и постколостомических отделов.

При диагностировании компенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии) с последующим определением топографо-анатомических взаимоотношений и функционального состояния пре- и постколостомических отделов.

При диагностировании субкомпенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, лечение с коррекцией проводили в специализированных отделениях под контролем соответствующих специалистов - терапевты, кардиологи, эндокринологи и так далее (в зависимости от характера патологии) с последующим определением топографо-анатомических взаимоотношений и функционального состояния пре- и

постколостомических отделов после их эффективной коррекции.

Рисунок 1.

Лечебно-диагностический алгоритм при подготовке к РВО после операций Гартмана (первый этап).

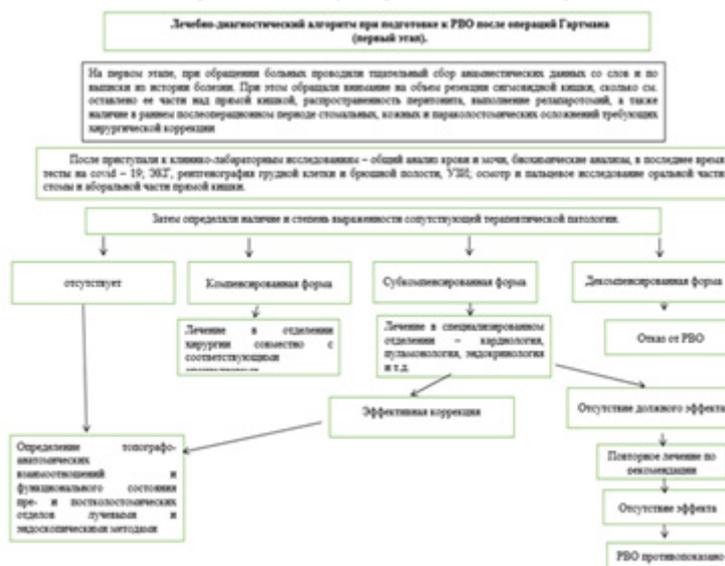
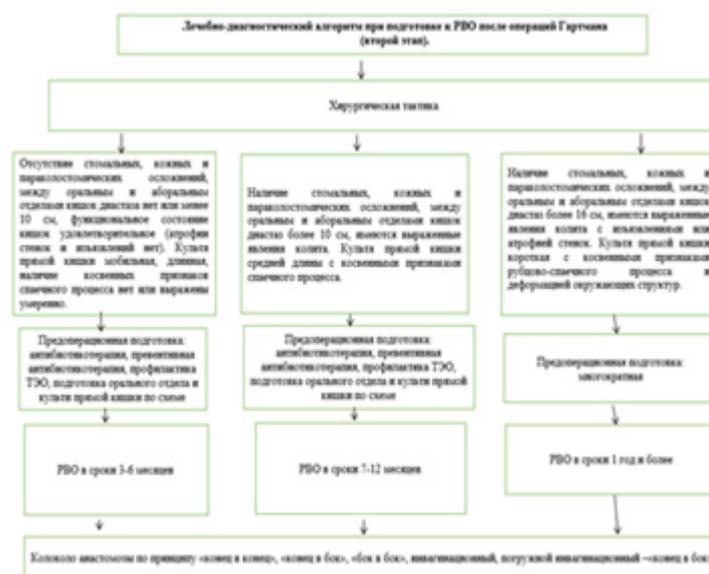


Рисунок 2.

Лечебно-диагностический алгоритм при подготовке к РВО после операций Гартмана (второй этап).



При диагностировании декомпенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, лечение с коррекцией проводили в специализированных отделениях под контролем соответствующих специалистов - терапевты, кардиологи, эндокринологи и так далее (в зависимости от характера патологии). При отсутствии должного эффекта проводились повторные лечения у соответствующих специалистов. После достижения эффекта определялись показания к РВО совместно с анестезиологами-реаниматологами с последующим определением топографо-анатомических взаимоотношений и функционального состояния пре- и постколостомических отделов. Отсутствие эффекта после повторных лечений, являются противопоказанием к РВО.

На втором этапе, наряду с предоперационной подготовкой уделяли особое внимание топографо-анатомическим взаимоотношениям и функциональному состоянию пре- и постколостомических отделов.

Для установления топографо-анатомических взаимоотношений и функциональ-

ного состояния пре- и постколостомических отделов последовательно проводились лучевые методы диагностики – УЗИ, рентгеноскопия ЖКТ, ирригоскопия и МСКТ по показаниям, а также колоноскопия.

Отсутствие стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок отсутствие диастаза или диастаз менее 10 см., функциональное состояние кишок удовлетворительное (атрофических изменений культи прямой кишки и изъязвлений нет) культа прямой кишки мобильная, длинная, отсутствие или наличие умеренных косвенных признаков спаечного процесса являлись показанием к проведению предоперационной подготовки.

Предоперационная подготовка наряду с общеизвестными включало в себя превентивную антибиотикотерапию, профилактику тромбоэмболических осложнений и специфичную подготовку орального отдела, а также культи прямой кишки.

При общем удовлетворительном статусе больного этот контингент больных перенесших операции Гартмана по поводу ЗСК и ее травмы, подлежали реконструктивно-восстановительным операциям в сроки от 3 месяцев и ранее до 6 месяцев.

Наличие стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок наличие диастаза более 10 см., функциональное состояние кишок относительно удовлетворительное (наличие выраженных явлений колита, атрофических изменений культи прямой кишки и изъязвлений нет) культа прямой кишки средней длины с косвенными признаками спаечного процесса являлись показанием к проведению предоперационной подготовки.

Предоперационная подготовка наряду с общеизвестными включало в себя превентивную антибиотикотерапию, профилактику тромбоэмболических осложнений и специфичную подготовку орального отдела, а также культи прямой кишки.

При общем относительно удовлетворительном статусе больного этот контингент больных перенесших операции Гартмана по поводу ЗСК и ее травмы, подлежали РВО в сроки 7 – 12 месяцев.

Наличие стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок, наличие диастаза более 16 см., имеются выраженные явления колита с изъязвлениями слизистой и/или атрофическими изменениями культи прямой кишки, а также наличие короткой культи прямой кишки с признаками рубцово-спаечного процесса и деформацией окружающих структур (мочеточника, мочевого пузыря, матки), являлись показанием к проведению многократной предоперационной подготовки.

При общем относительно удовлетворительном статусе больного этот контингент больных перенесших операции Гартмана по поводу ЗСК и ее травмы, подлежали РВО в сроки 1 год и более.

После определения сроков РВО и проведения соответствующей предоперационной подготовки определялись с выбором способа колоколоанастомоза. Мы применяли все «классические» способы анастомозирования по принципу «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок», а также усовершенствованный способ инвагинационного анастомоза. В последнее время приоритетным является разработанный нами усовершенствованный способ погружного инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок».

В обеих группах сопутствующие терапевтической патологии в виде заболеваний ССС диагностированы у 21 (16,5%) пациентов, органов дыхания у 6 (4,7%), анемии у 7 (5,5%), заболевания печени у 3 (2,4%) и мочеполовой системы у 2 (1,6%) пациентов.

При выборе способа формирования РВО важную роль играют сроки, прошедшие от первичной операции. Так в сроки до 3 месяцев и до 6 месяцев для выполнения РВО поступили 43 (33,9%) больных. Из них контрольную группу составили 21 (63,0%) по отношению к 73 больным, а основную – 22 (53,7%) по отношению к 54 больным.

При определении диастаза между стомой и культей прямой кишки, мы придержи-

вались классификации Васильева В.С. (1984). В связи с тем, что причиной операций Гартмана у наших больных являлся ЗСК (123) и травма сигмовидной кишки (4) согласно этой классификации, короткая и средней длины культя не встречались.

При выполнении РВО, наряду с диастазом определяющее значение имели выраженность спаечного процесса, а также фиксированность культи. Так, у больных которым первичная операция была выполнена в нашей клинике максимально бережное отношение тканям позволяло оставлять часть ее над прямой кишкой, что позволяло облегчить восстановительный этап операции. Также после формирования культи проводили ее фиксацию полипропиленовой, не рассасывающейся цветной нитью к боковой стенке париетальной брюшины на уровне гребня подвздошной кости. Этот прием позволял избежать сокращения культи и ее опущение ниже тазовой брюшины и, соответственно, деформации окружающих структур (мочеточника, маточных труб, петель тонкой кишки). Иначе, поиск и выделение культи прямой кишки на фоне рубцово-спаечного процесса таит в себе угрозу их повреждения. К тому же, имелись случаи при достаточной длине культи ее миграции т.е. смещения в противоположную анатомическую область (11,8%).

Важное значение имело рентгенологическое определение оси ободочной кишки. В некоторых случаях более наглядную картину получали компьютерной томографией. Данное обстоятельство имеет определяющее значение, когда во время операции возникает необходимость мобилизации селезеночного угла и нисходящей части ободочной кишки. Подвижность культи прямой кишки также имеет важное значение для определения способа формирования анастомоза. В 7,1% подвижность культи прямой кишки фактически отсутствовала, хотя имелись достаточные условия для мобилизации стомального сегмента толстой кишки.

В сроки 3-6 месяцев для выполнения РВО поступили 43 (33,9%) больных. Изучением топографо-анатомических соотношений клинко-инструментальными методами, наличия диастаза между стомой и культей прямой кишки менее 10 см установлено у 24 больных. Из них в 18 случаев из них, диастаза не было. Диастаз 10 см и более установлено у 9 больных.

Причинами наложения стомы у 4 явились травма сигмовидной кишки, т.е. над прямой кишкой у всех имелась часть сигмовидной кишки. В этой группе, после формирования стомы, угрожающие жизни стомальные и параколостомические осложнения не отмечалось. В контрольной группе межкишечный анастомоз по принципу «конец в конец» наложен у 9, «конец в бок» - у 6 и «бок в бок» также у 6 больных. В основной - в вышеперечисленных условиях колоколо анастомоз по принципу «конец в конец» наложен у 5 больных, «конец в бок» - у 3, «бок в бок» - у 4 и инвагинационным способом - у 10 больных. Учитывая, что в этой группе основной контингент составили лица молодого и среднего возраста, наличие компенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, а также отсутствие стомальных и параколостомических осложнений РВО в первые 3-6 месяцев выполнены у 43 (33,9%) больных (в контрольной -21; в основной -22).

В сроки 7-12 месяцев для выполнения РВО поступили 75 (66,9%) больных (в контрольной – 46; в основной – 29). Следует отметить, что это были больные молодого (4), зрелого (46) и пожилого (25) возрастов. У всех проведена успешная коррекция сопутствующей терапевтической патологии. В контрольной группе толстокишечный анастомоз по принципу «бок в бок» сформирован у 41 больного, инвагинационным способом - у 5. В основной группе толстокишечные анастомоза по принципу «бок в бок» сформировано у 3 больных, инвагинационным способом у 16 и погружным инвагинационным способом у 10 больных. Учитывая, что большинство составили пациенты старших возрастных групп с наличием субкомпенсированных форм сердечно-сосудистых заболеваний и кожных осложнений потребовавших консервативной терапии, а также стомальных и парастомальных осложнений, потребовавшие их хи-

рургической коррекции явились предопределяющими факторами при выборе сроков (в 7-12 месяцев) РВО.

В сроки более 1 года для выполнения РВО поступили 9 (7,1%) больных. Из них контрольную составили 6 (8,2%) по отношению к 73 больных, а основную 3 (5,5%) по отношению к 54 больным. Следует отметить, что это были больные в возрасте 20-44 года (3), в возрасте 45-59 лет (8) и в возрасте 60 лет и старше (8). В 7 случаев диагностировано декомпенсированные формы заболеваний сердечно-сосудистой системы (4), органов дыхания (1) и тяжелая степень анемии (2). В связи с высоким риском выполнения РВО, этому контингенту больных по рекомендации хирургов проводилось неоднократная коррекция сопутствующей патологии в терапевтическом отделении.

В контрольной группе толстокишечный анастомоз по принципу «бок в бок» наложен у 1 больного и инвагинационным способом у 5. В основной группе колоколо анастомоз инвагинационным способом сформирован у 1 и погружным инвагинационным способом у 2 больных.

В целом, инвагинационные межкишечные анастомозы сформированы у 49 (38,6%) больных. При этом имелась отчетливая тенденция к увеличению контингента с данным видом межкишечного анастомоза (инвагинационного).

Заключение. Сравнительный анализ результатов РВО у наших больных показал, что в основной группе в 81,5% случаев послеоперационный период протекал без осложнений, тогда как в контрольной – в 61,6%. Интраабдоминальные осложнения в основной группе диагностированы лишь у 7,4% больных с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в контрольной группе – 16,4 и 12,3%, соответственно. При этом частота раневых осложнений в основной группе диагностированы в 7,4% больных, тогда как в контрольной – 13,7%. К тому же частота экстраабдоминальных осложнений в основной группе диагностировано лишь в 3,7%, тогда как в контрольной у 8,2%.

Таким образом, только комплексный подход, с использованием предложенного двухэтапного лечебно-диагностического алгоритма, а также тактико-технических аспектов хирургического вмешательства при выполнении РВО и более широким использованием усовершенствованных инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов можно повысить эффективность РВО.

Подводя итог нашей хирургической тактике можно заключить, что она была активной в плане диагностики, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, а также индивидуальной в плане выбора сроков и способов выполнения РВО.

Список использованной литературы.

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. //Основы хирургии кишечных стом: «Стольный град», 2002,160С.
2. Гарманова Т.Н., Казаченко Е.А., Крылов Н.Н. Из истории хирургии: эволюция взглядов на формирование кишечной стомы //Журнал: история медицины. -2019. Том 6, №2, с.151-159.
3. Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т. и др. Способы восстановления непрерывности кишечника. Колопроктология. 2016; 3:55–60.
4. Горпинич А.Б., Манчилов С.В. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных колостомой. Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2017. N10, -с.74-75.
5. Иголкин А.Н., Половкин В.В. Реконструктивно восстановительные вмешательства на толстой кишке после операции Гартмана: проблемы и пути решения. Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2017: 21(3): 347-355.
6. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М. и др. Сравнение методов стомальных ран при проведении реконструктивно-восстановительных операций. Медицинский вестник Башкортостана, 2018 Том 13, № 5(77). - с 66-68.
7. Christou N, Rivaille T, Maulat Ch, et al. Identification of risk factors for morbidity and

mortality after Hartmann's reversal surgery – a retrospective study from two French centers. *Sci Rep.* 2020; 10: 3643.

8. Hartmann H. Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale de colon pelvien. *XXX Congrès français de chirurgie.* Paris, 1921; 30:411.