



Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после резекции прямой кишки

С.Ф. Гулшанова, А.Р. Достиев, С.С. Исмоилов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты хирургического лечения 30 пациентов с патологией прямой кишки. Использование разработанного авторами метода, суть которого сводится к снятию натяжения в области колоанального и колоректального анастомозов, позволило снизить частоту несостоятельности анастомоза и уменьшить число гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде до 13,4%.

Ключевые слова: рак прямой кишки, гнойно-воспалительные осложнения, резекция прямой кишки, несостоятельность толстокишечного анастомоза

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак занимает одно из лидирующих положений в общей структуре онкозаболеваний. Ежегодно во всём мире от него умирают 60 000 человек, и выявляются около 150 000 первичных случаев болезни. До 5-10% больных колоректальным раком составляют лица моложе 50 лет [1,2].

Основным методом лечения злокачественных опухолей прямой кишки является оперативный. В последние годы расширены показания к выполнению сфинктеросохраняющих операций. Несмотря на хорошо разработанную технику операций, в раннем послеоперационном периоде наблюдаются гнойно-воспалительные осложнения, в частности, несостоятельность толстокишечного анастомоза после передней резекции прямой кишки, что является одним из самых грозных осложнений [3-6]. Низкие передние резекции сопровождаются довольно высокой частотой воспалительных осложнений. Это обусловлено, с одной стороны, техническими трудностями наложения анастомоза в глубине малого таза, а с другой, особенностями кровоснабжения прямой кишки и обсеменённостью кишечной микрофлоры таза [7-9]. Анатомические исследования, проведённые P. Vogel и B. Klosterhalfen, показали, что в дорзо-каудальном секторе ампулы прямой кишки всегда имеется зона с недостаточным кровообращением [10]. При низких передних резекциях прямой кишки именно здесь чаще всего возникает несостоятельность анастомоза [11].

Операции по поводу рака - сложные, травматичные вмешательства, практически во всех случаях сопро-

вождающиеся вскрытием просвета прямой кишки, которые нередко завершаются созданием различных кишечных анастомозов. Эти особенности определяют высокую частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в хирургии рака прямой кишки [12,13]. Несмотря на все успехи хирургии и антибактериальной терапии, частота послеоперационных осложнений остаётся на высоком уровне - от 1,5 до 70%, летальность варьирует от 0,5 до 28% [14-16].

Рядом авторов отмечаются преимущества использования аппаратов типа «АКА» (аппарат кишечного анастомоза) для наложения компрессионного бесшовного анастомоза – отсутствие инородных материалов в зоне анастомоза и хорошие функциональные результаты [17,18]. Поэтому, частота осложнений ниже или сопоставима с традиционными методами, при которых формирование анастомоза проводится с помощью скользящего рассасывающегося внутрипросветного стента (SAINT) с фибриновым клеем, биофрагментирующихся колец BAR-VALTRAC, комбинации фибринового клея с серозно-мышечными швами, или формирование анастомоза конец-в-бок из брюшно-промежностного доступа [19-21].

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений разработаны методы интраоперационного определения герметичности швов колоректального и колоанального анастомозов раствором красителя на 3%-ном растворе перекиси водорода, а также после радикальных операций на прямой кишке по поводу рака разработаны новые способы дренирования и санации полости малого таза [22].



Для уменьшения частоты несостоятельности сформированных толстокишечных анастомозов, повышения физической и биологической герметичности, предложен способ укрепления линии швов аппликацией пластинами «Тахокомб» [23].

На основании данных литературы встречаемость несостоятельности колоректального или колоанального анастомоза и инфильтративное воспаление вокруг анастомоза составляют от 2,5 до 22,4% [1,24].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: усовершенствование методов профилактики гнойно-воспалительных осложнений после резекции прямой кишки по поводу её опухоли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период с 2007 по 2011 годы 30 больных с опухолью прямой кишки были прооперированы по разработанной методике клиники в колопроктологическом отделении ГКБ №5 имени К.Т. Таджиева, на базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Среди них было 19 (63,3%) мужчин и 11 (36,7%) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Всем больным, с целью выбора оптимального метода хирургического лечения до операции, наряду с общеклиническими методами исследования, выполнялись пальцевое ректальное обследование, ректоскопия, ирригоскопия и фиброколоноскопия, предоперационная биопсия с проведением морфологического исследования биоптата, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования, компьютерная томография по показаниям.

Показаниями к передней резекции прямой кишки с наложением первичного анастомоза считаются: локализация опухоли в 6-15 см от края ануса, от-

сутствие перифокального воспаления и выраженных явлений толстокишечной непроходимости.

Противопоказаниями к применению данной методики являются: прорастание опухоли в область крестца, натяжение низведённой кишки, наличие перифокального воспаления, рак IV стадии.

Техника операции заключается в том, что проводится мобилизация прямой кишки с сохранением кровоснабжения культи. Уровень резекции кишки зависит от расположения опухоли и её гистологической структуры, от состояния и поражения лимфатических узлов и степени инвазии. После передней резекции и наложения сигморектального и сигмоанального анастомозов, на расстоянии 6 см выше анастомоза пришивается синтетическая пропиленовая сетка (размером 5x3 см) на переднюю поверхность низведённого кишечника, затем слегка подтягивается книзу, поворачивается на 90 градусов и фиксируется узловыми швами на надкостницу крестца (см. рис.).

Суть методики заключается в том, что позволяет избежать превентивного стомирования при ультразвуковом уровне резекции, при технических сложностях формирования анастомоза, не допускает натяжения в области анастомоза, что не приводит к нарушению кровоснабжения [24].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. У 13 (43,3%) больных был обнаружен рак среднеампулярного отдела прямой кишки, у 7 (23,3%) – опухоль ректосигмоидного отдела, у 6 (20%) – опухоль в верхнеампулярном отделе, у 4 (13,3%) пациентов – полипоз прямой кишки на широком основании.



РИС. СИГМОАНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ С НАЛОЖЕНИЕМ СЕТКИ И ФОРМИРОВАНИЕМ РЕЗЕРВУАРА



Необходимо подчеркнуть, что расширяются показания к наложению первичного анастомоза и выполнению сфинктеросохраняющих операций при опухолях прямой кишки в зависимости от локализации, гистологической структуры, степени инвазии и риска опухолевой прогрессии, а также от изменений со стороны окружающих органов.

Результаты морфологического исследования биоптатов: злокачественные опухоли имели строение аденокарциномы, в том числе высокодифференцированные – 6 (20%), умеренно дифференцированные – 13 (43,3%), недифференцированные – 7 (23,3%). Размеры новообразований колебались от 5 до 12 см, а при полипозах – от 0,2 до 3 см. При гистологическом исследовании полипов, они имели в своей структуре ворсинчатые элементы без признаков малигнизации. Эти больные для проведения химиолучевой терапии направлены в онкологический диспансер.

В раннем послеоперационном периоде, частичная несостоятельность швов анастомоза наблюдалась у 2 (6,7%) больных, которая поддавалась терапии консервативным путём. В 2 (6,7%) случаях была инфильтрация области анастомоза воспалительного характера, которая прошла после проведения адекватной антибактериальной терапии. Дополнительных манипуляций (релапаротомии, наложения колостомы, дополнительного дренирования брюшной полости или области малого таза) не потребовалось.

Предложенный вариант хирургического лечения больных с образованиями прямой кишки снижает натяжение в области наложенного анастомоза, способствует уменьшению гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде с 18% до 13,4%, путём снижения частоты несостоятельности анастомозов при резекциях прямой кишки.

Выбор метода операции должен быть сугубо индивидуальным и зависит от тяжести состояния больного и сопутствующей патологии после выполнения предоперационной подготовки.

Таким образом, гнойно-воспалительные осложнения ухудшают непосредственные результаты оперативного лечения рака прямой кишки, а нередко и качество всей оставшейся жизни больных, степень их социальной и трудовой реабилитации. Указанные причины объясняют постоянный интерес хирургов, оперирующих больных с опухолями прямой кишки, к вопросам профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г. Профилактика несостоятельности сигморектальных анастомозов после передней резекции прямой кишки при раке / П.Г. Брюсов, И.М. Иноятов, С.Н. Переходов // Хирургия. - 1994. - №10. - С. 29-32
2. Царьков П.В. Школа клинициста. Колоректальный рак / П.В. Царьков, М.И. Григорьева // Медицинский вестник. - 2008. - №16. - С.7-8
3. Дзидзава И.И. Способ профилактики гнойно-воспалительных процессов у больных колоректальным раком / И.И. Дзидзава [и др.] // Усовершенствование способов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико-биологических исследованиях и клинической практике. - СПб.-2006. - Вып.37.-30с.
4. Литвинов О.А. Оценка функциональных результатов радикальных операций по поводу рака прямой кишки / О.А. Литвинов [и др.] // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.- 2004.- №2-3.- С.81
5. Хакимов А. Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений полости малого таза после операции низведения / А. Хакимов [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. - Волгоград. - 1997. - С. 227-228
6. Курбонов К.М. Профилактика и лечение осложнений в хирургии рака прямой кишки / К.М. Курбонов, Ч.К. Мухаббатов, У.И. Холматов // Здравоохранение Таджикистана. - 2003. - №2. - С. 61-63
7. Соловьёв И.А. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения в хирургии рака прямой кишки / И.А. Соловьёв [и др.] // Материалы 4-й Всерос. конф. общих хирургов с междунар. участием «Инфекция в хирургии». - Ярославль. - 2007. - С.345-347
8. Hautefeuille P. Bilan d'une experience de vingt ans d'anastomoses colo-anales. Indications, resultats et pieges / P. Hautefeuille, M. Saab, P. Valleur // Ann. Chir. - 1991. - №45 pt. 4. - P. 299-303
9. Tuson J.R. A retrospective study of colostomies, leaks and strictures after colorectal anastomosis / J.R. Tuson, W.G. Everett // Int. J. Colorectal Dis. - 1990. - №5 pt.1. - P.44-48
10. Vogel P. Die chirurgische Anatomie der Rectum - und Analgefasse / P. Vogel, B. Klosterhalfen // Langenbecks Arch. Chir. - 1988. - №373 pt. 5. - P. 264-269
11. Grant S.W. Operative site bacteriology as an indicator of postoperative infectious complications in elective colorectal surgery / S.W. Grant, J. Hopkins, S.E. Wilson / Am.Surg. - 1995. - №61 pt. 10. - P. 856-861



12. Закиров Т.З. Результаты сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки / Т.З. Закиров, С.К. Яценко, Р.З. Юлдашев // Актуальные проблемы клинической онкологии. – 1997. – С. 90-91
13. Rex J.C. Jr. Rectovaginal fistula: complication of low anterior resection / J.C. Jr. Rex, I.T. Khubchandani // Dis. Colon. Rectum. - 1992. - №35 pt. 4. - P. 354-356
14. Sugarbaker P.H. Rectovaginal fistula following low circular stapled anastomosis in women with rectal cancer/ P.H. Sugarbaker // J. Surg. Oncol. - 1996. - №61 pt. 2. - P. 155-158
15. Юлдашев Р.З. Значение предоперационной подготовки желудочно-кишечного тракта при лечении больных колоректальным раком и пути её оптимизации: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.З. Юлдашев. – Душанбе. -2004.-19с.
16. Холматов У.И. Пути улучшения непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / У.И. Холматов. – Душанбе. - 2004. -17с.
17. Gross E. Die nahtlose Kompressorisanastomose AKA-2 am Kolon und Rektum / E. Gross E, H.O. Koppen // Zentralbl Chir. - 1993. - № 118 pt. 8. - P. 459-465
18. Hansen O. Colorectal stapled anastomoses. Experiences and results /O. Hansen [et al.] // Dis. Colon. Rectum. - 1996. - № 39(1). - P. 30-36
19. Detweiler M.B. Sliding, absorbable, reinforced ring and an axially driven stent placement device for sutureless fibrin glue gastrointestinal anastomosis / M.B. Detweiler [et al.] // J. Invest. Surg. - 1996. - № 9 pt.6. - P. 495-504
20. Initial Clinical Experience with a Biofragmentable Ring for Sutureless Bowel Anastomosis/ T.G.Hardy, P.S. Aguilar [et al.] // Dis.Col. Rect. - 1987.-№30, -P. 55-61
21. Курбонов К.М. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после операции брюшно-анальной резекции с низведением/ К.М. Курбонов, Ч.К. Мухаббатов, У.И. Холматов // Проблемы клинической онкологии. Научно-практическая конференция, посвящённая 70-летию профессора Б.П. Ахмедова. - М. – 2003. – С. 20-22
22. Одарюк Т.С. Способ формирования толстокишечного резервуара при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки: метод. рекомендации / Т.С. Одарюк [и др.]. - М., -1999. -14с.
23. Кандаков О.К. Диагностика и тактика лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ О.К. Кандаков. – Душанбе. - 2007. – 22с.
24. Исмоилов С.С. Способ профилактики несостоятельности колоректального и колоанального анастомозов /С.С. Исмоилов, С.Ф. Гулшанова//Рационализаторское удостоверение №3223/Р-437 с 10.09.09г.

Summary

Prevention of purulent- inflammatory complications after resection of rectum

S.F. Gulshanova, A.R. Dostiev, S.S. Ismoilov

In the article are presented the results of surgical treatment 30 patients with pathology of the rectum The proposed way for removal of tension in the region of colorectal and coloanal anastomosis can able to reduce the frequency of anastomosis insufficiency and inflammatory complications in the postoperative period to 13,4%.

Key words: colorectal cancer, purulent-inflammatory complications, resection of the rectum, tinsufficiency of colonic anastomosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.Ф. Гулшанова – аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои, 33; E-mail: sitorabonu2011@yandex.ru