

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., профессор, МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Методика подготовки ободочной кишки к обследованию и оперативному лечению

В последние три десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки. Опухолевая непроходимость ободочной кишки занимает второе место после спаячной кишечной непроходимости [1].

Ключевые слова: ободочная кишка, кишечная непроходимость, предоперационная подготовка, слабительные средства, гиперосмолярный раствор

В зависимости от региона 30—86% больных с раком ободочной кишки поступают в стационар по линии скорой помощи с острой кишечной непроходимостью в тяжелом состоянии, с хирургическим эндотоксикозом, иммунодефицитом, водно-электролитными и белково-энергетическими нарушениями. При обследовании и лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки возникает ряд ключевых проблем:

1. Уточнение локализации опухоли.
2. Подготовка ободочной кишки к колоноскопии и оперативному вмешательству.
3. Выбор объема и метода разрешения острой кишечной непроходимости.
4. Вопросы детоксикации и ведения пред- и послеоперационного периодов.
5. Оптимальный метод завершения операции наложением первичного анастомоза или колостомии.
6. Защита анастомоза от недостаточности.
7. Профилактика интра- и экстраабдоминальных осложнений.

Большинство этих вопросов остаются дискуссионными и регулярно обсуждаются на различных хирургических форумах. Однако вопрос подготовки кишечника к обследованию и оперативному лечению

остается наименее освященным в литературе. Необходимо помнить, что качество подготовки ободочной кишки играет важную роль в снижении интраабдоминальных ранних послеоперационных осложнений. При опухолевом стенозе или полной обтурации просвета ободочной кишки в вышележащих отделах развиваются морфофункциональные изменения, приводящие к нарушению моторики, стойкому парезу, дилатации толстой кишки, нарушению микроциркуляции и тяжелому эндотоксикозу. Итогом всех этих тяжелых микроциркуляторных и морфофункциональных нарушений в стенке с нарушенным пассажем по кишечнику является массивная транслокация патогенной микрофлоры из просвета в брюшную полость, параколическую клетчатку, в порталный кровоток и лимфатическую систему, а также развитие системной воспалительной реакции и абдоминального сепсиса. Единственным выходом из этой тяжелой ситуации является обеспечение пассажа по ободочной кишке, что можно достигнуть тремя способами:

1. Радикальным удалением опухоли с колостомой.
2. Созданием колостомы у тяжелобольных выше опухоли, с последующим удалением опухоли на втором этапе.

3. Стентированием просвета ободочной кишки в области локализации опухоли, при невозможности выполнения на данный момент радикальных операций в связи с декомпенсацией сопутствующей патологии и полиорганной недостаточности. Для определения протяженности, степени сужения кишки и биопсии опухоли всегда по экстренным и срочным показаниям выполняется колоноскопия. Колоноскопия бывает двух видов: диагностическая и лечебная.

Диагностическая колоноскопия показана:

- каждому здоровому человеку старше 50 лет и затем через каждые 10 лет, если во время 1-й колоноскопии в толстой кишке патология не была обнаружена;
- при кровотечениях (выделение алой крови, кала с примесью крови и сгустков, анемии неясной этиологии);
- геморрое;
- наличии слизи в кале;
- частом жидком стуле;
- запорах;
- потере массы тела;
- вздутии и чувстве распирания живота;
- наличии воспалительных заболеваний толстой кишки;

- наличии полипов (аденом);
- подозрении на злокачественное новообразование;
- биопсии и уточнении характера, размеров, локализации и протяженности опухоли;
- для определения возможности стентирования опухоли;
- при ректо-генитальных, цисто-ректальных и сложных свищах.

Лечебная колоноскопия выполняется с целью:

- удаления полипов;
- электро- или аргоноплазменной коагуляции кровотечений опухоли;
- наложения металлических клипс на кровоточащий сосуд;
- установки стента.

Особое внимание необходимо обратить на подготовку толстой кишки для диагностической и лечебной колоноскопии, т. к. это является необходимым и важным аспектом успешности проведения исследования. Качественная подготовка позволяет выполнить детальный осмотр всей толстой кишки, подтвердить и уточнить патологию или исключить ее. При необходимости — по показаниям — во время колоноскопии проводятся лечебные процедуры.

Кроме колоноскопии, которая является «золотым стандартом» обследования толстой кишки, у части больных толстую кишку приходится обследовать рентгенологически (ирригография, ирригоскопия), а также подготовка кишки требуется перед выполнением любого оперативного вмешательства на толстой кишке. Для подготовки толстой кишки используют слабительные средства, а также применяют механические способы — очистительные клизмы.

Противопоказания к подготовке толстой кишки слабительными средствами:

- острые воспалительные заболевания толстой кишки;
- полная острая кишечная непроходимость;

○ тяжелая сердечная и почечная недостаточность.
Механически — путем очистительных клизм — очистить ободочную кишку от каловых масс, особенно проксимальнее опухоли, не удается. Назначение солевых и минеральных слабительных средств нередко способствует нарушению водно-электролитного и белкового обменов. Они обволакивают слизистую и нарушают всасывание из толстой кишки. Кроме того, слабительные средства при опухолевом поражении ободочной кишки, вследствие резкого усиления перистальтики тонкой и толстой кишки проксимальнее опухоли, приводят к нарастанию непроходимости, перфорациям и кровотечению. Аналогичные осложнения могут быть и при применении других предложенных и известных средств подготовки ободочной кишки. В частности, при применении макрогола для очистки толстой кишки, больному приходится в течение короткого периода времени выпить 4 л воды, что является существенной нагрузкой при патологии почек и сердечно-сосудистой системы.

В нашей клинике в течение последних двух лет для очистки ободочной кишки у 68 пациентов применялся слабительный — гиперосмолярный раствор, предложенный для очистки кишечника от каловых масс и подготовки к колоноскопии.

Методика

Для очистки толстой кишки раствором фосфат натрия, в отличие от

макрогола, требуется в 2 раза меньше воды (вместо 4 применяется 2 л), что существенно снижает нагрузку на организм, и процедура легче переносится тяжелыми пациентами. Применение данного слабительного раствора не вызывает нежелательных ощущений и осложнений. Достигается полное очищение просвета толстой кишки и создается отличная визуализация.

Из 68 пациентов, которым в клинике был применен слабительный раствор фосфат натрия, ни в одном случае осложнений не было и всем было проведено исследование колоноскопии.

Результаты обследования: из 68 пациентов — у 30 (44%) патология толстой кишки не выявлена, а у 24 (35%) была выявлена злокачественная опухоль ободочной кишки. Все 24 пациента были успешно оперированы. У 8 (12%) больных были удалены полипы ободочной кишки. Псевдомембранозный колит был выявлен у трех пациентов, неспецифический язвенный колит — 3 случая. Необходимо отметить, что ни в одном случае у эндоскопистов не было претензий к качеству подготовки толстой кишки к обследованию.

Таким образом, для подготовки толстой кишки к колоноскопии, рентгенологическому исследованию и оперативным вмешательствам оптимальным средством на сегодняшний день является раствор фосфат натрия.



ИСТОЧНИКИ

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Эволюция тактики и методов хирургического лечения опухолевой толстокишечной непроходимости, *Хирургия*, 2013, 4: 92–98.
2. Воробьев Г.И. Хирургия рака толстой кишки. *Consilium medicum, Хирургия (приложение)*, 2001, 1: 37–42.
3. Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Топузов Э.Э. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в хирургии рака толстой кишки. *Вестник хирургии*, 2004, 173(3): 67–63.