

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ

Федотова В.О.¹, Родимов С.В.²

¹Федотова Виктория Олеговна – студент,
лечебный факультет;

²Родимов Сергей Викторович – ассистент,
кафедра хирургии, акушерства и гинекологии, факультет дополнительного профессионального образования,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Рязань

Аннотация: статья посвящена основным положениям профилактики осложнений колоректального анастомоза у пациентов после лапароскопической тотальной мезоректумэктомии. Приведены и проанализированы данные литературы, на основе которых разработана собственная лечебно-тактическая концепция. Проведен сравнительный анализ у пациентов без и с применением концепции, который показывает достоверные преимущества предложенного алгоритма. Также обоснована безопасность и эффективность трансанальной тотальной мезоректумэктомии у пациентов с узким тазом и локализацией опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки.

Ключевые слова: колопроктология, тотальная мезоректумэктомия, осложнения анастомоза.

УДК 616-089-06

Актуальность

Несостоятельность анастомоза (НА), без сомнения, представляет собой одно из самых тяжелых осложнений колоректальной хирургии. Оно приводит к увеличению длительности пребывания пациентов в стационаре, снижению качества жизни, и, что более важно, к повышению смертности и частоты развития локального и общего рецидива [1, с. 171, 4, 6]. На сегодняшний день частота развития несостоятельности анастомоза (НА) при передней резекции прямой кишки колеблется между 3,2% и 36% [5, 7, 8]. Формирование низкого колоректального анастомоза повышает частоту НА в 2 раза [2, 3]. Проведенные в мировой литературе исследования не содержат достаточных оснований, которые позволили бы достоверно доказать зависимость частоты развития НА от каких-либо факторов, и предложить пути воздействия на них.

Цель

Улучшить ближайшие результаты выполнения лапароскопической ТМЕ путем разработки и внедрения комплекса мер профилактики осложнений аппаратного анастомоза.

Материалы и методы

С июня 2013 года по апрель 2017 года в отделении колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» г. Рязань было проведено ретроспективно-проспективное исследование пациентов, которым выполнялась лапароскопическая ТМЭ.

На первом этапе исследования проведен ретроспективный анализ 52 пациентов (контрольная группа), где при мультивариантном и корреляционном анализе выявлены факторы, достоверно влияющие на послеоперационные осложнения: узкий таз (фэмп. = 0,391) и нижеампулярная локализация карциномы в прямой кишке (фэмп. = 0,311), прошивание дистальной части прямой кишки линейным степлером более 3 раз (фэмп. = 0,312), толщина стенки прямой кишки более 5 мм (фэмп. = 0,333).

На втором этапе была разработана лечебно-тактическая концепция профилактики осложнений низкого колоректального анастомоза, которая включала: применение трансанальной ТМЭ у пациентов с узким тазом и нижеампулярной локализацией карциномы в прямой кишке, использование кассеты для сверхплотных тканей при толщине стенки прямой кишки в месте анастомоза более 5мм, выполнение разработанной методики двухмоментной компрессии циркулярного и линейного сшивающего аппарата.

Концепция проспективно применялась у 52 пациентов (основная группа), после чего был проведен сравнительный анализ непосредственных результатов ведения пациентов основной и контрольной групп.

Результаты

При сравнительном анализе обнаружено, что количество интраоперационных осложнений в основной и контрольной группах отличалось недостоверно (5 человек, 9,6%, против 3 человек, 5,8%, $p > 0,05$). Однако стоит отметить, что у 4 из 8 пациентов (50%) наблюдался клинически узкий таз, и, несмотря на большее количество пациентов с узким тазом в основной группе (13 человек, 25%, против 7 человек, 13,5%), количество интраоперационных осложнений у них было меньше – 2 (15,4%) против 2 (28,6%), однако результаты недостоверны ($p < 0,05$). Это связано с дифференцированным подходом к данным пациентам в основной группе и использованием ТАТМЭ. Выявлено недостоверное снижение количества

множественных прошиваний в основной группе – 9 (20,9%) против 14 (26,9%), что также связывается нами с применением ТАТМЭ у пациентов с узким тазом.

Общее количество послеоперационных осложнений в группах различалось недостоверно – 11 (21,2%) против 18 (34,6%), однако прослеживается статистическая тенденция к уменьшению их в основной группе. Это может быть связано с недостаточно большой выборкой пациентов в исследовании. Однако при изучении клинически значимых осложнений со стороны аппаратного анастомоза наблюдается статистически значимые различия в группах – 2 (3,8%) против 8 (15,4%) ($p < 0,05$). При мультивариантном анализе, благодаря внедрению разработанной лечебно-тактической концепции, удалось ликвидировать влияние таких факторов риска, как узкий таз и нижеампулярная локализация опухоли на развитие осложнений аппаратного колоректального анастомоза в основной группе ($p < 0,05$). Также удалось исключить влияние всех факторов риска, влияющих в контрольной группе на развитие клинически значимых осложнений колоректального анастомоза ($p < 0,05$).

При анализе пациентов с ТАТМЭ не было выявлено значимых различий по частоте осложнений интра- и послеоперационного периода. Поскольку пациенты относились к категории технически сложных, ожидалось более высокое количество осложнений по сравнению с обычными пациентами. Поэтому мы провели анализ осложнений контрольной группой у пациентов со схожими характеристиками – с наличием узкого таза и нижеампулярной локализацией в прямой кишке (7 человек, 13,5%). Количество интраоперационных осложнений статистически не различалось. Однако послеоперационные осложнения реже наблюдались у пациентов основной группы – 2 (22,2%) против 6 (85,7%) ($p < 0,05$). Подобные данные позволяют нам утверждать, что методика ТАТМЭ является безопасным методом лечения пациентов, не ухудшает непосредственные результаты лечения, при этом снижая в 3,9 раза количество осложнений у сложных пациентов с узким тазом и нижеампулярным раком прямой кишки.

Выводы

В результате внедрения разработанной лечебно-тактической концепции удалось в 4 раза сократить количество случаев клинически значимых осложнений со стороны колоректального анастомоза (3,8% против 15,4%) ($p < 0,05$). Методика ТАТМЭ является безопасным методом лечения пациентов, не ухудшает непосредственные результаты лечения, при этом снижая в 3,9 раза количество осложнений у сложных пациентов с узким тазом и нижеампулярным раком прямой кишки.

Список литературы

1. *Севостьянов С.И.* Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию [Текст] / С.И. Севостьянов, С.В. Чернышов // Колопроктология, 2006. Т. 17. № 3. С. 40–44.
2. Anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer: risk factors [Text] / C.A. Bertelsen [et al.] // *Colorectal Dis.*, 2008. Vol. 12. № 1. P. 37–43. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01711.x.
3. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients [Text] / M.T. Eriksen [et al.] // *Colorectal Dis.*, 2005. Vol. 7. № 1. P. 51–57. doi: 10.1111/j.1463-1318.2004.00700.x.
4. Anastomotic leakage is associated with poor long-term outcome in patients after curative colorectal resection for malignancy [Text] / W.L. Law [et al.] // *J Gastrointest Surg.*, 2007. Vol. 11. № 1. P. 8–15. doi: 10.1007/s11605-006-0049-z.
5. Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer [Text] / N.N. Rahbari [et al.] // *Surgery*, 2010. Vol. 147. № 3. P. 339–351.
6. *Eberhardt J.M.* The impact of anastomotic leak and intra-abdominal abscess on cancer-related outcomes after resection for colorectal cancer: a case control study [Text] / J.M. Eberhardt, R.P. Kiran, I.C. Lavery // *Dis Colon Rectum*, 2009. Vol. 52. № 3. P. 380–386. doi: 10.1007/DCR.0b013e31819ad488.
7. Incidence of and risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection with intracorporeal rectal transection and double-stapling technique anastomosis for rectal cancer [Text] / T. Akiyoshi [et al.] // *Am J Surg.*, 2011. Vol. 202. № 3. P. 259–264.
8. Multicenter analysis of risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic rectal cancer excision: the Korean laparoscopic colorectal surgery study group. [Text] / J.S. Park [et al.] // *Ann Surg.*, 2013. Vol. 257. № 4. P. 665–71. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827b8ed9.