



І. П. Єрко,
С. Б. Балабушко

Чернігівський обласний
онкологічний диспансер

© Колектив авторів

НЕКРОЗ НИЗВЕДЕННОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ: ДОСВІД ОДНІЄЇ КЛІНІКИ

Резюме. Метою дослідження було узагальнення досвіду та розробка методів лікування некрозів низведеної ободової кишки після ректальних резекцій. Проведено аналіз безпосередніх результатів лікування 1305 хворих на рак прямої кишки, яким виконано різного виду операції з низведенням. Некроз низведеної ободової кишки виявлено у 92 (7 %) хворих. Розроблена авторська етіопатогенетична класифікація некрозів та варіанти хірургічної корекції останнього. Післяопераційні ускладнення при лікуванні некрозів низведеної кишки спостерігались у 10,9 %, а смертність у 5,4 % випадків. При ренизведенні ободової кишки ускладнення склали 10,6 %, а смертність 2,1 %. Своєчасна діагностика раннього некрозу низведеної кишки з негайною релапаротомією та ренизведенням дозволяє зберегти природній пасаж кишкового вмісту, зменшити кількість ускладнень та летальності, а також забезпечити повноцінну психо-соціальну реабілітацію хворих.

Ключові слова: рак прямої кишки, хірургічне лікування, некроз низведеної кишки.

Вступ

Згідно даних національного канцер-реєстру за останні 10 років захворюваність на рак прямої кишки (РПК) в Україні зростає на 18 %, а летальність — на 12,4 %. Грубий показник захворюваності на РПК в 2010 році склав 20,2 на 100 000 населення, а летальність — 12,1 відповідно. В структурі онкологічної захворюваності РПК займає 5-те місце серед чоловіків та 7-ме місце серед жінок, а в структурі летальності посідає 4 місце в обох групах [6]. Аденокарцинома прямої кишки локалізується в ампулярному відділі у 85–90 % [11]. Хірургічний метод залишається основним в лікуванні даної категорії хворих. За останні роки в хірургії РПК пройшли революційні зміни в бік значного зростання питомої ваги сфінктерозберігаючих операцій (СЗО), що обумовлено удосконаленням теоретичних знань щодо механізмів пухлинної прогресії, впровадженням методики тотальної мезоректальної ексцизії (ТМЕ), широким використанням в практиці механічних степлерів при формуванні низьких колоректальних та колоанальних анастомозів та рутинним використанням неад'ювантної променевої терапії (НПТ) [4, 7, 13, 14, 15, 16, 17].

В спеціалізованих клініках частота виконання СЗО в структурі оперативних втручань з приводу РПК сягає 90–95 % [4, 17].

Тривалий час операції з низведенням ободової кишки на промежину (pull-through operation) домінували в структурі СЗО у хворих на ампулярний РПК у всьому світі. Проте, по

мірі збільшення виживаності хворих, почали все більше приділяти уваги функціональним результатам лікування та зниженням затрат на реабілітацію. Впровадження в широку хірургічну практику механічних степлерів у країнах з розвинутою економікою призвело до драматичного скорочення частоти виконання СЗО з низведенням за рахунок прискорення реабілітації хворих та забезпечення кращих функціональних результатів лікування [7]. Натомість, в Україні та пострадянському просторі в цілому, черевно-анальна резекція прямої кишки (ЧАР ПК) з низведенням ободової кишки на промежину в різних модифікаціях залишається найбільш популярним видом СЗО у хворих на ампулярний РПК. Причиною останнього є хронічне недофінансування галузі, комерційно не обґрунтована дороговизна зшиваючих апаратів і додаткових аксесуарів та, на нашу думку, найбільш вагомим фактором є несприйняття вітчизняними онкохірургами концепції «превентивної кишкової стоми» після низьких ректальних резекцій [1, 4, 9, 12, 14, 16]. Натомість, технічна простота виконання, відсутність превентивної кишкової стоми, задовільні безпосередні та віддалені результати лікування після ЧАР ПК дозволяють розглядати даний вид оперативного втручання як вимушену альтернативу апаратним ректальним резекціям в умовах економічної кризи в українській медицині [4, 9].

Основним та найбільш тяжким видом післяопераційних ускладнень ЧАР ПК є некроз



низведенної кишки (ННК), що спостерігається від 1,2 до 29 % [1, 9, 12, 14].

Основними причинами ННК є порушення трофіки трансплантату через недостатність кровотоку по магістральних судинах (дихотомічний тип ангіоархітектоніки, перегин чи перекрут брижі, тромбоз чи емболія магістральних судин, нестабільність гемодинаміки в периопераційному періоді, здавлення товстої брижі в анальному каналі і т. д.) та порушення мікроциркуляції (атеросклероз аорти та вісцеральних гілок, цукровий діабет, гостра та хронічна анемія, кишкова непрохідність, запальний процес в стінці кишки і т. п.).

На сьогоднішній день проблема ННК залишається не вирішеною, так як відсутня уніфікована класифікація останніх та не розроблений ефективний лікувальний алгоритм.

Некрози прийнято розрізняти за часом виникнення та поширеністю відносно нижнього краю анального каналу. За часом виділяють ранні та пізні ННК. Під ранніми розуміють некрози, що виникли протягом перших 2 діб [1, 4]. По висоті виділяють низькі та високі некрози. Так, Сенютів Р. В. з співавт. [8] виділяють некроз низведеної кишки на 5 см вище заднього проходу, некроз зведеної кишки в межах анального каналу, некроз «вільного» кінця виведеної сигмовидної кишки і некроз проксимальної частини низведеної кишки в малому тазі. Яновий В. В. з співавт. [5] пропонує класифікувати некрози за ступенями, в залежності від їх висоти. Так, до некрозу низведеної кишки I ступеня автори віднесли протяжність некрозу в 2 см, II ступеня — не більше 3–4 см, III ступеня — більше 5–6 см.

Загально прийнятою тактикою лікування ННК є екстирпація низведеної кишки при ранніх некрозах та трансверзостома з широким дренажуванням порожнини малого таза при виникненні некрозу в більш пізній період (5–7 добу) [5, 9, 10]. Такий підхід призводить до вираженої психо-соціальної дезадаптації пацієнтів через наявність постійної колостоми чи значимих функціональних порушень внаслідок запального процесу в порожнині малого таза та рубцювання в зоні анастомозу.

В арсеналі хірургів існують й інші методи корекції даного ускладнення, проте вони не набули широкої популярності. Так, в 1982 році Амеліна О. П. та співавт. [2] успішно використали техніку абдомінального ренизведення ободової кишки при поширеному ННК, що послужило поштовхом до активного впровадження даного підходу в хірургічну колопроктологію. В 1989 р. узагальнено досвід застосування абдомінального ренизведення при ННК, виконаних в Амурському проктологічному центрі та НДІ проктології. Всього було

виконано 9 операцій такого типу. Після операції померла одна хвора від серцево-судинної недостатності. За даними Янового В. В. та співавт. [5], спосіб ренизведення при поширеному некрозі після черевно-анальної резекції дозволяє уникнути багатоетапності лікування та інвалідизації хворих. За даними Федорова В. Д. з співавт. [10], найбільш сприятливим терміном ренизведення є 3–4 доба після первинної операції. Повторну операцію автори рекомендують виконувати двома бригадами висококваліфікованих хірургів. Натомість, Бондар Г. В. та співавт. [9] демонструють переваги промежного «донизведення» товстокишкового трансплантату при ННК в перші 2–3 доби післяопераційного періоду, за умови наявності запасу довжини трансплантату, а при недостатності останнього використовують абдомінальне ренизведення. ДОПЦ має досвід виконання 27 абдомінальних ренизведень при поширеному ранньому ННК з позитивним результатом.

Летальність при ННК досягає 20,5 % та істотно залежить від поширеності останнього та від обраного методу лікування. Так, серед пацієнтів, яким була виконана екстирпація низведеної кишки летальність становила 42,8 %, трансверзостома — 17,6 %, ренизведення — 11,1 %, консервативне лікування — 11,1 % [9, 10].

Мета дослідження

Узагальнення власного досвіду та напрацювання оптимального алгоритму в лікуванні ННК.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз безпосередніх результатів лікування хворих на РПК, яким виконано різного виду ЧАР ПК з низведенням ободової кишки на промежину з надлишком на базі відділення абдомінальної хірургії Чернігівського обласного онкологічного диспансеру за період часу з 2000 по 2013 рік. Всього за даний період проведено 2 054 оперативних втручань в резекційному об'ємі, серед них СЗО виконані у 1 596 хворих (77,7 %). В структурі сфінктерозберігаючих операцій при РПК частота ЧАР ПК склала 1 295 (81,7 %). Інтерсфінктерні резекції прямої кишки (ІСР ПК) виконані у 10 хворих.

Враховуючи той факт, що під поняттям ЧАР ПК приховується більше 200 різних видів оперативних втручань, в нашій клініці використовуються наступні два варіанта операції в залежності від висоти формування анастомозу (рис. 1):

ЧАР ПК з низведенням ободової кишки на промежину з надлишком та формуванням відсроченого колоректального анастомозу евагінаційним методом в два етапи (операція Турнбула, Turnbull-Cutait procedure).

Turnbull-Cutait procedure

Babcock procedure

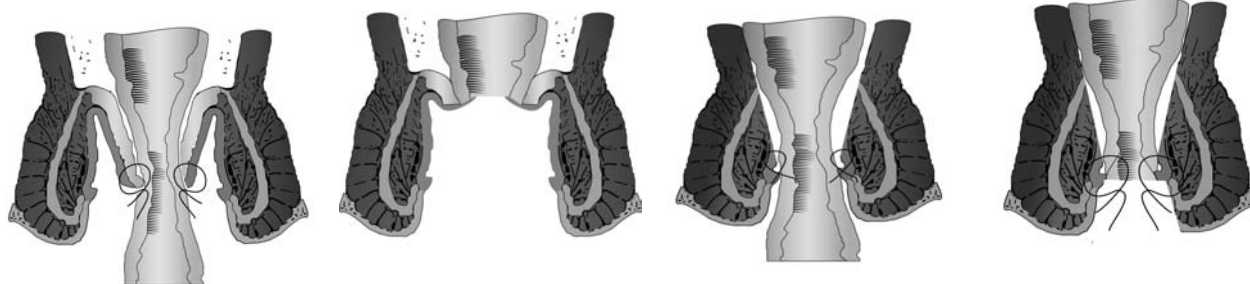


Рис.1. Варіанти червено-анальної резекції, що використовуються в клініці

ЧАР ПК з низведенням ободової кишки на промежину з надлишком та формуванням відсроченого колоанального анастомозу евагінаційним методом в два етапи (операція Нісевича – Петрова – Холдіна, Babcock procedure).

За об'ємом резекції товстої кишки виділяємо наступні варіанти ЧАР ПК:

- Стандартна — виконується «низька» перев'язка нижньої брижової артерії та низведення на промежину сигмовидної кишки.
- Розширена (операція Вальдоні) — «висока» перев'язка нижньої брижової артерії та лігування нижньої брижової вени у нижнього краю підшлункової залози з мобілізацією селезінкового кута та низведенням на промежину лівих відділів ободової кишки (ЛВОК). Показом до даного виду оперативного втручання є недостатність довжини життєздатного трансплантату при стандартній методиці мобілізації. Загальновизнаним критерієм достатності довжини трансплантата є можливість досягти життєздатним сегментом останнього до середини стегнового трикутника справа.
- Розширена з низведенням ЛВОК через «вікно» в брижі тонкої кишки — при мобілізації використовується вище вказаний підхід та додатково проводиться мобілізація великого сальника від поперечної ободової кишки на всьому протязі, часткове пересічення мезоколон зліва до середньої мезентеріальної артерії, а при необхідності і лігування останньої. Мобілізована ободова кишка низводиться через отвір в брижі першої петлі голодної кишки. Даний підхід дозволяє подовжити трансплантат на 15–17 см та попередити компресію дуоденоеюнального згину ободовою кишкою.

Таким чином, в нашому дослідженні стандартна ЧАР ПК виконана у 1 021 (78,8 %) випадках, розширена по Вальдоні — у 198 (15,3 %), розширена через «вікно» брижі тонкої кишки — у 76 (5,9 %).

Поширеність ННК визначали на основі даних візуального огляду (втрата тону та рельєфності стінки, зміна кольору (сірий) слизової та серозної оболонки, відсутність кровотечі при зрізі із стінки та брижі низведеної кишки), пальцевого дослідження (тонус стінки, наявність та величина дефектів) та клініко-лабораторних даних (гіпертермія, виділення фекального вмісту по дренажам чи дренажним каналам, перитонеальні знаки, зміни в аналізі крові та інше). Необхідно зазначити, що достовірних діагностичних тестів для визначення точного рівня некрозу на сьогоднішній день не існує.

В своїй практичній роботі виділяємо наступні два види ННК:

1. Ішемічний — розвивається на 2–5 добу за рахунок тромбозу магістральної судини. Проявляється втратою тону низведеної кишки, серозна та слизова оболонки стають сірими, часто чітко визначається демаркаційна лінія та, як правило, в перші дні відсутні явища інтоксикації.

2. Вогнищевий — виникає на 5–7 добу чи пізніше за рахунок порушення мікроциркуляції переважно у хворих похилого віку, особливо при наявності цукрового діабету, хронічної анемії чи вираженого атеросклерозу. Часто визначаються вогнища некрозів на протибрижовій поверхні кишки при безпечній життєздатності брижового краю, контури ділянок некрозу нечіткі, супроводжується гіпертермією, інтоксикацією, лейкоцитозом, часто поширюється на внутрішньотазовий сегмент кишки із септичними ускладненнями.

На нашу думку, такий розподіл ННК є етіопатогенетичним та дозволяє визначити оптимальний метод хірургічної корекції цього грізного ускладнення.

Результати досліджень та їх обговорення

Некроз низведеної кишки виявлено у 92 (7 %) пацієнтів. Серед них чоловіків — 64 (69,6 %), жінок — 28 (30,4 %). Розподіл хворих за віком та поширеністю процесу наведено в



табл. 1. З наведених даних прослідковується закономірне зростання кількості некрозів із збільшенням віку оперованих хворих, натомість стадія РПК не впливає на частоту виникнення даного ускладнення.

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком та поширеністю процесу

Розподіл пацієнтів з ННК			
за стадією пухлинного процесу, n (%)		за віковою структурою, n (%)	
I стадія	3 (3,3 %)	40-49 років	2 (2,2 %)
II стадія	38 (41,3 %)	50-59 років	18 (19,6 %)
III стадія	38 (41,3 %)	60-69 років	37 (40,2 %)
IV стадія	13 (14,1 %)	70-79 років	31 (33,7 %)
		80 років та старше	4 (4,3 %)

ННК спостерігався після стандартної ЧАР ПК у 79 (7,7 %) хворих, розширеної ЧАР по Вальдоні — у 8 (4 %) хворих, розширеної ЧАР з низведенням ободової кишки через брижу тонкої кишки — у 3 (3,9 %) хворих, після ІСР ПК — у 1 (10 %) хворих. Високу частоту ННК при інтерсфінктерних резекція пояснюємо наявністю «кривої навчання» на етапах освоєння методики.

Розподіл некрозів у залежності від часу виникнення наведено на рис. 2.

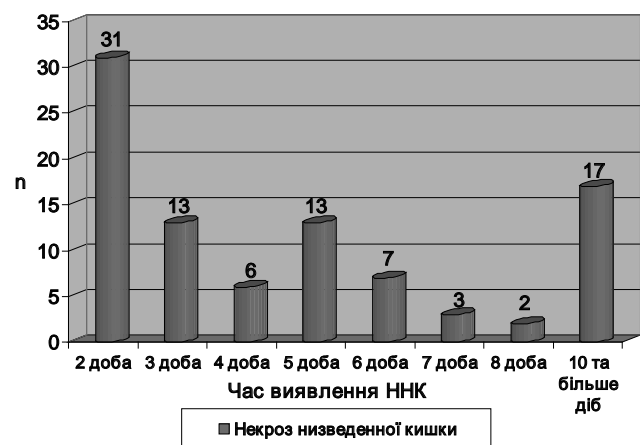


Рис. 2. Розподіл ННК за часом виявлення

З наведених даних видно, що у 63 (68,5 %) випадках ННК виник протягом перших 5 днів післяопераційного періоду, а у 17 (18,5 %) випадках розвинувся на 10 добу чи пізніше.

Для лікування некрозу низведеної кишки використовували наступні варіанти хірургічної корекції:

I варіант — промежинне донизведення ободової кишки. Виконано 14 хворим в строки до 5 діб. При такому варіанті донизведення у 2 (14,3 %) хворих виник надрив брижі сигмовидної кишки з розвитком внутрішньотазової кровотечі, що послужило приводом до релапаротомії з ренизведенням ЛВОК. У одному випадку розвинувся повторний ННК, виконано ренизведення ЛВОК.

II варіант — релапаротомія з ренизведенням сигмовидної кишки. Виконана в 3 випадках на 2 добу післяопераційного періоду, ускладнень та летальних випадків не спостерігалось.

III варіант — релапаротомія з ренизведенням лівої половини ободової кишки. Даний метод хірургічної корекції ННК проведено 24 хворим протягом перших 5 діб, ускладнення спостерігались у 2 (8,3 %) хворих. Одна пацієнтка померла від гострої серцево-судинної недостатності — летальність склала 4,1 %.

IV варіант — релапаротомія з ренизведенням ЛВОК через «вікно» брижі тонкої кишки. Виконано у 6 випадках протягом перших 4 діб, післяопераційних ускладнень та летальності не спостерігали.

Таким чином, післяопераційні ускладнення після ренизведення спостерігались у 5 (10,6 %) хворих, а летальність склала 2,1 % (1 хвора).

V варіант — релапаротомія, екстирпація низведеної кишки з формуванням перманентної колостоми. Такий підхід було використано у 15 випадках: на 2 добу — 6, на 3 добу — 1, на 6 добу — 2, на 8 добу — 2, на 9 добу — 4. Екстирпація низведеної кишки виконувалася у хворих при поширеному ННК з ознаками тазового перитоніту, тяжкою супутньою патологією та недостатністю довжини життєздатного трансплантату для ренизведення на промежину. В цій групі 4 (26,6 %) хворих померло, причиною летального наслідку стали: панкреонекроз, ГПМК, повторний некроз колостоми з розлитим перитонітом та гостра ниркова недостатність відповідно.

VI варіант — формування трансверзостоми. В цих випадках, як правило, на 5-7 добу виникав ННК вогнищевого характеру, лікування починали з консервативної терапії (безшлакова дієта, лоперамід, АБ-терапія), але по мірі поширення некрозу на внутрішньотазовий сегмент низведеної кишки та, як наслідок, формування зовнішніх калових нориць чи гнійно-септичних ускладнень в порожнині малого таза без ознак перитоніту були вимушені формувати дивертивну колостому через бокову мінілапаротомію. Колостома сформована у 19 випадках: на 8 добу — 1, на 10 добу — 1, на 12 добу — 1, на 13 добу — 5, на 14 добу — 2, після 20 днів — 9. У 11 випадках проведено додаткове широке дренивання порожнини малого таза. Летальних випадків не спостерігалось. В подальшому проводилась антибіотикотерапія, лаваж розчинами антисептиків порожнини малого таза. У 1 (5,3 %) хворого в післяопераційному періоді розвинувся інфаркт міокарда, стан вдалося стабілізувати та виписати із стаціонару під нагляд кардіолога. Протягом 6 місяців колостома закрыта у 8 (42,1 %) пацієнтів.

VII варіант — консервативне лікування. Проведено 10 хворим. У цих випадках некроз виникав на 5–8 добу післяопераційного періоду, як правило, носив вогнищевий характер та його поширення було виключно в межах анального каналу. Під консервативною терапією розуміли використання безшлакової дієти та, при необхідності, антибіотикотерапії. В клініці принципово не використовуємо ретроградні методики очистки кишківника (високі очисні клізми, зондування) із-за небезпеки перфорації кишки та пошкодження «бар'єрних злук» в анальному каналі чи порожнині тазу. У таких хворих відсічення надлишку низведеної кишки (формування відсроченого анастомозу) не проводилось із-за її відсутності. Необхідно зазначити, що контингент хворих, яким використовували VI чи VII варіант лікування потребує частого післяопераційного моніторингу з метою бужування анального каналу для профілактики рубцевого стенозу. Функціональні результати лікування в даних групах також страждають в порівнянні з пацієнтами, яким використовували I – IV варіант хірургічної корекції ННК.

Загальна кількість післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ННК склала 10 (10,9 %) випадків, а летальність — 5 (5,4 %) випадків. Структура ускладнень та летальності наведена в табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл некрозів у залежності від часу виникнення

Структура післяопераційних ускладнень при лікуванні ННК	п (%)
вид ускладнення	
Гостре розширення шлунку	1 (1,1 %)
Орхоепідидиміт	1 (1,1 %)
Внутрішньотазова кровотеча	2 (2,2 %)
Інфаркт міокарда	1 (1,1 %)
Панкреонекроз	1 (1,1 %) летальний
ГССН	1 (1,1 %) летальний
ГПМК	1 (1,1 %) летальний
ГНН	1 (1,1 %) летальний
Некроз колостоми, розлитий перитоніт	1 (1,1 %) летальний
Всього	10 (10,9 %)

Некроз низведеної кишки залишається найбільш частим та грізним ускладненням оперативних втручань з низведенням в хірургії РПК [1, 4, 9, 12, 14].

Частота ННК в нашому дослідженні співпадає з даними інших дослідників (табл. 3). Незважаючи на те, що визначені фактори ризику ННК, виникнення цього ускладнення неможливо спрогнозувати. Деякі автори доводять ефективність профілактики некрозів за рахунок інтраопераційних способів формування трансплантату (формування судинних місточків, розсічення міжсудинних проміжків, особливий спосіб мобілізації ЛПОК) [9]. В багатьох дослідженнях доведено вплив якості виконаної операції та досвіду хірурга на часто-

ту виникнення ННК [10, 17]. В нашій клініці фактор ризику «хірург» максимально мінімізований, так як рішення про життєздатність трансплантату визначається реферативно хірургічною бригадою (2–3 досвідчених хірурга) та при необхідності виконуються розширені ректальні резекції.

На сьогоднішній день, не розроблений загально визнаний уніфікований підхід до лікування даної категорії хворих. На нашу думку, останній факт є наслідком відсутності повноцінної класифікації ННК, що і утруднює визначення оптимального лікувального алгоритму.

Розроблена в нашій клініці авторська класифікація некрозів ґрунтується на патогенезі виникнення даного ускладнення, що дозволяє визначити оптимальний вид хірургічної корекції. Так, ішемічний некроз розвивається внаслідок тромбоза магістральної живильної судини трансплантату і, як правило, є раннім та поширеним, що регламентує необхідність у ранній релапаротомії та ренизведенні. Очікувальна тактика з метою визначення рівня некрозу в даному випадку не виправдана, так як призводить до виникнення гнійно-септичних ускладнень та перитоніту, що різко погіршує стан хворих і унеможливорює ренизведення. Натомість, вогнищевий некроз виникає внаслідок порушення мікроциркуляції трансплантату, як правило, на 6 добу та пізніше (пізній некроз). На цей момент низведена кишка міцно фіксована злуками в тазу, в черевній порожнині проходять асептичні запальні реакції. Рівень поширення вогнищевого некрозу відразу чітко встановити не можливо, а релапаротомія з ренизведенням асоціюється з максимальною кількістю післяопераційних ускладнень. Тому, в такій ситуації, використовуємо очікувальну тактику з метою ідентифікації рівня некрозу за ускладненнями. Виділяємо наступні 4 види вогнищевого ННК:

- 1) обмежений:
 - а) термінальний некроз,
 - б) некроз в межах анального каналу;
- 2) поширений:
 - а) в межах порожнини малого таза,
 - б) з розповсюдженням за межі порожнини малого таза.

При обмеженому некрозі загальний стан хворих суттєво не страждає, часто спостерігається гіпертермія, лейкоцитоз, некроз не виходить за межі анального каналу, септичних ускладнень в порожнині тазу не спостерігається. В таких випадках проводимо консервативну терапію.

Поширений ННК, що обмежений порожниною таза ускладнюється зовнішніми каловими норицями, септичними змінами в порожнині малого таза, ознаки перитоніту відсутні. Для



корекції ускладнень використовуємо формування тимчасових колостом, перевагу віддаємо трансверзостомі в лівому підребер'ї, а при необхідності доповнюємо широким дрениванням порожнини таза. У разі виходу некрозу за межі порожнини таза та наявності ознак перитоніту виконуємо екстирпацію низведеної кишки з формуванням перманентної колостоми та дренивання черевної порожнини згідно загальноновизнаних правил.

Таблиця 3

Порівняння частоти ННК в авторських дослідженнях після резекцій прямої кишки з низведенням

Авторські колективи	ННК (%)
Бондар Г.В. та ін. [9], 2012.	2 – 5,3
Федоров В.Д. та ін. [10], 1974.	3,8
Jarry J. et al.[12], 2011.	20
Remzi F.H. et al.[16], 2009.	7
Eichhoff G. et al.[14], 2008.	15
Martin S. et al. [17], 2012. (ISR)	9,1
Щепотін І.Б. та ін. [7] 2013. (ICP ПК)	4,6
Власне дослідження	7

Розроблена в клініці етіопатогенетична класифікація ННК з наступним вибором оптимального варіанта хірургічної корекції дозволила зберегти природній пасаж кишкового вмісту у 63 % хворих з таким грізним ускладненням (рис. 3). За даними Бондаря Г. В. та співав. [9] при ННК після ЧАР ПК лише у 48 % хворих вдалося зберегти природній пасаж кишкового вмісту.

У пацієнтів з I–IV варіантом лікування некрозу строки та методики лікування суттєво не відрізнялися від хворих з неускладненим перебігом післяопераційного періоду, а при V варіанті лікування результати не задовільні. Таким чином, тільки своєчасна діагностика раннього ННК з негайною релапаротомією та ренизведенням дозволяє зберегти природній пасаж кишкового вмісту, зменшити кількість ускладнень та летальність, а також забезпечити повноцінну психо-соціальну реабілітацію хворих.

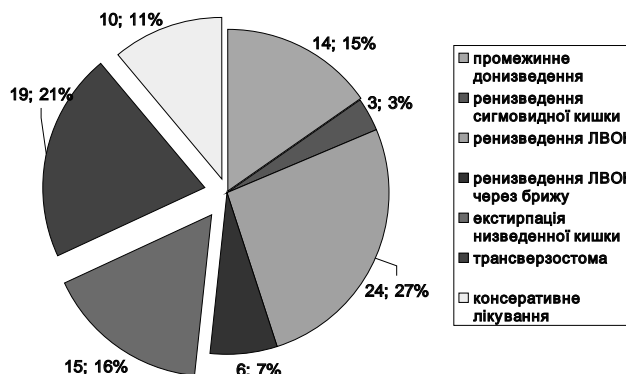


Рис. 3. Варіанти лікування некрозу незведеної кишки

Висновки

Частота некрозів низведеної кишки в нашому дослідженні становить 7 % та залежить від способу низведення, віку хворих та супутньої патології.

Виділено 2 етіопатогенетичні види ННК, які визначають тактику наступного лікування.

Тільки своєчасна діагностика раннього ННК з ранньою релапаротомією та ренизведенням дозволяє зберегти природній пасаж кишкового вмісту, зменшити кількість ускладнень та смертність, а також забезпечити повноцінну психо-соціальну реабілітацію хворих.

Об'єм повторної операції при ННК визначається індивідуально та залежить від часу виникнення та поширеності некрозу, наявності ускладнень, загального стану пацієнта на момент операції, віку та супутньої патології.

За промежинного донизведення ободової кишки є загроза розриву брижі з розвитком внутрішньотазової кровотечі.

Абдомінальне ренизведення ободової кишки є ефективним та безпечним методом хірургічної корекції некрозів низведеної кишки. Частота післяопераційних ускладнень становить 10,6 %, а летальність — 2,1 %.



ЛІТЕРАТУРА

1. Абдоминальное ренизведение ободочной кишки на промежность в лечении осложненной брюшно-анальной резекции / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, О. В. Совпель [и др.] // Онкология. — 2010. — Т. 12, № 2. — С. 11–13.
2. Амелина О. П. Возможный вариант хирургического лечения при некрозе низведенной сигмовидной кишки / О. П. Амелина, В. В. Яновой, В. И. Кривша // Вестник хирургии. — 1982. — № 6. — С. 73–74.
3. Бондарь Г. В. Успехи и проблемы лечения рака прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский // Новообразование. — 2009. — № 3–4. — С. 19–24.
4. Лечение некрозов низведенной кишки при выполнении хирургических вмешательств с низведением ободочной кишки на промежность у больных раком прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Г. Г. Псарас [и др.] // Новообразование. — 2010. — № 2. — С. 36–41.
5. Непосредственные результаты операции на толстой кишке с использованием колопластики / В. В. Яновой, С. В. Орлов, А. А. Назаров [и др.] // Вестник хирургии. — 1990. — № 12. — С. 80–82.
6. Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. — К., 2011. — № 12. — 41 с.
7. Стратифікація підходів до реконструкції товстого кишечника після низьких ректальних резекцій з приводу раку / І. Б. Щепотін, О. О. Колесник, Приймак В. В. [та ін.] // Університетська клініка. — 2013. — Том 9, № 1. — С. 88–91.
8. Сеньютович Р. В. Пути предупреждения ранних осложнений брюшно-анальной резекции прямой кишки / Р. В. Сеньютович, В. Д. Бабин, В. И. Ташук // Матеріали науково-практ. конф. «Нове в діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань органів травлення», 10–12 вересня 2003 р.
9. Тактика лечения некрозов низведенной на промежность ободочной кишки после брюшно-анальной резекции / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, В. Х. Башеев [и др.] // Новообразование. — 2012. — № 1–2. — С. 170–172.
10. Федоров В. Д. Хирургическая тактика при обширном некрозе низведенной сигмовидной кишки / В. Д. Федоров, О. П. Амелина, Т. С. Одарюк // Хирургия. — 1989. — № 4. — С. 60–63.
11. Cancer Statistics 2009 / A. Jemal, R. Siegel, E. Ward [et al.] // Cancer J Clin. — 2009. — Vol. 59 (4). — P. 225–49.
12. Delayed colo-anal anastomosis is an alternative to prophylactic diverting stoma after total mesorectal excision for middle and low rectal carcinomas / J. Jarry, J. L. Faucheron, W. Moreno, C. Bellera, S. Evrard // Eur. J. Surg. Oncol. — 2011. — № 37 (2). — P. 127–133.
13. Distal clearance margin of 1 cm or less: a safe distance in lower rectum cancer surgery / Bell F., Leo E., Mitchell R., [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. — 2009. — Vol. 24, № 3. — P. 317–22.
14. Eichhoff G. Short- and Long-Term Results of Hand-Sewn Coloanal Anastomosis Performed as a Salvage Procedure after Rectal Resection / G. Eichhoff // The Internet Journal of Surgery. — 2008. — Vol. 18, № 1.
15. Madoff R. D. Rectal cancer: optimum treatment leads to optimum results / R. D. Madoff // Lancet. — 2009. — Vol. 373. — P. 790–792.
16. Outcomes following Turnbull-Cutait abdominoperineal pull-through compared with coloanal anastomosis / F. H. Remzi, G. El Gazzaz, R. P. Kiran, H. T. Kirat [et al.] // Br. J. Surg. — 2009. — Vol. 96 (4). — P. 424–429.
17. Systematic review of outcomes after intersphincteric resection for low rectal cancer / H.M. Henegan, S. T. Martin, D. C. Winter [et al.] // British Journal of Surgery. — 2012. — Vol. 99 (5). — P. 603–612.



НЕКРОЗ НИЗВЕДЕННОЙ
КИШКИ ПОСЛЕ БРЮШНО-
АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
ПРЯМОЙ КИШКИ: ОПЫТ
ОДНОЙ КЛИНИКИ

И. П. Ерко, С. Б. Балабушко

Резюме. Целью исследования было обобщение опыта и разработка методов лечения некрозов низведенной ободочной кишки после ректальных резекций. Проведен анализ непосредственных результатов лечения 1305 больных раком прямой кишки, которым выполнено различного вида операции с низведением. Некроз низведенной ободочной кишки выявлено у 92 (7 %) больных. Разработана авторская этиопатогенетическая классификация некрозов и варианты хирургической коррекции последнего. Послеоперационные осложнения при лечении некрозов низведенной кишки наблюдались в 10,9 %, а летальность в 5,4 % случаев. При ренизведении ободочной кишки осложнения составили 10,6 %, а летальность 2,1 %. Своевременная диагностика раннего некроза низведенной кишки с немедленной релапаротомией и ренизведением позволяет сохранить естественный пассаж кишечного содержимого, уменьшить количество осложнений и летальность, а также обеспечить полноценную психосоциальную реабилитацию больных.

Ключевые слова: *рак прямой кишки, хирургическое лечение, некроз низведенной кишки.*

THE NECROSIS
OF PULLED-DOWN COLON
AFTER ABDOMINAL-ANAL
RESECTION OF RECTUM:
ONE CLINIC EXPERIENCE

I. P. Yerko, S. B. Balabushko

Summary. The purpose of the study was to summarize the experience and develop methods of treatment for the necrosis of pulled-down colon after rectal resection. The analysis of the immediate treatment results of 1305 patients with rectal cancer who underwent various types of operations with pull-through colon was carried. The necrosis of the pulled-down colon was found in 92 (7 %) patients. Etiopathogenetical classification of the necrosis and the options of surgical treatment were developed by the author. Postoperation complications in the treatment of bowel necrosis were observed in 10,9 %, and mortality in 5,4 % of cases. The cases with repulled-down colon revealed the complications of total 10,6 % and of 2, % mortality. Timely diagnosis of early necrosis of bowel with immediate relaparotomy and repulled-down colon allows to keep the natural passage of intestinal contents, reduce complications and mortality, as well as provide a full psycho-social rehabilitation of patients.

Key words: *rectal cancer, surgical treatment, necrosis of pulled-down colon.*