



В. Г. Яковець, Ю. В. Силяєв,  
Ю. В. Пасічник,  
О. В. Левковський

Чернігівська  
міська лікарня № 2

© Колектив авторів

## РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТРУКТИВНИХ РЕЗЕКЦІЙ У ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

**Резюме.** Проаналізовано безпосередні та віддалені результати виконання ургентних обструктивних резекцій (ОР) у хворих на колоректальний рак (КРР), який ускладнений гострою obturaційною кишковою непрохідністю. ОР було виконано 129 хворим із КРР на базі II хірургічного відділення ЧМЛ № 2 у період з 2010 по 2015 рр.. Післяопераційна летальність склала — 16,2 %. Незважаючи на майже сторічну історію, ОР продовжує займати міцну позицію в арсеналі ургентних втручань при ускладнених формах КРР, дозволяючи зменшити післяопераційну летальність у хворих літнього віку з високим операційним ризиком. Реконструктивні операції проведено в 9 (8,3 %) випадках, у строк від 1,5 до 8 місяців. Оптимальним строком для реконструктивно-відновних операцій слід вважати 3–5 місяців.

**Ключові слова:** колоректальний рак, гостра obturaційна кишкова непрохідність, обструктивна резекція, реконструктивно-відновні операції.

### Вступ

Гостра obturaційна кишкова непрохідність (ГОКН) є найбільш частим і тяжким ускладненням колоректального раку (КРР), який у структурі онкологічних захворювань займає провідну позицію і має стійку тенденцію росту [3, 5, 9]. В Україні за даними Національного канцер-реєстру у 2015 році захворюваність на КРР склала 44 на 100 тис. населення, у Чернігівській області — 47,2 [3, 5]. У переважній кількості хворих рак діагностують у місцевопоширених стадіях при розвитку ускладнень. Найбільш частими ускладненнями КРР є: ГОКН (до 80–85 %), кровотечі (4–15 %), перфорації пухлини (2–27 %) [1, 2, 4, 6, 7, 8]. Так, в Україні питома вага КРР III–IV стадій склала 41,9 %.

В останні десятиріччя в багатьох країнах світу спостерігається збільшення кількості стомованих хворих, незважаючи на те, що сучасна тенденція у хірургії ускладненого КРР заключається у використанні резекційних методів у поєднанні з первинно-відновними операціями, які передбачають формування первинно-нефункціонуючих анастомозів (ПНА) з накладанням протекторної колостоми вище рівня анастомозу, строком на 2–4 місяці [4, 5]. Однак ГОКН на фоні некомпенсованої супутньої патології або ускладнені гнійно-септичні форми раку (параколярний абсцес, перитоніт) не дають можливості для виконання первинно-відновних операцій і вимагають, на першому етапі оперативного втручання формування колостоми через високий ризик неспроможності швів анастомозу. Неспроможність швів анас-

томозу є фатальним ускладненням obturaційної товстокишкової непрохідності та є однією з найголовніших проблем ургентної хірургії. При планових оперативних втручаннях з приводу КРР вона становить 3,7–16 %, а при ускладнених формах від 2,7 до 68,4 %, та спостерігається у 1,1–28,5 % хворих, прооперованих з приводу раку товстої кишки з накладанням анастомозу ручним способом, та у 2,7–8,6 % пацієнтів при формуванні анастомозу за допомогою апаратних зшивачів. Летальність при цьому досягає 11,7–31 %, а за даними деяких авторів 32,1–100 % [1, 3, 5, 6, 8, 9, 10]. У наш час існують різні погляди на доцільність використання обструктивних резекцій (ОР) при ГОКН до яких відносять як власне операцію Гартмана (ОГ), так і операції «по типу» Гартмана (резекція ділянки товстої кишки з формуванням кінцевої колостоми). Одні автори вважають, що ОГ застаріла і сьогодні вийшла із моди «out of vogue», інші напроти розглядають її як «золотий стандарт» в ургентній хірургії ускладненого КРР, яка дає можливість одночасно усунути кишкову непрохідність і видалити злоякісну пухлину. Тому, в неспеціалізованих хірургічних клініках при ГОКН, найбільшу кількість прихильників має двоетапне лікування, коли на першому етапі використовують ОГ і ліквідацію колостоми на другому [4, 5, 8, 9, 11].

### Мета роботи

Проаналізувати безпосередні та віддалені результати виконання ургентної ОР у хворих на КРР, який ускладнений ГОКН.



### Матеріали та методи досліджень

Проведено ретроспективний аналіз безпосередніх і віддалених результатів ОР, які виконані на базі II хірургічного відділення у період з 2010 по 2015 роки. Загалом під нашим наглядом перебувало 129 хворих. У 118 пацієнтів колостоми були сформовані при ГОКН, причиною якої був рак сигмоподібної або лівої половини товстої кишки. З них: 15 хворих з раком верхньоампулярного відділу прямої кишки, яким було виконано черевно-промежину резекцію прямої кишки; у 13 випадках – лівобічна геміколектомія; у 40 – резекція сигмовидної кишки. Решті хворих (50) була виконана ОГ.

Середній вік пацієнтів –  $(74,6 \pm 3,4)$  роки. Жінок було 63 (48,8 %), чоловіків – 66 (51,2 %). Строком до 24 годин госпіталізовано 41 хворого (34,7 %), пізніше 24 годин – 77 (65,3 %). Екстрені оперативні втручання виконані в 118 (91,4 %) випадках, планові – у 11 (8,6 %). У стадії декомпенсації ГОКН оперовані – 76 (80,8 %), у стадії субкомпенсації – 18 (19,2 %) хворих.

### Результати досліджень та їх обговорення

Більшість оперативних втручання виконувалися у осіб похилого і старечого віку, з пізніми термінами госпіталізації (більше 24 годин), у тяжкому соматичному стані, з декомпенсованою ГОКН, явищами дегідратації, інтоксикації. У 107 (82,9 %) хворих були присутні обтяжуючі серцево-судинні захворювання, 92 (71 %) – мали надмірну вагу (ІМТ > 35). Після ОР у хворих спостерігалися наступні ускладнення: нагноєння післяопераційних ран – 7 (5,3 %) випадків, неспроможність кукси прямої кишки – 1 (0,7 %), обмежений перитоніт – 3 (2,3 %), некроз сигмостоми – 5 (3,8 %), параколостомічна флегмона – 4 (3,1 %), серцево-легеневі – 20 (15,7 %), тромботичні – 10 (8,3 %). У 35 (27,8 %) хворих спостерігалось поєднання ускладнень. Загалом ускладнення різного характеру спостерігалися у 43 (33,4 %) хворих. Помер 21 хворий, післяопераційна летальність склала – 16,2 %. Після ОГ померло 2 хворих (4 %). Серед 108 пацієнтів, які виписані із від-

ділення після ОР, через 3–12 місяців рецидиву раку виявлено у 16 (14,8 %), віддалені метастази у 10 (9,3 %). Другий етап операції для відновлення цілісності кишечника проведено у 9 (8,3 %) хворих, у термін від 1,5 до 8 місяців. З них 5 операцій ручним способом та 4 (колоанальні) – за допомогою циркулярних зшиваючих апаратів CDH29-33A (Ethicon EndoSurgery, Johnson & Johnson, USA). Відновити природний пасаж і ліквідувати колостому вдалося у всіх пацієнтів. Післяопераційних ускладнень та летальності не було. Загалом, після двох етапів операції показники ускладнень та летальності не змінились. Показники одно- та трирічної виживаності у хворих не відстежувались.

### Висновки

1. Незважаючи на майже сторічну історію, операція Гартмана продовжує займати міцну позицію в арсеналі ургентних втручань при ускладнених формах КРР, дозволяючи зменшити післяопераційну летальність у хворих похилого віку з високим операційним ризиком.

2. Термін для виконання реконструктивно-відновних операцій у стомованих хворих залежить від причини накладання стоми і може варіюватись як в сторону зменшення, так і в сторону збільшення, однак, оптимальним слід вважати 3–5 місяців. За цей період відбувається адекватне відновлення всіх функцій організму, маси тіла, структури стінки кишки, зникають явища запального процесу; хворі проходять дообстеження на предмет наявності віддалених метастазів та рецидиву захворювання, отримують адекватний курс ад'ювантної хіміотерапії, що дозволяє виконати реконструктивно-відновний етап операції з максимально низькими рівнями післяопераційних ускладнень та летальності.

3. Порівняно невелика кількість виконаних реконструктивно-відновних операцій, вірогідно пов'язана зі здебільшою орієнтацією лікарні на надання невідкладної хірургічної допомоги, а також низькою обізнаністю хворих стосовно можливості виконання даного спектру реабілітаційних втручань на базі лікарні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки /А. М. Ганичкин. — Л. : Медицина, 1990. — 416 с.
2. Давидов Ю. А., Гагарін В. П., Пакін В. П. / К. : Клінічна хірургія, 1990. - №7. — С.98-99.
3. Диагностика та лікування рака ободової та прямої кишки : посібник / ред. Н.Н. Блохіна. — М. : Медицина, 2001. — 255 с.
4. Ефшов Г. А. Осложненный рак ободочной кишки / Г. А. Ефшов, Ю. М. Ушаков. — М. : Медицина, 1994. — 151 с.
5. Збірник наукових робіт XXIII з'їзд хірургів України. — К. : Клінічна хірургія, 2015. — 68, 134, 171,172, 191, 207, 682 с.
6. Казаченко А. В. Нарушение мезентериального кровообращения как проблема неотложной практики / А. В. Казаченко // Медицина невідкладних станів. — 2007. — № 4(11). — С. 121–123.
7. Невідкладна хірургія живота / Ф. Х. Кутушев, М. П. Гвоздев, В.І. Філін, А.С. Либов. — К. : Наукова думка, 2003. — 248 с.
8. Федоров В. Д. Рак прямой кишки / В. Д. Федоров, Т.С. Одарюк, В.Л. Рывкин / под ред. В.Д. Федорова. — М. : Медицина, 1987. — 320 с.
9. Яицкий М. А. Опухоли кишечника : монографія / М. А. Яицкий, В. М. Седов. — СПб. : АНТ-М, 2005. — 376 с.
10. Faucheron J. L. Rectal akinesia as a new cause of impaired defecation / J. L. Faucheron, A. Dubreuil // Dis. Colon. Rectum. — 2000. — Vol. 43. — P. 1545–1549.
11. Surgical outcomes after colectomy with colorectal anastomosis / S. Guiyun, W. Chang [et al.] // J. Korean Soc. Coloproctol. — 2011. — Vol. 27 (4). — P. 180 – 187.

**РЕЗУЛЬТАТЫ  
ОБСТРУКТИВНЫХ  
РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ  
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ  
РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ  
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

***В. Г. Яковец, Ю. В. Силаев,  
Ю. В. Пасичнюк,  
А. В. Левковский***

**Резюме.** Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты выполнения urgentных обструктивных резекций (ОР) у больных с колоректальным раком (КРР), осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью. ОР были выполнены 129 больным с КРР на базе II хирургического отделения ЧГБ № 2 в период с 2010 по 2015 г. Послеоперационная летальность составила — 16,2 %. Несмотря на почти столетнюю историю, ОР продолжает занимать крепкую позицию в арсенале urgentных вмешательств при осложненных формах КРР, позволяя уменьшить послеоперационную летальность у больных пожилого возраста с высоким операционным риском. Реконструктивные операции проведены в 9 (8,3 %) случаях, в срок от 1,5 до 8 месяцев. Оптимальным сроком для реконструктивно-восстановительных операций нужно считать 3–5 месяцев.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, острая обтурационная кишечная непроходимость, обструктивная резекция, реконструктивно-восстановительные операции.

**RESULTS OF OBSTRUCTIVE  
RESECTION IN PATIENTS  
WITH COLORECTAL  
CANCER COMPLICATED  
BY ACUTE INTESTINAL  
OBSTRUCTION**

***V. G. Yakovets, Yu. V. Sylaeu,  
Yu. V. Pasichniuk,  
A. V. Levkovsky***

**Summary.** We analyzed the immediate and long-term results of the urgent obstructive resections (OR) in patients with colorectal cancer (CRC), complicated by an acute intestinal obstruction. OR were performed in 129 patients with colorectal cancer, on the basis of the II surgical department of Chernigov City Hospital №2, in the period from 2010 to 2015. Postoperative mortality was — 16.2 %. Despite almost a century, OR continues to occupy a strong position in the arsenal of urgent interventions in complicated forms of CRC, allowing to reduce postoperative mortality in elderly patients with high operative risk. Reconstructive surgery operations performed in 9 (8.3 %) patients in the period from 1.5 to 8 months. The optimal period for reconstructive operations should be considered 3-5 months.

**Key words:** colorectal cancer, acute intestinal obstruction, obstructive resection, reconstructive surgery.