

## КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНО—РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А. В. Борота, О. В. Совпель, А. П. Кухто, Н. К. Базиян—Кухто  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## COMBINED OPERATIVE INTERVENTIONS FOR LOCALLY—SPREAD DISEASES OF LARGE BOWEL

A. V. Borota, O. V. Sovpel, A. P. Kuhto, N. K. Baziyan—Kuhto

В последние годы наметилась тенденция к увеличению частоты выявления запущенных форм рака толстой кишки (ТК), что обусловлено некоторыми объективными факторами, основным из них является несвоевременное обращение населения за медицинской помощью [1, 2]. Как следствие, увеличилась частота осложненных форм рака ТК, среди которых особое место занимает прорастание опухоли окружающих органов и тканей. Вовлечение в опухолевый процесс ТК соседних органов значительно ограничивает возможность выполнения радикального вмешательства, что обусловлено выраженным перифокальным воспалением вокруг опухоли, часто без четких границ в окружающих тканях и клетчатке. В связи с этим нередко хирург вынужден отказываться от выполнения резекции [3 — 5]. Так, при прорастании опухоли ободочной кишки соседних органов перифокальное воспаление отмечено почти у 40% больных. Другим негативным следствием прорастания опухоли соседних органов является то, что при выполнении КОВ на ТК и, соответственно, расширении объема операции хирурги стремятся осуществить obstructивную резекцию для облегчения течения послеоперационного периода [6 — 8]. Это обуславливает инвалидизацию больных, а повторные восстановительные операции выполняют крайне редко из-за тяжести и большого риска послеоперационных осложнений.

Надежные объективные критерии прогнозирования результатов

**Реферат**  
В клинике общей хирургии на базе Областного колопроктологического центра в период 2012 — 2013 гг. оперированы 469 пациентов по поводу различных заболеваний толстой кишки (ЗТК). Проанализированы результаты лечения 51 (10,8%) пациента, которым произведены комбинированные оперативные вмешательства (КОВ). По поводу опухолей толстой кишки оперированы 48 (94,1%) пациентов, неопухолевых заболеваний — 3 (5,9%). КОВ при опухолях толстой кишки различной локализации в объеме паллиативных выполнены у 22 (13,1%) больных, у 34 (67%) — с резекцией или удалением одного пораженного органа, у 17 (33%) — двух органов и более. У 49 (96%) больных операция завершена формированием межкитического анастомоза либо низведением ободочной кишки. При адекватном проведении диагностических мероприятий и предоперационной подготовки пациентов выполнение КОВ целесообразно, поскольку не ухудшает показатели качества их жизни. Для оценки степени риска КОВ следует учитывать объем и тяжесть каждого этапа, выраженность нарушений функций органов и систем, операбельность процесса.

**Ключевые слова:** заболевания толстой кишки; комбинированные оперативные вмешательства.

**Abstract**  
In the clinic of general surgery, based on The Rural coloproctological centre, in 2012 — 2013 yrs 469 patients were operated for various diseases of large bowel. There were analyzed the results of treatment in 51 (10.8%) patients, to whom the combined operative interventions (COI) were conducted. For the large bowel tumors 48 (94.1%) patients were operated, for nontumoral diseases — 3 (5.9%). COI, as a palliative procedures for the large bowel tumors of various localization, were performed in 22 (13.1%) patients, in 34 (67%) — with resection and excision of one organ, and in 17 (33%) — of two organs and more. In 49 (96%) patients the operation was completed by formation of interintestinal anastomosis or using colonic descendance. In adequate conduction of diagnostic measures and preoperative preparations of patients the COI performance is expedient, because it do not compromise the indices of the patients quality of life. For estimation of the COI risk grade it is necessary to take into account the volume and severity of each stage, expressiveness of the disorders in the organs and systems function as well as the tumors resectability.

**Key words:** diseases of large bowel; combined operative interventions.

выполнения КОВ у пациентов по поводу различных ЗТК отсутствуют. Преимуществами КОВ являются предупреждение прогрессирования и осложнений основного и сопутствующих заболеваний, устранение риска повторного вмешательства, уменьшение суммарной продолжительности лечения пациентов в стационаре. Однако возможны и отрицательные последствия КОВ, в частности, увеличение продолжительности оперативного вмешательства

и вероятности возникновения интра— и послеоперационных осложнений [9].

Актуальной является проблема установления показаний и противопоказаний к выполнению КОВ из-за отсутствия комплексного подхода и общепринятого алгоритма лечебно—диагностических мероприятий.

Цель исследования: проанализировать результаты выполнения КОВ у пациентов по поводу ЗТК.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике общей хирургии за период 2012 — 2013 гг. оперированы 469 пациентов по поводу различных ЗТК.

Проанализированы результаты лечения 51 (10,8%) пациента, у которых выполнены КОВ. Женщин было 30 (58,9%), мужчин — 21 (41,1%). Возраст больных от 27 до 75 лет. Из сопутствующих заболеваний ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз диагностированы у 21 пациента, варикозное поражение вен нижних конечностей — у 12, гипертоническая болезнь II — III стадии — у 11, сахарный диабет I типа — у 5, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 2, недостаточность митрального клапана и клапана аорты — у 2.

По поводу опухолей толстой кишки оперированы 48 (94,1%) пациентов, неопухольевых заболеваний — 3 (5,9%). КОВ по поводу распространенных злокачественных новообразований ТК в объеме паллиативных выполнены у 22 (13,1%) больных. Рак сигмовидной ободочной кишки диагностирован у 20 (39,2%) больных, прямой — у 7 (13,7%), поперечной ободочной — у 6 (11,7%), слепой — у 5 (9,8%), восходящей ободочной — у 4 (7,8%), нисходящей ободочной — у 2 (3,9%), левого изгиба ободочной кишки — у 1 (1,9%), заднепроходного канала — у 3 (5,8%); дивертикулез сигмовидной ободочной кишки — у 3 (5,8%).

Всем пациентам до операции проводили комплексное обследование, которое включало клиническую оценку общего состояния, а также функций органов и систем; диагностику основного и сопутствующих заболеваний (ультразвуковое исследование, гастродуоденоскопия, ректороманоскопия). Основное внимание при планировании оперативного вмешательства уделяли данным спиральной компьютерной томографии с введением внутрь и внутривенно контрастного вещества для оценки распространенности процесса. После этого корригиро-

вали предоперационную подготовку, назначали дополнительные методы обследования, планировали этапы операции, устанавливали показания и противопоказания к выполнению КОВ.

По результатам тщательного обследования и с учетом сопутствующих заболеваний пациентам проводили предоперационную корригирующую терапию.

По поводу основного ЗТК резекция сигмовидной ободочной кишки выполнена у 15 (29,8%) больных, правосторонняя гемиколэктомия — у 10 (19,6%), брюшноанальная резекция прямой кишки — у 10 (19,6%), левосторонняя гемиколэктомия — у 8 (15,6%), передняя резекция прямой кишки — у 3 (5,8%), резекция прямой кишки по Дюамелю — у 2 (3,9%), сигмопротектомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза, протективной илеостомией, резекция ободочной кишки по Микуличу и прямой кишки по Гартманну — по одному наблюдению.

У 34 (67%) больных выполнены КОВ с резекцией или удалением одного пораженного органа, у 17 (33%) — двух органов и более.

После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости определяли степень вовлечения в воспалительный или опухолевый процесс соседних органов и структур.

Первым этапом осуществляли резекцию либо удаление вовлеченного в инфильтрат органа, затем восстанавливали его целостность (желудка, тонкой кишки, мочевого пузыря) и приступали к резекции пораженного участка ТК.

Часто во время ревизии вскрывали параколический абсцесс, его полость тщательно санировали, свободную брюшную полость отграничивали и приступали к основному этапу операции.

Обязательно проводили интраоперационную экспресс-диагностику тканей, вовлеченных в патологический процесс.

Непрерывность тонкой кишки восстанавливали путем формирования анастомоза бок в бок, целост-

ность мочевого пузыря — наложения двухрядного шва на его стенку. У 49 (96%) больных операция завершена формированием межкишечного анастомоза либо низведением ободочной кишки. У 2 больных выполнена обструктивная резекция левой половины ободочной кишки. Использовали дубликатурный инвагинационный анастомоз конец в конец. По завершении восстановительного этапа брюшную полость широко дренировали и промывали растворами антисептиков.

У 15 больных выполнена комбинированная резекция сигмовидной ободочной кишки, из них у 5 — в сочетании с тубовариоэктомией; у 2 — резекцией мочевого пузыря, левого мочеточника, экстирпацией культи шейки матки и тубовариоэктомией справа; у 2 — атипичной резекцией печени; у 2 — аппендэктомией; у 1 — надвлагалищной ампутацией матки с придатками; у 1 — резекцией подвздошной кишки; у 2 — экстирпацией матки с придатками и аппендэктомией; у 1 — резекцией тонкой кишки.

Различные виды резекции прямой кишки с низведением ободочной в заднепроходный канал выполнены у 16 пациентов, из них у 5 — с резекцией задней стенки влагалища, у 4 — резекцией тонкой кишки, у 3 — тубовариоэктомией, у 2 — атипичной резекцией печени, у 2 — резекцией подвздошной кишки, в том числе у 1 — надвлагалищной ампутацией матки.

У 10 больных выполнена комбинированная правосторонняя гемиколэктомия, у 4 из них — наряду с тубовариоэктомией; у 3 — атипичной резекцией левой доли печени; у 2 — аппендэктомией; у 1 — резекцией мочевого пузыря.

Комбинированная левосторонняя гемиколэктомия произведена 8 больным, у 3 из них — с резекцией хвоста поджелудочной железы и спленэктомией; у 2 — резекцией петли тонкой кишки и тубоварэктомией; у 1 — резекцией желудка и атипичной резекцией сегмента печени; у 1 — резекцией тонкой кишки и холецистэктомией (ХЭ); у 1 — атипичной резекцией печени, ХЭ.

У одной пациентки выполнена сигмопротэктомиа с формированием J-образного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза, наложением протективной илеостомы наряду с экстирпацией матки с придатками, аппендэктомией и резекцией тонкой кишки.

Резекция ободочной кишки по Микуличу с резекцией подвздошной кишки произведена одному больному.

Еще одному пациенту по поводу распространенной опухоли ректосигмоидного отдела прямой кишки на фоне острой непроходимости кишечника выполнена обструктивная резекция по Гартманну с резекцией задней стенки мочевого пузыря.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Продолжительность операции составила в среднем ( $165 \pm 25$ ) мин, продолжительность лечения в стационаре после операции — ( $14 \pm 4$ ) дня.

Течение послеоперационного периода после выполнения КОВ существенно не отличалось от такового после стандартных вмешательств на ТК.

Послеоперационные осложнения возникли у 8 (15,6%) пациентов, в том числе серома с нагноением операционной раны — у 5 (9,8%), пневмония — у 2 (3,9%), анастомозит — у 1 (1,9%).

После операции все пациенты живы.

Таким образом, при адекватном проведении диагностических мероприятий и предоперационной подготовки пациентов выполнение КОВ целесообразно, поскольку не ухудшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, а также показатели качества жизни пациентов.

Для оценки степени риска КОВ следует учитывать объем и тяжесть каждого этапа, выраженность нарушений функций органов и систем, операбельность процесса. Выполнение КОВ, несмотря на несколько большую продолжительность, оправдано, поскольку частота осложнений практически не отличается от таковой после стандартных вмешательств, а перспективы лечения значительно лучше.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бюлетень національного канцер-реєстру України / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Е. Л. Горюх [та ін.]. — 2007. — № 8. — С. 16 — 25.
2. Щерба С. Н. Частота комбинированных операций в онкопроктологии / С. Н. Щерба, В. В. Половинкин // Онкохирургия. — 2008. — № 1. — С. 52 — 53.
3. Multivisceral resection for colon cancer: analysis of prognostic factors / M. Lopez-Cano, M. J. Manas, E. Hermosilla, E. Espin // Dig. Surg. — 2010. — Vol. 27, N 3. — P. 238 — 245.
4. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer / H. Derici, H. R. Unalp, E. Kamer [et al.] // Colorect. Dis. — 2008. — Vol. 10, N 5. — P. 453 — 459.
5. Total pelvic exenterations for primary and recurrent malignancies / F. T. Ferenschild, M. Vermaas, C. Verhoef [et al.] // World J. Surg. — 2009. — Vol. 33, N 7. — P. 1502 — 1508.
6. Hohenberger W. Surgery for colon cancer / W. Hohenberger, B. Reingruber, S. Merkel // Scand. J. Surg. — 2003. — Vol. 92. — P. 45 — 52.
7. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma // C. Gebhardt, W. Meyer, S. Ruckriegel [et al.] // Langebecks Arch. Surg. — 2009. — Vol. 2, N 384. — P. 194 — 199.
8. Total pelvic exenteration for primary locally advanced and locally recurrent rectal cancer / M. Vermaas, F. T. Ferenschild, C. Verhoef [et al.] // Eur. J. Surg. Oncol. — 2007. — Vol. 33, N 4. — P. 452 — 458.
9. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance / T. Konishi, T. Watanabe, J. Kishimoto, H. Nagawa // J. Am. Med. Coll. Surg. — 2006. — Vol. 202, N 3. — P. 439 — 344.

