

УДК 616.345–007.272–089.87:616.345–089.844

## РЕКОНСТРУКТИВНО—ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

И. П. Ерко, С. Б. Балабушко

Черниговский областной онкологический диспансер

## RECONSTRUCTIVE—RESTORATION OPERATIONS AFTER OBSTRUCTIVE RESECTION OF LARGE BOWEL

I. P. Yerko, S. B. Balabushko

Chernihiv Regional Oncology Center

В последние годы в мире отмечена тенденция к увеличению частоты выявления КРР [1 — 3]. Наряду с этим, увеличилась и частота его осложненных форм, которые наблюдают у 60 — 70% больных [4 — 8]. Наиболее частыми осложнениями КРР являются: обтурационная непроходимость кишечника (в 80 — 85% наблюдений), перифокальное воспаление (в 12 — 35%), перфорация опухоли (в 2 — 27%), кровотечение (в 4 — 15%) [4 — 9].

Пациентов по поводу осложненных форм КРР преимущественно по линии экстренной медицинской помощи госпитализируют в urgentные и общехирургические клиники, где им, в лучшем случае, выполняют ОРТК. Основными причинами отказа от выполнения первично—восстановительных операций являются высокая частота несостоятельности швов межкишечного анастомоза, технические сложности его формирования при осложненном течении КРР, высокая частота послеоперационных осложнений. Помимо осложненного течения опухолевого процесса, показаниями к выполнению ОРТК являются: неблагоприятные топографоанатомические взаимоотношения органов брюшной полости и малого таза, тяжелые сопутствующие заболевания, пожилой и старческий возраст пациентов. По данным литературы, почти 40% ОРТК выполняют по поводу неосложненных форм заболевания [4, 5, 7 — 9].

Наличие постоянной колостомы обуславливает значительное снижение социально—трудовой и психо-

### Реферат

Проанализированы результаты реконструктивно-восстановительных операций, выполненных после обструктивной резекции толстой кишки (ОРТК) по поводу колоректального рака (КРР). Частота послеоперационных осложнений составила 11,7%. Наиболее частое осложнение - частичная несостоятельность швов межкишечного анастомоза, наложенного конец в конец - 3,9%. Летальность составила 1,1%.

**Ключевые слова:** колоректальный рак; обструктивная резекция толстой кишки; реконструктивно-восстановительные операции; осложнения; летальность.

### Abstract

The results of reconstructive-restoration operations, performed after obstructive resection of large bowel for colorectal cancer, were analyzed. The postoperative complications rate have constituted 11.7%. The most frequent cause of morbidity, 3.9%, was partial insufficiency of sutures of interintestinal anastomosis, formatted in the end to end fashion. Lethality have constituted 1.1%.

**Key words:** colorectal cancer; obstructive resection of large bowel; reconstructive-restoration operations; complications; lethality.

логической адаптации пациентов, ухудшение качества их жизни, требует существенных материально—экономических ресурсов для комплексного ухода за ней [3, 6, 10, 11].

Восстановление непрерывности кишечника после ОРТК является одним из наиболее технически сложных и травматичных вмешательств в колоректальной хирургии. Естественный пассаж содержимого по кишечнику восстанавливают не более чем у 20% пациентов онкологического профиля, основной причиной отказа от операции является прогрессирование опухолевого процесса. Так, после операции Гартмана по поводу КРР реконструктивно—восстановительный этап выполнен у 17 — 44% больных [3, 5, 7 — 9]. Неблагоприятными факторами, препятствующими успешному восстановлению естественного пассажа содержимого по кишечнику, являются выраженный рубцово—спа-

ечный процесс в брюшной полости и полости малого таза, что препятствует адекватной мобилизации сегментов толстой кишки; наличие значительного диастаза между аппроксимированными сегментами кишечника, что требует расширения объема мобилизации и резекции кишки; наличие воспалительных и рубцовых изменений в стенке кишки, что ограничивает расширение объема резекции; высокий риск повреждения во время мобилизации целостности петель тонкой кишки, а также соседних органов и сосудов. Все указанные факторы обуславливают значительное увеличение травматичности оперативного вмешательства. Таким образом, травматичность реконструктивно—восстановительной операции в значительной степени определяет высокую частоту послеоперационных осложнений, которая, по данным литературы, составляет 32 — 60%,

летальность достигает 8% и в основном обусловлена несостоятельностью швов толстокишечных анастомозов [3, 5, 8, 9].

Цель исследования: проанализировать способы и непосредственные результаты реконструктивно—восстановительных операций, а также заболеваний, потребовавших их выполнения, у пациентов после осуществления ОРТК по поводу КРР.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ результатов реконструктивно—восстановительных операций, выполненных у 179 больных в отделении абдоминальной хирургии Черниговского областного онкологического диспансера после ОРТК за период с 1990 по 2014 г. Мужчин было 95 (53%), женщин — 84 (47%). В возрасте до 40 лет было 9 (5,0%) больных, от 41 до 50 лет — 24 (13,4%), от 51 до 60 лет — 25 (14,0%), от 61 до 70 лет — 82 (45,8%), старше 71 года — 39 (21,8%), в среднем возраст больных ( $64 \pm 1,28$ ) года.

У 153 (85,5%) больных реконструктивно—восстановительные операции выполняли после ОРТК по поводу злокачественного новообразования толстой кишки, в том числе рака сигмовидной ободочной кишки — у 86, прямой кишки — у 53, левого изгиба ободочной кишки — у 7, нисходящей ободочной кишки — у 5, поперечной ободочной кишки — у 1, первично—множественного рака ободочной кишки (нисходящей и сигмовидной ободочной кишки) — у 1.

У 26 (14,5%) больных реконструктивно—восстановительные операции выполнены после ОРТК по поводу перфорации дивертикула сигмовидной ободочной кишки (у 8), ее псевдовоспалительной опухоли (у 7), глубокого инвазивного эндометриоза (у 2), лейомиомы сигмовидной ободочной кишки, ее травматического разрыва, заворота, тромбоза сосудов ее брыжейки, болезни Крона, хронического неспецифического язвенно—некротического колита в области ректосигмоидного отдела ободочной кишки, огнестрельного ранения брюшной

полости, абдоминального актиномикоза (по одному наблюдению).

ОРТК выполняли в других лечебных учреждениях по поводу неонкологических заболеваний — у всех пациентов, КРР — у 75%.

Реконструктивно—восстановительные операции у больных онкологического профиля выполняли в сроки от 5 до 6 мес после ОРТК, что было достаточно для проведения курса адьювантной химиотерапии, проявления канцероматоза и возникновения метастазов при агрессивных вариантах опухоли. Наличие отдаленных метастазов не считали противопоказанием к восстановлению непрерывности толстой кишки. В таких ситуациях учитывали состояние пациента, степень распространения опухолевого процесса, возможность вторичной хирургической циторедукции, эффективность и перспективность химиотерапии и таргетной терапии. У пациентов при неонкологических заболеваниях операции выполняли в сроки от 4 мес до 1 года, что необходимо для устранения воспалительных процессов в брюшной полости.

Предоперационный диагностический алгоритм предусматривал решение таких задач.

1. Оценка длины и состояния фунгиционирующих и отключенных сегментов толстой кишки. Анализировали результаты колонофиброскопии, ректороманоскопии, ирригоскопии.

2. Оценка топографоанатомических взаимоотношений в брюшной полости и полости малого таза, определение стадии злокачественного новообразования. Использовали результаты КТ, УЗИ, ирригоскопии.

3. Определение объема, риска и тяжести планируемого оперативного вмешательства, оценка степени анальной континенции.

4. Мотивация пациента на восстановление естественного пассажа содержимого по кишечнику.

Подготовку кишечника осуществляли путем механической очистки приводящей петли ободочной кишки и культы прямой кишки.

Метод восстановления непрерывности кишечника и объем ОРТК окончательно определяли во время

операции, в зависимости от выраженности рубцово—спаечного процесса, состояния культы толстой кишки. Ведущее значение имеют длина и состояние культы толстой кишки. Так, при длине культы толстой кишки более 10 см формировали внутрибрюшной анастомоз; менее 10 см — мобилизовали культю прямой кишки, иногда до тазовой диафрагмы, с последующей эвагинацией ее на промежность и низведением через заднепроходный канал проксимальных сегментов толстой кишки с избытком и формированием ручного отсроченного ректоободочного анастомоза (операции с низведением эвагинационным способом — pull—through operation). При невозможности мобилизовать культю прямой кишки выполняли операцию Дюамеля.

Реконструктивно—восстановительные операции с низведением ободочной кишки на промежность с применением эвагинационного метода выполнены у 40 (22,3%) пациентов, в том числе с низведением сигмовидной ободочной кишки — у 6 (3,3%), проксимального сегмента ободочной кишки — у 27 (15%), проксимального сегмента ободочной кишки через брыжейку тонкой кишки — у 7 (4%), операция Дюамеля выполнена у 5 (2,7%).

Восстановительные операции с формированием внутрибрюшного анастомоза выполнены у 134 (75%), в том числе сигморектоанастомоза — у 96 (53,6%), трансверзосигмоанастомоза — у 16 (8,9%), сигмосигмоанастомоза — у 12 (6,7%), трансверзотрансверзоанастомоза — у 1 (0,5%), трансверзоректоанастомоза — у 2 (1,1%); трансверзо(сигмо)ректоанастомоза с его ретроилеальным формированием — у 3 (1,6%), межкишечного внутрибрюшного анастомоза с сохранением стомы — у 4 (3,1%), колостому закрывали через 3 — 4 нед после операции.

При формировании межкишечного соустья предпочтение отдавали терминотерминальным анастомозам как более физиологическим, использовали двухрядный кишечный шов. У некоторых больных формировали латеролатеральный анастомоз (во избежание излишней

мобилизации сегментов кишечника, при наличии выраженных атрофических изменений в отключенных сегментах толстой кишки, несопоставимости диаметра аппроксимированных сегментов и т. п.).

У 22 (12,2%) больных выполняли дополнительные операции, в том числе резекцию петель тонкой кишки — у 10, терминального сегмента тонкой кишки с куполом слепой кишки и наложением илеоасцендоанастомоза — у 1, надвлагалищную ампутацию матки с придатками — у 2, аднексэктомиию — у 3, атипичную резекцию печени по поводу солитарных метастазов в ней — у 5, пластику послеоперационной грыжи брюшной стенки с использованием сетки — у 1.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После операции осложнения возникли у 21 (11,7%) больного, в том числе несостоятельность швов межкишечного анастомоза — у 7 (3,9%) больных (у 6 — проведено консервативное лечение, у 1 — про-

изведены релапаротомия, трансверзостомия, санация и дренирование брюшной полости, стома закрыта через 1 мес); госпитальная пневмония — у 5 (2,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 2 (1,1%), оба больных умерли; ятрогенная травма мочеточника — у 2 (1,1%), проведено зашивание ранения мочеточника интраоперационно; нагноение операционной раны — у 2 (1,1%); спаечная непроходимость тонкого кишечника — у 1 (0,6%), произведены релапаротомия, адгезиолизис; некроз низведенной ободочной кишки — у 1 (0,6%); очаговый некроз поперечной ободочной кишки — у 1 (0,6%), выполнены релапаротомия, резекция поперечной ободочной кишки, трансверзостомия. Несостоятельность швов межкишечного анастомоза наблюдали у больных после его формирования конец в конец, при наложении анастомоза бок в бок такое осложнение не наблюдали. После операции умерли 2 (1,1%) больных.

## ВЫВОДЫ

1. Реконструктивно—восстановительные операции после выполнения ОРТК являются технически сложными и травматичными вмешательствами, однако они значительно улучшают качество жизни, психо—социальную и трудовую адаптацию пациентов, уменьшают затраты на лечение за счет экономии средств по уходу за стомой.

2. Оптимальным сроком выполнения реконструктивных операций у больных онкологического профиля является 5 — 6 мес после первого вмешательства.

3. Метод восстановления непрерывности толстой кишки определяется объемом предыдущей операции, состоянием функционирующих и отключенных сегментов кишки, топографоанатомическими взаимоотношениями органов.

4. Наиболее частым послеоперационным осложнением является частичная несостоятельность швов межкишечного анастомоза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. В. Сравнительная оценка качества жизни пациентов, перенесших колостомирующие и сфинктеросохраняющие операции на прямой кишке: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 / А. В. Андреев. — Новосибирск, 2010. — 16 с.
2. Рак в Україні, 2010 — 2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, С. Л. Горох [та ін.] // Бюл. Нац. канцер—реєстру України. — 2012. — № 13. — 123 с.
3. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery / B. Wolff, J. Fleshman, D. Beck [et al.]. — N. Y.: Springer, 2007. — 495 p.
4. Бондарь Г. В. Успехи и проблемы лечения рака прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский // Новоутворення. — 2009. — № 3 — 4. — С. 19 — 24.
5. Бондарь Г. В. Реконструктивно—восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский // Там же. — С. 85 — 91.
6. Ветшев П. С. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения / П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов, Ф. А. Шпаченко // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2000. — № 1. — С. 64 — 67.
7. Захараш М. П. Тенденції і перспективи розвитку хірургічних втручань у колопроктології / М. П. Захараш // Мистецтво лікування. — 2003. — № 6. — С. 34 — 37.
8. Пойда А. И. Восстановительные и реконструктивно—восстановительные операции на толстой кишке / А. И. Пойда, В. М. Мельник. — К.: Изд. центр "Имидж Украины", 2015. — 367 с.
9. Федоров В. Д. Клиническая оперативная колопроктология: руководство для врачей / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. — М.: ГНЦ проктологии, 1994. — 432 с.
10. Delaini G. G. Rectal Cancer: New Frontiers in Diagnosis, Treatment and Rehabilitation / G. G. Delaini. — N. Y.: Springer, 2005. — 252 p.
11. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma / S. D. Ramsey, M. R. Andersen, R. Etzioni, C. Moynour // Cancer. — 2000. — Vol. 88, N 6. — P. 1294 — 1303.

