

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**Хамед Аббас,**

*Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы*

*Реабилитация стомированных больных – сложная клиническая и медико-социальная проблема. Единого стандарта хирургического лечения этого контингента пациентов не существует. Оперативное лечение сопровождается риском развития послеоперационных осложнений. Ликвидация превентивных колостом внебрюшинным способом имеет неоспоримые преимущества.*

**Ключевые слова:** толстокишечные анастомозы, колоректальный рак, восстановительные операции.

### ВВЕДЕНИЕ

После операций на толстом кишечнике частота несостоятельности швов анастомоза составляет 4,5–18,6 % [1; 2; 3]. Это осложнение создает опасность развития распространенного перитонита с летальностью 50 % [2]. Представлены результаты операций по ликвидации одноствольных концевых и двухствольных превентивных колостом у 42 пациентов. Цель операции - ликвидация колостомы и восстановление пассажа по толстой кишке. Для закрытия двухствольных колостом использовали вне- и внутрибрюшинный способы.

**Цель исследования** – ретроспективно оценить результаты после операций по закрытию одноствольных и двухствольных концевых колостом внутрибрюшинным, внебрюшинным способами у пациентов с колоректальным раком.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2006 по 2011 год на клинических базах Медицинского института СумГУ (КУ СГКБ № 5, СОКОД) были проведены восстановительные операции 31 пациенту после выполненных радикальных вмешательств с наложением концевых одноствольных колостом. Из них мужчин – 58 % (18 больных), женщин – 43 % (13 больных). У 8 человек (25,8 %) опухоль поражала селезеночный угол и нисходящая часть толстой кишки. Преимущественно первичный опухолевый процесс локализовался в сигмовидной кишке.

Восстановление непрерывности толстой кишки 19 пациентов проходили в течение первого года после удаления опухоли (61,2 %), в течение второго года – 8 больных (25,8 %). У 4 (13 %) пациентов реконструктивная операция проходила в более поздние сроки. Культи кишки в 87 % (27 случаев) располагалась выше тазовой брюшины.

Закрытие двухствольных превентивных колостом проведено у 11 пациентов. Внебрюшинный способ ликвидации колостом использован в 10 случаях.

Мужчин было 7 человек (63,6 %), женщин – 4 человека (36,4 %). Оперативное лечение проводили в сроки до 6 месяцев у 8 человек (72,8 %), через 12 месяцев – у 2 человек (18,2 %), через 1 год – у 1 пациента (9 %).

Из общего числа оперированных (42 пациента) старше 50 лет был 31 больной (73,8 %).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая индивидуальный интраоперационный подход, «ручной анастомоз» сформирован у 37 (88 %) больных, с помощью скобочных аппаратов компрессионного кишечного шва – 5 (12 %) пациентов.

Формирование межкишечного анастомоза при расположении культи выше тазовой брюшины не представляло технических трудностей. Сложным являлось восстановление целостности кишки после операции Гартмана с расположением купола культи прямой кишки под тазовой брюшиной после проведенного курса лучевой терапии из-за выраженности спаечного процесса.

При ликвидации одностольных концевых колостом интраоперационные осложнения в виде вскрытия просвета кишки были у 4 (12,9 %) больных. Послеоперационные осложнения в виде нагноения лапаротомной раны имели 3 (9,6 %) больных. Летальность составила 6,4 % (2 больных), причина смерти – перитонит вследствие несостоятельности швов анастомоза (аппаратный шов). При ликвидации двустольных концевых колостом послеоперационное осложнение, несостоятельность швов анастомоза, местный перитонит (внутрибрюшинный способ закрытия) были у одного пациента (9 %). Летальных исходов при внебрюшинном способе закрытия двустольных колостом не было. При внебрюшинном способе закрытия колостомы придерживались тщательной мобилизации проксимальных и дистальных отделов кишки.

У пациентов старше 50 лет при наличии колоректального рака ликвидацию двустольных колостом необходимо формировать внебрюшинным способом. Преимуществами данного способа является возможность при необходимости перейти на внутрибрюшинный способ закрытия колостомы; пациенты легче переносят послеоперационный период в связи с меньшей операционной травмой [4; 5].

#### ВЫВОДЫ

1. При ликвидации одностольных концевых колостом интраоперационные осложнения составили 12,9 % , послеоперационные осложнения - 9,6 % , летальность - 6,4 % .

2. Ликвидацию двустольных превентивных концевых колостом у пациентов с колоректальным раком целесообразно проводить внебрюшинным способом.

3. Способ восстановления целостности толстой кишки нужно выбирать исходя из интраоперационной ситуации.

Перспективами данного исследования являются разработка и внедрение в практику прогностических критериев для уменьшения послеоперационных осложнений.

#### ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ РАКОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

*Хамед Аббас,*

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*Реабілітація стомованих хворих – складна клінічна і медико-соціальна проблема. Єдиного стандарту хірургічного лікування цього контингенту пацієнтів не існує. Оперативне лікування супроводжується ризиком розвитку післяопераційних ускладнень. Ліквідація превентивних колостом позаочеревинним способом має незаперечні переваги.*

**Ключові слова:** товстокишкові анастомози, колоректальний рак, відновні операції.

#### RECONSTRUCTION OPERATIONS IN PATIENTS WITH COLON CANCER

*Hamed Abbas,*

*Medical Institute of Sumy State University, Sumy*

*Rehabilitation of ostomy patients is a complicated clinical and medico-social problem. A single standard of surgical treatment for this contingent of patients does not exist. A surgical treatment is accompanied by the risk of postoperative complications. Elimination of preventive colostomy by extraperitoneal way has undeniable advantages.*

**Key words:** colonic anastomoses, colorectal cancer, recovery operations.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гюльмамедов Ф. И. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / Ф. И. Гюльмамедов, А. М. Белозерцев, Н. И. Томашевский // Вестник неотложной и восстановительной медицины . – 2003. – Т. 4. – №2. – С. 218–221
2. Петров В. П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшной резекции прямой кишки // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2001. – Т. 6. – С. 59–64
3. Outcomes of primary repair and primary anastomosis in war-related colon injuries / A. Vertrees, W. Wakefield, C. Pickett, L. Greer, A. Wilson, S. Gillern, J. Nelson, J. Aydelotte, A. Stojadinovic, C. Shriver / J. Trauma. – 2009. – № 66 (5). – P. 1286–1293.
4. Management of colorectal injuries during operation iraqi freedom: patterns of stoma usage / J. E. Duncan, C. H. Corwin, W. B. Sweeney, J. R. Dunne, J. W. Denobile, P. W. Perdue et al. // Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care. – 2008.– № 64 (4). - P. 1043–1047.
5. Mechanical bowel preparation in intestinal surgery: a meta-analysis and review of the literature / С. Е. Pineda, А. А. Shelton, Т. Hernandez-Boussard, J. М. Morton, М. L Welton // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2008. – № 12 (11). – P. 2037–2044.

*Поступила в редакцию 3 сентября 2012 г.*