

В.Н. Косован

ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

КУ «Одесская областная клиническая больница», г. Одесса, Украина

Реферат. Проведен анализ результатов двухэтапного хирургического лечения осложненного операбельного рака левой половины толстой кишки у 390 больных. В 219 (56,15%) случаях (I группа) выполнены обструктивные резекции левой половины толстой кишки на I этапе с восстановлением проходимости кишечного тракта на II этапе. В 171 (43,85%) случае (II группа) I этапом было формирование двуствольной колостомы, а на II этапе – одновременное удаление опухоли со стомой и восстановление проходимости кишечного тракта.

Послеоперационные осложнения в I группе выявлены после двух этапов у 94 (42,92%) больных (на I этапе – у 53 (24,21%) и на 2 этапе – у 41 (18,71%) больного) и во II группе у 70 (40,94%) больных (на I этапе – у 26 (15,21%) и на II этапе – у 44 (25,72%) случаях). Таким образом, проведение двухэтапных операций в хирургическом лечении осложненного рака толстой кишки обосновано; показания для проведения оперативных вмешательств I и II типов должны быть строго выверенными и взвешенными; двухэтапные операции имеют значительное преимущество в выборе объема вмешательства с учетом состояния больного, запущенности развившегося осложнения, имеющихся резервов организма пациента. Количество послеоперационных осложнений в исследуемых группах при проведении двухэтапных операций I и II типов сопоставимо и составило 42,92% и 40,94%, соответственно.

Ключевые слова: одно- и двуствольные колостомы, двухэтапные операции, реконструктивно-восстановительные операции.

Хирургическое лечение осложненного рака левой половины толстой кишки (ОРЛПТК) на сегодняшний день предусматривает следующие виды оперативных вмешательств: одноэтапные, двухэтапные и трехэтапные (типа Цейдлера-Шлоффера). Наиболее частым осложнением рака левой половины толстой кишки является обтурационная кишечная непроходимость [2, 3, 4].

Выполнение одноэтапных операций с одновременным удалением опухоли и восстановлением проходимости кишечного тракта при ОРЛПТК возможно только в 6,3% случаев при достаточно строго ограниченных и взвешенных показаниях.

Количество послеоперационных осложнений у таких больных составляет до 48,5% и послеоперационная летальность достигала 28,7% [1]. Применение комплексной диагностической программы, рациональный выбор хирургической тактики с внедрением разработанных методик в специализированных центрах при ОРЛПТК позволило увеличить количество одноэтапных операций с 6,3% до 18,9%, двухэтапных – с 33,9% до 45,4% и снизить количество сформированных колостом с 51,2% до 28,1%, а частоту послеоперационных осложнений уменьшить с 48,5% до 21,8 – 22,4, снизить показатели

несостоятельности межкишечных анастомозов с 22,6 до 8,4%, снизить послеоперационную летальность с 6,9 до 2,4%, увеличить показатель приемлемых функциональных результатов с 64 до 88,2% [2, 4, 5, 6, 7].

По литературным данным, суммарное количество послеоперационных осложнений при трехэтапных операциях может достигать 80%, летальность – 50%, а к третьему этапу (ликвидации стомы) доходит только 30% больных [4].

С целью уменьшения количества осложнений при выполнении трехэтапных операций, от последних мы отказались в пользу двухэтапных. Можно выделить два типа двухэтапных операций: первый тип – на I этапе удаляется опухоль с формированием одноствольной стомы (обструктивные резекции) и на II – проводят реконструктивно-восстановительную операцию; второй тип – на I этапе выводится разгрузочная двуствольная стома и II-м этапом проводится удаление опухоли со стомой и восстановление пассажа по толстой кишке.

На сегодняшний день не решен вопрос о преимуществах различных типов двухэтапных операций, недостаточно изучены результаты таких вмешательств.

Цель нашего исследования – сравнить ре-

зультаты проведения двухэтапных оперативных вмешательств с первичным удалением опухоли и формированием одностольной колостомы с отсроченным восстановлением кишечника (I тип) и первичным выведением двухствольной стомы без удаления опухоли с отсроченным удалением опухоли и восстановлением пассажа по кишечнику (II тип).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 390 больных с ОРЛПТК, которым выполнены двухэтапные операции. У всех этих больных отсутствовали регионарные и отдаленные метастазы, и опухоль была резектабельна (T1-4, N0-1, M0), в других случаях пациенты были исключены из исследования.

Из них у 219 (56,15%) случаях (I группа) при имеющихся показаниях проведены обструктивные резекции тех или иных отделов левой половины толстой кишки с удалением опухоли: операции Гартмана – у 117 (53,42%) и левосторонняя гемиколэктомия – у 102 (46,58%) случаях с формированием временной одностольной стомы. Причинами выполнения обструктивных резекций левой половины толстой кишки были локализации рака в селезеночном отделе у 40 (18,26%), в нисходящем отделе – у 62 (28,31%) и в сигмовидной кишке – у 117 (53,43%) больных. Осложнениями рака у больных считали кишечную непроходимость – у 158 (72,15%) больных, перитонит – у 26 (11,87%) больных, перифокальное воспаление – у 13 (5,93%) больных, перфорацию опухоли – у 22 (10,05%) больных.

У 171 (43,85%) больного (II группа) с опухолями левой половины ободочной кишки на первом этапе сформирована только двустольная стома. Оперативное вмешательство предусматривало формирование двустольной стомы из локального доступа у 29 (16,96%) и у 142 (83,04%) больных при проведении средне-срединной лапаротомии. Причинами формирования стомы являлись обтурационная толстокишечная непроходимость, обусловленная опухолями нисходящей в 40 (47,62%) случаях и в 39 (46,43%) – сигмовидной кишок, в 5 (5,95%) – перфорации опухоли сигмовидной кишки.

Вторым этапом в исследуемых группах было восстановление кишечного тракта с ликвидацией колостомы в I группе и удалением опухоли и колостомы с восстановлением проходимости кишечника – во II группе. У 87 (50,88%) больных выполнена левосторонняя гемиколэктомия, у 84 (49,12%) больных – резекция сигмовидной кишки.

Всем больным проводились общеклинические методы обследования, рентгенологическое

исследование легких, УЗИ печени и забрюшинных лимфоузлов, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, рентгенография толстой кишки с контрастированием как самой культи прямой кишки так и через стому, изучение удаленного операционного материала, при необходимости – компьютерная томография. Больным перед I этапом проводилась кратковременная предоперационная подготовка, оперативное вмешательство проводилось по ургентным показаниям. Предоперационная подготовка и послеоперационная терапия на I и II этапах проводилась в условиях интенсивной терапии с мониторингом и своевременной коррекцией основных показателей сердечно-сосудистой системы, дыхания, компенсацией сопутствующих заболеваний. Все оперативные вмешательства проводились после предварительной подготовки толстой кишки. Предварительная подготовка толстой кишки включала в себя механическую очистку дистальных отделов толстой кишки и гидродинамическую тренировку выключенных отделов с помощью клизм. Метод обезболивания – общая анестезия с последующим обезболиванием при помощи противовоспалительных нестероидных препаратов. Антибиотикопрофилактика перед и во время операции, последующая антибактериальная терапия в течение 5-7 дней проводилась антибиотиками цефалоспоринового ряда II и III поколений и метронидазолом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты проведения двухэтапных операций оценивали по количеству осложнений, возникших как на I, так и на II этапе оперативных вмешательств, а также по суммарному количеству осложнений после двух этапов. О правильности применяемой тактики свидетельствует отсутствие летальности в исследуемых группах больных.

Послеоперационные осложнения, возникшие у больных при проведении I этапа операций, при осложненном раке левой половины толстой кишки приведены в табл. 1.

Отек выведенной толстой кишки в виде одно- либо двустольной колостомы наблюдался у большинства наших больных, купировался самостоятельно в ближайшие 2-3 суток и не рассматривался как осложнение.

Все осложнения на I этапе нами были разделены на общие, внутрибрюшные, парастомальные (ранние и отдаленные) осложнения. Общие осложнения развились в 4 (1,83%) случаях I-й и 4 (2,33%) случаях II групп, внутрибрюшные осложнения – у 1 (0,46%) и 1 (0,59%), парасто-

Послеоперационные осложнения при проведении оперативных вмешательств на I этапе хирургического лечения осложненного рака левой половины толстой кишки

Виды осложнений	I группа n=219	II группа n=171
Общие осложнения:	4 (1,83%)	4 (2,33%)
- тромбоэмболия ветвей легочных артерий	-	(0,58%)
- послеоперационное воспаление легких	4 (1,83%)	3 (1,75%)
Внутрибрюшные осложнения:	1 (0,46%)	1 (0,59%)
- внутрибрюшное кровотечение	1 (0,46%)	-
- продолжающийся перитонит	-	1 (0,59%)
Парастомальные осложнения:	48 (21,92%)	21 (12,29%)
Ранние:	23 (10,50%)	18 (10,53%)
- ретракция колостомы	5 (2,28%)	1 (0,59%)
- перистомальный дерматит	7 (3,20%)	8 (4,68%)
- абсцессы и флегмоны	5 (2,28%)	6 (3,51%)
- нагноение срединной раны	4 (1,83%)	3 (1,75%)
- некроз колостомы	2 (0,91%)	-
Отдаленные:	25 (11,42%)	3 (1,76%)
- параколостомические свищи	4 (1,83%)	1 (0,59%)
- стриктуры колостомы	3 (1,37%)	-
- параколостомические грыжи	12 (5,48%)	-
- эвагинация слизистой колостомы	6 (2,74%)	2 (1,17%)
ВСЕГО:	53 (24,21%)	26 (15,21%)

мальные осложнения у 48 (21,92%) и 21 (12,29%) I и II групп, соответственно. Значительно меньшее количество отдаленных парастомальных осложнений во II группе объясняется тем, что больные этой группы были оперированы через 1-1,5 месяца после I этапа, учитывая наличие неудаленной опухоли, опасность развития метастазирования. Отдаленные осложнения в этой группе просто не успели развиваться. Послеоперационные осложнения при проведении оперативных вмешательств на II этапе хирургического лечения осложненного рака левой половины толстой кишки приведены в табл.2.

При анализе результатов проведения двух

этапов оперативных вмешательств установлено, что количество послеоперационных осложнений составляет 94 (42,92%) в I и 70 (40,94%) во II группах и является сопоставимым.

Выводы. Таким образом, проведение двухэтапных операций в хирургическом лечении осложненного рака левой половины толстой кишки обосновано. Показания для проведения оперативных вмешательств I и II типов должны быть строго выверенными и взвешенными. Двухэтапные операции имеют значительное преимущество в выборе объема вмешательства с учетом состояния больного, запущенности развившегося осложнения, имеющихся резер-

Послеоперационные осложнения при проведении оперативных вмешательств на II этапе хирургического лечения осложненного рака левой половины толстой кишки

Виды осложнений	I группа n=219	II группа n=171
Общие осложнения:	7 (3,19%)	(4,67%)
- тромбоэмболия ветвей легочных артерий	2 (0,91%)	(0,58%)
- послеоперационное воспаление легких	5 (2,28%)	7 (4,09%)
Внутрибрюшинные осложнения:	20 (9,13%)	(11,11%)
- несостоятельность швов анастомоза	15 (6,85%)	10,52%)
- перфорация острой язвы тонкой кишки	1 (0,46%)	1 (0,58%)
- послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость	2 (0,91%)	-
- внутрибрюшное кровотечение	2 (0,91%)	1 (0,58%)
Гнойные осложнения раны:	14 (6,39%)	17 (9,94%)
- нагноение парастомальной раны	6 (2,74%)	7 (4,09%)
- нагноение лапаротомной раны	8 (3,65%)	10 (5,85%)
Всего:	41 (18,71%)	44 (25,72%)

вов організму пацієнта. Кількість післяопераційних ускладнень в досліджуваних групах при проведенні двухетапних операцій I і II типів сопоставимо и составило 42,92% и 40,94%, соответственно.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гордійчук П.І. Інтраопераційна декомпресія та лаваж кишечника / П.І. Гордійчук. – Клін. хірургія. – 2000. – № 6. – С. 55.
2. Гордійчук П.І. Кишкова непрохідність пухлинного генезу як проблема невідкладної хірургії (патогенез, діагностика, клініка, лікування, хірургічна реабілітація): автореф. дис. на здобуття докт. мед. н.: спец. 14.01.03 «Хірургія» / П.І. Гордійчук. – Київ, 2002. – 53 с.
3. Косован В.М. Хірургічна реабілітація хворих з тимчасовими одностовбуровими колостомами після обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки / В.М.Косован // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2011. – №4. – С.46-49.
4. Мельник В.М. Хирургическая тактика при осложненных формах рака правой половины толстой кишки / В.М. Мельник. – Харк. хірург. школа. – 2005. – № 4. – С. 11 – 15.
5. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г.В.Бондарь В.Х.Башеев, Ю.В.Думанский [и др.] // Новоутворення. – 2009. – № 3 – 4. – С. 85 – 91.
6. Сафронов Д.В. Двухэтапная хирургическая реабилитация больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки: дис. ... кандидата мед. н.: 14.00.27 / Д.В.Сафронов. – Чита, 2004. – 174 с.
7. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке. / М.П.Захараш А.И.Пойда, В.М.Мельник [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – № 7. – С. 35 – 40.

В.М.Косован

**ДВОЕТАПНІ ОПЕРАЦІЇ В
ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ
УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ЛІВОЇ
ПОЛОВИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ
КУ «Одеська обласна клінічна лікарня»,
м. Одеса, Україна**

Реферат. Аналізовано результати двоетапного хірургічного лікування ускладненого операбельного раку лівої половини товстої кишки у 390 хворих. У 219 (56,15%) хворих (I група) виконано обструктивні резекції лівої половини товстої кишки на I етапі з відновленням прохідності кишкового тракту на II етапі. У 171 (43,85%) хворого (II група) I етапом було формування двостовбурової колостоми, а на II етапі – одночасне видалення пухлини зі стоною та

відновлення прохідності кишкового тракту.

Післяопераційні ускладнення в I групі виявлені після двох етапів у 94 (42,92%) хворих (на I етапі – у 53 (24,21%) і на 2 етапі – у 41 (18,71%) хворого) і в II групі в 70 (40,94%) випадках (на I етапі – у 26 (15,21%) і на II етапі – у 44 (25,72%) випадках). Таким чином, проведення двоетапних операцій у хірургічному лікуванні ускладненого раку лівої половини товстої кишки обґрунтовано; показання для проведення оперативних втручань I і II типів повинні бути строго вивіреними і зваженими; двоетапні операції мають значну перевагу у виборі обсягу втручання з урахуванням стану хворого, занедбаності розвинутого ускладнення, наявних резервів організму пацієнта; кількість післяопераційних ускладнень у групах дослідження при проведенні двоетапних операцій I і II типів порівнянні і склали 42,92% і 40,94%, відповідно.

Ключові слова: одно- та двостовбурові колостоми, двоетапні операції, реконструктивно-відновні операції.

V.N. Kosovan

**TWO-STAGE OPERATIONS IN
THE SURGICAL TREATMENT OF
COMPLICATIONS CANCER LEFT HALF
OF COLON**

*KE “Odessa Regional Hospital,” Odessa,
Ukraine*

Summary. Analyzed results of two-stage surgical treatment of operable cancer complicated left half of the colon in 390 patients. In 219 (56,15%) patients (I group) completed obstructive resection of the left half of the colon at the I phase of the restoration of patency of tract at the II phase. In 171 (43,85%) patients (II group) I was forming stage double-barreled colostomy, and phase II - simultaneous removal of the tumor with a stoma and restoration of patency of the intestinal tract.

Postoperative complications were identified in Group I after two stages in 94 (42,92%) patients (stage I - in 53 (24,21%) and at stage II - 41 (18,71%) patients in group II and in 70 (40,94%) patients (stage I - 26 (15,21%) and at stage II - in 44 (25,72%) cases). Thus, the conduct of operations in the two-stage surgical treatment of complications of cancer of the left half of the colon is justified; indications for surgical intervention types I and II should be strictly adjusted and weighted; two-stage operation has a significant advantage in choosing the extent of intervention in view of the patient, the neglect of established complications, the available reserves of the patient; the number of postoperative complications in the treatment groups during the two-stage operations, types I and II, and was comparable to 42,92% and 40,94% respectively.

Keywords: one- and double-barreled colostomy, two-stage operation, reconstructive surgery.