

Осомбаев М.Ш., Жакипбеков С.Т.

КОЛОРЕКТАЛДЫК КАРЦИНОМАСЫНЫН РЕКОНСТРУКТИВДИК КАБЫЛЫНА КЕЛТИРҮҮЧҮ ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН ТҮЗДӨН-ТҮЗ НАТЫЙЖАСЫ

Осомбаев М.Ш., Жакипбеков С.Т.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

M.Sh. Osombaev, S.T. Zhakipbekov

DIRECT RESULTS OF RECONSTRUCTIVE AND RECOVERY OPERATION AT A COLORECTAL CANCER

УДК: 616.34-006.6-089-05

Макалада колоректалдык карциномасы менен ооруган бейтаптардын реконструктивдик калыбына келтирүүчү операция учурундагы жана андан кийинки жакынкы ырбоосун шиктөөнүн жыйынтыктары баяндалган. Бул изилдөөнүн жыйынтыктарынын негизинде 5-фторурацилдин ширелши процессине карата тийгизген таасири жөнүндө тыянак чыккан.

Негизги сөздөр: колоректалдык карцинома, реконструктивдик калыбына келтирилген операция, 5-фторурацил.

В данной статье изложены результаты изучения интра- и послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком во время выполнения реконструктивно-восстановительной операции. Делается вывод о влиянии 5-фторурацила на спаечный процесс, учитывая результаты данного исследования.

Ключевые слова: колоректальный рак, реконструктивно-восстановительная операция, 5-фторурацил, осложнения.

In this article results of studying intra- and postoperative complications at patients with a colorectal cancer are stated during performance of reconstructive and recovery operation. The conclusion about influence of a 5-fluorouracil on adhesive process is drawn, considering results of this research.

Key words: the colorectal cancer, reconstructive and recovery operation, 5-fluorouracil, complications.

Число онкологических больных в современном мире продолжает неуклонно расти. В структуре онкологических заболеваний рак толстой кишки выходит на одно из первых мест. За последние 10 лет отмечается значительный рост заболеваемости раком толстой кишки и увеличение количества больных с неопухолевыми заболеваниями и повреждениями данного отдела кишечника [1,2,3,4]. Многие больные поступают в тяжелом состоянии с осложненными формами колоректального рака, что заставляет производить оперативные вмешательства по экстренным и срочным показаниям и завершать их наложением различного вида колостом. Среди осложнений чаще всего встречаются острая кишечная непроходимость (71,8%), перфорация (17,8%) и кровотечение (10,4%) [5,6].

В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Данное вмешательство по технической сложности порой превосходит первичную операцию

и характеризуется относительно высокой частотой осложнений [7]. Это связано с частым наличием выраженного рубцово-спаечного процесса, особенно на фоне ранее проведенной лучевой терапии или после тяжелых воспалительных процессов в брюшной полости и тазу. Методы хирургической коррекции при ликвидации колостом за последние 10 лет практически не претерпели кардинальных изменений [8], и послеоперационные осложнения встречаются у каждого третьего больного [9].

Спаечная болезнь продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре осложнений абдоминальной хирургии. Значимость её растёт в связи с постоянным ростом числа и объёма операций на органах брюшной полости по поводу различной патологии в том числе колоректальным раком [10].

Таким образом, профилактика осложнений в сочетании с рациональной тактикой и выбором метода хирургического лечения, по-видимому, позволит улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций при ликвидации колостом.

Цель исследования - изучить результаты реконструктивно-восстановительного хирургического лечения стомированных больных после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана), в том числе за счет выявления основных причин, интра- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Нами изучены непосредственные результаты хирургического лечения рака толстой кишки 126 больных, находившихся на лечении в Национальном Центре Онкологии в отделении опухолей кишечника с 2000 по 2015 гг. Которым проводилась реконструктивно-восстановительные операции. Все пациенты были разделены на 2 группы: Группа I (основная) - 69 (54,76%) человек, составили оперированные пациенты, которые получали 5 – фторурацила в адьювантном лечении. Группа II (контрольная) - 57 (45,24%) человек, которые не получали адьювантный курс химиотерапии. Мужчин в первой группе было 30 (62,5%), во второй группе – 18 (37,5%), женщин - 39 (50%) и 39 (50%) соответственно. Всего мужчин было - 48 (38%), женщин - 78 (62%). Среднестатистический возраст

пациентов составил в контрольной группе 57,07 ± 1,8 лет, в основной 54,78 ± 1,4 лет.

Осложненный рак ободочной кишки диагностирован у 90 (71,4%), прямой кишки – у 36 больных (28,6%). Большинство пациентов при первичном обращении по поводу осложнений КРР были госпитализированы в стационар: с острой толстокишечной непроходимости в 109 (86,5%) случаев, перифокальный абсцесс и кровотечение наблюдалось у 14 (11%) больных. Больные с перфорацией кишки и разлитым перитонитом составило только в 3 (2,4%) случаях.

Из 126 человек, подвергнутых оперативному вмешательству, у 15 (11,9%) имелась IV стадия заболевания, у 100 (79,3%) пациентов – III стадия и у 11 (8,7%) пациентов со II стадией заболевания.

Большинство проведенных оперативных вмешательств выполнялось на различных участках толстой кишки 126 (100 %). Представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Объем первичного хирургического вмешательства	I группа		II группа	
	N	%	n	%
Операция Гартмана	26	37,7	18	31,5
Обструктивная резекция сигмы	32	46,4	24	42,1
Обструктивная левосторонняя гемиколонэктомия	10	14,5	14	24,5
Обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки	1	1,4	1	1,8
Всего	69	100	57	100

Chi-square p<0,05

Чаще производили обструктивные резекции сигмовидной кишки, больше превалировала в основной группе что составило 32 (46,4%) случаях, в контрольной 24 (42,1%). На втором месте операция Гартмана, большинство встречалось в основной группе 26 (37,7%) случаях, а в контрольной в 18 (31,5%). В единичных случаях проводилась обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки в исследуемых группах.

Часть операции носили комбинированного характера и дополнялись резекцией или экстирпацией смежных органов, за счет местно-распространенного процесса опухоли, представлены в таблице № 2.

Таблица 2

Комбинированные операции	I группа	II группа
Комбинированная обструктивная операция толстой кишки с экстирпацией матки с придатками	3 (20%)	4(26,6%)
Комбинированная обструктивная операция толстой кишки с резекцией мочевого пузыря и мочеточника	2(13,3%)	2(13,3%)
Комбинированная обструктивная резекция толстой	2(13,3%)	1 (6,6%)

кишки с резекцией тонкого кишечника		
Комбинированная обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки с резекцией желудка	-	1 (6,6%)

Как видно из вышеуказанной таблицы из 126 пациентов в исследуемых группах у 15 операции носили комбинированного характера.

Осложнения мы разделили на интра- и послеоперационные.

Результаты и обсуждения: Реконструктивно – восстановительные операции являются сложным и травматичным хирургическим вмешательством. Это обусловлено наличием более или менее выраженного рубцово – спаечного процесса в брюшной полости, нарушением нормальной анатомии, наличием низко расположенной культи прямой кишки, зачастую большим диастазом анастомозируемых отрезков кишки. 126 пациентам которым планировалась реконструктивно-восстановительная операция, удалось произвести 124. У 2-х пациентов из контрольной группы при выполнении второго этапа операции, из-за выраженного рубцово-спаечного процесса не удалось произвести реконструктивно-восстановительную операцию.

В таблице 3 представлена частота возникновения интраоперационных осложнений во время выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

Таблица 3

Осложнения	I группа		II группа		Всего	
	N	%	N	%	n	%
Дессоризации	7	10,4	35	52,2	42	62,7
вскрытие просвета кишечника	2	2,9	14	20,9	16	23,9
Кровотечение	1	1,5	4	6	5	7,4
резекция кишечника из-за множественных дессоризации	-		4	6	4	6

Как видно из вышеуказанной таблицы преобладала в контрольной группы дессоризации у 35 пациентов, а в основной группе всего у 7. Так же из-за множественных дессоризации у 4-х пациентов произведена резекция кишечника в контрольной группе, как в основной группе таких случаев не наблюдалось. Вскрытие просвета кишки в основной группе составило у 2-их, а в контрольной у 14-и пациентов. Так же вовремя адгезиолизиса в контрольной группе отмечалось кровотечение у 4 пациентов, а в основной группе наблюдалось лишь в одном случае.

Средняя длительность операции в основной группе составляет 117±3,3 мин (1 час 57 мин), а в группе сравнения 175,7±7,8 мин (2 часа 55 мин). Продолжительность операции увеличилась за счет

выраженности спаечного процесса. Test Chi-Square = 0,001

Объем кровопотери, в I группе: **381,1 ± 24,5** миллилитров, во II группе **653,5 ± 31,3**. Test Chi-Square = 0,001

Таблица 4

В таблице № 4 представлены послеоперационные осложнения.

Осложнения	I группа		II группа		Всего	
	Аб.ч	%	Аб.ч	%	Аб.ч	%
спаечная кишечная непроходимость	-	-	6	17,6	6	17,6
Эвентрация	2	5,8	2	5,8	4	11,7
несостоятельность швов анастомоза	2	5,8	3	8,8	5	14,7
Перитонит	2	5,8	9	26,5	11	32,3
Абсцесс	-	-	3	8,8	3	8,8
нагноение раны	2	5,8	1	2,9	3	8,8
толстокишечный свищ	-	-	2	5,8	2	5,8
Всего	8	23,5	26	76,5	34	100

Из таблицы №4 представлены частота встречаемости послеоперационных осложнений. Спаечная кишечная непроходимость наблюдалась только в контрольной группе у 6 пациентов, разрешены с помощью хирургического вмешательства. Так же по поводу перитонита 9-м пациентам в контрольной группе была произведена релапаротомия, устранение дефекта. А в основной у 2-х пациентов. $p < 0,05$. По поводу осложнений, связанных с несостоятельностью швов анастомозов, эвентрацией, выполнялись соответствующие экстренные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию этих осложнений, в I группе у 6 (4,7%) пациентов, во II группе у 23 (18,2%) пациентов.

Вместе с тем, по полученным нами данным, количество интра- и послеоперационных осложнений при реконструктивно-восстановительной операции оказалось почти в 3 раза меньше по сравнению с контрольной группой - соответственно 23 % и 77% ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, пациенты получившие адьювантную химиотерапию 5-фторурацилом, значительно улучшают результаты хирургического лечения. Сокращает длительность операции, объем кровопотери и уменьшает интра- и послеоперационные осложнения.

Литература:

1. Абуладзе Т.В., Шапатава К.В., Иванишвили Т.К., Микеладзе Д.В. Колопластика при ликвидации левосторонних колостом. // Тезисы докладов первого

съезда колопроктологов России с международным участием. -Самара. 2003. - С. 337-338.
 2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. -Москва: ЗАО «Издательство «Стольный град». 2002. - 160 с.
 3. Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М., Мехдиев Д.И., Галимов О.В., Куляпин А.В., Галлямов А.Х. Хирургическая реабилитация больных со стомами. // Колопроктология. № 1. - 2004. - С. 36.
 4. Осомбаев М.Ш., Джаналиев Б.Р., Жакипбеков С.Т., Джекшенов М.Д. Качество жизни пациентов со спаечной болезнью брюшной полости у больных колоректальным раком//Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. № 5.- 2016.с. 65
 5. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Ахметов И.Х., Меньшиков А.М., Баталов М.Ю., Лопатин В.М. Лечение осложненных форм колоректального рака. // Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара. - 2003. - С. 206-207.
 6. Бондарь Г.В., Звездин В.Я., Ладур А.И. //Хирургия. - 1990. -№9.- С. 125-127.
 7. Хотиняну В.Ф, Бенделик В.К, Тимиш Т.Г, Палий Т.А Хирургическая реабилитация колостомированных больных. // Тезисы докладов научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. - 2005. - С. 317-318.
 8. Сивец А.Н. К вопросу о хирургической тактике при восстановительных операциях у больных с осложненными колостомами. // Тезисы докладов научной конференции с международным участием посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. - 2005. - С. 60
 9. Durald Lopez C. Bacterial peritonitis high volumen lavage treatment. // Rev. Gastroenterol. Peru. - 2000. - № 20(1). - P. 49-52.
 10. Catalano, G. F., Muzii, Marana R. Rays 1998; 23(4):p. 673–682.

Рецензент: к.м.н., с.н.с. Борбашев Т.Т.