

УДК 616.345-089.168.1

© В. М. КОСОВАН

КУ "Одеська обласна клінічна лікарня"

## Реконструктивно-відновні операції при "короткій" куксі прямої кишки після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки

V. M. KOSOVAN

ME "Odessa Regional Clinical Hospital"

### RECONSTRUCTIVE SURGERY AT A "SHORT" STUMP OF THE RECTUM AFTER PREVIOUS OBSTRUCTIVE RESECTIONS OF THE SIGMOID COLON

Із 159 хворих, яким виконана обструктивна резекція сигмоподібної кишки з приводу її злоякісних, доброякісних захворювань та травм, у 47 (29,56 %) хворих (I група), що складає майже третину від всіх операцій, сформована "коротка" кукса прямої кишки (до 8–10 см). При розташуванні кукси прямої кишки під тазовою очеревиною у хворих із "короткою" куксою прямої кишки (збережено тільки середньоампулярний відділ у 43 (91,49 %) випадках або його частина в 4 (8,51 %) хворих) ми використовували механічний циркулярний анастомоз "кінець в кінець" за допомогою зшивальних апаратів у 43 (91,49 %) хворих, а в 4 (8,51 %) випадках низведення ободової кишки на промежину з подальшою колоректопластиком. Найбільш частими ускладненнями зі сторони оперативного втручання були інфільтрати та нагноєння операційної рани в 9 (19,15 %) хворих I та 23 (20,54 %) пацієнтів II груп. Нагноєння рани спостерігали як у місці видалення стоми, так і серединної рани. Неспроможність швів анастомозу виявлена в 3 (6,38 %) хворих I групи та 11 (9,82 %) пацієнтів II групи. У II групі лише в 1 (0,89 %) випадку була проведена релaparотомія з приводу неспроможності швів анастомозу та в 1 (0,89 %) випадку – кровотечі з лінії анастомозу.

Among 159 patients who underwent obstructive resection of the sigmoid colon concerning its malignant, benign diseases and injuries in 47 (29,56 %) patients (I group) that is almost the third of all operations there was formed the "short" stump of the rectum (up to 8–10 cm). When the location of the stump of the rectum at the pelvic peritoneum in patients with "short" stump of the rectum (saved only mediaampular department in 43 (91,49 %) cases, or its part in 4 (8,51 %) patients), we used a mechanical circular anastomosis "end to end" by suturing devices in 43 (91,49 %) patients and in 4 (8,51 %) cases – bringing down the colon to the perineum, followed by colorectoplasty. The most frequent complications of the surgery were infiltration and suppuration of the wound in 9 patients (19,15 %) of patients of the group I and 23 (20,54 %) of the group II. Festering wounds were observed at the site of removal of the stoma and the median wound. The failure of the anastomosis sutures was found in 3 patients (6,38 %) of the I group and 11 (9,82 %) patients in the II group. In the II group only in 1 (0,89 %) case was performed relaparotomy on insolvency anastomosis sutures, and in 1 (0,89 %) case on bleeding from the anastomosis line.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Ускладнена пухлинна патологія товстої кишки, як правило, закінчується симптоматичними оперативними втручаннями у вигляді розвантажувальних кишкових стом. На сьогодні все більше дослідників вважає недоцільним виконання симптоматичних багатоступінчатих оперативних втручань, називаючи таку тактику хибною. За літературними даними, за період після формування симптоматичної стоми і проведення радикальної операції минає значний час, ріст пухлини значно прогресує та виникає метастазування, наростає ракова інтоксикація, що майже в 2 рази знижує показники резектабельності порівняно з операціями, коли виконується первинне видалення пухлини [4].

Найбільш часто, при відповідному стані хворого та можливості, в таких ситуаціях виконуються операції Гартмана та за типом Гартмана [1, 3].

У ряді випадків після виконання обструктивної резекції сигмоподібної кишки (СК) залишається позаочеревинно розташована невеликих розмірів (до 8–10 см) кукса прямої кишки (ПК) (так звана "коротка" кукса ПК). Деякі хірурги вважають, що, радикально ліквідуючи основне захворювання (пухлина), досягнуто значного результату в збереженні та продовженні життя пацієнта, а наявність функціонуючої колостоми має другорядне значення. Досить часто невеликі розміри кукси, можливість розвитку післяопераційних ускладнень є однією з причин відмови в проведенні реконструктивно-відновних операцій (РВО) з відновлення прохідності

кишкового тракту, і такі хворі залишаються жити з протиприродним заднім проходом.

Колостомія, яка відіграла свою основну роль у збереженні життя, стала причиною зниження якості цього життя, тимчасової та часто стійкої втрати працездатності, потребує використання спеціальних засобів догляду за стоною, матеріальних затрат для придбання стомійного устаткування. Більше того, наявність кишкової стоми є тяжкою психологічною травмою для людини, змінює її встановлений спосіб життя [2, 5].

У зв'язку з цим, розробка реконструктивних та відновних операцій на товстій кишці є перспективним напрямком досліджень у колопроктології та відіграє основну роль у медичній і соціальній реабілітації та поліпшенні якості життя стомованих хворих.

**Мета роботи:** вивчити та проаналізувати результати РВО при “короткій” куксі ПК у хворих після перенесених обструктивних резекцій СК залежно від довжини кукси ПК, виду, типу анастомозу та його способу формування.

**Матеріали і методи.** Оперовано 159 хворих, яким на попередньому етапі виконано обструктивну резекцію СК. Серед оперованих було 75 (47,2 %) чоловіків і 84 (52,8 %) жінки у віці від 22 до 82 років. Середній вік складав (53,4±5,1) року. Причинами виконання обструктивних резекцій СК були різні ускладнення раку цього відділу кишки в 117 (73,6 %) хворих (із них кишкова непрохідність – у 83 (70,9 %), перитоніт – у 16 (13,7 %) хворих, перифокальне запалення – у 8 (6,8 %) пацієнтів, перфорація пухлини – у 10 (8,5 %) хворих), травми СК – в 9 (5,7 %) пацієнтів, післяопераційні ускладнення гінекологічних операцій – в 1 (0,6 %) хворої, заворот СК з її некрозом – у 9 (5,7 %) пацієнтів, сегментарний мезентеріотромбоз – у 7 (4,4 %), ускладнення дивертикульозу СК – в 11 (6,9 %) хворих. Крім того, в 5 (3,2 %) пацієнтів обструктивна резекція СК виконана при досить рідких захворюваннях товстої кишки: у 2 – запальні псевдопухлини невстановленого генезу, у 3 – обструктивного мегаколону).

У хворих з онкологічною патологією, яких включено в дослідження, були відсутні регіонарні й віддалені метастази, а пухлина була резектабельна (T<sub>1-3</sub>, N<sub>0-1</sub>, M<sub>0</sub>), в інших випадках пацієнтів виключено з дослідження. Всім хворим проводили загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічне дослідження легень, УЗД печінки та позаочеревинних лімфовузлів, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, рентгенографію товстої кишки з контрастуванням як самої кукси ПК, так і через стому, вивчення видаленого операційного матеріалу, при необхідності – комп'ютерну томографію.

На жаль, до операції важко визначити, який із анастомозів буде більш оптимальним у тій чи іншій ситуації. Вид, тип та спосіб формування анастомозу значною мірою будуть залежати від анатомо-топографічних умов, які на момент операції склались у черевній порожнині. Тому хірург, який буде виконувати реконструктивно-відновне втручання, повинен володіти всіма видами та типами виконання анастомозів.

Нами виконувались внутрішньоочеревинні в 112 (70,4 %) та позаочеревинні в 47 (29,6 %) випадках анастомози. Внутрішньоочеревинні анастомози частіше формувались “кінець в кінець” – 49 (64,47 %) випадків, іноді “бік в бік” – в 22 (19,64 %) випадках, а в деяких випадках – у 5 (6,58 %) – “кінець в бік”. Позаочеревинні анастомози формували ручним способом “кінець в кінець” та “кінець в бік”, а також за допомогою зшивальних апаратів фірм Auto Suture, Ethicon з діаметром головки 28–32 мм. Найчастіше всього тип анастомозу залежав від довжини дистальної кукси.

Розподіл хворих залежно від довжини збереженої кукси СК та ПК представлено в таблиці 1 і має такий вигляд: 47 (29,56 %) пацієнтів мали довжину 8–10 см, тобто збережено середньоампулярний відділ; 36 (22,64 %) – 11–14 см, тобто збережено верхньоампулярний відділ; 31 (19,50 %) – 15–18 см, тобто збережено ректосигмоїдний відділ; 45 (28,30 %) – більше 18 см, тобто збережено сигмоподібний відділ.

**Таблиця 1. Розподіл хворих залежно від довжини збереженої кукси прямої кишки**

Довжина кукси ПК, см	Абс. ч.	%
8–10	47	29,56
11–14	36	22,64
15–18	31	19,50
Більше 18	45	28,30
Всього	159	100

Із 159 хворих у 112 (70,4 %) довжина кукси складала більше 11 см, а в 47 (29,6 %) пацієнтів не перевищувала 8–10 см. Таким чином, майже в третини хворих довжина кукси ПК була досить “короткою”, а в інших випадках її довжина була достатньою для формування внутрішньоочеревинного анастомозу.

У дослідженні 47 хворих з “короткою” куксою ПК було віднесено до I групи, а 112 хворих із достатньою довжиною – до II групи.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При збереженій достатній довжині кукси ПК із часткою ректосигмоїдного та сигмоподібного відділів

товстої кишки в 76 випадках формували колоректальні анастомози “кінець в кінець” у 49 (64,47 %) хворих, “кінець в бік” – у 22 (28,95 %) хворих та в 5 (6,58 %) пацієнтів – “бік у бік”.

При збереженому верхньоампулярному відділі ПК в 36 випадках ми формували внутрішньо- та

позаочеревинні колоректальні анастомози “кінець в кінець” в 11 (30,56 %) хворих, а в 25 (69,44 %) пацієнтів за допомогою механічного шва.

При розташуванні кукси ПК під тазовою очеревиною у 47 хворих (збережено тільки середньоампулярний відділ у 43 (91,49 %) або його частина в 4

**Таблиця 2. Види сформованих анастомозів залежно від довжини кукси ПК**

Довжина кукси ПК	Вид сформованого анастомозу							
	І група (n=47)				ІІ група (n=112)			
	“кінець в кінець”	“кінець в бік”	МА*	низведення СК	“кінець в кінець”	“бік в бік”	“кінець в бік”	МА*
“Коротка” кукса 8–10 см	-	-	43 (91,49 %)	4 (8,51 %)	-	-	-	-
Кукса ПК 11–14 см	-	-	-	-	11 (30,56 %)	-	-	25 (69,44 %)
Більше 15 см	-	-	-	-	49 (64,47 %)	5 (6,58 %)	22 (28,95 %)	-
Всього	-	-	43 (91,49 %)	4 (8,51 %)	60 (53,57 %)	5 (6,58 %)	22 (28,95 %)	25 (69,44 %)

Примітка. МА\* – механічний анастомоз.

(8,51 %) хворих) ми використовували механічний циркулярний анастомоз “кінець в кінець” за допомогою зшивальних апаратів у 43 (91,49 %) хворих, а у 4 (8,51 %) випадках низведення ободової кишки на промежину з подальшою колоректопластиком.

Післяопераційні ускладнення та їх види представлено в таблиці 3.

Летальних випадків при проведенні РВО не було. Найчастішими ускладненнями зі сторони оперативного втручання були інфільтрати та на-

гноєння операційної рани в 9 (19,15 %) хворих І та 23 (20,54 %) пацієнтів ІІ груп. Нагноєння рани спостерігались як в місці видалення стоми, так і середньої рани. Неспроможність швів анастомозу виявлена в 3 (6,38 %) пацієнтів І групи та 11 (9,82 %) хворих ІІ групи.

Кровотеча з лінії анастомозу спостерігалась в 1 (0,89 %) хворого ІІ групи, що потребувало повторного хірургічного втручання для проведення остаточного гемостазу.

**Таблиця 3. Види ускладнень у групах дослідження**

Види ускладнень	Хворі після обструктивних резекцій СК	
	І група (n=47)	ІІ група (n=112)
Інфільтрати та нагноєння післяопераційної рани	9 (19,15 %)	23 (20,54 %)
Неспроможність швів анастомозу	3 (6,38 %)	11 (9,82 %)
Кровотеча із зони анастомозу	-	1 (0,89 %)
Всього	12 (25,53 %)	35 (31,25 %)

При розвитку інфільтратів та нагноєнні післяопераційної рани проводили дренажування рани, антибактеріальну терапію, місцеву терапію антисептиками та мазями, що привело до загоєння рани. Найчастіше нагноєння рани спостерігали в місці видаленої колостоми. В разі розвитку неспроможності анастомозу лише в 1 (0,89 %) випадку ІІ групи була виконана релапаротомія, санація і дренажування черевної порожнини та накладена двостовбурова трансверзостама.

В усіх інших випадках була налагоджена активна проточно-аспіраційна система із застосуванням антисептиків у зоні анастомозу, що дозволило за-

побігти релапаротомії та виведенню колостоми. В 1 (0,89 %) випадку кровотечу із зони анастомозу вдалося виявити та зупинити під час релапаротомії, ревізії та прошивання кровотоливої судини.

Кількість неспроможності анастомозу залежно від способу його формування була різною. Але, враховуючи невелику кількість деяких застосованих способів формування анастомозу, неможливо зробити висновки про переваги того чи іншого методу. Для цього потрібне проведення подальших досліджень.

Таким чином, потребує подальшого дослідження та вивчення залежність між кількістю та харак-

тером післяопераційних ускладнень, способом та видом формування колоректального анастомозу, що дозволить застосовувати РВО у хворих із “короткою” куксою ПК та покращити якість життя стомованих хворих.

**Висновки.** 1. Наявність “короткої” кукси прямої кишки не може бути відмовою в проведенні реконструктивно-відновної операції на товстій кишці.

2. Використання механічних зшивальних апаратів значно полегшує умови формування позаочеревинних колоректальних анастомозів при “короткій” куксі прямої кишки.

3. Кількість післяопераційних ускладнень при проведенні реконструктивно-відновних операцій при “короткій” куксі прямої кишки істотно не відрізняється від операцій з достатньою довжиною такої кукси.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гюльмамедов Ф. И. Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана / Ф. И. Гюльмамедов, Г. Е. Полуни, Е. Г. Макиенко // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 53–54.
2. Воробьев Г. И. Оценка качества жизни оперированных больных / Г. И. Воробьев, Э. А. Степанова / Колопроктология. – 2006. – № 3 (17). – С. 46–52.
3. Косован В. Н. Хирургическое лечение рака сигмовидной кишки, осложненного острой обтурационной кишечной непроходимостью / В. Н. Косован // Материалы II съезда колоп-

- роктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса. 18–20 мая 2011 г. – Одесса, 2011. – С. 136–137.
4. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башев, Ю. В. Думанский [и др.] // Новоутворення. – № 3–4. – С. 85–91.
5. Quality of Life with a Temporary Stoma / A. W. Gooszen, R. H. Geelkerken, J. Hermans [et al.] // Disease Colon. Rectum. – 2000. – № 3 (43). – P. 650–654.

Отримано 31.10.11