

## ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*И.Д. Бубликов, Е.П. Куликов, А.П. Загадаев*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**В статье проанализированы непосредственные результаты 138 комбинированных операций на толстом кишечнике, выполненных в период с 1989 по 2000 гг. У большинства больных имелись злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки, яичников, матки со вторичным поражением различных отделов толстой кишки. В ходе вмешательства удалялось от 2 до 6 органов. Послеоперационные осложнения возникли у 38 (27,5±3,8%) больных. После операции погибли 5 пациентов (3,6±1,6%). При этом доля послеоперационных осложнений и летальности в группе стомированных больных и в группе больных с первичным восстановлением непрерывности кишечника существенно не отличались.**

**Ключевые слова:** опухоли толстой кишки, хирургические вмешательства, первично-восстановительные, анализ.

У 30-55% при первичном обращении выявляется местно-распространенный рак толстой кишки [9]. Тот факт, что значительный процент больных имеет распространенную форму колоректального рака, а нередко и осложненную (в том числе и перифокальным воспалением, которое клинически невозможно дифференцировать от опухолевой инфильтрации), заставляет прибегать к выполнению комбинированных вмешательств, необходимость которых в подобных случаях практически ни у кого не вызывает сомнений [1,2,6,7]. Но показания и противопоказания к подобным вмешательствам определены не достаточно четко [10], кроме того, не решен вопрос о возможности, а также показаниях и противопоказаниях к первичному восстановлению непрерывности кишечника при выполнении обширных комбинированных вмешательств [3,8].

### Материалы и методы

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты комбинированных операций на толстом кишечнике при его первичном и вторичном поражении. В 1989-2000 гг. выполнено 138 операций, при которых наряду с толстой кишкой вмешательства выполнялись и на других органах (печени, поджелудочной железе, желудке, селезенке, тонком кишечнике, мочевом пузыре, матке, придатках и др.). При этом удалялось от 2 до 6 органов. Средний возраст больных, подвергнутых комбинированным оперативным вмешательствам, 60,3 года. Мужчин среди оперированных было 49 (35,5%) и женщин - 89 (64,5%).

У подавляющего большинства больных имелись злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки, яичников, матки (с вовлечением в опухолевый процесс различных отделов толстой кишки). Из операций на толстом кишечнике чаще всего выполнялись следующие вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия - 48 (34,8%) случаев, резекция сигмовидной кишки - 21 (15,2%) случаев, обструктивные резекции ободочной кишки - 27 (19,6%), в 7 (5,1%) случаях левосторонняя гемиколэктомия. Различные операции на прямой кишке выполнены у 28 (20,3%) пациентов. У 7 (5,1%) больных выполнены другие виды вмешательств.

Комбинированный характер вмешательства был связан с истинным переходом опухолевого процесса на соседние органы у 55 (39,9%) больных, у 15 (10,9%) - с наличием отдаленных метастазов (в основном в яичники и в печень), с наличием другой опухолевой патологии органов брюшной полости - в 22 (15,9%) случаях. В 9 (6,5%) случаях это были доброкачественные опухоли - преимущественно женских половых органов и в 13 (9,4%) случаях синхронные злокачественные опухоли - чаще всего толстой кишки. Вовлечение смежных органов в перипроцесс отмечено в 26 (18,8%) случаях. Таким образом, клинически местно-распространенный процесс имел место в 81 (58,7% от числа всех комбинированных вмешательств на толстой кишке) случае, из которых истинный переход опухоли на смежные структуры имел место в 67,9% случаев.

У 20 (14,5%) пациентов причиной комбинированного характера оперативного вмешательства явились сопутствующие неопухолевые заболевания (чаще всего грыжи брюшной стенки и неопухолевые заболевания яичников). В 7 (5,1%) случаях комбинированный характер оперативных вмешательств был связан с возникновением интраоперационных осложнений (в 2 случаях повреждение подвздошных артерий, которое потребовало наложения сосудистого анастомоза, в 2 случаях повреждение селезенки, потребовавшее спленэктомии и в 3 случаях повреждение мочеточника, потребовавшее наложения мочеточникового анастомоза). У ряда больных имелось более одного фактора, обуславливающего комбинированный характер выполненного вмешательства. У 99 (71,7%) больных имелись те или иные осложнения опухолевого процесса.

#### **Результаты и их обсуждение**

Всего у 138 больных было выполнено (помимо основного вмешательства на толстой кишке) 229 вмешательств на различных органах и тканях (смотри таблицу 1).

Таблица 1

#### ***Другие удаленные органы и оперативные вмешательства при операциях на толстой кишке***

№	Объем вмешательства на других органах и тканях	Количество
1.	Двусторонняя аднексэктомия	33
2.	Односторонняя аднексэктомия	10
3.	Экстирпация матки	12
4.	Ампутация матки	16
5.	Экстирпация культи шейки матки	3
6.	Вульвэктомия	4
7.	Резекция влагалища	3
8.	Резекция тонкой кишки	16
9.	Спленэктомия	6
10.	Резекция печени	7
11.	Резекция поджелудочной железы	3
12.	Резекция двенадцатиперстной кишки	1
13.	Резекция пищевода	1
14.	Резекция желудка	6
15.	Гастрэктомия	3
16.	Резекция передней брюшной стенки	12
17.	Иссечение передней брюшной стенки со свищом	3
18.	Грыжесечение	7
19.	Дивертикулэктомия	2
20.	Резекция сигмы*	7
21.	Передняя резекция прямой кишки	2
22.	Брюшно-анальная резекция прямой кишки	1
23.	Брюшно-промежностная экстирпация recti	3
24.	Резекция мочевого пузыря	9
25.	Нефрэктомия	3
26.	Пластика мочеточника	5
27.	Холецистэктомия	1

28.	Другие операции	17
-----	-----------------	----

\* - здесь и далее операции на других отделах толстого кишечника при их вторичном вовлечении в опухолевый процесс или при наличии синхронных опухолей меньшей распространенности

В 17 (12,3%) случаях вмешательства носили паллиативный характер (в 15 случаях в связи с наличием отдаленных метастазов, которые были удалены в ходе оперативного вмешательства, у 1 - вмешательство расценено как паллиативное в связи с наличием опухолевых элементов по краю резекции и в 1 случае в связи с наличием локальных изменений по типу канцероматоза), а у 8 (5,8%) пациентов операции можно было охарактеризовать как расширенно-комбинированные.

Несмотря на большой объем вмешательств, всегда учитывался его последующий функциональный результат. В связи с этим при наличии необходимых условий операцию старались завершить формированием анастомоза. У 89 больных (64,5%) комбинированные операции закончились восстановлением непрерывности кишечника. У 49 (35,5%) пациентов были сформированы концевые стомы на различных отделах ободочной кишки. Учитывая тот факт, что в плановой хирургии показания к наложению кишечной стомы при опухолях правой половины ободочной кишки практически не возникают, более логично сравнить группы больных с формированием первичного анастомоза и наложением стомы при левосторонней локализации опухолевой патологии толстой кишки. Таковых больных всего было 90, у 49 (54,4%) из которых наложены кишечные стомы, а у 41 (45,6%) сформированы первичные анастомозы.

Для рассмотрения вопроса допустимости восстановления непрерывности толстой кишки при выполнении комбинированных операций все больные были разделены на 3 группы. В первую вошли те, у кого вмешательство завершилось формированием тонкотолстокишечного анастомоза, во вторую - те, у кого были сформированы первичные анастомозы при операциях на левой половине ободочной кишки и прямой кишке, в третью - стомированные больные.

При сравнительном анализе групп по таким параметрам как пол, возраст, характер поражения кишечника, наличие опухолевой патологии другой локализации, наличие осложнений опухолевого процесса и выраженность сопутствующей патологии существенных отличий между группами выявлено не было. Сравнительный анализ причин комбинированного характера операций отражен в следующей таблице 2.

Таблица 2.

**Причины комбинированного характера оперативных вмешательств в различных подгруппах**

Вид операции	Правосторонняя гемиколэктомия (n=48)	Толсто-толстокишечный анастомоз (n=41)	Вмешательства завершившиеся формированием стомы (n=49)
Причина комбинированности операций			
Местная распространенность	18(37,5%)	12 (29,3%)	25(51,0%)
Отдаленные метастазы	2 (4,2%)	7(17,1%)	6 (12,2%)
Другие злокачественные опухоли	6(10,4%)	5 (12,2%)	2(4,1%)

Другие доброкачественные опухоли	4 (8,3%)	4 (9,8%)	1 (2,02%)
Перифокальное воспаление	7 (14,6%)	9 (22,0%)	10(20,4%)
Сопутствующая неопухолевая патология	11(22,9%)	4 (9,8%)	5 (10,2%)
Интраоперационные осложнения	2 (4,2%)	2 (4,9%)	3 (6,1%)
Итого	50	43	52

Из данных, приведенных в вышеуказанной таблице, видно, что, в целом, различия по причинам комбинированного характера выполненных вмешательств невелики. Хотя в группе пациентов с наложением тонкотолстокишечных анастомозов несколько больше, чем в других группах, комбинированных вмешательств, выполненных по поводу сопутствующей неопухолевой патологии органов брюшной полости (22,9%), в группе больных с формированием толстотолстокишечных анастомозов — пациентов с отдаленными метастазами (17,1%), а в группе больных, у которых вмешательство закончилось формированием колостомы — пациентов с местно-распространенными опухолями (51,0%).

Непосредственные результаты комбинированных операций в различных группах сравнивались по наличию и характеру послеоперационных осложнений (смотри таблицу 3) и послеоперационной летальности.

Таблица 3.

**Перечень осложнений при комбинированных операциях на толстой кишке**

№	Осложнения	ПГЭ (n=48)	Анастомоз	Колостома	Всего
1.	Нагноение лапаротомной раны	5	3	3	11
2.	Частичная несостоятельность анастомоза		1	-	1
3.	Спаечная кишечная непроходимость	2	2	3	7
4.	ТЭЛА	2	1	1	4
5.	Несостоятельность культи двенадцатиперстной		-	1	1
6.	Перитонит		1	2	3
7.	Пневмония	2	2	2	6
8.	Панкреатит	1	1	1	3
9.	Абсцесс брюшной полости		1	-	1
10.	Неудержание мочи		-	1	1
11.	Длительно незаживающий промежностная рана		-	1	1
12.	Подкожная эвентрация		1	2	3
13.	Острая почечная недостаточность		1	1	2
14.	Перфорация тонкой кишки	1	-	-	1
15.	Кишечный свищ		-	-	1
16.	Поддиафрагмальный абсцесс		1	1	2
17.	Забрюшинная флегмона		1	-	1
18.	Флегмона передней брюшной стенки	1	-	-	1
19.	Сердечно-сосудистая недостаточность		-	1	1
20.	Параколостомический абсцесс		-	1	1
21.	Эмпиема плевры		-	1	1
22.	Пневмоторакс		1	-	1
23.	Гастроплевральный свищ		1	-	1
	Всего	14/11*(22,9)	18/12	21 / 15	53/38(27,5%)

\*- в числителе общее количество осложнений, в знаменателе - число больных с осложненным течением послеоперационного периода;

ПГЭ- правосторонняя гемиколэктомия

Послеоперационные осложнения возникли у 38 (27,5±3,8%) больных. У пациентов, у которых реконструктивный этап операции завершился наложением толстотолстокишечного анастомоза, осложнения зарегистрированы в 12 (29,3±7,1%) случаях, а при формировании стомы - в 15 (30,6±6,6%) случаях. В целом, у больных с первичным восстановлением непрерывности толстой кишки процент осложненных случаев был сравним с таковым при формировании кишечных стом. Структура послеоперационных осложнений в обеих группах существенно не отличалась (за исключением отдельных случаев специфических осложнений, как то: осложнения со стороны промежностной раны при брюшно-промежностных вмешательствах и несостоятельности анастомоза - в случае его

формирования). Впрочем, несостоятельность анастомоза (частичная, не потребовавшая повторного вмешательства) имела место лишь в 1 (2,4±2,4% -от числа вмешательств с наложением толстотолстокишечного анастомоза) случае. После операции погибло 5 пациентов, в связи с чем, общая послеоперационная летальность составила 3,6±1,6%. При комбинированных правосторонних гемиколэктомиях отмечен один случай летального исхода (2,1 ±2,1%), причиной которого явилась тромбоэмболия легочной артерии. В группе больных с первичным формированием толстотолстокишечного анастомоза погибло 2 пациентов - летальность 4,9±3,4% (причинами смерти были: тромбоэмболия легочной артерии - в 1 случай и в 1 случае - забрюшинная флегмона, перитонит - без несостоятельности анастомоза). В группе больных с формированием колостомы погибло 2 пациента (оба от перитонита) - летальность 4,1 ±2,8% (P>0,05).

### Выводы

Таким образом, на современном этапе развития хирургии необходимость выполнения комбинированного вмешательства не должна являться препятствием к первичному восстановлению непрерывности подготовленного кишечника, так как при технически правильном выполнении этой процедуры не увеличивается вероятность возникновения послеоперационных осложнений, при несомненном улучшении качества жизни подобной категории больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпов Р.Т. Комбинированные и сочетанные операции при раке ободочной и прямой кишки / Аюпов Р.Т., Афанасьев С.Н. // Здравоохран. Башкортостана. - 1995. - №6. - С.76-77.
2. Бондарь Г.В. Послеоперационные осложнения и летальность при первично-восстановительных комбинированных резекциях кишечника / Г.В. Бондарь, В.П. Звездин, А.И. Ладур // Хирургия. - 1990. - №9. - С. 125-127.
3. Васильев С. В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишок / С.В. Васильев // Дис. докт. мед. наук. - СПб. - 199. - 335с.
4. Гуляев А. В. Проблема комбинированных и расширенных операций в лечении рака толстой кишки / А.В. Гуляев // Дис. докт. мед. наук. - М., 1991. - 345с.
5. Донец В.Л. Первично-восстановительные комбинированные резекции толстой кишки и мочевого пузыря по поводу колоректального рака / В.Л. Донец, В.Х. Башеев, Е.И. Осауленко // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. Украина, Киев, 23-26 мая 2000 г. - С.724.
6. Комбинированные операции в хирургии толстой кишки / В.В. Андрищенко [и др.] // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. Украина, Киев, 23-26 мая 2000 г. - С. 699.
7. Обширные комбинированные вмешательства в хирургическом лечении местнораспространенных новообразований органов малого таза / М.И. Давыдов [и др.] // Вопросы онкологии. - 1998. - №5. - Том 44. - с.618-621.
8. Операции с резекцией мочевого пузыря при колоректальной локализации рака. Острые заболевания и повреждения органов брюшной полости / Ш.Х. Ганцев [и др.] // Сб. науч. работ. - М. - 1996. - Т.5. - С.22.
9. Aggressive surgical treatment for patients with T4 rectal cancer / Y. Moriya [et al.] // Colorectal Dis. 2003;5:427-431.
10. Multivisceral resection for locally advanced primary colon and rectal cancer: an analysis of prognostic factors in 201 patients / T. Lehnert [et al.] // Ann Surg. 2002;235:217-225

### PRIMARY AND RECONSTRUCTION COMBINED and combine Surgical tumor COLON

I.D. Bublikov, E.P. Kulikov, A.P. Making a

The article analyzed the immediate results of combined operations on 138 large intestine, performed in the period from 1989 to 2000. Majority of patients had malignant tumors of the colon and rectum, ovaries, uterus with secondary lesions of various parts of the colon. During the intervention was removed from 2 to 6 bodies. Postoperative complications occurred in 38 (27.5 ±3.8%) patients. After surgery, 5 patients died (3.6 ±1.6%). The share of postoperative complications and mortality in the group of patients with stoma and in patients with primary

**restoration of intestinal continuity were not significantly different.**

***Key words:*** *tumors of the colon, surgery, primary reconstruction, analysis.*

Куликов Евгений Петрович – заведующий кафедрой онкологии с курсом лучевой терапии и онкологии ФПДО, д.м.н., профессор ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; [root@ryazgmu.ryazan.ru](mailto:root@ryazgmu.ryazan.ru)