АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА

Гатауллин И.Г., Халиков М.М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»,
кафедра онкологии, радиологии и паллиативной медицины
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Р.Ш.Хасанов)

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РТ,
г. Казань
(гл. врач – к.м.н. И.И.Хайруллин)

ЦЕЛЬ. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Работа основана на клиническом опыте лечения 63 пациентов, которым выполнен реконструктивно-восстановительный этап, после проведенной ранее операции типа Гартмана по поводу осложненного колоректального рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реконструктивно-восстановительные операции проводились на различных сроках после первичной операции. Для оценки функционального состояния сфинктера прямой кишки всем пациентам проводили сфинктерометрию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оптимальными сроками выполнения реконструктивного этапа следует считать 1-3 месяца с момента первичной операции.

**[Ключевые слова: колоректальный рак, операция Гартмана,
реконструктивно-восстановительные операции, сфинктерометрия]**

ANALYSIS OF SHORT AND LONG-TERM RESULTS OF RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE PHASE AFTER THE OPERATIONS LIKE HARTMANN

Gataullin I.G., Khalikov M.M.

Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

AIM. To improve short and long-term results of reconstructive surgery in patients with complicated colorectal cancer.

PATIENTS AND METHODS. Results of 63 patients who had Hartmann procedure for complicated colorectal cancer and thereafter undergone reconstructive surgery were analyzed.

RESULTS. Restorative surgery was performed at different time interval after the primary surgery. Sphincterometry was done in all patients with the aim to assess the functional integrity of the anal sphincter.

CONCLUSION. Suggested optimal period for reconstructive surgery is 1-3 months after the primary surgery.

[Key words: colorectal cancer, Hartmann operation, restorative surgery, sphincterometry]

Адрес для переписки: Халиков Марат Мансурович, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
МЗ РТ, Сибирский тракт д. 29, Казань, 420029, тел.: (843) 5-192-739, (929) 7-222-355, e-mail: marat-khalikov@inbox.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак – второе по распространенности онкологическое заболевание в России. На 2012 год более 60 тысяч человек ежегодно заболевают колоректальным раком в РФ. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения рак ободочной кишки занимает 5-е место (5,9%), женского населения – 4-е

место (7,1%), а рак прямой кишки – 5,4% (6-е место) и 4,7% (8-е место), соответственно [4]. Сохраняется неуклонный рост колоректального рака с осложненными формами заболевания. Число больных колоректальным раком, осложненным стенозом, непроходимостью, перфорацией, кровотечением на фоне хронической анемии, метаболических и иммунных нарушений превышает в России 35% [1,3], что вынуждает прибегать к многоэтапным

методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана [26]. При этом следует отметить, что подавляющее большинство пациентов с осложненными формами колоректального рака оперируют по неотложным показаниям в отделениях общехирургического профиля. Зачастую данные оперативные вмешательства не сопровождаются соблюдением современных онкологических принципов, в результате чего хирургическое лечение не может считаться радикальным.

Наличие колостомы приводит к стойкой инвалидизации пациентов. Становится затруднительной социальная адаптация и реабилитация данного контингента больных. Поэтому вопрос о необходимости реконструктивно-восстановительного этапа не вызывает сомнения. В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостомы является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Однако не стоит забывать, что данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные операции по поводу опухолей [8].

Сроки восстановления кишечной непрерывности после операций Гартмана не определены и в зависимости от различных факторов колеблются от 2-3 недель до 1,5 лет [7,5].

Определение сроков восстановления кишечной непрерывности после обструктивных резекций и возможность выполнения операции с соблюдением онкологических принципов позволят улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций при ликвидации колостомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на клиническом опыте лечения 63 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии, по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Татарстана.

Среди больных мужчины составили 55,6% (n=35), женщины – 44,4% (n=28). Средний возраст соста-

вил 61 год и колебался от 33 до 80 лет. Лица пожилого и старческого возраста составили 62%.

Первичная опухоль при выполнении операций типа Гартмана располагалась: 1) селезеночный изгиб – 4 (6,3%) случая, 2) нисходящая ободочная кишки – 2 (3,2%) случая, 3) сигмовидная – 50 (79,4%) случаев, 4) ректосигмоидный отдел – 3 (4,8%) случая, 5) прямая кишка – 4 (6,3%) случая. Стадирование опухолевого процесса проводили по классификации TNM 2009 года пересмотра (Табл. 1).

Таблица 1. Стадии опухолевого процесса

Стадии	Абс. число	%
1 стадия	15	23,8
2 стадия	29	46,1
3 стадия	8	12,6
4 стадия	11	17,5

При анализе сроков проведения реконструктивной операции после первичного вмешательства выявлено, что они составляли от 1 месяца до 10 лет (Табл. 2).

Таблица 2. Период времени до реконструкции

Период времени	Абс. число	%
1-3 мес.	25	39,7
4-6 мес.	21	33,3
7-12 мес.	14	22,2
13-24 мес.	2	3,2
Более 24 мес.	1	1,6

Столь различные сроки объясняются тем, что часть пациентов нуждалась в проведении химиотерапии и (или) лучевой терапии до реконструктивного этапа. Ввиду того, что большую часть пациентов составили люди пожилого возраста, им требовалась длительная предоперационная подготовка.

С целью выявления наиболее оптимального срока для реконструктивного этапа в предоперационном периоде пациентам проводили сфинктерометрию. При сфинктерометрии исследуемого укладывали на кушетку на бок с поджатыми к животу коленями. Оливу, смазанную вазелиновым маслом, вводили в прямую кишку, далее через 2-3 минуты, стержень с оливой соединяли с электронным измерительным прибором и в состоянии покоя извлекали оливу из анального канала, фиксируя тонус анальных жомов в граммах. Для суждения о силе максимального сокращения жома оливу вводили в кишку повторно и предлагали исследуемому максимально сжать наружный сфинктер, после чего оливу извлекали, отмечая полученные показатели. Разница между тонусом и максимальной силой сфинктера дает величину волевого усилия.

Полученные результаты сравнивали со средними показателями, выведенными эмпирическим путем у здоровых людей. Для здоровых взрослых людей

Таблица 3. Результаты сфинктерометрии

	1-3 мес.	4-6 мес.	7-12 мес.	13-24 мес.	Более 24 мес.
тоническое напряжение сфинктера заднего прохода	1240 гр	830 гр	870 гр	620 гр	550 гр
максимальное усилие сфинктера заднего прохода	1390 гр	1080 гр	1040 гр	810 гр	720 гр
волевое сокращение сфинктера	150 гр	250 гр	140 гр	190 гр	170 гр

округленные средние показатели равны: тонус 1200-1300 г, максимальная сила 1400-1500 г, волевое усилие 150-250 г.

Для оценки объема дистальной культы и резервуарной функции прямой кишки всем пациентам в предоперационном периоде выполняли проктографию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

По данным результатов сфинктерометрии, наглядно прослеживается динамическое снижение показателей тонического напряжения сфинктера заднего прохода и максимального усилия сфинктера заднего прохода. Чем длительнее сроки от момента операции типа Гартмана до реконструктивно-восстановительного этапа, тем менее выражен мышечный тонус сфинктера заднего прохода. Данное явление, вероятно, связано с атрофией мышечных волокон сфинктера (Табл. 3).

Учитывая полученные результаты исследования, можно предположить, что наиболее оптимальными сроками для реконструктивного этапа после операций типа Гартмана являются первые 3 месяца

с момента проведения операции.

Реконструктивные операции проводили с соблюдением всех известных онкологических принципов выполнения операции по поводу колоректального рака. Это, прежде всего, мезоректумэктомия, высокая перевязка верхнебрыжеечной артерии, удаление оставшейся брыжейки, аорто-подвздошно-тазовая лимфодиссекция. Принципиальным моментом операции считаем выполнение резекции проксимальной и дистальной культы прямой и ободочной кишки.

В 3 (4,8%) случаях одномоментно выполняли резекцию печени по поводу метастатического поражения в объемах левосторонней гемигепатэктомии, бисегментэктомии, трисегментэктомии.

Межкишечный анастомоз выполняли аппаратным способом у 9 (14,3%) пациентов и ручным способом у 54 (85,7%) пациентов. Наложение анастомоза по типу «конец-в-конец» выполняли у 31 (49,2%) пациента, «бок-в-бок» – у 23 (36,5%) пациентов.

Для наложения «ручного» анастомоза по типу «конец-в-конец» использовали принятый в нашей клинике инвагинационный способ. При наложении аппаратного анастомоза использовали циркулярный сшивающий аппарат. Для профилак-

Рисунок 1. Тяжесть клинических проявлений несостоятельности низких колоректальных анастомозов в зависимости от применения превентивной стомы

тики несостоятельности швов, всем пациентам с наложенным низким анастомозом, выполненным аппаратным способом, превентивно накладывали илеостому. При ручном способе анастомозирования декомпрессию анастомоза производили трансанальным зондом. Случаев несостоятельности швов анастомоза не было.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 13 (20,8%) пациентов: гнойно-воспалительные осложнения со стороны раны в месте ранее наложенной колостомы – у 8 (12,8%) больных и у 5 (8%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения (урологические, сердечно-легочные). У 50 (79,2%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений.

При морфологическом исследовании препаратов после реконструктивного этапа в 11 (17,5%) случаях выявлен опухолевый рост: у 1 (1,6%) пациента выявлен рост рака в области колостомы, у 2 (3,2%) – рост рака в дистальной культе, у 4 (6,3%) – метастазы в лимфатические узлы оставленной брыжейки кишки, у 1 (1,6%) – рост рака в области колостомы и дистальной культи кишки, у 3 (4,8%) – метастазы в печени. В последующем по результатам морфологического исследования 18 пациентам была проведена адьювантная химиотерапия по схеме Folfox – 6 курсов, четырем пациентам – адьювантная лучевая терапия классическими фракциями по 2 Гр ежедневно до СОД 40 Гр.

При наблюдении за пациентами в течении 80 месяцев с 1-2 стадией заболевания живы 82% пациентов с 1-2 стадией рака, 71,4% – с 3 стадией, 30% – с 4 стадией рака. Для пациентов с 4 стадией заболевания медиана выживаемости составила 24 месяца (Рис. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеизложенное дает основание считать, что реконструктивный этап операции у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного колоректального рака, должен проводиться в онкологических учреждениях либо в специализированных отделениях, обладающих всеми возможностями современных методов

хирургического и лекарственного лечения рака толстой кишки. Оптимальными сроками выполнения реконструктивного этапа следует считать 1-3 месяца с момента первичной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков Ю.А. Колоректальный рак. Проблемы клинической медицины. – 2006. – №2 (6). – с. 18-27.
2. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью. Российский онкологический журнал. – 2004. – №5. – с. 4-7.
3. Жашуев А.Ж., Мизиев И.А., Мищенко С.Ф. Выбор тактики хирургического лечения больных колоректальным раком с учетом оценки тяжести общего состояния по системе APACHE II. Материалы 1 съезда хирургов ЮФО, Ростов. – 2006. – с. 111-112.
4. Каприн А.Д., Петрова Г.В., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). – 2014. – 4 с.
5. Наврузов С.Н., Исокулов Т.У., Маматкулов Ш.М. Реконструктивные и восстановительные операции на толстой кишке. Тезисы докладов научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. – 2005. – с. 260-263.
6. Хавина Е.М., Осмоловский С.В., Горох О.В. и соавт. Хирургическое лечение при раке правой половины ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью. Вестник хирургии. – 2000. – № 4. – с. 37-39.
7. Ханевич М.Д., Долгих Р.Н. Восстановительные операции у раненых с колостомами и толстокишечными свищами. Тезисы докладов научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. – 2005. – с. 469-470.
8. Хотиняну В.Ф., Бенделик В.К., Тимиш Т.Г. и соавт. Хирургическая реабилитация колостомированных больных. Тезисы докладов научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. – 2005. – с. 317-318.