

## ОБОСНОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Проф. А. И. ПОЙДА, д-р мед. наук В. М. МЕЛЬНИК

*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца,  
Колопроктологический центр Украины, Киев*

Представлена разработанная авторами тактика восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, основанная на использовании абсолютных и относительных противопоказаний к их выполнению. Применение данной тактики, методов прогнозирования и целенаправленной профилактики осложнений позволило увеличить количество восстановительных операций с 64,6 до 71,2 %, реконструктивно-восстановительных — с 16,8 до 25,7 %, улучшить функциональные результаты после реконструктивно-восстановительных операций, уменьшить частоту осложнений заживления межкишечных анастомозов и анатомо-функциональных конструкций, снизить послеоперационную летальность.

*Ключевые слова: толстая кишка, восстановительные, реконструктивно-восстановительные операции, функциональные результаты.*

Кому приходилось видеть, до чего падают физические и нравственные силы больных с *anus praeternaturalis*, тот, конечно, вполне оправдывает стремления хирургов «активной школы» выработать какой-нибудь оперативный способ для восстановления непрерывности кишечной трубки.

*А. С. Таубер, 1882 г.\**

Восстановительная и реконструктивно-восстановительная хирургия толстой кишки — актуальная и очень важная проблема, которая представляет собой своеобразный качественный показатель уровня развития современной колопроктологии как науки. Поэтому главной ее задачей на современном этапе развития является не только спасение жизни больного путем ликвидации заболевания и его осложнений, но и возврат пациента в общество достаточно реабилитированным и в физическом, и в социально-трудовом аспекте.

В настоящее время целесообразность выполнения восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке обусловлена следующими положениями:

1) изменением приоритетов современной хирургии при лечении заболеваний толстой кишки — от «ликвидации заболевания и спасения жизни» до «ликвидации заболевания, спасения жизни и обеспечения достаточного ее качества»;

2) принятым на сегодня положением, что восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции являются главным фактором хирургической реабилитации больных, оперированных на толстой кишке;

3) повышением требований больных к уровню их реабилитации и качеству жизни после операций на толстой кишке;

4) приобретенным опытом и современными достижениями хирургии в целом и колопроктологии в частности;

5) более высокими требованиями к квалификации хирурга, в связи с тем что выполнение восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке требует умения, опыта и является одним из существенных качественных показателей его квалификации;

6) современными достижениями и возможностями анестезиологии и реаниматологии;

7) более совершенным обеспечением операций на толстой кишке современными хирургическими инструментами, сшивающими аппаратами, медикаментами.

По данным разных авторов, восстановительные операции на толстой кишке выполняют только у 57,1–85,8 % больных, оперированных по поводу колоректального рака, и у 28,9–61,4 % пациентов — по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки: язвенного колита, болезни Крона, семейного аденоматозного полипоза, что обусловлено агрессивным течением заболеваний, тяжестью состояния больных, высоким риском возникновения осложнений [1–6]. Поэтому дальнейшее совершенствование тактических положений и технических приемов восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций

\* Цит. по: Назаров Л. У. Восстановительные операции на толстой кишке / Л. У. Назаров. — Ереван: Айастан, 1978. — 216 с.

на толстой кишке будет способствовать расширению показаний к их выполнению, улучшению ближайших и **отдаленных функциональных результатов** хирургического лечения, качества жизни оперированных больных.

В современных литературных источниках отсутствует определение восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций, не указаны принципиальные их отличия, не определены показания и особенно противопоказания к их выполнению, не представлена хирургическая тактика при наличии указанных противопоказаний.

Под *восстановительной операцией на толстой кишке* мы подразумеваем мероприятия, направленные на возобновление непрерывности и проходимости кишечника путем формирования межкишечного анастомоза после выполнения радикального этапа.

*Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке* предусматривают последовательное выполнение комплекса мероприятий, направленных не только на восстановление непрерывности и **проходимости кишечника, а также** воспроизведение удаленных во время радикального этапа операции функционально-активных анатомических отделов толстой кишки путем формирования соответствующих анатомо-функциональных конструкций. Реализация указанных положений достигается определением оптимальных границ резекции толстой кишки во время радикального этапа операции, мобилизации, перемещения в другие анатомические отделы брюшной полости и соединения оставшихся отделов кишечника, созданием тонко-толстокишечных, тонкокишечных, толстокишечных анатомо-функциональных конструкций, обеспечением протекции созданных межкишечных соединений и конструкций, прогнозированием и профилактикой возможных послеоперационных осложнений. Следовательно, основная задача реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке заключается не только в **предупреждении формирования или ликвидации** уже имеющейся на передней брюшной стенке илео-, колостомы, а также, что не менее важно, в **достижении благоприятного функционального результата**, приемлемых условий для социально-трудовой реабилитации, улучшении качества жизни оперированных больных.

Преимущества реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке над восстановительными, по мнению большинства авторов, не вызывают сомнений. Это обусловлено более выраженным реабилитационным эффектом реконструктивно-восстановительных операций, несмотря на сложность техники их выполнения и **риск возникновения послеоперационных осложнений**. В связи с этим **реконструктивно-восстановительные операции** должны быть прерогативой специализированных учреждений, специалисты которых располагают значительным опытом их выполнения.

Необходимость комплексного подхода к **восстановительным и реконструктивно-восстановительным** операциям обусловлена анатомо-физиологическими особенностями толстой кишки, общепринятыми стандартами выполнения радикальных хирургических вмешательств, частыми неудовлетворительными функциональными результатами. Последние наиболее часто наблюдаются после удаления активных в функциональном аспекте анатомических отделов толстой кишки: илеоцекального отдела, ободочной кишки, ампулы прямой кишки, сфинктерного аппарата прямой кишки, частым возникновением вследствие этого таких патологических состояний, как рефлюкс-илеит, диарейный, постколэктомический синдромы, синдром низкой передней резекции, вторичной анальной инконтиненции. Представленные патологические синдромы сопровождаются нарушением резервуарных свойств кишечника, функции кишечного пищеварения, всасывания, калообразования, опорожнения, что существенно ухудшает социально-трудовую реабилитацию и качество жизни оперированных больных. Для предупреждения возникновения указанных патологических синдромов или уменьшения степени их выраженности представляется целесообразным формирование новых анатомо-функциональных конструкций, способных выполнять в **достаточной степени** функцию удаленных функционально-активных отделов толстой кишки.

Так, после удаления илеоцекального отдела обосновано и целесообразно «моделирование» его аналога путем создания новой анатомо-функциональной конструкции: термино-латерального илеотрансверзоанастомоза, культи ободочной кишки по типу купола слепой кишки, предампулярного сужения подвздошной кишки, баугиниевой заслонки, восходящего «фиксированного» расположения терминального участка отрезка подвздошной кишки по отношению к культе ободочной. Это способствует порционной эвакуации содержимого тонкой кишки в **толстую, предупреждению патологического толсто-тонкокишечного рефлюкса**.

После колэктомии, колэктомии резекции прямой кишки, колэктомии экстирпации прямой кишки обязательным является создание тонкокишечных резервуарных конструкций, илеоректального, илеоанального анастомоза, илеостомы-резервуара. Формирование указанных тонкокишечных резервуарных конструкций создает условия для временной задержки продвижения содержимого по тонкой кишке, что способствует, таким образом, улучшению кишечного пищеварения и всасывания.

После удаления ампулы прямой кишки или резекции большей ее части обосновано и **целесообразно** создание анатомо-функциональной конструкции «неоректума», формирование колоанального, колоанального анастомоза. Это увеличивает резервуарные свойства в дистальном отделе ободочной кишки проксимальнее соустья, уменьшает нагрузку на сфинктерный аппарат

прямой кишки, что способствует нормализации его функции.

При выполнении восстановительного этапа операции **в настоящее время широко применяются** современные сшивающие аппараты, а также усовершенствованные способы наложения ручного кишечного шва — преимущественно однорядного, как более физиологичного по сравнению с двухрядным.

В зависимости от сроков выполнения выделяют первичные и вторичные восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции. Первичные выполняют одновременно с радикальными, вторичные — через 4–12 мес и больше при наличии противопоказаний к проведению первичных.

К преимуществам первичных восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций мы относим следующие.

1. Благоприятные технические возможности восстановления непрерывности и проходимости кишечника, формирования анатомо-функциональных конструкций **в связи с отсутствием спаечного процесса**, периода анатомической и функциональной реадaptации, которая возникает после ликвидации функционирующей илео-, колостомы.

2. **Во время первичной реконструктивно-восстановительной операции** путем дислокации и низведения отрезка толстой или тонкой кишки происходит своеобразная «биологическая тампонада» полостей и пространств, возникших вследствие радикального этапа операции, что уменьшает риск развития гематомы и абсцесса полости малого таза.

3. В связи с отсутствием функционирующей илео-, колостомы уход за больным в **послеоперационном** периоде менее трудоемкий.

4. Более благоприятное психоэмоциональное состояние пациента, что в определенной степени мобилизует его на выздоровление.

5. Значительное сокращение сроков медицинской и социально-трудовой реабилитации в связи с уменьшением этапов хирургического лечения.

Достижения современной колопроктологии в области диагностики заболеваний толстой кишки, их осложнений, выбора лечебной тактики, применение современных технологий и приобретение опыта выполнения хирургических вмешательств позволяют отдавать предпочтение первичным восстановительным и **реконструктивно-восстановительным операциям**, которые мы рассматриваем как обязательный этап хирургического лечения. Отказ от них должен быть аргументирован только наличием обоснованных противопоказаний.

Противопоказания к **первичным восстановительным и реконструктивно-восстановительным операциям** мы условно подразделяем на абсолютные и относительные. К абсолютным относятся: 1) острые осложнения основного заболевания: перфорация или травма толстой кишки, распространенный перитонит, кровотечение в просвет толстой кишки с признаками нарушения гемодинамики,

токсическая дилатация, некроз стенки толстой кишки вследствие ишемии или острой странгуляционной непроходимости; 2) хронические осложнения: обтурационная декомпенсированная непроходимость толстой кишки, метаболические нарушения в стадии декомпенсации, включающие анемию, гипопротейнемию, гиподисэлектролитию; 3) сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации. Относительные противопоказания включают: 1) хроническую субкомпенсированную обтурационную непроходимость толстой кишки; 2) значительную травматичность радикального этапа операции, симультанные операции большого объема; 3) кровопотерю **в пределах 1000 мл** с нарушением гемодинамики; 4) хронические сопутствующие заболевания в стадии субкомпенсации.

Считаем неоправданным выполнение первичных восстановительных или реконструктивно-восстановительных операций при наличии абсолютных противопоказаний **в связи с чрезвычайно высоким риском** возникновения тяжелых послеоперационных осложнений, отсутствием эффективных методов их профилактики. При этом основная задача оперативного вмешательства заключается в ликвидации основного заболевания и спасении жизни пациента.

Наличие относительных противопоказаний также является основанием для отказа от выполнения первичных восстановительных и **реконструктивно-восстановительных операций**, однако мы считаем, что даже при указанных относительных противопоказаниях их проведение на толстой кишке возможно. Для этого необходимо строгое соблюдение следующих условий: 1) организация выполнения указанных операций, которая предусматривает наличие бригады хирургов, располагающих достаточным опытом проведения восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, квалифицированного анестезиолога, медикаментозное обеспечение во время операции и в послеоперационном периоде, современных сшивающих аппаратов для формирования межкишечных анастомозов; 2) прогнозирование и целенаправленная профилактика возможных послеоперационных осложнений, особенно со стороны сформированного анастомоза и анатомо-функциональной конструкции, включая обязательную их «протекцию» путем наложения временной отключающей илео-, колостомы, назоинтестинальной интубации, трансанальной интубации толстой кишки проксимальнее анастомоза.

Для выполнения вторичных восстановительных и **реконструктивно-восстановительных операций** также целесообразно выделять абсолютные и относительные противопоказания. К абсолютным относятся: 1) категорический отказ пациента от их выполнения; 2) сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации; 3) **крайне неблагоприятные условия** для формирования межкишечного соустья и анатомо-функциональной конструкции, а именно — наличие стриктуры, свища культи

прямой кишки, атонии сфинктерного аппарата прямой кишки. Рассматриваем как относительные противопоказания: пожилой и старческий возраст пациента, сопутствующие заболевания в стадии субкомпенсации, ожирение II–III степени, выраженный спаечный процесс (париетофиброз) органов брюшной полости вследствие осложненного течения послеоперационного периода, выполнения программных, санационных релапаротомий.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости выполнения первичных и вторичных восстановительных, а также реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке в условиях минимального риска возникновения послеоперационных осложнений. Это обусловлено тем, что указанные операции предполагают не ликвидацию основного заболевания и спасение жизни больного, а лишь улучшение ее качества.

Главная оценка эффективности реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке заключается не только в **возобновлении ее непрерывности** и проходимости, а также в достижении благоприятного функционального результата, который должен способствовать надлежащей социально-трудовой реабилитации и качеству жизни оперированных больных.

Критериями благоприятных функциональных результатов реконструктивно-восстановительных операций мы считаем: 1) возобновление частоты опорожнений, максимально близкой к физиологической; 2) достаточную континентную функцию; 3) свободное опорожнение; 4) отсутствие диарейного и тяжелых проявлений постколэктомического синдрома; 5) отсутствие клинических и рентгенологических признаков толстотонкокишечного рефлюкса, колостазы в отделах толстой кишки, оставшихся после выполнения радикального этапа операции; 6) отсутствие поздних осложнений со стороны межкишечного анастомоза и созданной анатомо-функциональной конструкции: свища, стриктуры соустья, мегарезервуара, резервуарита.

Существенное влияние на положительный результат хирургического вмешательства, в том числе и **функциональный, оказывают методы прогнозирования** и профилактики послеоперационных осложнений, которые мы рассматриваем как обязательную слагающую восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке. Применение метода прогнозирования и определение степени риска возникновения послеоперационных осложнений предусматривают обязательное использование методов профилактики, которые будут направлены на предупреждение или уменьшение опасности возникновения указанных осложнений. Прогнозирование и профилактика осложнений — чрезвычайно важный раздел восстановительной и **реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки**, который требует отдельного изучения.

Представленные данные указывают на целесообразность совершенствования тактики вы-

полнения восстановительных и **реконструктивно-восстановительных операций** на толстой кишке. По нашему мнению, ее основные положения должны предусматривать обязательное выполнение восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапов операции при отсутствии противопоказаний. Завершение операции путем формирования илео-, колостомы в таких случаях неприемлемо. При наличии абсолютных противопоказаний указанные операции не должны выполняться в связи с чрезвычайным риском возникновения осложнений и летального исхода. Наличие относительных противопоказаний может быть основанием для отказа от выполнения восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапов. Однако указанные операции могут быть проведены при относительных противопоказаниях, если соблюдать необходимые условия в отношении организации операции, прогнозирования и эффективной целенаправленной профилактики послеоперационных осложнений. Следовательно, относительные противопоказания составляют резерв для увеличения удельного веса как первичных, так и **вторичных восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций**.

За период с 2008 по 2012 гг. в Колопроктологическом центре Украины по поводу заболеваний толстой кишки было прооперировано 1394 больных, среди которых 776 (55,7%) мужчин и 618 (44,3%) женщин. Возраст оперированных пациентов варьировал от 16 до 93 лет (средний возраст составил  $59,9 \pm 21,3$  года).

Оперированные больные были распределены условно на две группы: основную — 588 (42,2%) пациентов и контрольную — 806 (57,8%). У больных основной группы выполнение первичных и вторичных восстановительных или реконструктивно-восстановительных операций мы считали обязательными. Отказ от указанных операций аргументировали с учетом обозначенных абсолютных и относительных противопоказаний. У пациентов контрольной группы восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции считали показанными при отсутствии осложнений основного заболевания, тяжелых сопутствующих заболеваний, без учета абсолютных и относительных противопоказаний и оценки степени риска возникновения послеоперационных осложнений. В зависимости от пола, возраста, диагноза основного заболевания, осложнений, сопутствующих заболеваний, объема радикальных операций указанные группы больных были сопоставимы.

Наибольшее количество пациентов было прооперировано по поводу колоректального рака — 1014 (72,7%), значительно меньше — по поводу язвенного колита, болезни Крона, семейного аденоматозного полипоза, дивертикулярной болезни толстой кишки, хронического декомпенсированного колостазы, травмы толстой кишки (табл. 1). У 273 (19,6%) больных было установлено осложненное течение основного заболевания.

Хроническая обтурационная непроходимость толстой кишки преобладала у 114 (8,2%) пациентов. Реже наблюдали параколярный воспалительный инфильтрат, перфорацию толстой кишки, распространенный перитонит, кровотечение в просвет толстой кишки, токсическую дилатацию толстой кишки, стриктуру, другие осложнения — токсическую анемию, диастатический разрыв стенки толстой кишки, тонко-толстокишечную инвагинацию. У 653 (46,8%) пациентов диагностировали сопутствующие заболевания, преимущественно сердечно-сосудистой системы, значительно реже — хронические неспецифические заболевания легких, ожирение, сахарный диабет.

В соответствии с диагнозом основного заболевания из числа радикальных операций преимущественно выполняли переднюю резекцию прямой кишки — у 395 (28,3%) больных, менее часто — брюшно-анальную резекцию, правостороннюю, левостороннюю гемиколэктомию, экстирпацию прямой кишки, во время которой у 37 (2,6%) больных проводили реконтинентные операции с формированием удерживающих конструкций, обеспечивающих управляемость процессом опорожнения, субтотальную дистальную резекцию ободочной кишки, колэктомию, колэктомию с передней резекцией или экстирпацией прямой кишки. Преимущественно формировали

Таблица 1

Сравнительная характеристика больных, оперированных по поводу заболеваний толстой кишки

Критерии сравнения	Группы больных		Итого, n = 1394
	основная, n = 588	контрольная, n = 806	
<i>Возраст</i>			
Средний возраст, лет	60,3±19,5*	58,2±23,7	59,9±21,3
<i>Пол</i>			
Мужчины	334 (56,8%)*	442 (54,8%)	776 (55,7%)
Женщины	254 (43,2%)*	364 (45,2%)	618 (44,3%)
<i>Диагноз основного заболевания</i>			
Рак толстой кишки T <sub>2-4</sub> N <sub>0-2</sub> M <sub>0-1</sub>	420 (71,4%)*	594 (73,7%)	1014 (72,7%)
Язвенный колит	43 (7,3%)*	61 (7,6%)	104 (7,5%)
Болезнь Крона толстой кишки	39 (6,6%)*	50 (6,2%)	89 (6,4%)
Семейный аденоматозный полипоз толстой кишки	20 (3,4%)*	26 (3,2%)	46 (3,3%)
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	19 (3,3%)*	21 (2,6%)	40 (2,9%)
Хронический декомпенсированный колостаз	17 (2,9%)*	19 (2,4%)	36 (2,6%)
Травма толстой кишки	14 (2,4%)*	17 (2,1%)	31 (2,2%)
Другие заболевания	16 (2,7%)*	18 (2,2%)	34 (2,5%)
<i>Осложнения основного заболевания</i>			
Хроническая обтурационная непроходимость толстой кишки	51 (8,7%)*	63 (7,8%)	114 (8,2%)
Параколярный воспалительный инфильтрат	25 (4,2%)*	32 (3,9%)	57 (4,0%)
Перфорация толстой кишки, распространенный перитонит	25 (4,2%)*	28 (3,5%)	53 (3,8%)
Кровотечение в просвет толстой кишки	6 (1,0%)*	10 (1,2%)	16 (1,1%)
Токсическая дилатация толстой кишки	5 (0,8%)*	7 (0,9%)	12 (0,8%)
Стриктура	3 (0,5%)*	6 (0,7%)	9 (0,6%)
Другие осложнения	4 (0,6%)*	8 (1,0%)	12 (0,8%)
<i>Сопутствующие заболевания</i>			
Заболевания сердечно-сосудистой системы	112 (19,1%)*	168 (20,8%)	280 (20,1%)
Хронические неспецифические заболевания легких	61 (10,3%)	73 (9,1%)	134 (9,6%)
Ожирение	55 (9,3%)*	76 (9,4%)	131 (9,4%)
Сахарный диабет	47 (7,9%)*	61 (7,6%)	108 (7,7%)

\* Различия показателей основной и контрольной групп недостоверны,  $p > 0,05$ . То же в табл. 2.

колоректальные анастомозы (614 (44,1%) больных), реже — тонкокишечноободочные, илеоректальные, илеоанальные, колоанальные, межободочные. У 787 (56,4%) оперированных пациентов межкишечные анастомозы формировали при помощи циркулярного эндостеплера, у 307 (22,1%) — при помощи ручного кишечного шва, у 81 (5,8%) — путем низведения (табл. 2).

Разработанная тактика выполнения первичных и вторичных восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций, основанная на использовании абсолютных и относительных противопоказаний, методов прогнозирования и профилактики осложнений со стороны анастомозов и анатомо-функциональных конструкций, позволила увеличить частоту выполнения указанных операций при относительных противопоказаниях. Варианты завершения операций на толстой кишке представлены в табл. 3, данные которой

свидетельствуют о **значительном увеличении количества больных основной группы по сравнению с контрольной, которым были выполнены восстановительные операции на толстой кишке, с 521 (64,6%) до 419 (71,2%) наблюдений, реконструктивно-восстановительные — с 136 (16,8%) до 151 (25,7%) случаев за счет уменьшения количества обструктивных резекций толстой кишки с 169 (20,9%) до 38 (6,4%) ( $p < 0,05$ )**. Следует отметить, что в основной группе по сравнению с контрольной преобладали первичные восстановительные операции — 370 (62,9%) и **429 (53,2%), первичные реконструктивно-восстановительные — 124 (21,1%) и 95 (11,8%) ( $p < 0,05$ )** соответственно на фоне уменьшения количества вторичных восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций.

Дифференцированный подход к выполнению восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций с учетом абсолютных

Таблица 2

**Радикальные, восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции, выполненные на толстой кишке**

Название операций	Группы больных		Итого, $n = 1394$
	основная, $n = 588$	контрольная, $n = 806$	
<i>Радикальные операции</i>			
Передняя резекция прямой кишки	156 (26,5%)*	161 (19,9%)	317 (22,7%)
Брюшно-анальная резекция	43 (7,2%)*	52 (6,4%)	95 (6,8%)
Межсфинктерная резекция	9 (1,5%)*	7 (0,9%)	16 (1,1%)
Транссфинктерная резекция	10 (1,7%)*	9 (1,1%)	19 (1,4%)
Правосторонняя гемиколэктомия	65 (11,0%)*	87 (10,8%)	152 (10,9%)
Левосторонняя гемиколэктомия	68 (11,6%)*	70 (8,7%)	130 (9,9%)
Экстирпация прямой кишки	36 (6,15%)	42 (5,2%)	78 (5,6%)
Дистальная субтотальная резекция толстой кишки	35 (5,9%)*	46 (5,7%)	81 (5,8%)
Колэктомия	27 (4,6%)*	38 (4,7%)	65 (4,6%)
Колэктомия + передняя резекция прямой кишки	24 (4,1%)*	32 (3,9%)	56 (4,0%)
Колэктомия + передняя резекция прямой кишки + мукозэктомия	46 (7,8%)*	57 (7,1%)	103 (7,4%)
Сегментарные резекции толстой кишки	31 (5,3%)*	36 (4,5%)	67 (4,8%)
Обструктивные резекции толстой кишки	38 (6,4%)*	169 (20,9%)	207 (14,8%)
<i>Межкишечные анастомозы</i>			
Колоректальные	259 (44,0%)*	277 (34,3%)	536 (38,4%)
Колоанальные	62 (10,5%)*	68 (8,4%)	130 (9,3%)
Илеоректальные	51 (8,7%)*	70 (8,7%)	121 (8,7%)
Илеоанальные	46 (7,8%)*	57 (7,0%)	103 (7,4%)
Тонкоободочнокишечные	65 (11,0%)*	87 (10,8%)	152 (10,9%)
Межободочные	31 (5,3%)*	36 (4,5%)	67 (4,8%)
<i>Анатомо-функциональные конструкции</i>			
Тонко-толстокишечные	34 (5,8%)	—	34 (2,4%)
Тонкокишечные	46 (7,8%)*	38 (4,7%)	84 (6,0%)
Толстокишечные	71 (12,1%)*	98 (12,3%)	169 (12,1%)

Варианты завершения операций на толстой кишке

Хирургические операции	Группы больных		Итого, n = 1394
	основная, n = 588	контрольная, n = 806	
Обструктивные резекции	38 (6,4%)*	169 (20,9%)	207 (14,8%)
Восстановительные	419 (71,2%)	521 (64,6%)	940 (67,4%)
Реконструктивно-восстановительные	151 (25,7%)	136 (16,8%)	287 (20,6%)
<i>Восстановительные операции</i>			
Первичные	370 (62,9%)	429 (53,2%)	799 (57,3%)
Вторичные	49 (8,3%)	92 (11,4%)	141 (10,1%)
<i>Реконструктивно-восстановительные</i>			
Первичные	124 (21,1%)*	95 (11,8%)	219 (15,7%)
Вторичные	27 (4,6%)	41 (5,1%)	68 (4,8%)

\* Различия достоверны по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ( $p < 0,05$ ). То же в табл. 4.

и относительных противопоказаний, а также обязательного использования методов профилактики осложнений, прежде всего со стороны анастомозов и анатомо-функциональных конструкций, при относительных противопоказаниях к указанным операциям позволили значительно уменьшить частоту возникновения осложнений со стороны межкишечных анастомозов с 114 (14,1%) до 33 (5,6%) наблюдений ( $p < 0,05$ ) преимущественно за счет физической несостоятельности швов анастомозов, некроза низведенного кишечного трансплантата. Уменьшение частоты возникновения послеоперационных осложнений, обусловленных заживлением межкишечных анастомозов, способствовало уменьшению послеоперационной летальности с 21 (2,6%) среди больных контрольной группы до 5 (0,9%) ( $p < 0,05$ ) основной (табл. 4).

За счет увеличения количества реконструктивно-восстановительных операций, предусматривающих формирование анатомо-функциональных конструкций, в основной группе пациентов были получены более благоприятные функциональные результаты. Их оценку проводили через год в период завершения адаптации к новым анатомическим условиям, обусловленным формированием межкишечных анастомозов и анатомо-функциональных конструкций.

После правосторонней гемиколэктомии моделирования илеоцекального отдела отмечено уменьшение частоты стула в течение суток с  $4,0 \pm 0,25$  до  $1,6 \pm 0,25$  раза ( $p < 0,05$ ), после колэктомии, колэктомии низкой или предельно низкой передней резекции прямой кишки формирования тонкокишечных анатомо-функциональных резервуарных конструкций с  $6,8 \pm 3,1$  до  $3,2 \pm 1,8$  раза ( $p < 0,05$ ), после предельно низкой передней резекции прямой кишки, брюшно-анальной резекции, формирования «неоректума» с  $3,7 \pm 1,3$  до  $1,6 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ) раза, количества больных с императивными позывами с 14 (2,4%) до 0 ( $p < 0,05$ ). У пациентов основной группы после формирования тонкокишечных

анатомо-функциональных конструкций отмечено увеличение массы тела на  $14,8 \pm 1,9$  кг, в контрольной группе — на  $5,6 \pm 1,2$  кг ( $p < 0,05$ ), что косвенно указывает на более благоприятные процессы всасывания у больных основной группы.

Более благоприятные функциональные результаты способствовали уменьшению количества больных с **тяжелым течением постколэктомического синдрома** II степени с 23 (2,9%) до 5 (0,9%) ( $p < 0,05$ ), III степени — с 12 (1,5%) до 0 ( $p < 0,05$ ), уменьшению количества больных с рефлюкс-илеитом с 14 (1,7%) до 0 ( $p < 0,05$ ), синдромом низкой передней резекции — с 52 (6,4%) до 24 (4,8%) ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, восстановительные и особенно реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке являются сложным и ответственным разделом колопроктологии. Успешное выполнение указанных операций возможно в условиях специализированных учреждений, которые располагают значительным опытом применения, разработки, совершенствования новых технологий восстановления и реконструкции кишечника. Кроме этого, методический подход к восстановительным и реконструктивно-восстановительным операциям не должен быть эмпирическим, основанным только на личном опыте хирурга, а прежде всего на строгих показаниях, основанных на глубоких знаниях и понимании сущности анатомических и функциональных особенностей толстой кишки, с учетом ее кровоснабжения, морфологической структуры, функциональных особенностей разных анатомических отделов в зависимости от сущности патологического процесса, оказывающего влияние на показатели гомеостаза организма больного в целом и течение метаболических превращений в стенке толстой кишки в частности.

Разработанная тактика выполнения восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке предусматривает следующие положения: 1) обязательное выполнение

**Внутрибрюшные осложнения, обусловленные выполнением восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке**

Осложнение	Группы больных		Итого, n = 1394
	основная, n = 588	контрольная, n = 806	
Физическая несостоятельность швов анастомоза	11 (1,8%)*	38 (4,7%)	49 (3,5%)
Некроз низведенного кишечного трансплантата	4 (0,7%)*	17 (2,1%)	21 (1,5%)
Распространенный перитонит	7 (1,2%)*	21 (2,6%)	28 (2,0%)
Наружный кишечный свищ	4 (0,7%)*	14 (1,7%)	18 (1,3%)
Абсцесс брюшной полости	3 (0,5%)*	9 (1,1%)	12 (0,8%)
Стриктура	4 (0,7%)*	15 (1,8%)	19 (1,4%)
Итого	33 (5,6%)*	114 (14,1%)	147 (10,5%)

восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапа операции при отсутствии абсолютных и относительных противопоказаний; 2) наличие абсолютных противопоказаний является основанием для отказа от выполнения восстановительного или реконструктивно-восстановительного этапа операции; 3) относительные противопоказания также являются основанием для отказа от выполнения восстановительных или реконструктивно-восстановительных операций, однако при строгом соблюдении определенных требований, даже при наличии указанных противопоказаний проведение восстановительных или реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке оправдано.

Таким образом, соблюдение представленных положений разработанной тактики позволило

за счет относительных противопоказаний, прогнозирования и профилактики осложнений со стороны межкишечных анастомозов и анатомо-функциональных конструкций увеличить частоту выполнения восстановительных операций на толстой кишке с 521 (64,6%) до 419 (71,2%), реконструктивно-восстановительных — с 136 (16,8%) до 151 (25,7%), преимущественно за счет первичных восстановительных с 429 (53,2%) до 370 (62,9%) и первичных реконструктивно-восстановительных с 95 (11,8%) до 124 (21,1%), улучшить функциональные результаты оперативных вмешательств, уменьшить частоту возникновения осложнений заживления межкишечных анастомозов и анатомо-функциональных конструкций с 114 (14,1%) до 33 (5,6%), снизить послеоперационную летальность — с 21 (2,6%) до 5 (0,9%).

Список литературы

1. Балтайтис Ю. В. Обширные резекции толстой кишки / Ю. В. Балтайтис.— К.: Здоровье, 1990.— 175 с.
2. Мельник В. М. Реконструктивно-восстановительные операции при удалении функционально-активных отделов толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. М. Мельник // Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца.— К., 2008.— 41 с.
3. Пойда А. И. Восстановительные операции на толстой кишке: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. И. Пойда // Украинский гос. мед. университет им. А. А. Богомольца.— К., 1994.— 36 с.
4. Современный подход к лечению рака прямой кишки / Г. А. Покровский, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков [и др.] // Хирургия.— 1998.— № 9.— С. 54–61.
5. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, С. Н. Файн, А. С. Бронштейн, В. К. Ан.— М.: Медпрактика, 2004.— 488 с.
6. Ханевич М. Д. Восстановительные операции у колостомированных больных с короткой культей прямой кишки / М. Д. Ханевич, А. Р. Карапетян // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.— 2001.— Т. 160, № 3.— С. 46–48.

**ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОНАННЯ ВІДНОВНИХ ТА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ**

О. І. ПОЙДА, В. М. МЕЛЬНИК

Подано розроблену авторами тактику відновних та реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці, що ґрунтується на використанні абсолютних і відносних протипоказань до їх виконання. Застосування зазначеної тактики, методів прогнозування і цілеспрямованої профілактики ускладнень дало змогу збільшити кількість відновних операцій із 64,6 до 71,2%, реконструктивно-відновних — з 16,8 до 25,7%, покращити функціональні результати після реконструктивно-відновних

операцій, зменшити частоту ускладнень загоєння міжкишкових анастомозів та анатомо-функціональних конструкцій, знизити післяопераційну летальність.

*Ключові слова: товста кишка, відновні, реконструктивно-відновні операції, функціональні результати.*

**SUBSTANTIATION OF RESTORATIVE  
AND RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE OPERATIONS ON THE LARGE INTESTINE**

A. I. POYDA, V. M. MELNIK

The authors present the original tactics of restorative and reconstructive-restorative operations on the large intestine based on the use of absolute and relative contraindications to them. The use of this tactics, methods of prognosis and purposeful prevention of complications allowed to increase the number of restorative operations from 64,6 to 71,2%, reconstructive-restorative from 16,8 to 25,7% as well as to improve the functional results after reconstructive-restorative operations, reduce the incidence of complications of interintestinal anastomosis healing and anatomical functional constructions, reduce post-operative death rate.

*Key words: large intestine, reconstructive, reconstructive-restorative operations, functional results.*

Поступила 16.08.2013