

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Гедревич З.Э.¹, Кутузов А.В., Гецадзе Г.Н., Алехнович В.Ю., Ролевич И.И.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»

COMPLICATED COLORECTAL CANCER. SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS

Gedrevich Z.E.¹, Kutuzov A.V., Getsadze G.N., Alehnovich V.Yu., Rolevich I.I.²

¹EI «Belorussian State Medical University»

²HCI «Minsk City Clinical Oncology Centre»

Введение. Хирургический метод на протяжении более двух столетий остается ведущим при лечении колоректального рака. Не всегда радикальное оперативное вмешательство заканчивается формированием толстокишечного анастомоза. К сожалению, у значительной части пациентов, страдающих осложненным колоректальным раком первичное формирование анастомоза невозможно в силу крайне высокого риска гнойно-септических осложнений и вероятности летального исхода в результате развития несостоятельности швов анастомоза. Основными причинами, приводящими к возникновению несостоятельности, вполне обоснованно считается отсутствие адекватной подготовки кишечника при стенозирующих опухолях, следствием которых является истончение кишечной стенки проксимальнее неоплазмы и нарушение микроциркуляции, а также выполнение вмешательства в ургентных ситуациях, в условиях высокого риска для жизни пациента. Усугубляющим фактором, приводящим к негерметичности кишечного шва, является объем интраоперационной кровопотери, которая значительно выше в группе пациентов с местнораспространенным раком. Выходом из подобной ситуации является выполнение обструктивной резекции, либо формирование превентивной стомы проксимальнее анастомоза.

Цель исследования. Изучить результаты хирургической реабилитации пациентов, оперированных по поводу колоректального рака с формированием колостом.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты радикального лечения пациентов колоректальным раком в Минском городском клиническом онкологическом центре в период с 2021 по 2023 год.

В этот период оперировано 3575 пациентов с раком толстой кишки. Стратификация по гендерному признаку ж: м составила 1,4:1. Средний возраст пациентов - $68 \pm 9,2$ года. Операций, сопровождавшихся формированием кишечных анастомозов было выполнено 2981 (83,3%), при этом открытым способом произведено 2500 (69,9%) и видеоассистированных 481 (13,4%). Из них комбинированных операций с резекцией смежных

органов выполнено 132 (4,4%). В 594(16,7%) случаях операция завершилась формированием колостомы.

Результаты и обсуждение. После перенесенной обструктивной резекции толстой кишки, наличие колостомы ухудшило качество жизни пациентов и изменило их социальный статус. Проводимые консервативные мероприятия, в рамках медицинской реабилитации этой категории больных не могли в полной мере обеспечить восстановление утраченных функций. Пациенты нуждались в хирургической реабилитации. Показанием для проведения реконструктивно-восстановительной операции было удовлетворительное состояние пациента, согласие на повторное вмешательство и отсутствие рецидива и отдаленных метастазов в течение 3-6 месяцев после выполненной радикальной операции. К выполнению реконструктивно-восстановительной операции было отобрано 92 пациента. Реконструктивные вмешательства 88(14,8%) выполнялись в широком диапазоне в зависимости от объема ранее произведенной радикальной операции и локализации стомы: ликвидация цекостомы -7 (8%), илео-транsverзоанастомоз 11 (12,5%), трансверзо-трансверзоанастомоз 7 (8%), трансверзо-сигмоанастомоз 9(10%), сигмо-ректоанастомоз 23(26,1%), трансверзо-ректоанастомоз 8 (9%), сигмо-сигмо-анастомоз 21 (23,9%). Формирование анастомозов осуществлялось ручным 42(47,7%) и (52,3%) механическим швом. Следует отметить, что в 5(5,7%) случаях реконструктивно -восстановительная операция выполнена после паллиативного вмешательства у пациентов трудоспособного возраста между курсами противоопухолевой терапии. В 2 (2,3%) случаях от реконструкции пришлось отказаться после пробной лапаротомии ввиду массивного спаечного процесса в брюшной полости. Послеоперационный период в 96,6% случаев протекал гладко, у 3(3,4%) пациентов послеоперационное течение осложнилось несостоятельностью швов анастомоза, потребовалось его разъединение и формирование новой стомы. Летальных исходов не было. В 4 случаях после клинического обследования пациентам было отказано в выполнении реконструктивно-восстановительной операции ввиду тяжелой сопутствующей патологии и высокого риска для жизни.

Выводы. 1. Хирургическая реабилитация пациентов, перенесших радикальные вмешательства по поводу колоректального рака, является неотъемлемой частью индивидуальной реабилитации и способствует снижению тяжести инвалидности, улучшению качества жизни и социального статуса, а также возвращению к прежней профессии трудоспособных пациентов.