

УДК 616.34-089

## ОПЕРАЦИЯ МИКУЛИЧА В СЛУЧАЯХ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Г.В. Бондарь<sup>1</sup>, В.Х. Башеев<sup>1</sup>, А. О. Понсе Прадо<sup>2</sup>, С.Э. Золотухин<sup>1</sup>, Н.В. Бондаренко<sup>2</sup>,  
В.А. Пономаренко<sup>2</sup>, М.Г. Мутык<sup>2</sup>

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького<sup>1</sup>  
Донецкий областной противоопухолевый центр<sup>2</sup>

**Реферат.** Разработан способ двухэтапной обструктивной резекции ободочной кишки (модифицированная операция Микулича), включающий последовательные отдельные этапы обструктивной резекции и формирования внебрюшинного дубликатурного анастомоза. После применения данного способа у 62 пациентов осложнения возникли у 8 (12,9%) больных, при этом несостоятельность швов анастомоза – лишь у 1,6%.

**Ключевые слова:** модифицированная операция Микулича, внебрюшинное иссечение, дубликатурный анастомоз.

Несмотря на успехи в диагностике колоректального рака, по-прежнему остается высоким удельный вес больных с осложненным течением заболевания, в частности, кишечной непроходимостью, и, соответственно, выполняемых обструктивных резекций. Всеобщая тенденция к улучшению качества жизни онкобольных заставляет искать ответ на вопрос выбора функционально полноценного хирургического метода лечения осложненного опухолевого процесса ободочной кишки в ургентных случаях. Работы последних лет некоторых ведущих онкологических центров свидетельствуют о возможности преимущественного выполнения при осложненном течении рака толстой кишки первично-восстановительных операций [1, 2]. Однако, в обще лечебной сети, куда в большинстве случаев поступают ургентные больные, предпочтение отдается обструктивным операциям типа Гартмана, реже другим модификациям – Цейдлера-Шлоффера, Микулича.

Сложность и трудоемкость последующих восстановительных этапов общеизвестна, связана с большим риском тяжелых осложнений и даже летальных исходов, ввиду чего для подавляющего большинства больных обструктивная резекция Гартмана с формированием постоянного противоестественного ануса становится первым и последним этапом хирургического лечения. Такие обстоятельства обуславливают необходимость поиска новых решений, позволяющих в условиях общелечебных ургентных учреждений эффективно решать эту проблему, при этом сохранять высокое качество жизни пациентов.

Из вышеперечисленных хирургических ре-

шений на сегодняшний день полностью не оправдала себя трехэтапная операция Цейдлера-Шлоффера. По данным исследователей, к 3-му этапу – иссечению колостомы – приходят не более 30% больных, что связано, как с высокой суммарной частотой послеоперационных осложнений и летальности за все этапы лечения, так и с ростом уровня неоперабельности пациентов за счет прогрессирования опухолевого процесса за время, проходящее между этапами хирургического лечения.

Наряду с различными вариантами обструктивных резекций ободочной кишки, находит свое место операция Микулича, разработанная и предложенная автором в 1902 году. Классическая техника данного оперативного вмешательства заключается в мобилизации пораженного опухолью участка ободочной кишки вместе с прилегающей брыжейкой. Отступая от опухоли на 8-10см, приводящие и отводящие участки кишки сшивают между собой на протяжении 8-10 см (формируют, таким образом, шпору) и выводят через отдельный доступ вместе с опухолью на переднюю брюшную стенку. Кишку фиксируют к краям раны (брюшины, апоневрозу, коже). При этом не менее 2/3 образованной шпоры следует помещать в брюшную полость. Через 2-3 дня петли кишок вместе с опухолью отсекают, сохраняя над кожей небольшой избыток кишечных отрезков. Более поздним изменением в технике выполнения операции Микулича, вплоть до сегодняшнего дня, явилось интраоперационная резекция кишки с опухолью. Обструктивные резекции с формированием двухствольной колостомы преимущественно выполняются при поражении левой половины ободочной кишки, другие локализации опухоли при данном виде операции встречаются достаточно редко. Выполнение данного вмешательства с формированием противоестественного ануса, как и при других видах обструктивных резекций, в последующем ставит вопрос о восстановительной операции. Однако именно при этом возникают основные технические сложности, которые накладывают негативный отпечаток на самую идею операции Микулича. Основным

препятствием для ликвидации двустольного ануса является наличие не поддатливой и продолжительной по длине шпоры между сшитыми отрезками кишок. Предложенные способы внебрюшинного восстановления сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений в виде несостоятельности швов и нагноения послеоперационных ран из-за невозможности создания полноценного функционального соустья ввиду плохой адаптации краев стенки кишки [3,4]. Это обстоятельство иногда вынуждало хирургов к глубокому рассечению шпоры в сторону брюшной полости, что в некоторых случаях сопровождалось перфорацией задних стенок кишок, перитонитом и даже летальным исходом. Высокий риск несостоятельности швов ушитой колостомы и возможная необходимость повторного восстановления кишечной непрерывности при внебрюшинном способе заставили некоторых хирургов отказаться от этой идеи и изначально использовать полноценный внутрибрюшной доступ с резекцией шпоры и созданием функционального соустья. При этом сложные условия повторного оперативного вмешательства, необходимость дополнительной расширенной мобилизации кишечных отрезков и, соответственно, возрастающий риск возникновения интраоперационных осложнений, обуславливали высокую частоту послеоперационных осложнений, в т.ч. несостоятельности швов анастомоза и летальности при восстановительных вмешательствах [3-8]. Такие неблагоприятные обстоятельства, сопровождающие операцию Микулича, привели к тому, что удельный вес данного, достаточно удачного по вложенной в него технической идеи вмешательства, не превышает 1-2% в структуре оперативной активности на ободочной кишке.

**Ц е л ь ю** исследования явилось улучшение непосредственных и функциональных результатов хирургического лечения после двухэтапной операции Микулича при осложненном раке ободочной кишки. Основной идеей предложенного способа лечения явилось отсроченное формирование дубликатурного инвагинационного анастомоза в области двустольной колостомы после резекции кишки. Это заставило нас внести некоторые существенные модификационные изменения в саму технику выполнения операции Микулича,

#### **М а т е р и а л и м е т о д ы**

В период с 1990 по 2006 г.г. в условиях протологических отделений Донецкого областного противоракового центра выполнено 114 обструктивных операций типа Микулича. Основной причиной данного хирургического вмешательства явилась кишечная непроходимость (68,2%). Наиболее частой локализацией опу-

холи явилась сигмовидная кишка – 65,8%. В радикальном объеме выполнено 83,6% вмешательств, в паллиативном – 16,4%. Ко второму этапу оперативного лечения (восстановительной операции) пришли 64 пациента.

Суть предложенных модификационных изменений заключалось в следующем. В соответствии с требованиями абластики и онкологического радикализма пересекали брыжеечные сосуды, выполняли мобилизацию ободочной кишки и её резекцию, создавали отдельный доступ на передней брюшной стенке для стомирования. При формировании двустольной колостомы мы отказались от длинной продольной шпоры, вместо этого создавали короткую поперечную шпору, являвшейся задней полуокружностью наружного ряда швов будущего дубликатурного анастомоза в отсроченном варианте его формирования.

Техника операции состоит в следующем. После резекции мобилизованного участка на протяжении 4-5 см жизнеспособные концевые отрезки приводящей и отводящей кишки освобождают от жировых подвесков и брыжейки, подготавливая, таким образом площадки для анастомоза. Последние сшивают противобрыжеечными краями, у основания площадок по задним полуокружностям, накладывают 4-5 шелковых серо-серозных швов и чуть выше 2-3 наводящих серозных кетгутовых шва, чем формируют заднюю стенку будущего дубликатурного анастомоза. Передние полуокружности фиксируют в толще брюшной стенки в отдельном доступе на передней брюшной стенке отдельными шелковыми швами (к брюшине, апоневрозу, коже), чем заканчивают формирование двустольного ануса и, соответственно, первого обструктивного этапа модифицированной операции Микулича.

Выполнение второго реконструктивно-восстановительного этапа операции Микулича мы считаем возможным уже через 1,5-2 месяца (когда восстанавливается париетальная брюшина в области стомы и сравниваются диаметры приводящей и отводящей кишок), так как предполагаем исключительно внебрюшное её иссечение, которое осуществляется следующим образом. Кишечные отрезки циркулярно высекают из спаечных и рубцовых сращений в коже, подкожной жировой клетчатки, апоневрозе, сохраняя при этом целостность париетальной брюшины. Открытые сверху просветы кишок сшивают между собой, чем образуют инвагинат, который вправляют в отводящую кишку. Далее формируют наружный (по передней полуокружности) серозный ряд швов. Иными словами, в отсроченном порядке завершают формирование дубликатурного анастомоза, начатого при первом обструктивном

этапе операции. Для облегчения вправления инвагината в кишечный просвет (в случаях периколостомической грыжи, ригидности кишечной стенки, стеноза отводящей кишки или короткого отрезка кишки) применяем разработанный способ инвагинации кишки с использованием тракционной лигатуры для вправления в просвет отводящей кишки (инвагината). Суть способа состоит в следующем. За сутки до предполагаемого восстановительного вмешательства проводим фиксированный на одном (дистальном) конце шелковой лигатуры небольшого размера марлевый тупфер в просвет отводящего отрезка кишки. Другой (проксимальный) конец лигатуры закрепляем пластырем на передней брюшной стенке в области стомы. Марлевый тупфер в течение небольшого промежутка времени собственной перистальтической активностью кишки перемещается к анусу. Перед оперативным вмешательством во время ректального осмотра тупфер извлекают наружу (при необходимости используют ректороманоскопию). Во время восстановительной операции, перед ушиванием просвета кишки внутренним рядом швов, проксимальный конец лигатуры фиксируют к одному из кетгутовых швов передней губы инвагината, лигатуру помещают в кишечный просвет и окончательно его ушивают. При погружении инвагината ассистент подтягивает лигатуру (дистальный конец) со стороны ануса, осуществляя дополнительную тракцию, чем облегчает его погружение в отводящую кишку. Далее накладывают наружные серозные швы анастомоза, тупфер срезают. операцию продолжают по намеченному плану – восстанавливают целостность апоневроза и кожных покровов. Обычно, через 5-6 суток, лигатура, фиксированная к кетгутовому шву инвагината, самостоятельно отторгается.

#### **Результаты и обсуждение**

При использовании разработанных способов иссечения двустольной колостомы послеоперационные осложнения отмечены у 8 (12,8%) пациентов. Из них – 2 (3,1%) анастомозита, купированные консервативно, 3 (4,7%) – нагноения послеоперационных ран, купированные противовоспалительной терапией, 1 (1,6%) – несостоятельность швов ушитой колостомы, впоследствии ликвидированной при повторной операции. Летальных исходов не было.

#### **Заключение**

Разработанный модифицированный способ операции Микулича позволяет получать удовлетворительные непосредственные и, соответственно, функциональные результаты лечения в виде восстановления кишечной непрерывности, что существенно расширяет показания к данному виду операции при осложненном раке

ободочной кишки, улучшает качество жизни пациентов.

### **ОПЕРАЦІЯ МІКУЛІЧА У ВИПАДКАХ УСКЛАДНЕНОГО РАКА ОБОДОВОЇ КИШКИ**

*Г.В. Бондар, В.Х. Башеев, А.О. Понсе-Прадо, С.Э. Золотухін, М.В.Бондаренко, В.А. Пономаренко, М.Г. Мутик*

**Реферат.** Розроблений спосіб двоетапної обструктивної резекції ободової кишки (модифікована операція Мікуліча), який містить послідовні розділені етапи обструктивної резекції і формування позаочеревинного дублікатурного анастомозу. Після застосування даного способу у 62 пацієнтів ускладнення виникли у 8 (12,9%) хворих, у тому числі неспроможність швів анастомозу – лише у 1,6%.

**Ключові слова:** модифікована операція Мікуліча, позаочеревинне видалення, дублікатурний анастомоз.

### **MICULIZC OPERATION IN CASES COMPLICATED COLON CANCER WITH ILEUS**

*G.V. Bondar, V.H. Basheev, A.O. Ponce-Prado, S.E. Zolotukhin, N.V. Bondarenko, V.A. Ponomarenko, M.G. Mutik*

**Abstract.** Developed method of obstructive colon resection in two stages (modified Miculicz operation), by division of successive steps – obstructive resection and extraperitoneal formation of the duplicatural anastomosis. After application of the proposed method in 62 patients complications occurred in 8 (12,9%) cases, including 1,6% cases of the anastomotic suture insufficiency.

**Key words:** modified Miculicz operation, extraperitoneal excision – duplicatural anastomosis.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г. и др. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника. Классификация, хирургическая тактика, результаты лечения // Клин. хир. – 2000. – № 8. – С. 48-50.
2. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г. и др. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника. Часть II. Лечение рака ободочной кишки, осложненного непроходимостью кишечника. // Клин. хир. – 2000. – № 9. – С. 20-22.
3. Воробьев Г. И., Зикас Р. С., Павалькис Д. К. Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям // Хирургия. – 1991. – № 3. – С. 93-95.
4. Лохвицкий С. В., Баширов А. Б., Афендулов С. А., Дарвин В. В. Восстановительные операции у больных с колостомами // Вести, хирургии им. И. И. Грекова
5. Масляк В. М., Павловский М. П., Лозинский Ю. С., Варивода И. М. Практическая колопроктология. – Львов: Свгг, 1990. – 184 С.
6. Павалькис Д. К., Тамелис А. А. Способы наложения анастомоза при закрытии двустольной и краевой колостомы // Клин. хирургия. – 1991. – № 2. – С. 62-63.
7. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. – М.: Медицина 1984. – 184С.
8. Глушков Н.И. Хирургическое лечение осложненного рака сигмовидной ободочной кишки // Клиническая хирургия. – 1998. – № 5-3. – С. 38-40