

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.345-089.86-089.84:616.381-072.1

А.Л.Андреев, А.В.Проценко, А.В.Глобин

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

ООО «Международная клиника МЕДЕМ» (дир. — проф. А.А.Стрельников), Санкт-Петербург

Ключевые слова: лапароскопия, толстая кишка, операция Гартмана.

Введение. Колоректальный рак в настоящее время стал одним из самых распространенных онкологических заболеваний во многих странах мира, в том числе в России, занимая 2-е место в структуре онкологической патологии [4]. При выполнении как радикальных, так и паллиативных операций по поводу злокачественных новообразований толстой кишки, одной из существенных проблем является наличие колостомы у больных [4, 11]. Кроме того, количество стомированных пациентов увеличивают операции по поводу перфораций и повреждений толстой кишки различной этиологии [2, 6]. Повторные оперативные вмешательства с целью восстановления кишечной непрерывности и устранения колостомы относятся к наиболее травматичным и сложным реконструктивным операциям на толстой кишке [1, 2, 17]. Именно поэтому исследователи уделяют этому вопросу много внимания и предлагают различные способы колопластики после операции Гартмана [1, 4, 12]. В последнее время появились отдельные сообщения о лапароскопических способах восстановления непрерывности толстой кишки у этой категории больных [3, 5, 7–10]. Однако широкого распространения эта операция не получила. Одна из причин этого — достаточно сложная техника выполнения вмешательства [3].

Материал и методы. Мы обладаем опытом лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки у 19 стомированных пациентов. Оперированы 10 мужчин и 9 женщин. Возраст пациентов варьировал от 40 до 76 лет (средний возраст — 53 года). Первичной операцией у всех была обструктивная резекция толстой кишки по Гартману, которая выполнялась у 13 больных по поводу аденокарциномы толстой кишки, осложненной толстокишечной непроходимостью, у 2 — по поводу перфорации опухоли толстой кишки, у 3 — по поводу перфорации

дивертикула толстой кишки и у 1 — по поводу повреждения толстой кишки. В нашей клинике оперированы 7 больных, остальные — в других лечебных учреждениях. У 4 пациентов имела короткая (менее 8 см) культя прямой кишки. Параколостомические грыжи наблюдались у 5 больных (рис. 1). У всех пациентов отмечались различные сопутствующие заболевания, в том числе у 7 — ожирение II–III степени. Лапароскопические реконструктивные операции выполняли в сроки от 3 до 47 мес (в среднем — 13 мес) после первичного вмешательства.

Прежде чем принять решение о реконструктивном оперативном вмешательстве, проводили полное клиническое обследование. При этом оценивали общесоматическое состояние больного, исключали наличие локорегионарного рецидива или прогрессирования опухолевого процесса, изучали состояние культи прямой кишки и ободочной кишки (рис. 2).

Показаниями для лапароскопической операции служили обструктивные резекции левой половины толстой кишки, надбрюшинное и подбрюшинное расположение культи отключенной кишки, с диастазом культи-стома более 10 см, вне зависимости от степени абдоминального спаечного процесса. За 5–7 дней до операции ежедневно пациентам назначали очистительные или лекарственные клизмы через анус в объеме 200–300 мл для подготовки культи прямой



Рис. 1. Вид передней брюшной стенки больного с колостомой и параколостомической грыжей.

кишки к оперативному вмешательству. Лапароскопические вмешательства выполняли под общей комбинированной или тотальной внутривенной анестезией с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких с адекватной миоплегией. Для проведения операции пациента укладывали на операционный стол в горизонтальное положение на спине с разведенными и полусогнутыми ногами.

Первым этапом выполняли иссечение колостомы с внутрибрюшинной мобилизацией функционирующей петли. После подготовки концевой участка приводящей петли и фиксации кисетным швом в ее просвете «головки» циркулярного сшивающего аппарата кишку погружали в брюшную полость. Через рану удаленной стомы в брюшную полость вводили руку, выполняли локальный адгезиолизис и под непосредственным пальпаторным контролем в параумбиликальной или правой подвздошной области устанавливали первый (10-миллиметровый) троакар для лапароскопа. Затем послойно ушивали рану брюшной стенки после иссеченной колостомы и накладывали пневмоперитонеум. Пациента на операционном столе переводили в положение Тренделенбурга. В брюшную полость под визуальным лапароскопическим контролем вводили два дополнительных 5-миллиметровых троакара, которые располагали вдоль правого бокового фланга. Следующим этапом проводили лапароскопический адгезиолизис, объем которого ограничивали зоной основного оперативного вмешательства и сращениями, потенциально опасными в плане развития послеоперационной кишечной непроходимости. Особое внимание уделяли выделению культы прямой кишки. Подготовка к анастомозированию длинной, расположенной в брюшной полости культы толстой кишки не представляла особой сложности. Если культя находилась под тазовой брюшиной, что было отмечено у 4 пациентов, то вследствие массивного рубцового процесса ее выделение сопряжено с большими техническими трудностями. Для облегчения идентификации культы прямой кишки трансанально вводили фиброколоноскоп, которым осуществляли трансиллюминацию и инсуффляцию. Этот прием помогал выделению площадки стенки кишки, достаточной для анастомозирования.

При недостаточной длине колотрансплантата в безсосудистой зоне дополнительно мобилизовали левую половину ободочной кишки (у 6 пациентов), для того чтобы избежать в дальнейшем натяжения анастомоза. Затем низводили приводящую кишку в малый таз. Трансанально вводили базовую часть циркулярного степлера, острым наконечником перфорировали выделенную свободную площадку передней стенки культы кишки, адаптировали с головкой (рис. 3) и формировали интракорпоральный терминолатеральный анастомоз.

После извлечения из ануса сшивающего аппарата особое внимание уделяли целостности двух колец кишечных стенок, удаленных при формировании степлерного шва. Окно в брыжейке сигмовидной кишки не ушивали. Обязательной являлась воздушная проба на герметичность анастомоза. Операцию завершали дренированием полости малого таза (рис. 4).

Результаты и обсуждение.

Летальных исходов, значимых интра- и послеоперационных осложнений не было; у одного (5%) пациента отмечено подкожное нагноение послеоперационной раны в области иссеченной колостомы. В одном наблюдении при выраженном рубцово-спаечном процессе в брюшной полости



Рис. 2. Ирригоскопия до операции у того же больного.

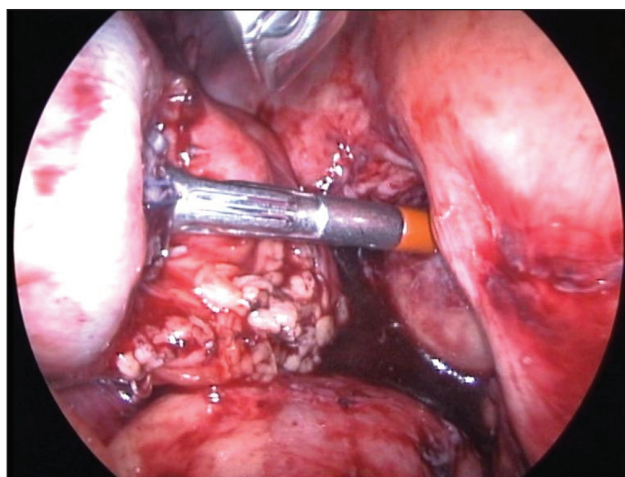


Рис. 3. Адаптирование «головки» и базовой части циркулярного степлера для формирования колоректального анастомоза.



Рис. 4. Вид передней брюшной стенки после лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки.

перешли на открытую операцию. Средняя продолжительность лапароскопического вмешательства составила 150 мин, операционная кровопотеря — 50–100 мл. Парез кишечника не наблюдался ни у одного пациента. Газы начинали отходить на следующий день, первый стул — на 2–3-й день после операции. При малоинвазивных вариантах операций отмечено снижение выраженности болевого синдрома, больные не нуждались в применении наркотических анальгетиков. Активизация больных происходила в первые сутки после операции. Послеоперационный койко-день был 5–7. Средний срок наблюдения после операции составил 16 мес (от 6 до 58 мес). Поздних осложнений (рубцовые стриктуры области анастомоза, послеоперационные грыжи) отмечено не было.

Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана представляет собой серьезное оперативное вмешательство, не уступающее по сложности первичной операции. Традиционная открытая операция восстановления непрерывности толстой кишки доставляет пациенту дополнительные боли, требует 7–10-дневного пребывания в стационаре и длительного периода послеоперационной реабилитации. Вышеперечисленные факторы, а также достаточно высокая частота послеоперационных осложнений приводят к тому, что до 50% колостомированных пациентов отказываются от проведения восстановительной операции [12, 17]. Желая изменить привычное отношение к данному виду операций, хирурги по всему миру уже с середины 90-х годов прошлого века начали использовать лапароскопическую методику при проведении восстановительных операций [5, 7–10, 13–16].

Однако, несмотря на преимущества малоинвазивной хирургии — небольшие

размеры операционных ран, значительно меньший болевой синдром, снижение длительности послеоперационного восстановительного периода, лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки не получило общераспространенного признания. Это заставило нас обратиться к этой проблеме, проведя анализ литературных данных и результатов собственной работы.

Данные литературы по лапароскопическому восстановлению непрерывности толстой кишки после операции Гартмана приведены в таблице.

Представлены данные 118 лапароскопических восстановительных операций после операции Гартмана. Летальных исходов не было описано ни одним из авторов. Только в 2 наблюдениях (менее 2%) послеоперационное течение осложнилось несостоятельностью анастомоза. В то же время, по литературным данным, при открытых операциях восстановления непрерывности толстой кишки летальность достигает 4%, а несостоятельность анастомоза возникает у 5–15% оперированных больных [12, 17]. Отмечается значительное снижение частоты конверсий при проведении лапароскопических операций с 25 до 5,3% в течение последних 10 лет. При этом средняя продолжительность операции сохраняется в пределах 2,5 ч. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 5,3 койко-дня.

Выводы. 1. При дифференцированном подходе у больных с одноконцевой колостомой возможно выполнение малотравматичных реконструктивных операций с применением лапароскопических методик.

2. Операции из лапароскопического доступа восстановления непрерывности толстой

Результаты лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана по данным литературы

Автор	Год публикации	Число операций	Конверсии	Осложнения	Несостоятельность	Средняя продолжительность операции, мин	Длительность стационарного лечения, дни
C.A.Anderson и соавт. [5]	1993	2	0	0	0	—	—
G.N.Constantino и соавт. [7]	1994	3	0	0	0	148	5,3
D.L.Sosa и соавт. [15]	1994	18	4	3 (14%)	1 (5,5%)	230	4,3
A.M.Vernava и соавт. [16]	1995	2	0	0	0	195	4
S.C.Macpherson и соавт. [10]	1996	12	0	1 (8%)	0	169	8,6
F.S.Regadas и соавт. [13]	1996	20	3	8 (41%)	1 (5%)	130	4
G.F.Delgado и соавт. [8]	1998	11	1	0	0	144	7
J.C.Holland и соавт. [9]	2002	4	1	0	0	146	7
M.J.Rosen и соавт. [14]	2004	22	2	4 (22%)	0	158	4,2
К.В.Пучков, Д.А.Хубезов [3]	2005	5	2	0	0	135	—
А.Л.Андреев	2009	19	1	1 (5%)	0	152	5,1

кишки после операции Гартмана за счет малой травматичности имеют ряд преимуществ перед операциями из широкой лапаротомии, включая меньшую кровопотерю, быстрое восстановление моторики кишечника, раннюю активизацию пациентов, сокращение послеоперационного пребывания в стационаре. Выполнение этапа симультанного лапароскопического адгезиолизиса является эффективным способом лечения и профилактики спаечной болезни брюшной полости и ее осложнений.

3. Сложности выполнения этих операций возникают при массивном спаечном процессе брюшной полости и короткой культе прямой кишки. В этой ситуации при проведении лапароскопической операции целесообразно дополнительно использовать «руку помощи» и фиброколоноскопию.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Воробьев Г.И. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции по Гартману // Клиническая оперативная колопроктология.—М., 1994.—С. 171–178.
- Петров В.Н., Ефименко Н.А., Михайлова Е.В. Колостомы при огнестрельных ранениях толстой кишки // Воен.-мед. журн.—2001.—№ 7.—С. 19–30.
- Пучков К.В., Хубезов Д.А. Малоинвазивная хирургия толстой кишки.—М.: Медицина, 2005.—С. 215–223.
- Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки.—М.: МЕДпрес-информ, 2004.—376 с.
- Anderson C.A., Fowler D.L., White S. et al. Laparoscopic colostomy closure // Surg. Laparoscop. Endoscopy.—1993.—Vol. 3.—P. 69–72.
- Bell G.A. Closure of colostomy following sigmoid colon resection for perforated diverticulitis // Surgery, Gynecology, Obstetrics.—1980.—Vol. 150.—P. 85–90.
- Constantino G.N., Mukalian G.G. Laparoscopic reversal of Hartmann procedure // J. Laparoendoscopic Surgery.—1994.—№ 4.—P. 429–433.
- Delgado G.F., Garcia L.A., Domingo del Pozo C. et al. Laparoscopic reconstruction of intestinal continuity following Hartmann's procedure // Rev. Esp. Enferm. Dig.—1998.—Vol. 90.—P. 499–502.
- Holland J.C., Winter D.C., Richardson D. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure revisited // Surg. Laparoscop. Endoscopy and Percutaneous Techniques.—2002.—Vol. 12.—P. 291–294.
- Macpherson S.C., Hansell D.T., Porteous C. Laparoscopic-assisted reversal of Hartmann's procedure: A simplified technique and audit of twelve cases // J. Laparoendoscopic Surgery.—1996.—№ 6.—P. 305–310.
- Nugent K.P., Daniels P., Stewart B. et al. Quality of life in stoma patients // Disease Colon Rectum.—1999.—Vol. 42.—P. 1569–1574.
- Pearce N.W., Scott S.D., Karran S.J. Timing and method of reversal of Hartmann's procedure // Brit. J. Surgery.—1992.—Vol. 79.—P. 839–841.
- Regardas F.S., Siebra J.A., Rodrigues L.V. et al. Laparoscopically assisted colorectal anastomose post-Hartmann's procedure // Surg. Laparoscop. Endoscopy.—1996.—№ 6.—P. 1–4.
- Rosen M.J., Cobb W.S., Kercher K.W. et al. Laparoscopic restoration of intestinal continuity after Hartmann's procedure // Amer. J. Surg.—2005.—Vol. 189.—P. 670–674.
- Sosa J.L., Sleeman D., Puente I. et al. Laparoscopic-assisted colostomy closure after Hartmann's procedure // Disease Colon and Rectum.—1994.—Vol. 37.—P. 149–152.
- Vernava A.M., Liebscher G., Longo W.E. Laparoscopic restoration of intestinal continuity after Hartmann procedure // Surg. Laparoscop. Endoscopy.—1995.—№ 5.—P. 129–132.
- Wigmore S.J., Duthie G.S., Young I.E. et al. Restoration of intestinal continuity following Hartman's procedure: Lothian experience 1987–1992 // Brit. J. Surg.—1995.—Vol. 82.—P. 27–30.

Поступила в редакцию 31.03.2009 г.

A.L.Andreev, A.V.Protsenko, A.V.Globin

LAPAROSCOPIC RESTORATION OF THE COLON CONTINUITY AFTER HARTMANN PROCEDURE

Literature data and personal experience with laparoscopic restoration of the continuity of the colon after Hartmann's procedure in 19 patients allowed the authors to conclude that minimally traumatic procedures had a number of advantages over operations of wide laparotomy such as less blood loss, rapid restoration of the intestinal motility, early activation of the patients, shorter postoperative stay at hospital. They are also thought to be effective methods of treatment and prophylactics of peritoneal commissures and their complications.