

НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННОГО ТОЛСТО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ

© 2006 г. М.Ф. Черкасов, И.А. Лазарев, А.А. Помазков, Х.Е. Хлиян, Л.В. Узунян, А.Б. Ефимов, М.А. Зайцев, И.И. Карлусова, Е.В. Никоненко, С.М. Настуева, В.С. Василенко, А.С. Шаповалов, И.Г. Арндт, В.А. Лубенец, Р.А. Юдинок

Хирургическое лечение осложненной формы рака толстой кишки привлекает внимание хирургов и онкологов, не теряя своей актуальности. Это обусловлено как поздней диагностикой рака этой локализации, так и частыми послеоперационными осложнениями, особенно при восстановлении непрерывности кишечника.

При острой обтурационной толстокишечной непроходимости отдается предпочтение операции типа Гартмана, позволяющей одномоментно извлечь больного от основного заболевания и устранить кишечную непроходимость. Отрицательной ее стороной является наличие колостомы, увеличение времени пребывания пациентов в стационаре и необходимость повторной тяжелой операции. Клинический опыт свидетельствует, что повторное оперативное вмешательство, направленное на восстановление непрерывности толстой кишки, занимает почти в два раза больше времени, чем сама операция типа Гартмана. Кроме того, вторая операция сопряжена с выделением культи из массивных рубцов, которые встречаются до 68,7 % случаев, поэтому сопровождается значительно большим риском развития кровотечения, повреждения мочеточников, десерозированием участков кишки [1]. Восстановительная операция у больных с колостомой сопряжена с риском послеоперационных осложнений, причём одним из наиболее частых и опасных является несостоятельность швов ободочной кишки, встречающаяся у 6–25 % больных, нагноение послеоперационной раны отмечается – в 25–60; перитонит – в 1,5; тазовый абсцесс – в 1,5 % случаев [2, 3].

Послеоперационная летальность при операции по поводу восстановления непрерывности толстой кишки составляет 21,7 – 60,9 % [3–10].

Несмотря на достаточное количество способов восстановления толстой кишки, можно выделить общие основные причины несостоятельности анастомо-

зов и развития гнойных осложнений: особенности кровоснабжения анастомозируемых отрезков кишки, нарушение микроциркуляции в стенке кишки после наложения швов, анатомические особенности строения стенки толстой кишки, воздействие патогенных микроорганизмов, высокое давление в просвете кишки, наличие осложнений опухолевого процесса, нарушение техники операции, несовершенство шовного материала, послеоперационных осложнений, пожилой возраст больных, наличие сопутствующих заболеваний, нарушение гомеостаза [11, 12].

Нами разработана методика резекции толстой кишки, при которой одномоментно устраняется патологический процесс и кишечная непроходимость, создаются условия, предупреждающие расхождение швов анастомоза. Важно и то, что непрерывность кишечника восстанавливается без повторной лапаротомии (приоритетная справка № 2005102364). Эта операция осуществляется следующим образом. После лапаротомии производим резекцию пораженного участка толстой кишки (операция типа Гартмана). С помощью шприца точно вводим стерильную китайскую тушь по верхнему и нижнему краю предполагаемого наложения анастомоза на проксимальном отделе и культе оставшейся толстой кишки. Осуществляем десерозирование проксимального (стомированного) конца кишки и культи в месте предполагаемого наложения анастомоза тугим тупфером, смоченным раствором 70%-го этилового спирта, а также скальпелем. Затем выполняем подшивание боковой стенки культи отдельными узловыми серо-серозными швами к проксимальному отделу стомированной кишки по типу «конец в бок» (первично-отсроченный анастомоз) (рис. 1, 2). Толсто-прямокишечный анастомоз в первый этап не накладывался.

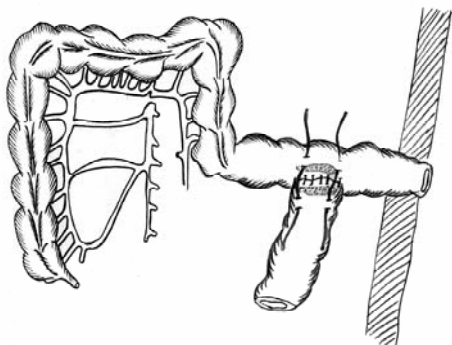


Рис. 1

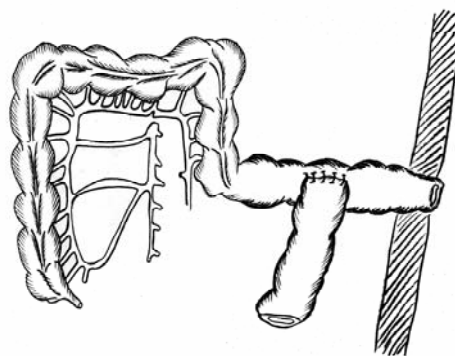


Рис. 2

Через 30 дн. (сроки сопоставления доказаны в эксперименте) после первого этапа операции под эндотрахеальным наркозом произведено наложение анастомоза между культей оставшейся кишки и проксимальным отделом ободочной кишки, сформированного первично-отсроченного анастомоза во время предыдущей операции. В культю прямой кишки вводится фиброколоноскоп до сформированного ранее участка предстоящего анастомоза. Одновременно через колостому со стороны просвета ободочной кишки визуализируется «площадка» для будущего анастомоза. Под световым контролем с помощью электрохирургического крючка произ-

водится рассечение стенки толстой кишки и подшитой ранее культи через всю толщу ткани на протяжении 0,5–1,0 см в режиме резания и коагуляции. После этого в проделанное отверстие через тубус дополнительного инструмента вводят эндохирургический аппарат Liga Sure (№ 5) (рис. 3) и выполняют рассечение через всю толщу тканей на протяжении 3,0 см в режиме заваривания и образования коллагенового мостика с последующим его рассечением. Таким образом, создается внутрипросветный анастомоз, после чего стома ушивается на расстоянии не более 2 см от сформированного анастомоза (рис. 4).

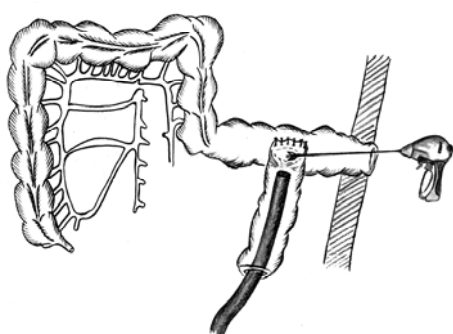


Рис. 3

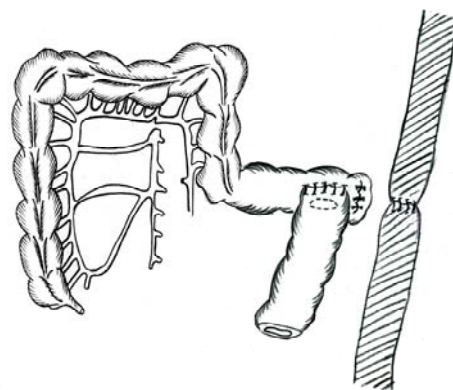


Рис. 4

Приводим наблюдение. Больной И., 44 лет, поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли внизу живота слева, вздутие, отсутствие отхождения стула и газов. Данные жалобы появились 2 дня назад. При рентгенологическом исследовании выявлены чаши Клойбера. Поставлен диагноз острая механическая толстокишечная непроходимость. Типично выполнена средне-нижнесрединная лапаротомия. При ревизии выявлено раздутие толстой кишки до сигмовидной, начальный отдел прямой кишки не раздут. В малом тазу до 200 мл серозно-геморрагического выпота. При пальпации в просвете сигмовидной кишки по брыжеечному краю определяется опухолевидное образование, которое полностью obturiрует просвет кишки. В печени образования, подозрительные на mts, при пальпации не определяются. При дальнейшей ревизии объемные образования, подозрительные на метастазы, в органах брюшной полости, забрюшинно, в брыжейке не выявлены. С техническими трудностями мобилизована сиг-

мовидная кишка. Сигмовидную кишку удалили, отступив на 15 см проксимально и 4–5 см дистально от имеющегося субстрата. Культи прямой кишки ушита наглухо двухрядными узловыми швами, проксимальный участок сигмовидной кишки выведен на переднюю брюшную стенку в области левого фланка в виде концевой сигмостомы. После этого намечены зоны наложения предстоящей «площадки» (первично-отсроченного анастомоза), подготовлены серозные поверхности стомированной кишки и оставшейся культи методом частичного десерозирования и прижигания раствором спирта 96,6%-го для активации регенерации. Сформирована «площадка» будущего анастомоза между культей прямой кишки и нисходящим отделом ободочной кишки по типу «конец в бок» с наложением серо-серозных одиночных узловых викриловых швов. Окно брыжейки ушито отдельными узловыми швами. Установлены две ПХВ трубки и полоски перчаточной резины в правой и левой подвздошных областях в полость малого таза и

под сигмостому. Передняя брюшная стенка ушита наглухо.

Через 30 дн. выполнен второй этап операции – восстановление непрерывности толстой кишки методом рассечения созданного ранее первично-отсроченного анастомоза («площадки») между культей и стомированной кишкой. Закрытие колостомы.

Под внутривенной анестезией в положении больного на спине через прямую кишку подведен колоноскоп к зоне площадки для анастомоза для световой визуализации площадки, сформированной ранее. Через сигмостому введен эндоскопический аппарат Liga Sure (№ 5), проведенный через тубус дополнительного инструмента. Визуализирована полоска света, просвечивающая колоноскопом зону будущего анастомоза со стороны культы. По световой полоске произведен разрез кишки длиной 3 см аппаратом Liga Sure

(№ 5) в режиме заваривания, колагеновая клипса рассечена, сформирован анастомоз «конец в бок». Кровотечения нет. Стома кишки мобилизована и внебрюшинно ушита двухрядными узловыми швами, погружена в брюшную полость. Колостомическая рана послойно ушита и дренирована.

Из приведенной истории болезни видно, что с учетом распространения опухоли, объема операции, наличия кишечной непроходимости были все показания к выполнению операции Гартмана. Для восстановления непрерывности толстой кишки больному необходима тяжелая повторная операция.

Применив методику операции, разработанную нами, одномоментно можно удалить опухоль, устранить непроходимость и подготовить анастомоз для его восстановления без повторной лапаротомии, тем самым сократить срок лечения.

Указанным способом оперировано 4 больных по поводу рака сигмовидной кишки в возрасте от 40 до 70 лет. Осложнений со стороны анастомоза не было. Через 6 мес. больным выполнена контрольная фиброколоноскопия, при которой воспалительные явления в зоне сформированного ранее анастомоза не обнаружены.

Резекция толстой кишки по предлагаемой нами методике направлена на предупреждение расхождений швов анастомоза и дает

возможность восстановить непрерывность кишечника без тяжелой повторной операции.

Выводы

1. Новый метод наложения первично-отсроченного внутрибрюшинного анастомоза позволяет восстановить непрерывность кишки без повторной лапаротомии.

2. Оперативные вмешательства по данной методике снижают травматичность операций, сокращают сроки лечения и улучшают реабилитацию больных.

Литература

1. Федоров В.Д. и др. Клиническая и оперативная колопроктология. М., 1994.
2. Воробьев Г.И. и др. Рак правой половины толстой кишки и ближайшие результаты хирургического лечения // Вестн. хирургии. 1990. № 5. С. 42–46.
3. Чистяков С.С. и др. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке // Паллиативная медицина и реабилитация. 1998. № 1. С. 26–27.
4. Афендулов С.А. и др. Пути улучшения результатов лечения осложненного колоректального рака // Актуальные вопросы колопроктологии: Тез. докл. I съезда колопроктологов России с междунар. участием. Самара, 2003. С. 172–173.
5. Воробей А.В. Реабилитация больных с энтеростомиями // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1998. № 3. С. 68–75.
6. Мельник В.М., Пойда А.И. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке // Анналы хирургии. 2002. № 5. С. 11–16.
7. Нихинсон Р.А., Фалькин Г.Н. Лечение несформированных наружных свищей // Хирургия. 1997. № 8. С. 53–58.
8. Павленко С.Г. и др. Восстановительные операции в хирургии колоректального рака // Актуальные вопросы колопроктологии: Тез. докл. I съезда колопроктологов России с междунар. участием. Самара, 2003. С. 272–273.
9. Рычагов Г.П., Кремень В.Е. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость // Там же. С. 290–291.
10. Тур Г.Е., Воробей А.В. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургическом лечении колоректального рака // Актуальные вопросы колопроктологии: Тез. докл. I съезда

колопроктологов России с междунар. участием. Самара, 2003. С. 375.

11. Гончаренко О.В. Причины виникнення, патогенез і комплексна профілактика

неспроможності швів кишечника // Клінічна хірургія. 1997. № 9–10. С. 24–25.

12. Кныш В.И., Тимофеев Ю.М. Низкие передние (чрезбрюшные) резекции прямой кишки // Хирургия. 1996. № 2. С. 42–44.