

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ПРЯМОЙ КИШКИ

К.В. Пучков, Д.А. Хубезов

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова.

Областная клиническая больница, г. Рязань

За период 1997-2007 г. в областной клинической больницы г. Рязани по поводу эндометриоза прямой кишки лапароскопическим доступом было оперировано 27 пациенток. У 18 пациенток эндометриозный очаг был удален без вскрытия просвета кишки, в 6 наблюдениях выполнялась передняя резекция прямой кишки. Летальных исходов и ранних послеоперационных осложнений не было выявлено.

Эндометриоз представляет собой заболевание, характеризующееся распространением функционирующего эндометрия за пределы матки. В области малого таза различают три формы эндометриоза: эндометриоз брюшины, эндометриоз яичников и ретроцервикальный эндометриоз [3], причем в патологический процесс при эндометриозе может вовлекаться любой орган брюшной полости. Эндометриоз развивается у трети женщин с бесплодием и у 16% женщин репродуктивного возраста [2]. Толстая кишка вовлекается в патологический процесс в 5-37% наблюдений [1]. Инвазивный эндометриоз толстой кишки, как правило, приводит к втягивающему фиброзу с деформацией стенки толстой кишки и облитерации маточно-прямокишечного пространства. В подавляющем числе наблюдений поражается прямая кишка

Эндометриозное поражение прямой кишки обычно проявляется болью в области таза (85% наблюдений) и прямой кишке (52%), запорами (41%), диспареунией (64%), диареей (42%), ректальным кровотечением (18%) [4]. Поскольку крайне трудно, используя традиционные методы обследования, до операции определить степень распространенности эндометриоза, то определенную актуальность приобретает проблема выбора доступа в брюшную полость и объема операции. Ряд авторов с этой целью используют ректальную эндоскопическую ультрасонографию. При этом степень инфильтрации стенки кишки считают определяющим критерием для выбора лапароскопического или открытого способа оперирования [5].

ЦЕЛЬ: определить оптимальный объем резекции при хирургическом лечении эндометриоза прямой кишки в зависимости от степени инвазии в кишечную стенку.

Материалы и методы

За период 1997-2007 г. в областной клинической больницы г. Рязани по поводу эндометриоза было оперировано 370 пациенток. У 27 (7,3%) из них в патологический процесс была вовлечена прямая кишка. Все больные оперировались лапароскопическим доступом. Всем перед операцией выполнялось эндоскопическое исследование толстой кишки (ФКС, RRS). У 18 (6,7%) пациенток при эндоскопическом исследовании патологии со стороны слизистой оболочки обнаружено

не было. У них мы целенаправленно старались удалить эндометриоидные очаги в пределах подслизистого слоя без вскрытия просвета кишки, что удалось сделать у всех данных больных. При иссечении эндометриоидного очага из кишечной стенки использовался монополярный игольчатый электрод. В режиме резания рассекался серозно-мышечный слой на границе неизменной и пораженной ткани. Фиксация матки ретрактором в положении *ante-flexio* и собственный вес прямой кишки позволяли получить дозированное натяжение тканей, необходимое для безопасного выделения эндометриоидного очага. После иссечения очага образовавшийся дефект ушивался ручным швом нитью «Викрил» 3/0 на атравматической игле с формированием узлов интракорпорально. У 9 (2,4%) пациенток были обнаружены очаги инфильтрации слизистой оболочки. В 6 случаях они были больших размеров с деформацией стенок и сужением просвета. Этим больным выполнили переднюю резекцию прямой кишки с экстирпацией матки. В большинстве случаев (5) использовалась полностью интракорпоральная техника формирования колоректального анастомоза с использованием эндоскопических ротикуляторных линейных и циркулярных степлеров. В одном случае выполнена лапароскопическая передняя резекция с лапаротомной ассистенцией. В трех других случаях очаги инфильтрации были небольших размеров. В двух этих наблюдениях выполнено клиновидное иссечение стенки кишки. В одном случае целостность кишки восстановлена прошиванием аппарата ENDO-TA-30, в другом – ручным швом. У третьей пациентки выполнена сегментарная резекция прямой кишки разработанным нами способом (заявка № 2001133225 от 6.12.2001.) Все операции носили симультанный характер. При этом совместно с резекцией кишки выполнено: экстирпация матки (9), надвлагалищная ампутация матки (4), цистэктомия (7), аднексэктомия (4), иссечение очагов брюшины (5), иссечение крестцово-маточных связок (3), резекция участка мочевого пузыря (1).

Результаты и их обсуждение

Летальных исходов и ранних послеоперационных осложнений не было. У одной больной (3,7%) отмечено позднее осложнение – стриктура анастомоза после интракорпоральной передней резекции прямой кишки, которое ликвидировано бужированием.

Всего выполнено 4 стандартные передние резекции (локализация анастомоза выше 8 см от перианальной кожи) и 2 низкие (анастомоз располагался на уровне 8 см). Во всех случаях лигировалась верхняя прямокишечная артерия. В 5 случаях использовался внутренний уровень мобилизации и в 1 – средний (стандартный). Дистальная граница резекции составила в среднем 2,5-3 см от очага эндометриоза. Превентивные стомы не накладывались. Функциональных нарушений после выполнения низких передних резекций не отмечено.

Конверсий не было. Средняя продолжительность операции составила 126±10,2 минут. Выполнение передних резекций существенно увеличивало продолжительность операций до 240 минут. Послеоперационный койко-день, как правило, не превышал 7-8 суток. Отмечены также все традиционные преимущества лапароскопического доступа: минимальная интраоперационная кровопотеря, раннее восстановление функций ЖКТ и всего организма в целом, меньшая потребность в обезболивающих препаратах, сокращение срока реабилитации косметический эффект и др. Прослежено 22 (81,5%) пациентки рецидивов эндометриоза не выявлено.

Безусловно, для выбора объема резекции толстой кишки главное значение имеет степень инвазии эндометриоза в кишечную стенку. Наши исследования по-

казали высокую информативность эндоскопического исследования толстой кишки (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ТРУЗИ) для выбора объема резекции. И хотя, окончательный объем операции определяется при лапароскопии, но в нашем исследовании во всех наблюдениях операционные находки соответствовали эндоскопическим касательно степени вовлеченности толстой кишки в патологический процесс. Что же касается выбора способа оперирования, то, по нашему мнению, выявленное при эндоскопии отсутствие инфильтрации слизистой оболочки должно нацеливать хирурга на иссечение очага без вскрытия просвета толстой кишки. А поскольку это удобнее сделать при лапароскопической операции, то, очевидно, операцией выбора является лапароскопическая резекция эндометриоидного очага в пределах подслизистого слоя толстой кишки при интактности слизистой оболочки. Сохранение целостности слизистой позволяет провести операцию в асептических условиях, что существенно уменьшает риск развития осложнений.

При распространенном эндометриозе прямой кишки с выраженной деформацией последней операцией выбора является лапароскопическая передняя резекция прямой кишки. Поскольку в подавляющем числе наблюдений эндометриозом поражаются внутрибрюшинные отделы прямой кишки, то методикой выбора является полностью интракорпоральная техника. Данная методика наиболее удобна для выполнения стандартных резекций, при расположении анастомоза проксимальнее 8 см от перианальной кожи. В данном случае нет необходимости в высоком лигировании нижней брыжеечной артерии, максимальном удалении клетчатки и сохранению собственной фасции прямой кишки, как при раке. Поэтому во всех случаях лигировалась верхняя прямокишечная артерия и чаще использовался внутренний уровень мобилизации без сохранения собственной фасции прямой кишки. При этом задняя полуокружность выделялась за пределами висцеральной фасции, а боковые стенки – внутри от нее. Данная техника способствовала бескровному оперированию с одной стороны, и предотвращению ранению органов мечеполовой системы – другой.

При небольшом очаге с прорастанием слизистой оболочки нам представляется целесообразным использование предложенного нами способа сегментарной резекции толстой кишки циркулярным степлером, сочетающего в себе простоту и надежность (заявка № 2001133225).

Способ осуществляется следующим образом. После идентификации патологического очага, в этом месте на стенку кишки накладывається держалка (2 держалки проксимальнее и дистальнее очага) атравматичной рассасывающейся нитью. Трансанально вводится и фиксируется циркулярный степлер диаметром 33 мм так, чтобы очаг находился между головкой и наковальной аппаратуры. Резецируемый участок кишки инвагинируется к оси аппаратуры (рис.1,2а). Для этого концы нити (держалки) разводятся по горизонтальной линии перпендикулярно кишке, осуществляя тракцию к оси аппаратуры. Выполняется прошивание (рис.2,б), после чего отсеченный участок толстой кишки выводится совместно с аппаратом. Отмечается физиологичность (отсутствие деформации) шва, при этом диаметр иссеченного участка достигает $\approx 3,0$ см. В качестве примера успешного радикального лечения эндометриоза толстой кишки предложенным способом приводим наблюдение.

Больная К. 35 лет, № истории болезни 10417 находилась на стационарном лечении в отделении лапароскопической хирургии и гинекологии областной клинической больницы г. Рязани с 4.04.2000 по 12.07.2000 с диагнозом ретроцервикальный эндометриоз, эндометриоз прямой кишки, эндометриоидная киста левого

яичника. 5.07.01 выполнена операция: видеолaparоскопическая аппаратная сегментарная резекция прямой кишки, аднексэктомия слева, иссечение эндометриоидного очага правой крестцовоматочной связки. Под интубационным наркозом наложен CO₂-перитонеум, через стандартные точки введены троакары, оптика, инструменты. Обнаружено наличие эндометриоидных очагов на правой крестцовоматочной связке, левом яичнике, прямой кишке (передняя стенка). После левосторонней аднексэктомии и иссечения эндометриоидного очага правой крестцовоматочной связки трансанально введен циркулярный степлер СЕЕА-33, разведены головка и наковальня, между ними с помощью нитей-держалок погружена стенка кишки с эндометриоидным очагом (диаметром 1,2 см), выполнены прошивание и одновременно краевая резекция прямой кишки. При гистологическом исследовании № 15227/34 от 11.07.2001 обнаружено: очаг эндометриоза, элементы фиброзной ткани с умеренной хронической воспалительной инфильтрацией. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана на 7 суток в удовлетворительном состоянии. Осмотрена на 10, 30, 90, 150 суток, патологии не выявлено, линия шовной полосы определяется с трудом.

Предлагаемый способ позволяет уменьшить травматичность и продолжительность операции, обеспечить максимальный захват измененной стенки кишки, избежать вскрытия просвета толстой кишки и контаминации микрофлоры, что существенно снижает риск возникновения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. Предложенный способ позволяет: во-первых, радикально удалить эндометриоидный очаг толстой кишки, располагающийся на противобрыжечной стенке внутрибрюшинной части толстой кишки до 25 см от заднепроходного отверстия; во-вторых, надежно ушить дефект кишечной стенки.

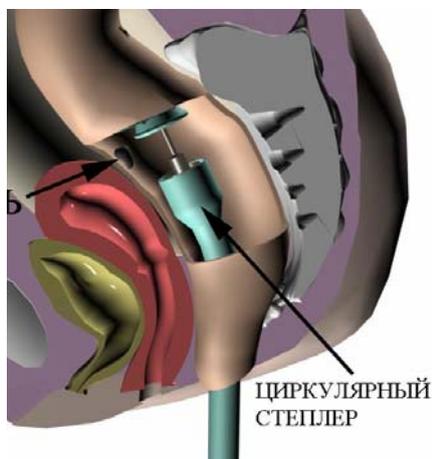


Рис. 1. Способа сегментарной резекции прямой кишки циркулярным степлером

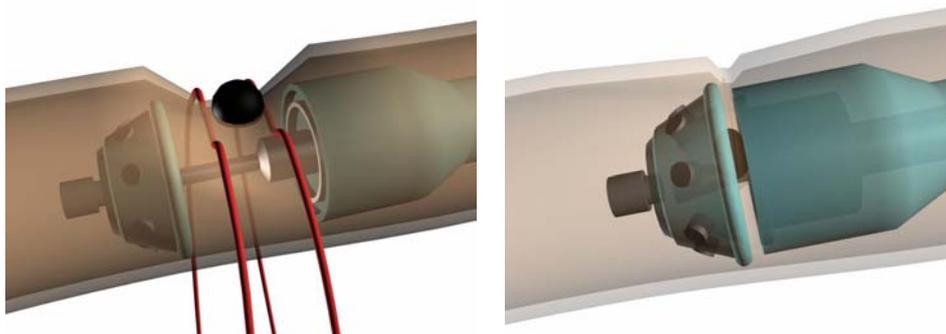


Рис.2. *а* – инвагинация очага эндометриоза между головкой и наковальной циркулярного степлера СЕЕА-33, *б* – этап прошивания.

Выводы

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что лапароскопический доступ имеет существенные преимущества перед открытым в лечении эндометриоза прямой кишки. При отсутствии патологии со стороны слизистой оболочки прямой кишки операцией выбора является лапароскопическая резекция очага в пределах подслизистого слоя. При выявлении инфильтрации слизистой оболочки в зависимости от степени поражения показана либо сегментарная аппаратная, либо передняя резекция прямой кишки. Методикой выбора при выполнении лапароскопической передней резекции является интракорпоральная техника с лигированием верхней прямокишечной артерией и использованием внутреннего или стандартного уровней мобилизации.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Павалькис Д., Рудинскайте Г., Саладжинскас Ж., Тамелис А. Эндометриоз толстой кишки. // Проблемы колопроктологии. Выпуск 17.- М.; 2000.- С.376-380.
- 2.Cramer D.V. Epidemiology of endometriosis. In Wilson E.A. (ed). Endometriosis. New-York:Allan R. Liss 1987; 5-25.
3. Donnes J., Nisolle M., Casanas-Roux F. Et all. Stereometric evaluation of peritoneal endometriosis and endometriotic nodules of the rectovaginal septum. Hum Reprod 1995; 11.- 224-228.
4. Koh Ch.H. International Congress of endometriosis with advanced endoscopic course (Moscow, 22-26.04.96.). Laparoscopic segmental colon resection for infiltrative bowel endometriosis.
- 5.Roseau G., Dumontier I.,Palazzo P., Rectosigmoid Endometriosis: Endoscopy Ultrasound Features and clinical Implications // Endoscopy, 2000. –Vol. 32, № 7. –p.525-530.

CHOICE OF OPTIMUM EXTENT OF RESECTION AT SURGICAL TREATMENT OF RECTAL ENDOMETRIOSIS

K.V. Puchkov, D.A. Khubezov

During the period 1997 – 2007 in Ryazan regional hospital 27 patients suffered from rectal endometriosis were operated by laparoscopic technic. In 18 patients endometrioid center was removed without opening of rectal lumen, in 6 anterior resection of the rectum was done. There were no lethal ends and no early postoperative complications