

УДК 616.345-089.844-089.168.1

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТИПА ГАРТМАНА: СЛОЖНОСТИ И ИХ РЕШЕНИЕ

¹Томнюк Н.Д., ²Ховалыг В.С., ³Муниин А.М., ¹Данилина Е.П.,
¹Кембель В.Р., ¹Адиллов М.М.

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru;

²ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1», Кызыл, e-mail: hospital60@mail.ru;

³ГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: bsmg@krasbsmg.ru

В данном сообщении были изучены результаты реконструктивных операций по восстановлению естественной кишечной непрерывности у больных, перенесших ранее операцию Гартмана. Восстановление непрерывности ободочной кишки после операции типа Гартмана является сложным оперативным вмешательством. Способ восстановления непрерывности кишечника определяется в каждом случае индивидуально в зависимости от длины культи прямой кишки, диастаза, выраженности рубцово-спаечных процессов, а также опыта хирурга. Проанализированы результаты хирургического лечения 92 больных, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Заболевания, по поводу которых была выполнена резекция с наложением колостомы, распределены следующим образом: рак сигмовидной и прямой кишок, их травматические разрывы; завороты; перфорации; дивертикулез сигмы; некроз кишки, обусловленный венозным тромбозом. Сроки восстановления непрерывности зависят от причин, которые привели к резекции и наложению стомы. Авторы пришли к выводу, что при неопухольных заболеваниях эту операцию лучше производить в интервале 2,5–3 месяца (реже 4) после первой, при ее гладком течении. При злокачественных опухолях – не ранее 8–9 месяцев – 1 года. Анастомоз лучше накладывать конец в бок – терминолатеральный, используя срединную лапаротомию.

Ключевые слова: операция Гартмана, анастомоз, лапаротомия, резекция, острая кишечная непроходимость, восстановление непрерывности кишечника

RESTORATION OF THE CONTINUITY OF THE COLON AFTER HARTMAN TYPE OPERATION: DIFFICULTIES AND THEIR SOLUTION

¹Tomnuyk N.D., ²Khovalyig V.S., ³Munin A.M., ¹Danilina E.P., ¹Kembel V.R., ¹Adilov M.M.

¹Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasenetsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Respublican Tyva hospital No. 1, Kyzyl, e-mail: hospital60@mail.ru;

³Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, e-mail: bsmg@krasbsmg.ru

This report examines the results of reconstructive operations to restore natural intestinal continuity in patients who had previously undergone Hartmann's operation. Restoring the continuity of the colon after Hartmann-type surgery is a complex surgical intervention. The method of restoring the continuity of the intestine is determined in each case individually, depending on the length of the rectal stump, diastasis, the severity of cicatricial adhesions, as well as the experience of the surgeon. The results of surgical treatment of 92 patients who underwent reconstructive operations were analyzed. Diseases for which the resection with colostomy was performed are distributed as follows: cancer of the sigmoid and rectum, their traumatic ruptures; twists, perforations, sigmoid diverticulosis; intestinal necrosis due to venous thrombosis. The timing of the restoration of continuity depends on the reasons that led to the resection and stoma placement. The authors came to the conclusion that in non-neoplastic diseases, this operation is best performed in the interval of 2.5-3 months (less often 4) after the first, with its smooth course. For malignant tumors – no earlier than 8-9 months-1 year. The anastomosis is best placed in the lateral side, using a midline laparotomy.

Keywords: Hartmann operation, anastomosis, laparotomy, resection, acute intestinal obstruction, restoration of intestinal continuity

В экстренной хирургии резекция левой половины толстой кишки представляет собой сложную задачу, так как восстановить ее непрерывность после операции практически невозможно [1, 2]. Нельзя соединить концы толстой кишки после резекции по поводу опухолевой непроходимости или заворота сигмы с некрозом, перфора-

ции или ранения, а также ряда воспалительных заболеваний, приводящих к развитию калового перитонита [3–5]. Первичный анастомоз в этих условиях обречен на несостоятельность швов, поэтому хирурги либо выводят оба конца кишки на переднюю брюшную стенку, либо выполняют оперативное вмешательство типа опера-

ции Гартмана с целью впоследствии восстановить ее непрерывность. Эти операции, как отмечают некоторые авторы [6–8], с одной стороны, приводят к снижению уровня тяжелых послеоперационных осложнений, являясь единственным верным способом завершения оперативного лечения в тактическом плане, а с другой стороны, создают дополнительные сложности, которые приводят к инвалидизации пациентов, длительным моральным и физическим страданиям, замкнутости и самоизоляции. Естественно, вышеперечисленное откладывает негативный отпечаток на поведение больного, значительно ухудшает качество его жизни как в социальном, так и в трудовом плане. К сожалению, эта проблема, по данным ВОЗ, за последние десятилетия обостряется во всех странах мира. Наблюдается тенденция к увеличению количества стомированных больных по разным причинам, а у многих из них такой объем операции остается пожизненно [3, 8, 9].

Следовательно, наилучшим фактором возвращения больных к нормальной жизни является восстановление непрерывности кишечного тракта – проведение реконструктивно-восстановительной операции. Как отмечают многие специалисты [5, 10, 11], все восстановительные операции относятся к разряду сложных оперативных вмешательств. И эта сложность обусловлена целым рядом факторов: нет четкого интервала времени на ее выполнение после первой операции, вида оперативного доступа и способа наложения анастомоза между резецированными участками толстой кишки. Существуют проблемы с профилактикой возможных осложнений, а также, что немаловажно, с оснащением медицинским оборудованием и опытом хирурга. Все эти вопросы очень важны и заслуживают особого внимания. Об этом свидетельствует статистика: несостоятельность швов анастомоза после реконструктивно-восстановительной операции составляет от 18–20% случаев, разного рода гнойно-воспалительные осложнения – 22–26%, а в 3–7% случаях после операции наступает летальный исход [7, 12, 13]. Если еще учесть психологический фактор после первой операции и ее осложнения, наличие сопутствующих хронических заболеваний, то все эти опасения весьма тревожны и опасны.

Цель нашего сообщения – выявление наиболее оптимальных сроков для выполнения реконструктивно-восстановительных операций у больных после операции типа Гартмана в зависимости от основного заболевания; определение оперативного доступа, вида анастомоза и возможных

осложнений с учетом клинико-анатомических условий.

Материалы и методы исследования

Работа основана на материале лечения 92 пациентов, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке по восстановлению ее непрерывности. Пациенты находились на лечении в общехирургических стационарах Республиканской больницы № 1 г. Кызыла (Республика Тыва) и 3-го хирургического отделения КГБУЗ КМКБСМП имени Н.С. Карповича, г. Красноярска в период с 2008 по 2019 г. Характеристика больных: мужчин было 58, женщин – 34; возраст – от 23 до 74 лет. Все пациенты перенесли обструктивную резекцию левой половины толстой кишки с наложением колостомы.

Причины, которые привели к резекции левой половины толстой кишки, были самые разнообразные: 42 пациента оперированы по поводу толстокишечной опухолевой непроходимости; у 16 – были осложнения дивертикулярной болезни с перфорацией, кровотечением, формированием инфильтратов, абсцессов – с явлениями перитонита; у 14 – заворот сигмовидной кишки при долихосигме с нарушением кровоснабжения, некрозом; у 6 – перфорация кишки с образованием абсцессов при язвенном колите и у 3 пациентов – перфорация инородными телами (рыбьей костью – в 2 случаях и зубным протезом в 1 случае) с образованием неспецифической опухоли (гранулемы); узлообразование и ущемление сигмовидной кишки в грыже – соответственно по 2 случая; травма дистальных отделов толстой кишки и промежности – у 7 (автомобильная травма – в 4 случаях, бытовая – в 2 и спортивная (борьба) – в 1 случае). Все больные поступали в отделения в разные сроки с момента заболевания: от 6 до 24 и более часов. Большинство первичных операций были выполнены в других стационарах в условиях осложненной патологии. Следует отметить, что многие больные с колостомами (17) имели ряд сопутствующих заболеваний и осложнений после первой операции. Сахарный диабет, болезни сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, у 3 больных были осложнения в виде выпадения и ретракции колостомы, у 2 – грыжи, лигатурные свищи, также имело место их сочетание.

Подготовка больных к восстановительной операции требовала выполнения мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения данной патологии и подготовку проксимального и дистального отделов толстой кишки для анастомози-

рования с целью восстановления ее непрерывности. Всем пациентам проводились исследования: рентгенография толстого кишечника; осмотр прямой кишки; определение диастаза между концами резецированного кишечника. Большое значение имеет пальцевое исследование через колостому с целью выявления метастазов. Предоперационная подготовка включала коррекцию водно-электролитного, белкового обменов, особенно у онкологических и пожилых пациентов, промывание прямой кишки фурациллином, ее массаж. Решающее значение в подготовке к повторной восстановительной операции имела патология, при которой производилась резекция с наложением колостомы. В среднем на предоперационную подготовку отводилось от 7 до 14 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Определяя сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций, мы разделили пациентов на 2 группы. Первая группа (50 человек) – это больные, которые были оперированы по поводу травм и доброкачественных заболеваний левой половины толстой кишки. Вторая группа (42 пациента) – со злокачественными опухолями сигмовидной и прямой кишки.

Больные из 1-й группы были, в свою очередь, разделены на пациентов, которым первая операция (типа Гартмана) выполнена в ранние сроки, без явлений перитонита – 28 пациентов, у 22 пациентов – в более поздние сроки, с явлениями перитонита.

Так, больным, не имевшим осложнений, из 28 пациентов в 23 случаях реконструктивно-восстановительные операции выполнены в сроки от 2,5 до 3 месяцев без каких-либо осложнений. Трем пациентам – в сроки 3–4 месяца от начала первой операции и двум – до 5 месяцев. Это были больные пожилого возраста. Основные причины задержки операции – их неинформированность и бытовые условия.

Осложнения отмечены в виде пареза кишечника, которые разрешились консервативно – 3 случая; и нагноения швов в области колостомической раны – 2 случая.

Пациентам из группы (22), у которых были осложнения после первой операции, восстановление непрерывности толстой кишки выполнено в интервале 4–5 месяцев. Мы исходили из того, что эти сроки, по мнению некоторых специалистов [5, 9, 10], являются оптимальными из-за нарушения микрофлоры, выраженности изменений в виде рубцово-спаечных процессов, наличия диверсионного колита и воспалительных изменений кожи вокруг колосто-

мы. Осложнения отмечены у восьми больных: в двух случаях – несостоятельность швов анастомоза с развитием перитонита и летальным исходом; в пяти случаях – нагноение мягких тканей после закрытия колостомы, и в одном случае открылся тонкокишечный свищ (выздоровление). Причиной возникновения осложнений можно считать выраженный спаечный процесс, множественные десерозации петель тонкой кишки (со вскрытием просвета в одном случае), а также возраст пациентов старше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, кардиальная патология) и, возможно, психологическая подавленность.

Немаловажное значение имеет оперативный доступ и вид наложения анастомоза. Рубцово-спаечный процесс является одной из основных проблем, обуславливающих дальнейшую тактику. Срединную лапаротомию мы применили у 90 пациентов, и только у 2 – косой окаймляющий разрез, но с последующей конверсией из-за невозможности наложения анастомоза. Срединная лапаротомия гарантированно давала возможность определить наличие рецидива опухоли или метастазов, избежать возможных осложнений при ревизии брюшной полости, проведении адгезиолизиса. При раке левой половины ободочной кишки (42 случая) реконструктивно-восстановительную операцию выполнили в сроки от 8 месяцев до 1,5 лет, а именно: 8–9 месяцев – 23 пациентам, до 1 года – 14 пациентам и около 1,5 лет – 5 пациентам. Как правило, по истечении этого срока уже была четкая уверенность в отсутствии рецидивов опухоли, либо метастазов.

У большей части пациентов этой группы (27) – выраженный спаечный процесс в области культи прямой кишки и малого таза, что усложняло ее выделение. Сложности возникали и при ее нахождении. Для этого мы использовали ректороманоскоп или толстый резиновый зонд, вводя их через анус, сочетая с раздуванием культи либо трансиллюминацией. Это облегчало нахождение и мобилизацию культи прямой кишки. Впоследствии всем больным после резекции левой половины ободочной кишки, культю прямой кишки фиксировали 2–3 швами к боковому каналу, что облегчало ее обнаружение.

Относительно наложения анастомозов мы пользовались в основном двумя видами: «конец в конец» и «конец в бок» – терминолатеральный. В двух случаях при короткой культе (менее 10 см) использовали аппарат АКА-2. Эта методика весьма перспективна, но вопрос о способе восстановления непре-

рывности толстой кишки должен решаться индивидуально в зависимости от длины культи прямой кишки, диастаза, технических возможностей и опыта хирурга. Анастомоз «конец в конец» накладывался в тех случаях, где не было натяжения. Анастомоз формировался двухрядными узловыми швами.

Осложненное послеоперационное течение отмечено у 18 пациентов из этой группы, из которых 5 человек умерли от перитонита (несостоятельность швов анастомоза). Все они были старше 60 лет и страдали сопутствующими заболеваниями. Среди других осложнений следует отметить образование инфильтрата в области анастомоза у 2 больных, у 1 из них инфильтрат регрессировал, в другом случае образовался каловый свищ, который удалось заживить без оперативного пособия (выздоровление). Нагноение операционной раны наблюдалось у 7 пациентов, раны зажили на 16-е сутки, больные выписаны на амбулаторное лечение. Ранняя спаечная кишечная непроходимость имела место в одном случае. У этого же больного впоследствии возникли эвентрация, пневмония.

Заключение

Таким образом, восстановление кишечной непрерывности после операции типа Гартмана является необходимым с целью трудовой и социальной реабилитации больных, но сложным в техническом отношении оперативным вмешательством. Вопрос о сроках и методе восстановления непрерывности толстой кишки, как правило, должен решаться в зависимости от причины заболевания, сроках наложения стомы. Он может колебаться, как в сторону уменьшения срока, так и увеличения. Оптимальными мы считаем сроки от 2,5 до 3 месяцев при неопухолевых заболеваниях, от 3 до 5 месяцев при неблагоприятных условиях наложения стомы (перитонит). У больных с онкозаболеваниями при опухолевой непроходимости эти сроки могут колебаться от 8–9 месяцев до 1,5 года. При выборе способа восстановления непрерывности толстой кишки предпочтение отдается анастомозу «конец в бок» – терминолатеральному из срединного, как наиболее обоснованного доступа при короткой культе прямой кишки, выраженности рубцово-спаечного процесса. Второй вид анасто-

моза «конец в конец» лучше использовать при длинной культе прямой кишки, минимальном спаечном процессе и без осложнений после первой операции. Только восстановление непрерывности кишечника обеспечивает психологическую, медико-социальную реабилитацию этих больных.

Список литературы

1. Вологдин А.А., Лихтерман Б.Л. Операция Гартмана: история и современные требования // Военно-медицинский журнал. 2015. Т. 336. № 12. С. 53.
2. Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т., Матвеев А.Л., Калинин А.П. Способы восстановления непрерывности кишечника после экстренных обструктивных резекций толстой кишки // Колопроктология. 2014. № 53 (49). С. 58.
3. Блохин В.Н., Васютков В.Я., Панков С.М. Операция Гартмана в лечении больных раком прямой кишки // Актуальные вопросы колопроктологии: тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, 2003. С. 181–183.
4. Петров В.И. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск, 2010. С. 180.
5. Шапринский В.А., Шапринский Е.В., Мироншен Ю.А., Шапринская Л.А., Верба А.В., Шалыгин С.М. Современные подходы к выполнению реконструктивно-восстановительных операций в хирургии толстой кишки // Хирургия. Восточная Европа. 2015. № 1 (13). С. 19–21.
6. Саламов К.Н., Жученко А.П., Москалев А.И. Выбор методов восстановления пассажа толстой кишки после операции Гартмана при короткой культе прямой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. № 1. С. 56–61.
7. Горичнич А.В., Мингилев С.В. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных колостомой // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19. № 10. С. 74–75.
8. Гришили В.С., Султанмуратов М.И., Харагезов А.Д., Петренко Н.А. Опыт восстановительных операций после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки // Гастроэнтерология. СПб., 2013. № 2. С. 9.
9. Chema Strik, Martijn W.J. Stommel, Laura J. Schipper Risk. Factors for suture repeat abdominal surgery. *Lungbecks archives of surgery*. 2016. vol. 401. № 6. P. 829–837.
10. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильевич В.В. Сроки выполнения восстановительных операций у стомированных больных // Актуальные вопросы колопроктологии. Научная конференция, посвященная 40-летию ГНУ колопроктологии. М., 2005. С. 205–207.
11. Помазкин В.М., Мансуров Ю.В. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости // Хирургия. 2008. № 9. С. 15–18.
12. Лунтовский А.М., Спирев В.В. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана с использованием аппарата компрессионных анастомозов // Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3. № 1 (18). С. 41–42.
13. Матвеев И.А., Гильберт Б.К. Адгезивный процесс брюшной полости после экстренных обструктивных резекций и его влияние на восстановительные операции, выполняемые различными модификациями // Колопроктология. 2010. № 2. С. 2–3.