

© В. И. Помазкин, Г. А. Зобнина, 2016
УДК 618.348-007.21-089.844

В. И. Помазкин, Г. А. Зобнина

ВЫБОР СПОСОБА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРОТКИХ ПРАВЫХ ОТДЕЛАХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн
(нач. — Р. В. Соловьев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: ободочная кишка, восстановительные операции, короткие культы кишки

Введение. Показания к расширенным операциям на левой половине толстой кишки могут возникать достаточно часто. Расширенные первичные левосторонние гемиколэктомии с удалением всей левой половины ободочной и большей части поперечной ободочной кишки применяются при множественных и распространенных опухолях, осложненной дивертикулярной болезни с обширным распространением дивертикулов по ободочной кишке, а также при некоторых формах ее воспалительных заболеваний. Необходимость подобных вмешательств нередко может возникнуть при повторных операциях на толстой кишке после ранее выполненной ее резекции в связи с рецидивом онкологического процесса или возникновением новых патологических изменений, требующих оперативной коррекции.

В этих ситуациях могут возникать затруднения при формировании прямого колоректального анастомоза, вследствие большого расстояния между оставшейся частью ободочной кишки и прямой кишкой. Еще большие трудности могут быть при восстановительных операциях после обширных обструктивных резекций дистальной части толстой кишки, заканчивающихся формированием колостомы вследствие осложненного течения заболеваний, либо вследствие осложнений предыдущего оперативного вмешательства.

Одним из вариантов восстановления целостности кишечного тракта при оставшихся коротких правых отделах ободочной кишки является расширение операции за счет их удаления, фактически переводя таким образом расширенную левостороннюю гемиколэктомию в субтотальную

колэктомию с наложением илеоректоанастомоза. Очевидным недостатком полного удаления ободочной кишки является частое возникновение диареи, обусловленное постоянным и неритмичным поступлением содержимого подвздошной кишки в прямую кишку, что снижает качество жизни пациентов и может приводить к серьезным гомеостатическим нарушениям. Безусловно, более предпочтительным вариантом для профилактики развития послеоперационной диареи является сохранение оставшихся правых отделов ободочной кишки с илеоцекальным клапаном, обеспечивающим их резервуарную функцию.

Цель исследования — оценка возможностей и результатов различных вариантов восстановления пассажа по кишечному тракту при коротких оставшихся правых отделах ободочной кишки.

Материал и методы. В работу включены результаты лечения 41 пациента, оперированных в течение 2008–2015 гг. Из них было 15 мужчин и 26 женщин. Средний возраст пациентов составил 62,1 года.

Критериями включения в исследование являлась необходимость восстановления целостности толстой кишки после удаления левой ее половины и всей или большей части поперечной ободочной кишки. Прямая кишка была сохранена у всех больных. Критериями исключения являлись исходные тяжелые колочные и проктогенные запоры, а также неудовлетворительная удерживающая функция анальных сфинктеров.

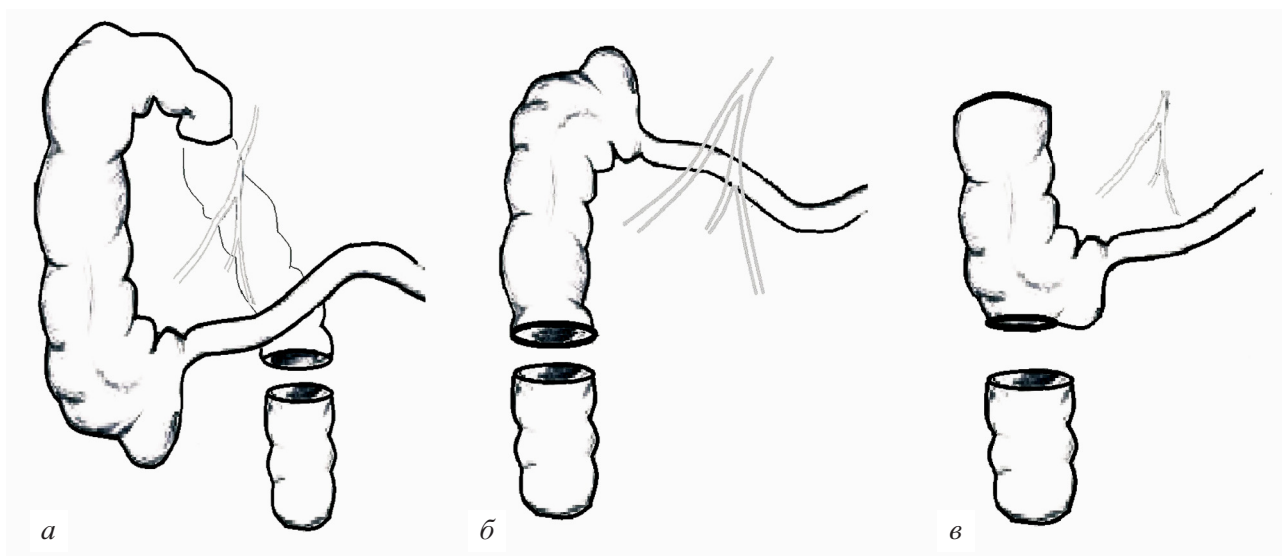
Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от варианта выполнения восстановительного оперативного вмешательства.

В 1-й группе выполняли низведение в малый таз мобилизованных правых отделов ободочной кишки с проведением их через окно в бессосудистой зоне брыжейки подвздошной кишки и наложением изоперистальтического колоректального анастомоза «конец в конец» (рисунк, а).

Во 2-й группе осуществляли операцию по Deloyers, включающую в себя полную мобилизацию оставшейся правой

Сведения об авторах:

Помазкин Вадим Игоревич (e-mail: yunker@yandex.ru), Зобнина Галина Александровна, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 25



Варианты восстановительных операций при коротких правых отделах ободочной кишки.

а — трансбрюшечное низведение толстой кишки; б — операция по Deloyers; в — операция с антиперистальтическим цекоректоанастомозом

части толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки с их поворотом на 180° против часовой стрелки во фронтальной плоскости и наложением изоперистальтического колоректального анастомоза (см. рисунок, б).

В 3-й группе производили ограниченную мобилизацию оставшихся правых отделов ободочной кишки с ушиванием ее дистальной части и наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза (см. рисунок, в).

Патологические состояния с распределением их по группам больных, являющиеся показанием для восстановления пассажа по толстой кишке, показаны в табл. 1. Наибольшее число пациентов имели сформированную одностольную асцендо- или трансверзостому после ранее выполненной расширенной обструктивной левосторонней гемиколэктомии. Средний интервал между первичным и восстановительным оперативным вмешательством у стомированных пациентов составил 5,5 мес.

К моменту выполнения восстановительного повторного оперативного вмешательства или восстановительного этапа первичной операции у всех пациентов нижние брыжеечные

и средние ободочные сосуды были пересечены и лигированы после выполнения расширенной резекции дистальной части ободочной кишки.

Вариант трансбрюшечного низведения в малый таз правой половины ободочной кишки с наложением изоперистальтического колоректального анастомоза удалось выполнить только у 12 больных. Преимущественно его выполняли при первичных расширенных резекциях толстой кишки, вследствие того, что возникали ряд условий для выполнения этого вмешательства: 1) достаточная длина оставшихся отделов с сохранением проксимальной части поперечной ободочной кишки; при отсутствии остатков ободочной кишки выше печеночного изгиба выполнить подобный маневр не удалось; 2) возможность максимальной мобилизации низводимых отделов с рассечением оставшихся фиксирующих связок кишки с достаточной эластичностью ее самой и ее брыжейки; это условие очень часто встречало трудности при восстановительных повторных операциях вследствие грубого рубцово-спаечного процесса в брюшной полости; 3) возможность мобилизации кишки с сохранением

Таблица 1

Патология толстой кишки, являющаяся показанием к восстановительной операции

Характер патологии толстой кишки	1-я группа (n=12)	2-я группа (n=14)	3-я группа (n=15)
Первичная расширенная левосторонняя гемиколэктомия при множественных опухолях ободочной кишки	8	3	1
Первичная расширенная левосторонняя гемиколэктомия при осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки	2	1	1
Резекция толстой кишки в связи с выявлением метакронных опухолей	1	2	—
Болезнь Крона толстой кишки, осложненная множественными стриктурами	—	1	1
Сформированная одностольная асцендо- или трансверзостома после ранее выполненных расширенных обструктивных резекций толстой кишки	1	7	12

адекватного кровотока с учетом его большого разнообразия в правых отделах ободочной кишки; это касалось как артериального, так и венозного кровоснабжения.

В нашей серии больных наличие непостоянной правой ободочной артерии, как правило, негативно сказывалось на возможности мобилизации, так как сохранение ее создавало ограниченную подвижность кишки, а пересечение от места ее отхождения от подвздошно-ободочной артерии, несмотря на попытку сохранения краевого сосуда, приводило к ишемическим нарушениям в остатках поперечной ободочной кишки. У 3 пациентов нарушение адекватного кровоснабжения возникало при неразвитости полноценных венозных коллатералей после мобилизации низводимых отделов.

Отсутствие хотя бы одного из этих условий являлось прогностически неблагоприятным фактором для неосложненного послеоперационного периода. При отсутствии условий для трансбрыжеечного низведения правых отделов в малый таз, что встречалось чаще при повторных восстановительных операциях, вмешательство осуществляли по второму или третьему варианту. Общим для них являлись удаление остатков поперечной ободочной кишки при их наличии с сохранением слепой и большей части восходящего отдела ободочной кишки или частичная резекция восходящей ободочной кишки с ликвидацией колостомы. Основным источником питания являлись подвздошно-ободочные сосуды, обеспечивающие хорошее кровоснабжение до верхней трети восходящего отдела. Длина его культи выше верхнего края илеоцекального угла в этих группах составляла от 8 до 15 см.

При операции по Deloyers возникала необходимость, помимо полной мобилизации правых отделов ободочной кишки, выделения терминального отдела подвздошной кишки с подвздошно-ободочными сосудами для возможности полного поворота на 180° без нарушения кровотока. Фактически ось вращения проходила через точку, расположенную в месте отхождения подвздошной ободочной артерии от верхней брыжеечной артерии. В 5 наблюдениях при повторных вмешательствах такой маневр встретил серьезные затруднения вследствие рубцово-спаечных изменений брыжейки подвздошной кишки. У 4 больных затруднения выполнения этой операции возникли при сочетании короткой культи восходящего отдела и ограниченной длины подвздошно-ободочных сосудов с невыраженностью межсосудистых коллатералей, что ограничивало мобилизацию кишки для низведения ее в малый таз.

Выполнение третьего варианта оперативного вмешательства с ограниченной мобилизацией оставшихся отделов ободочной кишки, низведением слепой кишки в малый таз и наложением цекоректоанастомоза удавалось у всех больных. Этот вариант выполнения операции оставался единственным возможным в самых сложных ситуациях при отсутствии условий для выполнения других способов восстановления целостности толстой кишки.

Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения показаны в табл. 2. Несостоятельность колоректального анастомоза наблюдалась у 1 (8,3%) пациента в группе с трансбрыжеечным низведением толстой кишки и у 1 (7,1%) больного после операции по Deloyers. Характерной особенностью этого вмешательства являлось более частое возникновение

длительного пареза кишечного тракта, критерием которого мы считали задержку стула и газов, сброс по назогастральному зонду большого количества отделяемого более 3 сут после операции. У 1 пациента в этой группе потребовалась релапаротомия с устранением спаечной кишечной непроходимости. Подобное осложнение возникло у 1 больного 1-й группы.

Общая послеоперационная летальность составила 2,4%. Умер 1 больной в группе с трансбрыжеечным низведением правых отделов ободочной кишки с несостоятельностью колоректального анастомоза.

Отдаленные результаты оценивали в сроки от 4 до 12 мес после операции (табл. 3). В группе с операцией по Deloyers 1 пациентка через 3 мес оперирована со спаечной кишечной непроходимостью. Повторные операции, связанные с нарушением функции анастомоза в отдаленный период, не потребовались ни у одного из больных.

При оценке отдаленных функциональных результатов не было выявлено грубых функциональных нарушений, приводящих к значительному изменению образа жизни, инвалидизации пациентов. Периодические боли спазматического характера, требующие приема спазмолитиков, отмечали 2 (16,6%) больных в 1-й группе и 2 (14,2%) пациента во 2-й группе. Средняя частота дефекации в сутки была наименьшей (2,3 раза в сутки) при трансбрыжеечном низведении толстой кишки, что очевидно было связано с сохранением большей ее части у пациентов этой группы. Во 2-й и 3-й группе средняя частота дефекаций существенно не отличалась, составляя 3,8 и 3,9 раза в сутки соответственно. Относительно нечастые эпизоды диареи у пациентов в этих группах

Таблица 2

Ранние послеоперационные осложнения

Характер осложнения	1-я группа (n=12)	2-я группа (n=14)	3-я группа (n=15)
Несостоятельность колоректального анастомоза	1	1	—
Послеоперационная спаечная кишечная непроходимость	1	1	—
Инфильтрат брюшной полости	—	1	1
Длительный парез кишечного тракта	2	5	1
Послеоперационная пневмония	—	1	—
Нагноение раны	—	—	1

Таблица 3

Функциональные результаты в отдалённом послеоперационном периоде

Симптомы	1-я группа (n=12)	2-я группа (n=14)	3-я группа (n=15)
Частые периодические боли в животе	1	3	—
Периодические императивные позывы на дефекацию	1	3	1
Частое ощущение вздутия живота	—	1	1
Средняя частота стула в сутки	2,3	3,8	3,9
Чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации	1	2	—
Значение гастроинтестинального индекса качества жизни, баллы	118,3±9,4	93,2±12,1	105,2±7,6

легко поддавались коррекции приемом противодиарейных средств (лоперамид).

Для изучения качества жизни пациентов использовали определение гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИКЖ) [3]. Анкета для его оценки состоит из 36 вопросов и предназначена для изучения как общего уровня качества жизни, так и его отдельных компонентов, включая функцию «верхних» и «нижних» отделов желудочно-кишечного тракта. Максимально возможное значение ГИКЖ составляет 144 балла.

Наилучшее значение ГИКЖ было в группе с трансбрыжеечным низведением ободочной кишки, составляя (118,3±9,4) балла. При наложении цекоректального анастомоза значение индекса соответствовало (105,2±7,6) баллам. Несколько худший результат — (93,2±12,1) балла был во 2-й группе после выполнения операции по Deloyers. Мы связываем это с большим числом пациентов в этой группе с императивными позывами на стул и чувством недостаточного удовлетворения после дефекации.

Сохранение правых отделов толстой кишки с илеоцекальным клапаном позволяет избежать выраженной диареи, препятствует развитию толстокишечной флоры в тонкой кишке за счет сохранения естественного антирефлюксного механизма, не приводит к нарушению всасывания воды, желчных кислот, витаминов, электролитов за счет сохранения терминального отдела подвздошной кишки. Выбор операций, по нашему опыту, фактически определялся анатомическими условиями их выполнения. Наилучшие функциональные результаты, как и ожидалось, были достигнуты при трансбрыжеечном низведении в малый таз сохраненной максимальной части оставшихся отделов толстой кишки с наложением наиболее физиологичного прямого изоперистальтического колоректального анастомоза [6]. Однако такие операции удавались в основном при первичных вмешательствах на толстой кишке.

При выполнении восстановительных повторных операций неизбежно приходится сталкиваться

с рубцово-спаечным процессом в брюшной полости, с вовлечением как петель кишки, так и ее брыжейки. Это достаточно часто вызывало затруднения и при операции по Deloyers, требующей полной мобилизации оставшихся отделов ободочной и подвздошной кишки, а иногда и необходимости удлинения брыжейки последней, увеличивая риск ишемических нарушений [1, 2, 4].

Способ наложения антиперистальтического цекоректального анастомоза, предложенного L. Sarli [5] при субтотальной колэктомии при лечении кологенных запоров, позволяет значительно упростить технику выполнения операции, не приводя к возможным сосудистым нарушениям и не создавая предпосылок для возникновения послеоперационных осложнений. По нашему опыту, эта операция была выполнима при любом состоянии брюшной полости при повторных операциях, любых размерах оставшихся отделов толстой кишки и особенностях брыжейки подвздошной кишки, и кровоснабжения илеоцекального угла. При оценке отдаленных результатов формирования цекоректального анастомоза они оказались даже несколько лучшими, чем при операции по Deloyers, что, вероятно, связано с сохранением естественного положения кишки и отсутствием перегибов брыжейки.

Выводы. 1. Дифференцированный подход к выполнению восстановительных операций при коротких правых отделах ободочной кишки позволяет добиться оптимальных непосредственных и хороших отдаленных функциональных результатов.

2. В сложных ситуациях при невозможности низведения правых отделов ободочной кишки в малый таз с созданием прямого колоректального анастомоза возможна их ограниченная мобилизация с наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза.

3. Функциональные результаты наложения антиперистальтического цекоректального

анастомоза сопоставимы с наложением изоперистальтического колоректального анастомоза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Яремчук А.Я. и др. Способ дислокации илеоцекального отдела кишечника и восходящей ободочной кишки // Вестн. хир. 1989. № 1. С. 126–127.
2. Deloyers L. La bascule du colon droit permet sans exception de conserver le sphincter anal après les colectomies étendues du transverse et du colon gauche (rectum y compris) // Lyon. Chir. 1964. Vol. 60. P. 404–413.
3. Eypach E. et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument // Brit. J. Surg. 1995. Vol. 82. P. 216–222.
4. Perrier G., Peillon C., Testart J. Modifications à apporter au procédé de Deloyers afin de réaliser une anastomose caeco-rectale sans torsion du pédicule vasculaire // Ann. Chir. 1999. Vol. 53. P. 254.
5. Sarli L. et al. Subtotal colectomy with antiperistaltic cecorectal anastomosis // Tech. Coloproctol. 2002. Vol. 6. P. 23–26.
6. Sileri P. et al. Retroileal trans-mesenteric colorectal anastomosis // World Surg. Proced. 2013. Vol. 3. P. 25–28.

Поступила в редакцию 17.02.2016 г.

V.I.Pomazkin, G.A.Zobnina

CHOICE OF THE METHOD OF RECOVERY OPERATION IN SHORT RIGHT PARTS OF THE COLON

Sverdlovsk regional clinical psychoneurological hospital for war veterans, Yekaterinburg

The results of treatment were analyzed in 41 patients (the mean age 62,1 years old). Overall postoperative lethality consisted of 2,4%. The best functional results were reached in transmesenteric bringing down of the right parts of colon to small pelvis with isoperistaltic colorectal anastomosis. However, an application of this operation demands the presence of certain anatomic conditions. Limited mobilization of the right colon with antiperistaltic cecorectal anastomosis is feasible under any conditions.

Key words: *colon, recovery operation, short stumps of intestine*