

УДК 616.345-006.6-06:616.345-007.271/-085

*В.П. Шевченко, В.І. Конанихін, М.І. Солодченко, В.О. Братушка,
Ю.І. Соколев, В.В. Шевченко*

ОПЕРАЦІЯ ГАРТМАНА В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

*Сумський державний університет
Сумський обласний онкологічний диспансер
Сумська обласна клінічна лікарня*

Проведено ретроспективний аналіз результатів використання ургентної операції Гартмана в хірургічному лікуванні 46 хворих на колоректальний рак, ускладнений гострою кишковою непрохідністю. Середній вік хворих – $64,1 \pm 1,7$ років. Автори вважають, що операція Гартмана є ефективним методом хірургічного лікування ускладненого колоректального раку і що термін проведення відновної операції необхідно скорочувати, що дозволить своєчасно виявити рецидиви пухлини і провести радикальне лікування.

Ключові слова: колоректальний рак, гостра кишкова непрохідність, операція Гартмана.

Післяопераційна летальність у хворих після ургентних оперативних втручань з приводу ускладненого КРР залишається високою, сягаючи 25-60% [4,7]. Сучасна тенденція в хірургії ускладненого КРР заключається у використанні резекційних методів з накладанням первинних анастомозів [1]. Стримуючим фактором є високий ризик неспроможності швів анастомозу, летальність при якій досягає 32,1-100% [4]. Тому, в неспеціалізованих хірургічних клініках при ГОКН найбільшу кількість прихильників має двоетапне лікування, коли на першому етапі використовують операцію Гартмана і ліквідацію колостоми на другому [2, 7]. Ще у 1921 році, на 30 Конгресі французької хірургічної асоціації Henri Hartmann повідомив про 2 хворих з обструктивною карциномою сигмовидної кишки, яким проведена оригінальна операція, яка потім стала епонімом його імені [8]. Цю операцію він розробив з метою зменшення післяопераційної летальності, яка сягала 38% у хворих, після абдоміно-анальної резекції описаної Miles в 1908 році. Через 8 років він повідомив про результати 34 подібних операцій з летальністю 8,8%. Пізніше операція набула поширення і до цього часу використовується в лікуванні як ускладненого колоректального раку, так і інших патологій, як дивертикуліт, заворот сигми, ішемічний коліт, травматичне пошкодження товстої кишки [6]. В наш час існують різні погляди на доцільність використання ОГ при ГОКН. Одні автори вважають, що ОГ застаріла і сьогодні вийшла із моди “out of vogue” [3, 6], інші напроти розглядають її як “золотий стандарт” в ургентній хірургії ускладненого КРР, яка дає можливість одночасно усунути кишкову непрохідність і видалити злоякісну пухлину [5, 7, 9].

Мета дослідження – проаналізувати хірургічні (післяопераційну летальність) та онкологічні (тривалість безрецидивного періоду та 1,3-річну виживаність) і функціональні (перманентна колостома чи відновлення цілісності кишечника) результати ургентної операції Гартмана при ускладненому КРР.

Матеріал та методи

Проведено ретроспективний аналіз безпосередніх і віддалених результатів операції Гартмана 46 хворих на КРР, ускладнений ГОКН) з перфорацією і розлитим каловим перитонітом у 5 із них. Середній вік хворих – $64,1 \pm 1,7$ років. Жінок – 25 (54,3%), чоловіків – 21 (46,7%). Екстрені оперативні втручання на протязі першої доби після госпіталізації виконані у 38 (82,6%), термінові – на протязі 2-3 доби у 8 (17,4%). В стадії декомпенсації ГОКН оперовано 36 (82,6%), в стадії субкомпенсації – 5 (17,4%) хворих.

Результати та обговорення

Більшість оперативних втручань виконувалися в нічний час, у осіб похилого віку, в тяжкому стані з явищами дегідратації, інтоксикації з нестабільною гемодинамікою. В цих умовах з метою зниження операційного ризику були

вимушені відмовитися від первинного анастомозу. Принциповим при екстрених оперативних втручаннях було одночасне вирішення трьох головних задач: ліквідація ГОКН, видалення злоякісної пухлини, як джерела ракової інтоксикації і метастазування і дотримання онкологічного радикалізму операції. Цим вимогам найповніше відповідає операція Гартмана. Класична техніка операції [8] включала пересічення сигми значно вище пухлини, виділення прямої кишки дистально до рівня леваторів з перев'язкою середніх прямокишечних артерій, пересічення прямої кишки нижче пухлини, зашивання її кукси, очередини тазового дна і виведення сигми як кінцевої стоми. Частіше використовувалася модифікація операції Гартмана, яка складається із резекції ректосигмоїдного відділу на рівні тазового дна, закритті кукси прямої кишки і виведенні кінцевої сигмостоми на черевну стінку.

Після операції Гартмана спостерігалися наступні ускладнення: нагноєння післяопераційних ран – 11 (23%), неспроможність кукси прямої кишки – 4 (8,7%), легеневі – 7 (15,2%), тазовий абсцес – 3 (6,5%), обмежений перитоніт – 2 (4,3%), некроз сигмостоми – 4 (8,7%), параколомостомічна флегмона – 4 (8,7%). У 12 (26,8) хворих спостерігалось поєднання ускладнень. Загалом – ускладнення, переважно гнійно-септичного характеру, спостерігалось у 25 (54,3%) хворих. Померло 7 хворих, післяопераційна летальність склала – 15,2%. За даними інших авторів [3, 7] показник летальності в межах 10-15%. Уявний радикалізм обструктивної резекції далеко не завжди гарантує повне видалення можливих джерел рецидиву пухлинного процесу, включаючи регіонарні лімфовузли, а також синхронні та метасинхронні раки.

Дійсно, в умовах ургентної операції при значній дилатації товстої кишки, виражених запальних змінах її стінки, брижі, і оточуючих тканин, а також відсутності інформації про стан проксимальних її відділів практично неможливо точно визначити ступінь поширення злоякісної пухлини, вибрати адекватний об'єм операції. Дефіцит часу, загальний важкий стан хворих, запальні зміни в черевній порожнині, використання різних прийомів для інтраопераційної декомпресії кишківника від токсичного вмісту не сприяють дотриманню “no touch” технології оперування, що

може створювати можливість імплантації живих пухлинних клітин в оточуючі тканини, і в зоні лінії шва анастомозу Так, з 39 хворих, виписаних із клініки, після операції Гартмана через 3 місяці – 1,5 роки рецидиви раку виявлені у 9 (23,1%), віддалені метастази у 3 (7,7%). За даними [3] ознаки не радикальності первинної операції з неповністю видаленою зоною лімфовідтоку, були виявлені у 25% хворих.

Другий етап операції для відновлення цілісності кишечника проведено у 21 (45,7%) хворих, у більшості (12) через 6-12 місяців, у 6 – через 3 місяці, у трьох цей термін перевищував 1 рік. Високий операційний ризик повторної операції, наявність тяжких супутніх захворювань, генералізація злоякісного процесу були причинами відмови від проведення відновної операції у 12 хворих. Інші хворі утрималися від проведення ВРО, адаптувавшись до колостоми. Це узгоджується з досвідом Dutch Rectal cancer Trial, що коли стома не закривається протягом першого року, вона в переважній більшості стає перманентною. Відновити природний пасаж і ліквідувати колостому вдалося у 16 (34,8%) пацієнтів.

У 3 хворих була проведена лівобічна геміколонектомія із за розвитку рецидивів раку в сигмі. В 1 випадку рецидив раку, після операції Гартмана діагностовано в куксі прямої кишки, в зв'язку з чим була виконана екстирпація прямої кишки за Кеню-Майлзом. У 4 хворих, оперованих через 1-1,5 роки після операції Гартмана проведена експлоративна лапаротомія у зв'язку з генералізацією злоякісного процесу. Значні труднощі виникали при виділенні кукси прямої кишки, яка знаходилась під очеревиною і була в масивному злуковому процесі після розширеної операції Гартмана, у зв'язку з чим у 2 пацієнтів використана методика Дюамеля. У 4 хворих з недостатньою довжиною товстої кишки, виникла необхідність в переміщенні мобілізованої ободової кишки через брижу тонкого кишечника (за Тупе), а ще у 2 проведена транспозиція правої половини ободової кишки з розворотом її на 180°.

Післяопераційні ускладнення після ВРО переважно запально-септичного характеру спостерігались у 10 (37%) хворих. Померло 3 хворих. Післяопераційна летальність склала – 14,3%. Загалом, після двох етапів операції померло 10 пацієнтів, загальна післяопераційна летальність склала – 21,7%.

Хоча більшість авторів вважають оптимальним терміном виконання ВРО після колостомії – 6 місяців, на нашу думку, у хворих на колоректальний рак, його необхідно максимально скорочувати, не чекаючи повної ліквідації запальних порожнин, тому, що згідно наших спостережень за цей час рецидиви злоякісної пухлини можуть стати неоперабельними і прогноз у таких хворих стає несприятливим. Проведені нами 3 ВРО в термін до 3 місяців дозволили своєчасно діагностувати рецидиви раку, виконати лівобічну геміколонектомію і звільнити хворих від колостоми. Показник 1-, 3-річної виживаності після операції Гартмана склав 71,8% і 47,8% відповідно.

Висновки

1. Операція Гартмана залишається ефективним способом ліквідувати ускладнення КРР у пацієнтів похилого віку з високим операційним ризиком, мінімізуючи післяопераційну летальність.

2. Онкологічний радикалізм ургентної операції Гартмана в умовах ГОКН недостатній (локальні рецидиви спостерігалися у 23,1% хворих).

3. Відновний етап операції доцільно проводити у максимально короткий час після стабілізації загального стану хворих, що дозволить своєчасно діагностувати рецидиви раку і виконати радикальне оперативне втручання.

ОПЕРАЦІЯ ГАРТМАНА В УРГЕНТНОЇ ХИРУРГІЇ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

В.П. Шевченко, В.И. Конаныхин, Н.И. Солодченко, В.А. Братушка, Ю.И. Соболев, В.В. Шевченко

Проведен ретроспективний аналіз результатів використання ургентної операції Гартмана в хірургічному лікуванні 46 хворих колоректальним раком, осложненим острою кишковою непрохідністю. Середній вік хворих 64,1±1,7 років. Автори вважають, що операція Гартмана ефективний метод хірургічного лікування осложненого колоректального раку і час до проведення

восстановительной операций должно быть сокращено, что позволит выявить рецидивы рака и провести радикальное лечение.

Ключевые слова: колоректальный рак, острая кишечная непроходимость, операция Гартмана.

HARTMANN'S OPERATION IN URGENT SURGERY OF COMPLICATED COLORECTAL CANCER

V.P. Shevchenko, V.I. Konanichin, M.I. Solodchenko, V.A. Bratushka, J.I. Sobolev, V.V. Shevchenko

Retrospective analysis of results of using emergency Hartmann's operation in surgical treatment of 46 patients with colorectal cancer, complicated acute intestinal obstruction has been made. The mean patients age was – 64,1±1,7 years.

The authors conclude, that Hartmann's operation is effective procedure in emergency surgical treatment of complicated colorectal cancer and the time for restoring operation must be shortening.

Key words: colorectal cancer, acute intestinal obstruction, Hartmann's operation.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дужий І.Д. Хірургічна реабілітація хворих з колостомією / І.Д. Дужий, В.П. Шевченко // Харківська хірургічна школа. – 2006. – № 1. – С. 26-28.
2. Результати хірургічного лікування хворих на колоректальний рак, ускладнений гострою кишковою непрохідністю / І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, Г.І. П'ятикоп та інш. // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2 (34). – С. 29-31.
3. Помазкин В.И. Влияние тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результаты и качество жизни больных / В.И. Помазкин // Вестн. хир. – 2010. – Т. 169, № 5. – С. 62-65.
4. Стариков В.И. Профилактика несостоятельности анастомоза при хирургическом лечении рака ободочной кишки / В.И. Стариков, Дарак Айман, Б.Б. Вознишин // Врачебная практика. – 2002. – № 3. – С. 96-98.
5. Charbonnet P. Results of emergency Hartmann's operation for obstructive or perforated left-sided colorectal cancer / P. Charbonnet, P. Gervaz, A. Andres // World J. of Surgical Oncology. – 2008. – Vol. 6. – P. 1186-1190.
6. Dee W.S. Hartmann procedure: is it still relevant today? ANZ / W.S. Dee, I. Salleh, H.T. Khoo // J. Surg. – 2005. – № 75. – P. 436-440.
7. Hartmann's procedure for obstructive carcinoma of the left colon and rectum: a comparative study with one-stage surgery / G.R.H. Duran, V.C. Abril, R.J. Herreros et al. // Clin Transl Oncol. – 2005. – № 7. – P. 306-313.
8. Hartmann H. Note sur un procédé nouveau d'extirpation des cancers de la partie terminale du côlon / H. Hartmann // Bull Mem Soc Chir Paris. – 1923. – № 49. – P. 1474-1477.
9. Graham Williams J. Hartmann's Operation – still relevant in the 21st century? / J. Graham Williams. // Dig. Surg. – 2005. – № 22. – P. 399-400.

Стаття надійшла 14.03.2011