

© Совпель О.В.

УДК 616-006-089:616-091

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ НИЗВЕДЕННОГО ТРАНСПЛАНТА В КОМПЛЕКСЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

О.В.Совпель

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом анестезиологии и интенсивной терапии (зав. – проф. А.Г.Гринцов) Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

ДОДАТКОВА ФІКСАЦІЯ ЗВЕДЕНОГО ТРАНСПЛАНТА В КОМПЛЕКСІ РЕ- КОНСТРУКЦІЇ ДИАФРАГМИ ТАЗА ПРИ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯ- МОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ РАКУ

Резюме. В 9 хворих з діагнозом – рак прямої кишки в стадії $T_{3-4}N_{0-2}M_0$ під час черевно-анальної резекції прямої кишки зі зведенням на промежину ободової використаний розроблений у клініці спосіб додаткової фіксації зведеної кишки, який дозволяє зменшити ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень (абсцесів малого таза, евагінації слизової оболонки зведеної кишки), сформувати S-подібний вигин транспланта, чим поліпшити функцію анального тримання.

Ключові слова: рак прямої кишки, хірургічне лікування.

В последние годы отмечается увеличение числа больных раком прямой и ободочной кишок. В мире ежегодно регистрируется 510 000 новых случаев данной патологии. По данным ВОЗ, рак толстой кишки занимает 3-4 место в структуре онкологической заболеваемости. Среди локализаций в кишке раку прямой кишки (РПК) принадлежит первое место (70-80 %). Статистические данные о заболеваемости РПК в различных странах мира на 100 000 населения неодинаковы: в США – 33,2 %, Швеции – 17,8 %, Великобритании – 25,8 %, Японии – 15,7 %, Сенегале – 2,5 %. [1, 2]. В Украине, по данным национального канцер-регистра, в 2005 г. на учете состояло 9019 больных

РПК, причем 34 % больных умерли в течение первого года от начала заболевания.

Несмотря на совершенствование и разработку новых протоколов комбинированного и комплексного лечения больных колоректальным раком, хирургический метод лечения остается единственным, дающим пациенту надежду на выздоровление [3, 4].

Современная стратегия оперативной онкопроктологии направлена на выполнение операций, сохраняющих естественный пассаж кишечного содержимого, улучшающих качество жизни больных, не нарушая принципов онкологического радикализма [5]. Этим требованиям при РПК наиболее полно отвечает брюшно-анальная резекция с

низведенням на промежность ободочной кишки (В.Ю.Янушкевич, М.С.Ратиани, 1997). Нередким осложнением у данной группы больных является эвагинация слизистой низведенной кишки, что, на наш взгляд, обусловлено наличием только одной точки фиксации – подшивания трансплантата к перианальной коже. Нередко хирурги формируют трансплантат "с запасом", чтобы создать возможность донизведения трансплантата в случае его некроза, что также является дополнительным фактором возникновения эвагинации слизистой оболочки.

Цель исследования. Разработать метод дополнительной фиксации низведенного на промежность трансплантата при брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением на промежность ободочной.

Материал и методы. На базе хирургического отделения центральной городской клинической больницы № 1 г. Донецка разработан и внедрен в клиническую практику "Способ дополнительной фиксации низведенной кишки при брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака" (патент Украины № 9774 от 19.10.2005 г.). Прооперировано 9 больных с диагнозом – рак прямой кишки. Все больные были в возрастной группе 65-80 лет: мужчин – 3, женщин – 6. Все больные оперированы радикально в стадии $T_{3-4}N_{0-2}M_0$, у 5 больных опухоль локализовалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки, у 4 – в среднеампулярном отделе. У 4 больных течение основного заболевания осложнилось явлениями частичной кишечной непроходимости, в 2 случаях диагностирован параколический инфильтрат.

По общепринятой методике производится мобилизация прямой кишки с опухолью. После мобилизации прямой кишки между зажимами пересекаются боковые связки прямой кишки. Дистальные сегменты боковых связок прошиваются длинной шелковой лигатурой, завязываются, лигатуры извлекаются из брюшной полости, берутся на зажимы. Формируется жизнеспособный трансплантат сигмовидной

ободочной кишки для низведения на промежность. Со стороны промежности на трубке производится демукозация анального канала. Прямая кишка с опухолью извлекается на промежность, низводится трансплантат сигмовидной ободочной кишки. Препарат удаляется, трансплантат фиксируется к перианальной коже узловыми шелковыми швами. Со стороны брюшной полости на трансплантат низведенной на промежность сигмовидной ободочной кишки, справа и слева, в проекции боковых связок прямой кишки накладываются серозно-мышечные швы лигатурами прошитых боковых связок прямой кишки, предварительно взятыми на зажимы (рисунок).

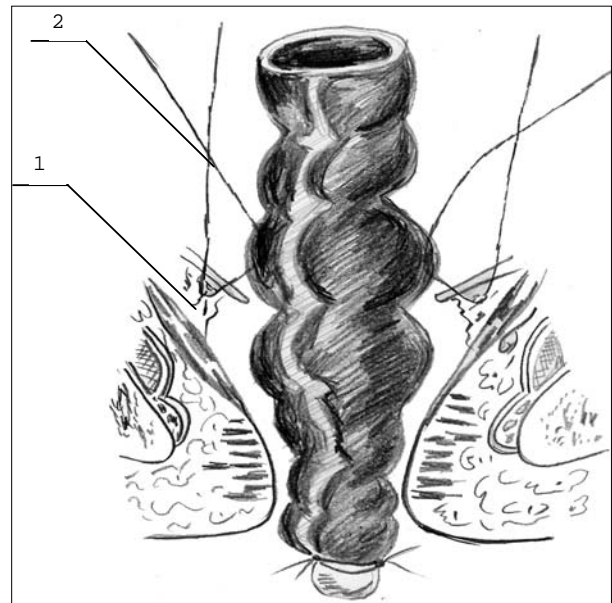


Рис. Дополнительная фиксация низведенного на промежность трансплантата сигмовидной ободочной кишки: 1 – боковые связки прямой кишки; 2 – швы, фиксирующие трансплантат к боковым связкам прямой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что разработанный в клинике метод дополнительной фиксации низведенной кишки позволяет создать еще одну фиксирующую точку трансплантата к диафрагме таза. Последующее рубцевание элементов боковых связок прямой кишки приводит к развитию постоянной тракции

низведенного на промежность трансплантата вперед и вверх, что, с одной стороны, препятствует развитию эвагинации слизистой оболочки низведенной кишки, с другой – способствует формированию S-образного изгиба трансплантата, усиливающего тонус замыкательного аппарата анального сфинктера. Появление дополнительной фиксирующей точки также является фактором, уменьшающим объем полости, которая возникает из-за несоответствия объема малого таза и диаметра низведенной кишки, что уменьшает вероятность развития абсцессов и гематом малого таза в послеоперационном периоде. У больных исследуемой группы послеоперационных осложнений не было, в настоящий момент все больные находятся на учете районного онколога.

Пример. Больной З., 67 лет, история болезни № 624, поступил в клинику с диагнозом "Рак среднеампулярного отдела прямой кишки". Диагноз подтвержден морфологически, рентгенологически. Больной обследован, в дооперационном периоде получил курс лучевой терапии по интенсивной программе. Противопоказаний к операции не выявлено. Больному выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением на промежность сигмовидной обо-

дочной кишки и дополнительной фиксацией трансплантата. Послеоперационный период без особенностей. На 12-е сутки отсечен избыток низведенной кишки, сформирован колоанальный анастомоз, больной выписан из отделения. Степень анальной континенции и работы замыкательного аппарата определялась показателями сфинктерометрии, снятыми в дооперационном периоде и через 3 и 6 месяцев после операции, показавшие восстановление анальной континенции до 75 % от уровня дооперационных показателей. Субъективно больной удерживал кал и газы.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. 1. Разработанный способ дополнительной фиксации низведенной кишки при брюшно-анальной резекции прямой кишки позволяет уменьшить вероятность развития послеоперационных осложнений (абсцессов малого таза, эвагинации слизистой оболочки низведенной кишки), сформировать S-образный изгиб трансплантата, тем самым улучшить функцию анального держания. 2. Удовлетворительные непосредственные результаты лечения больных предложенным способом являются основанием для проведения масштабного рандомизированного исследования в сравнении с традиционными методиками.

Литература

1. *Возможности функционально-сохраняющей хирургии в лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки / Г.И.Воробьев [и др.] // Акт. пробл. колопроктологии: Тез докл. 6-й науч. конф. с междунар. уч., посвящ. 40-летию ГНЦК. – М., 2005. – С. 190-192.*
2. *A new surgical concept for rectal replacement after low anterior resection: the transverse coloplasty pouch / K.Z'graggen, C.A.Maurer, S.Birrer [et al.] // Ann. Surg. – 2001. – V. 234, № 6. – P. 780-785.*
3. *Functional results of delayed coloanal anastomosis after preoperative radiotherapy for lower third rectal cancer / E.Olagne, J.Baulieux, E.de la Roche [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2000. – V. 191, № 6. – P. 643-649.*
4. *Выбор способа операции при раке прямой кишки / А.И.Абелевич, В.А.Овчинников, Г.А.Серолян // Хирургия. – 2004. – №4. – С. 30-33.*
5. *Александров В.Б. Рак прямой кишки / Александров В.Б. – М.: Вузовская книга, 2001. – 208 с.*

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ НИЗВЕДЕННОГО ТРАНСПЛАНТА В КОМПЛЕКСЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

Резюме. У 9 больных с диагнозом – рак пря-

мой кишки в стадии T₃₋₄N₀₋₂M₀ во время брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением на промежность ободочной кишки использован разработанный в клинике способ дополнительной фиксации низведенной кишки, который позволяет уменьшить вероятность развития послеоперационных осложнений (абсцессов малого та-

за, евагинации слизистой оболочки низведенной кишки), сформировать S-образный изгиб транспланта, чем улучшить функцию анального держания.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение.

SUPPLEMENTARY FIXATION OF A DESCENDED TRANSPLANT IN A COMPLEX OF RECONSTRUCTING THE PELVIC DIAPHRAGM DURING ABDOMINOANAL RESECTION OF THE RECTUM DUE TO RECTAL CANCER

Abstract. A surgical technique of adjunctive

fixation of the descended colon developed at the clinic has been used in 9 patients diagnosed as having rectal cancer at stage $T_{3-4}N_{0-2}M_0$ during abdominoanal resection of the rectum with descending on the colonic perineum. This technique enables to diminish the likelihood of the development of post-operative complications (abscesses of the small pelvis, evagination of the mucous tunic of the descended colon) to form a S-shaped curve of the transplant and thereby improve the function of anal continence.

Key words: rectal cancer, surgical treatment.

M.Gorkyi National Medical University (Donetsk)

Надійшла 07.03.2008 р.

Рецензент – проф. Р.В.Сенютович (Чернівці)

**II з'їзд Всеукраїнської асоціації
пластичних, реконструктивних та
естетичних хірургів**

**"Актуальні питання пластичної,
реконструктивної та естетичної
хірургії"**

**2-3 жовтня 2008 року
м. Київ**

Адреса оргкомітету:

Всеукраїнська асоціація пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів, вул. Зоологічна, 3, м. Київ, 03057; тел./факс: (044)4833496