

© Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В., Бондаренко Н.В.

УДК 616-006-089: 616-091

### ПРЕВЕНТИВНАЯ ТРАНСВЕРЗОПЕКСИЯ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Г.В.Бондарь, В.Х.Башеев, О.В.Совпель, Н.В.Бондаренко*

*Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецкая центральная городская клиническая больница № 1*

---

### ПРЕВЕНТИВНА ТРАНСВЕРЗОПЕКСИЯ В КОМПЛЕКСІ ХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

**Резюме.** Розроблено "Спосіб превентивної трансверзопексії при черевно-анальній резекції прямої кишки з приводу раку", відповідно до якого прооперовано 16 хворих. Наявність в арсеналі хірурга технічно простого оперативного прийому дозволяє у разі виникнення ускладнень після резекції прямої кишки позбавити хворого від виконання повторної операції.

**Ключові слова:** рак прямої кишки, трансверзопексія.

---

За последние годы не отмечается значительных изменений в структуре и абсолютных показателях заболеваемости колоректальным раком (КРР). В России и в США он занимает третье место (после рака легкого и желудка). В период 1992-1995 гг. заболеваемость в мире составила 600000 человек (в России – 40000, Европе – 130000, США – 138000) [1, 2].

Несмотря на совершенствование и разработку новых протоколов комбинированного и комплексного лечения больных КРР, хирургический метод лечения остается единственным, дающим пациенту надежду на выздоровление. Коллектив Донецкого областного противоопухолевого центра обладает опытом выполнения более 12000 оперативных вмешательств у больных КРР. Все оперативные вмешательства на органах пищеварения выполнены по разработанному в клинике методикам.

Полученные обнадеживающие ближайшие и отдаленные результаты после комбинированных операций при распространенном КРР позволяют решать актуальные вопросы трудовой и социальной реабилитации. Современная стратегия оперативной онкопроктологии [3-6] направлена на выполнение операций, сохраняющих естественный пассаж кишечного содержимого, улучшающих качество жизни больных, не нарушая принципов онкологического радикализма. Этим требованиям при раке прямой кишки (РПК) наиболее полно отвечает брюшно-анальная резекция с низведением ободочной кишки на промежность, а при раке ректосигмоидного отдела прямой кишки – низкая передняя резекция прямой кишки. Опасным хирургическим осложнением при лечении этой патологии, нередко являющимся причиной летального исхода, является несостоятельность колоректального

анастомоза и некроз низведенной кишки. Одним из ключевых моментов возникновения подобных осложнений является недостаточное кровоснабжение сигмовидной кишки, подготовленной для низведения либо анастомозирования. Операцией выбора в этих случаях является трансверзостомия. Не являясь травматичной, операция может значительно ухудшить состояние больного, поскольку выполняется как повторная операция, создает дополнительную операционную травму и стресс для больного на фоне уже имеющейся интоксикации и гемодинамических нарушений, которые сопутствуют развитию несостоятельности и некроза низведенной кишки.

Кроме того, даже при определении у больного косвенных признаков попадания кишечного содержимого в брюшную полость (появление тошноты и рвоты, нарастание общей интоксикации, появление болей в нижних отделах живота, отхождение незначительного количества газа по дренажам), хирурги нередко стремятся максимально отсрочить выполнение экстренной операции из-за психологического барьера, связанного с послеоперационными осложнениями. Тем самым происходит пролонгация сроков выполнения экстренной операции, что так же отрицательно сказывается на послеоперационном прогнозе. Описанные в литературе и существующие методики трансверзопексий, с одной стороны, не гарантируют полного отключения пассажа кишечного содержимого при вскрытии просвета кишки, с другой, требуют дополнительных методик оперативной реконструкции непрерывности желудочно-кишечного тракта. Таким образом, операция выполняется в 3-4 этапа, что причиняет больному моральные и физические страдания.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику "Способ превентивной трансверзопексии при брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака" (пат. № 7540 от 15.06.2005 г.)

**Цель работы.** Изучить эффективность

авторского способа превентивной трансверзопексии при хирургическом лечении РПК.

**Материал и методы.** В клинике прооперировано 16 больных с диагнозом – РПК в возрасте 61-80 лет (мужчин – 9, женщин – 7). Все больные оперированы радикально в стадии  $T_{3-4}N_{0-2}M_0$ . У 4 больных опухоль локализовалась в ректосигмоидном отделе, у 7 – в верхнеампулярном отделе прямой кишки, у 5 – в среднеампулярном отделе. У 4 больных течение основного заболевания осложнилось явлениями частичной кишечной непроходимости, в 2 случаях диагностирован параколический инфильтрат. В 6 случаях выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием инвагинационно-дубликатурного анастомоза по разработанной в клинике методике, еще в 10 случаях – брюшно-анальная резекция прямой кишки по Петрову-Холдиуну-Нисневичу с демукозацией анального канала и низведением на промежность ободочной кишки. Интраоперационно у всех больных исследуемой группы при формировании трансплантата сигмовидной кишки для низведения либо анастомозирования отмечена сомнительная жизнеспособность трансплантата, что было обусловлено особенностями ангиоархитектоники кишки либо недостаточной ее длиной. Дополнительная мобилизация левого угла ободочной кишки и формирование трансплантата "с запасом" после интраоперационного обсуждения принято нецелесообразным из-за выраженности сопутствующей патологии и высокого риска, связанного с расширением объема операции. Всем больным выполнена разработанная в клинике превентивная трансверзопексия.

В правом подреберье послонно рассекается брюшная стенка. Выводится на переднюю брюшную стенку петля поперечной ободочной кишки. Через прокол в брыжейке поперечной ободочной кишки, непосредственно под ее брыжеечным краем проводится стерильная полихлорвиниловая трубка. Петля поперечной ободочной кишки погружается в брюшную по-

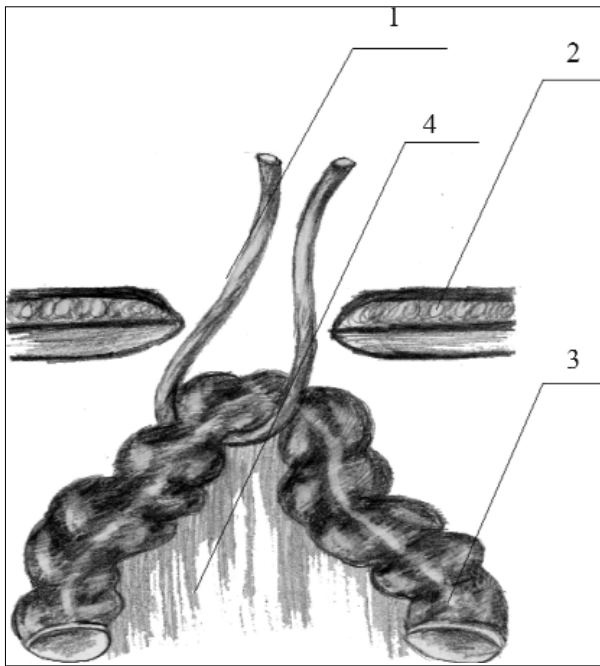


Рис. Поперечная ободочная кишка погружена в брюшную полость: 1 – подведенная под кишку трубка; 2 – передняя брюшная стенка; 3 – поперечная ободочная кишка; 4 – брыжейка поперечной ободочной кишки.

лость таким образом, чтобы на коже брюшной стенки осталась только проведенная под кишкой трубка, которую 2 швами фиксируют к коже (рисунок).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате анализа течения послеоперационного периода у больных исследуемой группы установлено, что некроз избытка низведенной кишки у больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением на промежность ободочной выявлен в 8 случаях, в 4 случаях уровень некроза проецировался на уровне периаанальной кожи либо на уровне анального канала. Лечебные мероприятия в этих случаях ограничивались продлением постельного режима, назначением антикоагулянтных препаратов, бесшлаковой диеты, слабительных средств и динамическим наблюдением. У 5 больных после передней резекции прямой кишки недостаточности колоректального анастомоза не выявлено. У всех больных с благоприятным течением

послеоперационного периода на 7-е сутки после операции проведенная под кишкой полихлорвиниловая трубка извлечена из брюшной полости, рана передней брюшной стенки ушита под местной анестезией.

В 4 случаях после брюшно-анальной резекции диагностирован высокий некроз избытка низведенной кишки, у 1 больного после передней резекции прямой кишки выявлена несостоятельность колоректального анастомоза. Всем больным данной группы после выявления осложнений произведена трансверзостомия путем тракции трубки по направлению кнаружи и выведению петли поперечной ободочной кишки на переднюю брюшную стенку. Просвет кишки вскрывается, формируется полноценная трансверзостома с отключением пассажа каловых масс по дистальным отделам толстой кишки. Сформированная трансверзостома фиксируется к передней брюшной стенке подшиванием полихлорвиниловой трубки, проведенной под кишкой, к коже передней брюшной стенки. Течение послеоперационного периода у 2 больных данной группы осложнилось формированием абсцесса малого таза, потребовавшего дополнительного промежностного дренирования его полости. У 1 больного после передней резекции прямой кишки и у 2 больных после брюшно-анальной ее резекции с низведением на промежность ободочной кишки через 3 мес. произведена оперативная реконструкция пищеварительного тракта, трансверзостома ушита. Еще у 2 больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки трансверзостома сформирована пожизненно. Летальных исходов в исследуемой группе не было, больные находятся на учете районного онколога.

*Пример: Больной С., 76 лет, история болезни № 6254, поступил в клинику с диагнозом "Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки", осложненный частичной кишечной непроходимостью. Диагноз подтвержден морфологически и рентгенологи-*

чески. Больному выполнена брюшиноанальная резекция прямой кишки с низведением на промежность сигмовидной кишки и формированием превентивной трансверзопекции на фоне сомнительной жизнеспособности трансплантата сигмовидной кишки для низведения из-за распынного кровоснабжения. На 7-е сутки послеоперационного периода полихлорвиниловая трубка, проведенная под петлей поперечной ободочной кишки, удалена, рана в правом подреберье ушита под местной анестезией. На 12-е сутки отсечен избыток низведен-

ной кишки, сформирован колоанальный анастомоз, больной выписан.

**Вывод.** В случае возникновения осложнений после резекции прямой кишки авторский оперативный прием позволяет избавить больного от выполнения повторной операции, а также расширить показания к выполнению сфинктерсохраняющих резекций у больных с высокой вероятностью некроза низведенной кишки и несостоятельности колоректального анастомоза за счет более управляемого ведения послеоперационного периода.

### Литература

1. Возможности функционально-сохраняющей хирургии в лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки / Г.И.Воробьев [и др.] // *Акту. пробл. колопроктологии: тез. докл. 6 науч. конф. с междунар. уч., посв. 40-летию ГНЦК.* – М., 2005. – С. 190-192.
2. Александров В.Б. Рак прямой кишки / Александров В.Б. – М.: Вузовская книга, 2001. – 208 с.
3. Применение брюшино-анальной резекции с леваторосфинктеропластикой при лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки / Г.В.Бондарь, В.Х.Башеев, С.Э.Золотухин [и др.] // *Кліні. хірургія.* – 1996. – № 6. – С. 22-24.
4. 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. – Vol. 191, № 6. – P. 643-649.
5. Абелевич А.И. Выбор способа операции при раке прямой кишки / А.И.Абелевич, В.А.Овчинников, Г.А.Серопян // *Хирургия.* – 2004. – № 4. – С. 30-33.
6. 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. – Vol. 234, № 6. – P. 780-785.

### ПРЕВЕНТИВНАЯ ТРАНСВЕРЗОПЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Резюме.** Разработан "Способ превентивной трансверзопексии при брюшино-анальной резекции прямой кишки по поводу рака", в соответствии с которым прооперировано 16 больных. Наличие в арсенале хирурга технически простого оперативного приема позволяет в случае возникновения осложнений после резекции прямой кишки избавить больного от выполнения повторной операции.

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, трансверзопексия.

### PREVENTIVE TRANSVERSOFIXATION IN A COMPLEX OF SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER

**Abstract.** A technique of preventive transversofixation in case of abdominoanal resection of the rectum for cancer has been elaborated, 16 patients having been operated, employing it. The presence of a technically simple operative technique in the arsenal of a surgeon makes it possible to save the trouble of making a reintervention in case of the onset of complications, following a resection of the rectum.

**Key words:** rectal cancer, transversofixation.

Donetsk Regional Anticancer Center,  
Central Municipal Clinical Hospital № 1 (Donets'k)

Надійшла 02.09.2008 р.  
Рецензент – проф. Р.В.Сенютович (Чернівці)