УДК 616.35-006-089.87:616.428-089.87:616.381-072.1

К.В. Пучков, Д.А. Хубезов, Е.А. Юдина

ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,
Рязанская областная клиническая больница

Ключевые слова: передняя резекция прямой кишки, лапароскопическая техника, аорто-подвздошная диссекция.

Передняя резекция прямой кишки является наиболее выгодной в функциональном отношении операцией при раке прямой кишки. Главной особенностью лапароскопических операций здесь является отсутствие возможности тактильнооого контакта, что далеко не всегда компенсируется преимуществами эндовидеолапароскопической техники, поскольку очень часто вся опухоль или ее часть находится под тазовой брюшиной и недоступна визуальному контролю [1, 2]. Описаны случаи отсутствия опухолевого роста в резецированном сегменте кишечника [2]. Для предотвращения возможных ошибок в подобных случаях многие специалисты для лучшей ориентировки в брюшной полости рекомендуют использование возможностей эндоскопических приборов, то есть применение техники двойной иллюминации: лапароскоп + лапароскоп, лапароскоп + фиброколоноскоп [2, 3, 4]. Ряд авторов предложили метить небольшие опухоли толстой кишки при фиброколоноскопии активированным углеродом, скрепками и др. [3]. Низкий удельный вес сфинктеросохраняющих операций при средне- и нижнеампулярном ректальном раке, большое количество осложнений, часто неудовлетворительная функция держания кала при брюшно-анальной резекции с низведением обусловливают актуальность исследования.

Целью настоящего исследования послужила разработка техники лапароскопической низкой и сверхнизкой передней резекции прямой кишки, позволяющей снизить число послеоперационных осложнений и улучшить функциональные результаты лечения.

К низким передним резекциям относили операции при опухоли, расположенной на 10 см дистальнее от перианальной кожи. Использование стандартной лапароскопической техники при данной локализации опухоли требует использования дорогостоящих линейных сшивающих аппаратов с изменяющейся кривизной головки. Кроме того, отсутствие тактильных ощущений не всегда позволяет точно определить дистальный уровень резекции.

Лапароскопическим доступом в зависимости от локализации опухоли выполнялась аорто-подвздошная или аорто-подвздошно-тазовая лимфодиссекция. При аорто-подвздошной лимфодиссекции ниже нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки перпендикулярно аорте рассекалась париетальная брюшина до мочеточников. Осуществлялась диссекция тканей до уровня *fascia endoabdominalis* — непосредственно около аорты и преренального *листка fascia retroperitonealis,* латеральнее *fascia endoabdominalis.* Следуя по указанным фасциям, сверху вниз отсепаровывались парааортальная и паракавальная клетчатка, а также клетчатка в области бифуркации аорты и подвздошных сосудов. Латеральными границами являются мочеточники, которые окружены фасциальным листком. Этот фасциальный футляр образован двумя листками околопочечной фасции. Таким образом, дальнейшая лимфодиссекция осуществлялась по *ходу fascia endoabdominalis,* оттесняя *fascia retroperitonealis* с проходящими в ней мочеточниками латерально. Дорсальной границей лимфодиссекции на этом этапе операции служили *m. psoas* и *ligamentum longitudinale,* которые покрыты на данном уровне внутренней фасцией живота. Сигмовидная кишка зажимом Бебкокка отводилась медиально. Делалось окно в области корня брыжейки. Таким образом сигмовидная кишка оказывается полностью мобилизованной.

Непосредственным продолжением *fascia endoabdominalis* в тазу является *fascia endopelvina,* которая состоит из двух листков — париетального и висцерального. Первый выстилает стенки и дно полости таза, второй покрывает органы таза. В соответствии с этим дальнейшее выделение прямой кишки до намеченного уровня проходило в пределах париетальной фасции. Тщательно выделялись стенки прямой кишки до тазовой диафрагмы. Выполнялась передняя или задняя перинеотомия, при необходимости прямая кишка мобилизовалась через перинеотомный доступ (рис. 1, а, б). За кишку с помощью S-образного зажима проводилась резиновая трубка. Тракцией за трубку в перинеотомную рану выводилась стенка кишки с опухолью. Один конец трубки натягивался на бранши аппарата ТА-55 (рис. 2, а). По трубке аппарат заводился за кишку. Выполнялось прошивание. На дистальный конец кишки накладывалась лигатура, на проксимальный — два прямых зажима, и кишка

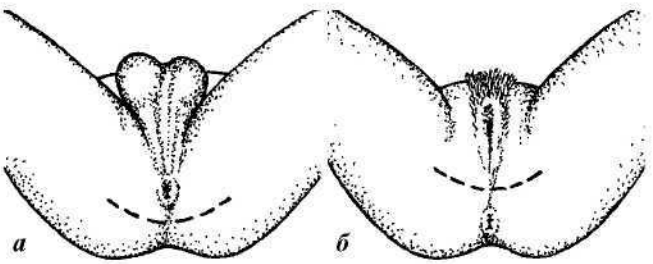
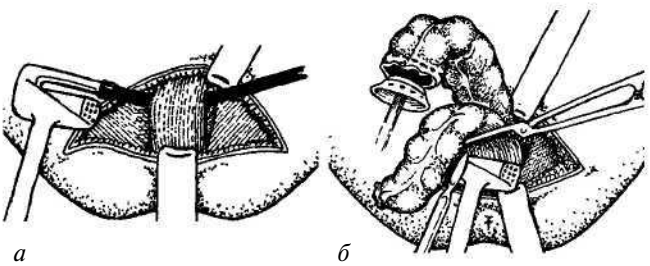


Рис. 1. Линии разрезов при задней (а) и передней (б) перинеотомии.



а *б*

Рис.2. Этапы оперативного вмешательства:
а — проведение линейного степлера по трубке за стенку прямой кишки; б - отсечение участка кишки с опухолью.

с опухолью отсекалась (рис. 2,б). В проксимальный конец внедрялась головка циркулярного сшивающего аппарата, культя затягивалась кисетным швом и погружалась в брюшную полость. Трансанально вводилась базовая часть циркулярного степлера и адаптировалась с головкой. Выполялось прошивание кишки и извлечение аппарата. Операция заканчивалась ушиванием перинеотомной раны и дренированием параректального пространства.

Данная техника использовалась для удаления рака прямой кишки у 7 больных в возрасте 50-63 лет (женщин — 3, мужчин — 4). В 3 случаях использовалась передняя перинеотомия и в 4 — задняя. В 2 случаях аорто-подвздошная лимфодиссекция проводилась с сохранением гипогастрального нерва. Летальных исходов не было. У 1 больной в течение 6 суток отмечалась дисфункция мочевыводящей системы. Средняя продолжительность операции составила 215 мин. У всех больных выполнялась лимфаденэктомия в объеме D-3. У 1 больного был сформирован резервуарный J-образный колоанальный анастомоз. Отмечены все традиционные преимущества лапароскопического доступа. У 5 пациентов обнаружены метастазы в лимфоузлах. Во всех случаях зарегистрированы хорошие функциональные результаты. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (максимальный период наблюдения 1 год) — рецидивов не выявлено.

Наши наблюдения показали, что у женщин целесообразнее использовать переднюю перинеотомию (сравнительно легко расщепляется ректовагинальная перегородка и открывается доступ в брюшную полость), а у мужчин — заднюю. При этом обеспечивается минимальная травматичность операции, исключается повреждение мужских мочеполовых органов (простаты, уретры), что способствует в дальнейшем сохранению половой функции. Данная техника позволяет хирургу использовать тактильную чувствительность. Таким образом, предложенная методика позволяет сформировать низкий колоректальный или колоанальный анастомоз лапароскопическим доступом и характеризуется меньшей травматичностью и стоимостью.

Литература

1. *Клейн К.В., Лахин А.В., Латышев Ю.П., Кривошеев К.В.// V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии»: Тез. докл. — Ростов-на-Дону, 2001. - С. 167.*
2. *Франклин М.Е.// Малоинвазивная колопроктология/ Под ред. М.А. Аррегви. — М.: Медицина, 1999. — С. 212-225.*
3. *KitamuraK, TaniguchiH., Yamaguchi T. et al.//Hepato-gastroenterology. — 1997. — Vol. 44, No. 13. — P. 108-115.*
4. *Trebuchet G., Lechaux D., Le Calve J.L., Launois B.// Surg. Endosc. - 1998. - Vol.12, No. 5. - P. 584.*

Поступила в редакцию 02.04.03.

TECHNIQUE OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION OF RECTUM WITH AORTOILIAC LYMPHADENECTOMY

K. V. Puchkov, D.A. Khubezov, E.A. Yudina
I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan Regional Clinical Hospital

Summary — The authors described the procedure of laparoscopic application of low colo-rectal and colo-anal anastomosises when operating on account of rectal cancer conducting lymphadenectomies. 7 operations had been performed. Later on, the authors marked all the traditional advantages of the laparoscopic approach and good functional results of the treatment. In the course of a year after the interventions there were no recurrent tumors.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 25-26.

УДК 616.411-001.4-089.87

В.В. Шапкин, А.Н. Шапкина, А.П. Пилипенко, О.Г. Полу шин

СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: селезенка, травма, резекция.

Понимание роли селезенки привело к более частому применению органосохраняющих операций и консервативного лечения [1,2]. В то же время имеется группа больных, у которых сложно отказаться от спленэктомии, причем во многих стационарах предпочтение отдается хирургическим методам лечения [3, 4]. В связи с этим мы поставили перед собой задачу внедрить в клинику новый способ резекции селезенки, предварительно отработав его в эксперименте.

Настоящая работа основана на анализе обследования и лечения 226 детей в возрасте от 1 до 14 лет с закрытой травмой селезенки за 1979-2003 гг. (164 мальчика и 62 девочки). Сделаны 91 спленэктомия, 25 спленэктомий с аутотрансплантацией селезеночной ткани, 10 органосохраняющих операций и 16 лапароскопических вмешательств. Консервативное лечение проведено в 62 наблюдениях. К органосохраняющим относили операции спленорафии и резекции селезенки. Из 226 пострадавших 198 выписаны с выздоровлением, а 9 потребовалось лечение по поводу сопутствующих травм. Умерло 19 детей (8,4%), причем летальных исходов при изолированной травме селезенки не наблюдали.