

По способу формирования анастомоза

1. Анастомоз, сформированный ручным способом
2. Анастомоз, сформированный механическим способом
 - а) открытым
 - б) закрытым

Нисколько не претендуя на первенство в определении названий операций, считаем необходимым подчеркнуть, что основная цель данной работы - попытка систематизации и классификации передних резекций прямой кишки. Хотелось бы надеяться, что предложенная классификация в будущем реально поможет выработке четких хирургических и тактических критериев и приживется в практической хирургии. Авторы будут благодарны любым оппонентам, высказавшим свое мнение по поводу данной работы.

Литература

1. Александров В.Д. Рак прямой кишки.- М.: Вузовская книга.- 2001.
2. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др. // Хирургия. - 2000. -Мб.- С. 41-47.
3. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др.// Пробл. колопроктол. - 2000. - №17.- С. 280-285.
4. Егиев В.Н.// Волшебный мир шивающих аппаратов. - М.: Центр, 1995. - С. 176.
5. Марголин Л.М., Сидоров И.П., Евдокимов Г.М.// Пробл. колопроктол. — 2000. - № 17. - С. 350-352.
6. Одарюк Т.С., Царьков П.В., Севастьянов СИ., Колпаков А.В.// Актуальные проблемы колопроктологии. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 155.
7. Одарюк Т.С., Покровский Г.А., Царьков В.П. и др.// Пробл. колопроктол. - 2000. - № 17. - С. 364-367.
8. Оноприев В.П., Павленко С.Г., Яргуни С.А., Каиров Г.Б.// Пробл. колопроктол. 2000. - № 17. - С. 156-160.
9. Стирнс М.В. Колоректальные новообразования. — М.: Медицина, 1983.

10. Покровский Г.А., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др.// Хирургия. 1998. - № 9. - С. 54-61.
11. Павленко С.Г., Оноприев В.И., Каиров Г.Б.// Пробл. колопроктол. - 2000. - № 17. - С. 161-166.
12. Петров В.П., Лазарев Г.В., Переходов С.П.// Хирургия. - 2000. - №1.- С. 37-40.
13. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. — М.: Медпрактика, 2001.
14. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1987.
15. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994.
16. Яицкий Н.А., Васильев А.С., Нечай А.И. и др.// Актуальные проблемы колопроктологии. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 182-183.
17. Brown S., Seow-Choen F.// Techniques of colonic pouch construction. - Singapore, 2001. - P. 36-39.
18. March P.G., James R.D., Scholfield P.P.// Br. J. Surg. 1999. - Vol. 82. - P. 465-468.
19. Nicholls R.J. Surgery of the colon and rectum — Churchill Livingstone, 2000.
20. Teramoto T., Watanabe M., Kitajima M.// Dis. Colon Rectum. - 1997.- Vol. 40, No. 10. - P. 7-43.

ABOUT CLASSIFICATION OF ANTERIOR RESECTION OF RECTUM
V.N. Ischenko, V.V. Tokartchuk, M.N. Grigoriev
Primorsky regional clinical hospital, the Far East coloproctologic center (Vladivostok)

Summary — In present article the authors deal with historical moments according to operation's fulfillment under anterior resection of rectum, concentrate attention on arguable question about name of operation. On the grounds of own experience and literary survey, they offer a new clinical classification of anterior resections, which, on their opinion, should help in working-out of optimal surgery tactics. It is offered to classify such operations according to location place of anastomosis with dividing them into high, anterior, low and ultra-low resections. The last ones are divided, on their turn, into open and closed (with forming of anastomosis by machine stitch). The ultra-low interferences are additionally divided into «low shave off» and inter sphincteric resections.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 85-87.

УДК 616.411-089.87:618.2/3

К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Д.С. Родиченко,
А.С. Приступа

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЫБОР ДОСТУПА И СРОКОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
Рязанский областной центр эндохирургии

Ключевые слова: лапароскопическая
спленэктомия, беременность.

В начале 90-х годов XX века беременность считалась противопоказанием к выполнению лапароскопи-

ческих операций, однако исследования показали относительную безопасность этих процедур в отношении плода и отсутствие неблагоприятного влияния на исход беременности [6, 9, 14].

В настоящее время при беременности выполняется достаточно широкий спектр лапароскопических операций: аппендэктомия, вмешательства на желчевыводящих путях, адrenaлэктомия, ликвидация кишечной непроходимости, манипуляции на органах малого таза [1, 7, 9, 11, 12]. Преимущества малоинвазивных операций в сравнении с традиционным методом бесспорны. Минимальный риск развития послеоперационных грыж и невынашивания беременности, уменьшение лекарственной нагрузки на плод делают этот метод предпочтительным [1, 11, 12, 13]. Тем не менее следует отметить, что при большом сроке беременности увеличенная матка ограничивает объем свободной брюшной полости, затрудняя манипуляции [11].

Наиболее частыми заболеваниями, при которых возникают показания к удалению селезенки в плановой хирургии, являются иммунотромбоцитопения, апластическая или гемолитическая анемии, лимфопролиферативные заболевания, кисты и опухоли органа [5, 8, 10]. Лапароскопическая спленэктомия является альтернативой открытой операции у гематологических больных с неувеличенной селезенкой, отсутствием периспленита и при соответствующем мануальном навыке хирурга и материально-техническом обеспечении позволяет значительно снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений, уменьшить послеоперационный койко-день и улучшить качество жизни больных [2, 3, 4].

В Рязанском областном центре эндохирургии с 1995 по 2000 г. выполнено 15 подобных вмешательств с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами и 2 лапароскопические спленэктомии во втором триместре беременности. Полученные результаты предлагаются к рассмотрению.

Больная П. 23 лет находилась в отделении лапароскопической хирургии и гинекологии ОКБ г. Рязани с диагнозом «Врожденная гемолитическая микросфероцитарная анемия, беременность 16-17 недель». Страдала наследственной гемолитической анемией и ранее неоднократно отказывалась от оперативного лечения. Показанием для спленэктомии явилась высокая вероятность развития гемолитической желтухи и гибели плода в третьем триместре беременности. При обследовании выявлены анемия (эр, $3,3 \times 10^{12}/л$, Нб — $90 г/л$), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипербилирубинемия (общ. - 45, непр. - 33, прямой - $12 мкмоль/л$). По данным ультразвукового исследования, селезенка обычных размеров.

Под интубационным наркозом произведена лапароскопическая спленэктомия. Интраоперационная кровопотеря составила 20-30 мл. В ходе операции перелито 440 мл однокрупной свежзамороженной плазмы. Длительность вмешательства составила 1 час 20 мин.

Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Лабораторные показатели при выписке в пределах нормы. Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции. Беременность закончилась срочными родами естественным путем, ребенок здоров. Осмотрена спустя 4 года - состояние удовлетворительное, показатели билирубина в пределах нормы.

Больная Б. 18 лет поступила с диагнозом «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, непрерывно-рецидивирующее течение; беременность 17 недель». Болезнь крови в течение 9 лет, неоднократно находилась на стационарном лечении в гематологическом отделении. От прерывания беременности и спленэктомии ранее отказывалась. Обследована в гематологическом отделении — выраженная тромбоцитопения ($35,0 \times 10^9/л$). Проведенным консилиумом установлено, что имелись абсолютные показания к спленэктомии.

Операция проведена под интубационным наркозом. Интраоперационная кровопотеря - 30-50 мл. Во время вмешательства, длительность которого составила 1 час 10 мин., было перелито 490 мл однокрупной свежзамороженной плазмы.

Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. Лабораторные показатели при выписке: эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб - $104 г/л$, ц.п. - 0,99, тр. - $196 \times 10^9/л$. Осмотрена спустя 1 год - состояние удовлетворительное, беременность закончилась срочными родами естественным путем, ребенок здоров.

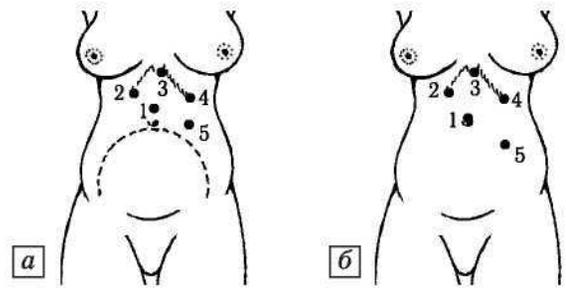


Рис. 1. Точки введения троакаров при лапароскопической спленэктомии:

о - при беременности, б - стандартное введение (пояснения в тексте).

Техника лапароскопической спленэктомии в обоих случаях была идентичной, но имела определенные особенности, заключающиеся в изменении точек введения инструментов. Из умбиликального доступа через иглу Вереща накладывали карбоксиперитонеум до 15 мм рт.ст. со скоростью 1,6 л/мин. Использовали 5 троакаров: 1-й - умбиликальный (для введения лапароскопа), который располагался на 4 см выше пупочного кольца, 2-й - в правой мезогастральной области по среднеключичной линии (для введения зажима Endo Babcock и захвата желудка), 3-й - по средней линии на 4-5 см ниже мечевидного отростка (для введения мягкого зажима), 4-й - в левом подреберье по средней ключичной линии (для введения основных инструментов: клипсапplikатор, ножницы, диссектор, сшивающий аппарат), 5-й - в левой мезогастральной области на уровне пупочного кольца (для введения инструмента Endo Retract и отведения большого сальника). Таким образом, умбиликальный и левый мезогастральный троакары располагались несколько выше места стандартного введения инструментов, используемых при лапароскопической спленэктомии (рис. 1).

После введения троакаров головной конец стола приподнимали на 20° и стол поворачивали на 15° вправо для облегчения выведения селезенки. С помощью Endo Babcock захватывали желудок, а инструментом Endo Retract одновременно отводили большой сальник вниз. В результате этих манипуляций селезенку удавалось вывести из левой поддиафрагмальной области.

Далее выполняли мобилизацию желудочно-селезеночной связки путем коагуляции, клипирования или перевязки коротких сосудов. В области хвоста поджелудочной железы выделяли и клипировали селезеночную артерию. После предварительной коагуляции пересекали ободочно-селезеночную и диафрагмально-селезеночную связки. Селезенка становилась подвижной, что обеспечивало возможность работать в области ее ворот. На ножку селезенки накладывали аппарат EndoGIA-30 с белой (сосудистой) кассетой - требовалось три прошивания. Селезенку помещали в пластиковый контейнер и извлекали в первом случае через умбиликальный доступ путем расширения его до 4 см и фрагментации ножницами, а во втором - через 4-й доступ путем морцелляции аппаратом WISAP (Германия). В левое

поддиафрагмальное пространство в обоих случаях устанавливали страховой дренаж.

Таким образом, настоящие клинические примеры показывают техническую возможность выполнения лапароскопической спленэктомии при беременности. Учитывая меньшую инвазивность эндохирургических операций, описанные вмешательства могут быть рекомендованы в хирургической клинике.

Литература

1. Кириакиди С. Ф.// Эндоскопическая хирургия. - 1996. - М2.- С. 25.
2. Пучков КВ., Гаусман Б.Я., Карпов О.Э. и др.// Эндоскопическая хирургия. - 1996. - №4.- С. 26-27.
3. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Мартынов ММ.// Эндоскопическая хирургия. - 1997. - № 1. - С. 90.
4. Пучков КВ., Мартынов М.М., Гаусман Б.Я. и др.// Эндоскоп, хирургия. - 1997. - № 1.- С. 22-26.
5. Прудков М.И., Мансуров Ю.В.// Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 3. - С. 58.
6. Сорокин Д.К., Горбунов А.С., Сорокин К.Л.// Эндоскоп, хирургия. - 1999. - № 2. - С. 62-63.
7. Akira S., Yamanaka A., Ishihara T. et al.// *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1999. - Vol. 180, No. 3. - P. 554-557.
8. Conron R.W., Abbruzzì K., Cochrane S.O. et al.// *Am. Surg.* - 1999. - Vol. 65, No. 3. - P. 259-263.

9. Demeure M.J., Carlsen B., Traul D. et al.// *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* - 1998. - Vol. 8, No. 5. - P. 315-319.
10. Geisler I.P., Rose S.L., Mernitz C.S. et al.// *J. Soc. Laparoendosc. Surg.* - 1998. - Vol. 2, No. 3. - P. 235-238.
11. Graham G., Baxi L., Tharakan G.// *Obstet. Gynecol. Surv.* - 1998. - Vol. 53, No. 9. P. 566-574.
12. Hardwick R.H., Slade R.R., Smith P.A., Thompson M.H.// *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* - 1999. Vol. 9, No. 5. - P. 439-440.
13. Kazuhiro I., Jun H., Hyung-Eum Y. et al.// *Surg. Laparosc. Endosc.* - 2001. - Vol. 11, No. 1.-P. 53-56.
14. Thomas S.J., Brisson P.// *J. Soc. Laparoendosc. Surg.* - 1998. - Vol. 2, No. 1.- P. 41-46.

LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY DURING THE SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY: CHOICE OF ACCESS AND PERIODS OF OPERATIVE INTERVENTION

K.V. Puchkov, V.B. Philimonov, D.S. Rodichenko, AS. Pristupa
State Medical University in Ryazan, Ryazan Regional Endosurgery Center

Summary- The authors having the experience of 15 laparoscopic splenectomies describe the operative technique of this kind of intervention during the pregnancy. The doctors considered two clinical cases. The indications for the operation were blood diseases. In both cases the act of delivery was natural and on term, children are healthy.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 87-89.

УДК 615.47.03:616.751-085.844

В.Н. Ищенко, Д. Ньям, В.А. Дубинкин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА СОЗДАНИЯ НЕОСФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Сингапурский генеральный госпиталь,
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: хирургическая техника, неосфинктер, нейромышечная стимуляция.

Проблемы хирургического создания искусственных замыкательных устройств после экстирпации прямой кишки вместе с естественным сфинктером или при недержании кала, волнуют хирургов многих стран [1, 7, 8, 10]. Причин этому несколько: неэффективность предлагавшихся ранее способов лечения, резкое снижение качества жизни у больных с абдоминальной стомой или недержанием стула, а также значительный рост числа пациентов с данной патологией [3, 9]. Частично удалось решить проблему путем изменения хирургической тактики при низкой локализации рака прямой кишки и внедрением в клини-

ческую практику хирургических сшивающих аппаратов [2, 11]. Это позволило резко сократить количество экстирпаций прямой кишки и сохранять естественный замыкательный аппарат. Однако низкие, ультранизкие, интерсфинктерные резекции прямой кишки неприемлемы для больных с раком анального канала или фекальной инконтиненцией тяжелой степени. Широко известные в России и за рубежом операции грацилопластики также не прижились в практической хирургии из-за функциональной неэффективности искусственного сфинктера [4, 5, 6]. Вышеизложенное заставляет хирургов активно искать новые хирургические приемы и устройства:

На базе Сингапурского генерального госпиталя прооперировано 12 больных, которым был удален естественный сфинктер вследствие поражения его злокачественной опухолью (4) либо вследствие инконтиненции различной этиологии, некорректируемой консервативной терапией или различными видами сфинктеропластики (8). Были выполнены операции формирования искусственного сфинктера с нейромышечной стимуляцией:

Чаще всего формирование неосфинктера проводилось путем тщательного выделения m. gracilis через два-три (реже - один) разреза на коже до места впадения сосудисто-нервного пучка (рис. 1, а): Далее через два дополнительных разреза сверху и снизу от анального отверстия тупо (пальцем) формировался канал вокруг прямой (или низведенной) кишки. Затем