

В.Н. Ищенко¹, В.К. Якушенко³, В.А. Дубинкин¹, Ю.П. Пахолук¹,
В.В. Токарчук², М.А. Кузора¹

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА ИНТРАСПИНКТЕРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИМПЛАНТАМИ ПАМЯТИ ФОРМЫ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА И СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ ПЕТЛИ

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

² Приморская краевая клиническая больница № 1 (Владивосток)

³ Новосибирский центр колопроктологии, муниципальная клиническая больница № 11 (Новосибирск)

Предлагается оригинальная методика формирования промежностной колостомы с формированием пуборектальной петли полипропиленовой сеткой и имплантацией искусственного запирающего устройства с памятью формы из никелида титана.

Ключевые слова: рак прямой кишки, оперативная техника, качество жизни

SURGICAL TECHNIQUES OF INTRASPINCTERIAL RESECTION OF THE RECTUM WITH NITI SHAPE MEMORY IMPLANTS AND CREATION OF ARTIFICIAL PUBORECTAL LOOP

V.N. Ishchenko¹, V.K. Yakushenko³, V.A. Dubinkin¹, Yu.P. Pakholyuk¹,
V.V. Tokarchouk², M.A. Kuzora¹

¹ Vladivostok State Medical University, Vladivostok

² Primorskaya Regional Clinical Hospital N 1, Vladivostok

³ Coloproctology Center, Municipal Clinical Hospital N 11, Novosibirsk

The authors suggested original method of forming of perineal colostoma with making of puborectal loop by polypropylene net and implanting of NiTi artificial locking device with shape memory.

Key words: rectal cancer, surgical technique, life quality

ВВЕДЕНИЕ

Значительный рост количества больных раком прямой кишки диктует необходимость совершенствования хирургической техники. В последнее время, в связи с расширением показаний для выполнения сфинктеросохраняющих операций при низких локализациях рака прямой кишки, значительно усовершенствовалась и хирургическая техника оперирования. Многие авторы публикуют данные, основанные на большом количестве наблюдений, о успешном выполнении сфинктеросохраняющих операций при расположении опухоли на 4–5 см от края ануса [1, 2, 3]. Но при расположении опухоли в анальном канале, новые предложенные методики хирургического лечения недостаточно эффективны (управляемая грацилопластика, формирование магнитных запирающих устройств и др.) [4]. Нами предлагается оригинальная методика формирования промежностной колостомы с формированием пуборектальной петли полипропиленовой сеткой и имплантацией искусственного запирающего устройства с памятью формы из никелида титана [3] (рис. 1).

На наш взгляд, данная методика позволяет выполнять операции типа экстирпации прямой кишки с низведением вышележащих отделов в промежность и сохранения качества жизни больных, поскольку подобное замыкательное устройство

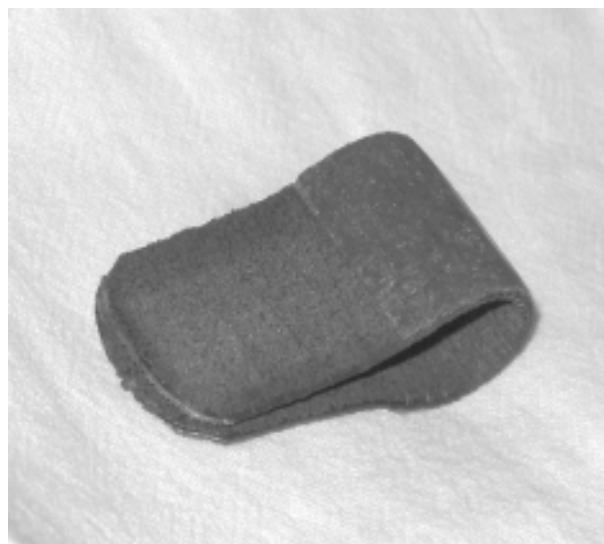


Рис. 1. Имплант с памятью формы из никелида титана.

позволяет удерживать каловые массы до достижения внутрикишечного давления 80 мм водн. ст. При более высоких цифрах внутрикишечного давления, устройство с памятью формы раскрывается и деблокирует просвет кишки. Рассчитано оно на 10 миллионов циклов, что вполне достаточно для одного больного на 20 лет жизни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная методика оперирования разработана и внедрена в клиническую практику в Новосибирском центре колопроктологии муниципальной клинической больницы № 11 г. Новосибирска и клинике госпитальной хирургии Владивостокского государственного медицинского университета на базе отделения колопроктологического центра Приморской краевой клинической больницы № 1 (г. Владивосток).

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

После выполнения нижне-срединной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости больному придается положение Тренделенбурга до 10 – 12 %, петли кишечника отграничивают полотенцем. Производится лирообразный разрез брюшины. Ниже отхождения а colica sinistra пересекают нижнюю брыжеечную артерию и вену, накладывают лигатуры. Мобилизуют сигмовидную кишку и затем выделяют преимущественно острым путем прямую кишку. Мобилизация прямой кишки производится до тазового дна по всей окружности. производится удлинение брыжейки сигмовидной кишки с сохранением достаточного кровообращения в кишке. Для этого пересекаем сигмовидные артерии или их ветви с сохранением краевого сосуда, идущего вдоль стенки кишки. После завершения мобилизации прямой кишки и подготовки сигмовидной кишки к низведению, определяем нижнюю границу достаточного кровоснабжения. На этом уровне брыжейку пересекаем.

Обработку кожи со стороны промежности и просвета прямой кишки мы производим одновременно с обработкой кожи передней брюшной стенки. Бригада хирургов оперирующая со стороны промежности вначале обрабатывает влагалище просвет прямой кишки при помощи тупферов, смоченных антисептическим раствором, затем – всю кожу промежностной области. После обработки операционного поля хирург производит дивульсию. Захватывает клеммами Алиса в 4 симметричных местах кожно-слизистую складку заднего прохода и растягивает его в разные стороны. Шестью радиально наложенными швами с захватом слизистой анального канала и перианальной кожи растягивают кожно-слизистую складку заднего прохода так, чтобы был виден верхний край анального канала.

Затем рассекают по межсфинктерной борозде (линия Хилтона) круговым разрезом слизистую оболочку прямой кишки. Края слизистой оболочки захватывают зажимами. После проникновения в слой между внутренним и подкожной порцией наружного сфинктера с помощью электроножа единым блоком выделяется внутренний сфинктер, полностью глубокая и поверхностная порция наружного сфинктера, пуборектальная мышца, медиальная порция лобково-копчиковой мышцы. После этого над зажимом перевязывают прямую кишку. Далее проникая в параректальную клетчатку производят окончательную мобилизацию дистального отдела прямой кишки до соединения с абдоминальной бригадой хирур-

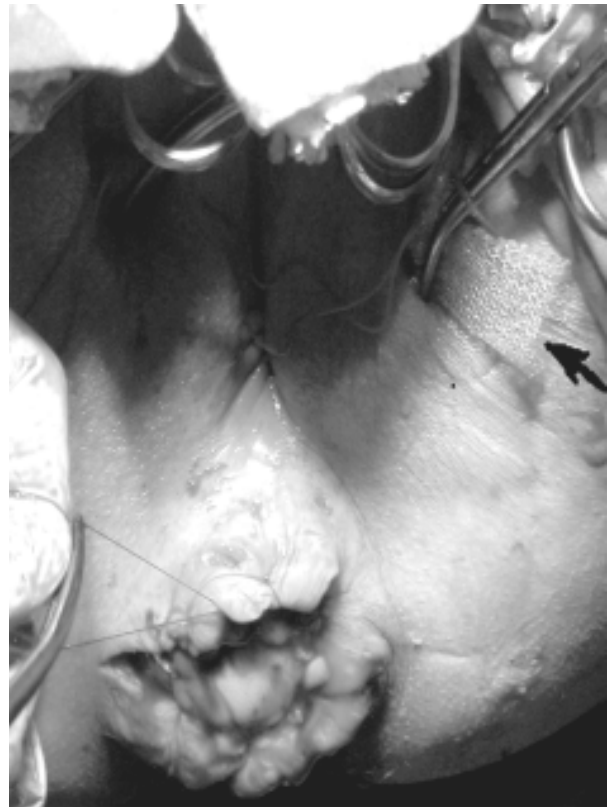


Рис. 2. Формирование пуборектальной петли полипропиленовой сеткой.

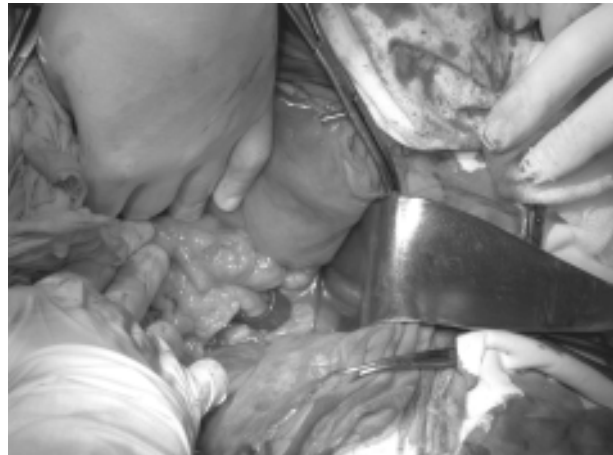


Рис. 3. Внешний вид замыкательного устройства из титана с памятью формы.

гов. На всех этапах мобилизации прямой кишки проводится тщательный гемостаз. После полного выделения прямой кишки с опухолью, хирург со стороны промежности протаскивает кишку через анальное кольцо. Через контрапертуру промежности полость таза дренируется.

После промывания полости таза раствором антисептика на низведенную кишку заводится пуборектальная петля из полипропиленовой сетки (рис. 2), которая фиксируется к надкостнице лонных костей через отдельные разрезы над лонными костями. Производится резекция низведенной кишки по краю ануса. Накладывается сигмоанальный анастомоз узловыми швами. Радиальные швы с промежности снимаются.

Со стороны брюшной полости на низведенную сигмовидную кишку устанавливается неосфинктер из никелида титана (рис. 3). Послойный шов раны.

ВЫВОДЫ:

1. При данной методике нет необходимости наложения колостомы на переднебоковую брюшную стенку с последующей пожизненной инвалидизацией.

2. Предложенная оперативная техника формирования пуборектального угла полипропиленовой сеткой и имплантации запирающего устройства с памятью формы позволяет воссоздать аналогию запирающего аппарата прямой кишки.

3. После проведенного комплексного лечения имеются основания предполагать сохранения функции держания каловых масс и улучшения трудоспособности и качества жизни пациентов с достижением полной социальной реабилитации, что подтверждается первыми клиническими наблюдениями за состоянием пациентов.

4. Внедрение данных технологий оперирования возможно найдет более широкое применение для профилактики синдрома «низких передних резекций» при выполнении соответствующих операций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ищенко В.Н. Способ создания неосфинктера с управляемой грацилопластикой / В.Н. Ищенко, D. Niam // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2003. — № 2. — С. 34–38.

2. Одарюк Т.С. Хирургия прямой кишки / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин. — М.: ООО «Дедалус», 2005. — 256 с.

3. Якушенко В.К. Наша концепция сохранения и воссоздания функции калового держания при радикальных операциях по поводу низкого ректального рака / В.К. Якушенко, М.Н. Чеканов, С.Г. Штофин // Науч. тр. Новосиб. мед. акад. — 2000. — Т. 151. — С. 175–177.

4. Biofeedback is effective treatment for levator ani syndrome / S.M. Heah, Y.H. Ho, M. Tan, A.F.P.K. Leong // Dis. Colon Rectum. — 1997. — Vol. 40. — P. 187–189.