

© Коллектив авторов, 2013  
УДК 616.155-006.04

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Е.И. Семионкин, Д.А. Хубезов, Е.П. Куликов, С.Н. Трушин, А.Ю. Огорельцев,  
Р.В. Луканин, Е.А. Юдина*

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Рязань

**Проведен анализ непосредственных результатов лечения 154 больных с раком прямой кишки, которым проведена аппаратная резекция прямой кишки в условиях специализированного отделения. Показана надежность аппаратного шва в хирургии рака прямой кишки и целесообразность наложения превентивной стомы, особенно при резекциях опухолей, расположенных в средне и нижеампулярном отделах прямой кишки.**

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, аппаратный шов, передняя резекция.

Операции при раке прямой кишки относятся к технически сложным, требуют больших навыков, поэтому целесообразно их проведение в условиях специализированных отделений [7, 9, 10, 11].

Сложность операций связана не только с анатомическими особенностями их выполнения глубоко внутри малого таза, но и с тем, что анастомоз при низких резекциях накладывается очень низко – несколько выше уровня леваторов или на их уровне, в условиях сниженного кровоснабжения кишки. По данным многоцентровых зарубежных анализов частота несостоятельности анастомозов значительно повышается при формировании его на расстоянии меньше 5 см от ануса [8].

В настоящее время во всем мире имеется четкая тенденция к органосохраняющим операциям при раке прямой кишки. Это стало возможным благодаря применению современных сшивающих аппаратов, которые позволяют проводить низкие передние резекции прямой кишки и незаменимы в реконструктивной хирургии, а также использованию современных методов гемостаза и пересмотру отношения к дистальной линии резекции (1,5 – 2 см вместо 5 см как считалось раньше). В литературе имеются различные подходы

при выполнении тех или иных этапов операций на прямой кишке. Одни авторы проводят выделение кишки, не пересекая кишку [3], другие пересекают прямую кишку после начала ее мобилизации [5].

Несостоятельность анастомоза при низких резекциях прямой кишки по данным литературы составляют от 3 до 21% [8].

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 154 больных раком прямой кишки, оперированных в клинике в 2009-2011 годах. Мужчин было 68 человек, женщин 86. Средний возраст пациентов составил соответственно 65 и 67 лет. По локализации опухоли – у 40% больных был ниже- и среднеампулярный рак, у 60% – вышеампулярный. По гистологической структуре у большинства больных (94%) была умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Больных со второй стадией заболевания было 70,1%, с третьей 27,3%, с четвертой 2,6%. Всем больным выполнялась аппаратная передняя резекция прямой кишки.

### Результаты и их обсуждение

После выделения и лигирования нижней брыжеечной артерии у места отхождения от аорты мы пересекаем сигмовидную кишку с прошиванием аппаратом УО или линейными сшивающими аппара-

тами /удостоверение на рац. предложение №1308/. Пересечение кишки позволяет значительно увеличить объем операционного поля за счет возможности тракции прямой кишки в различных направлениях.

После пересечения нижней брыжеечной артерии проводим выделение задней стенки в пределах мезоректума с сохранением собственной фасции при помощи моно и биполярной коагуляции, аппарата Harmonic, осуществляя постоянную тракцию кишки кпереди и вверх. Аналогичным образом выделяем боковые стенки кишки (тракция проводится в латеральных направлениях с коагуляцией средних прямокишечных артерий аппаратами Harmonic или Liga Sure). Затем мобилизуем переднюю стенку прямой кишки по направлению с боковых поверхностей к передней в месте соединения лирообразных разрезов брюшины.

При выполнении передней резекции необходима тщательная очистка от жировой ткани стенок прямой и сигмовидной кишок в области предполагаемого анастомоза. Кишка должна быть без каких-либо сомнений жизнеспособна и анастомоз должен быть наложен без натяжения.

В своей практике широко применяем циркулярные сшивающие аппараты в основном СЕЕА (Auto Suture), как правило 31 кольцо и линейный степлер «Contour» или ТА-60. Использование аппаратов Harmonic или Liga Sure значительно облегчает проведение операции и позволяет проводить выделение и мобилизацию прямой кишки (за исключением перевязки нижней брыжеечной артерии и вены) без зажимов и лигатур.

Считаем, что после наложения анастомоза какие-либо тракции кишки недопустимы. Даже при малейшем сомнении в герметичности анастомоза или при не совсем достаточной предоперационной механической подготовке кишечника накладываем превентивную колостому. Операцию заканчиваем дренированием брюшной полости силиконовыми трубками через проколы брюшной стенки, а при низком расположении анастомоза через промежность.

Страховые дренажи из брюшной полости, обычно удаляем на 6-7 сутки, когда

формируется раневой канал вокруг дренажа. При наличии фебрильной температуры у больных в послеоперационном периоде, несмотря на антибактериальную терапию, что часто является признаком несостоятельности анастомоза, страховые дренажи удаляем позднее, так как они выполняют диагностическую и лечебную роль.

Важным этапом выполнения операций при низких, и особенно ультранизких резекциях, является завершение их наложением превентивной трансверзостомы, которая в большинстве случаев предупреждает развитие несостоятельности анастомоза при отсутствии нарушения кровоснабжения. При невозможности выполнения трансверзостомы, накладываем петлевую илеостому. Превентивная трансверзостома была наложена у 39 пациентов (25,3 %), петлевая илеостома у 2 больных (1,3%), то есть всего у 41 (26,6%) больного. Лишь у одной больной с выведенной стомой была отмечена несостоятельность анастомоза.

Профилактику гнойных осложнений начинаем проводить во время операции путем внутривенного введения антибиотиков. После операции назначаем, как правило, цефалоспорины 3 – 4 поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в терапевтических дозах в сочетании с метрогилом. При осложненном течении послеоперационного периода используем карбапенемы (тиенам, меронем) или фторхинолоны (абактал, авелокс).

При достаточном опыте проведения в клинике передних резекций прямой кишки в условиях колопроктологического отделения, занимающегося онкопроктологией с 1977 года, процент несостоятельности анастомоза у нас составляет 5,8%. Летальность составила 0,6%. Летальный исход отмечен у соматически тяжелой больной 65 лет с четвертой стадией заболевания после паллиативной низкой резекции прямой кишки с аппаратами СЕЕА-29 и ТА 60, в результате гнойного перитонита, развившегося вследствие несостоятельности анастомоза. В данном случае, видимо, был превышен объем хирургической операции.

В последние годы в плановой хирургии, независимо от возраста больных, накладываем косметический шов на кожу. Частичное нагноение подкожной клетчатки послеоперационного шва наблюдалось у 2 больных (1,3%), которое удалось ликвидировать частичным разведением шва и санированием его антисептиками на ограниченном участке без роспуска всего шва.

При выведении стомы на переднюю брюшную стенку как и другие авторы [1, 2, 4], считаем наиболее важным моментом способ фиксации выводимой кишки к брюшной стенке (особенно при петлевой стоме). В своей практике во время восстановительных операций при ликвидации превентивных колостом, наложенных с фиксацией кишки только к коже (без подшивания брюшины к коже), мы столкнулись с большими техническими трудностями при выделении свищ несущей кишки от окружающих тканей, особенно от глубоких слоев брюшной стенки. Это связано, прежде всего, с подчас очень большой протяженностью фиксации кишки к передней брюшной стенке. Поэтому при выведении превентивной петлевой колостомы у тучных больных проводим сшивание брюшины с кожей, а затем подшиваем выведенную кишку к созданной ране передней брюшной стенки (рац. предложение 1311). Это значительно облегчает выполнение хирургической реабилитации больных в последующем.

Вскрытие кишки производится на следующий день после операции. Мы используем разрез длиной около 2 – 2,5 см, сохраняя максимально заднюю стенку (особенно при превентивных стомах), для возможного в последующем закрытия стомы по методу А.В. Мельникова. Закрытие стомы, как правило, выполняем в течение 2 – 6 месяцев после операции, так как при закрытии в более поздние сроки у 1,9% больных отмечалось рубцовое сужение анастомоза, которое удавалось ликвидировать бужированием.

#### Выводы

1. Проведение передних резекций прямой кишки, учитывая их сложность, целесообразно проводить в условиях

специализированных отделений, занимающихся данной проблемой.

2. Аппаратный шов является методом выбора при передних резекциях прямой кишки, особенно при опухолях, расположенных в среднем и нижнеампулярном отделах прямой кишки.
3. Превентивная стома является достаточно надежным методом предотвращения несостоятельности анастомоза.
4. Показанием к наложению превентивной стомы являются сомнения в состоятельности анастомоза и наличие кишечной непроходимости, а также расположение анастомоза на уровне леваторов или вблизи их.

#### Литература

1. Бубликов И.Д. Методика формирования колостом / И.Д. Бубликов // Диагностика и лечение онкологических заболеваний основных локализаций: межрегион. сб. науч. тр. / под ред. профессора Е.П. Куликова. – Рязань: Узорочье, 2006. – С. 37-41.
2. Воробьев Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.: ЗАО «Стольный град», 2002. –160 с.
3. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки / В.И. Кныш [и др.]. – М.: Медицина, 1990. – 160 с.
4. Михайлова Е.В. Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / Е.В. Михайлова, В.П. Петров, С.Н. Переходов. – М.: Наука, 2006. – 105 с.
5. Одарюк Т.С. Хирургия прямой кишки / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин. – М.: ООО «Дедалус», 2005. – 256 с.
7. Помазкин В.И. Влияние специализации хирургов на улучшение отдаленных результатов лечения колоректального рака / В.И. Помазкин // Онкохирургия. – 2010. – Т. 2, №1. – С. 38-43.
8. Царьков П.В. Первый опыт укрепления аппаратного анастомоза после выполнения низкой передней резекции прямой кишки / П.В. Царьков, Д.Ф. Ермаков, И.А. Тулина // Материалы Четвертой Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирур-

- гии». – М., 2010. – С. 61.
9. McArdle G. Influence of volume and specialization on survival following surgery for colorectal cancer / G. McArdle, D. Hole // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91. – P. 610-617.
10. Platell G. The influence of a colorectal service on the outcome of patients with colorectal cancer / G. Platell // Colorectal. Dis. – 2002. – Vol. 4. – P. 332-338.
11. Relation of Surgeon and Hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery / S. Rogers [et al.] // Ann. Surg. – 2006. – Vol. 244. – P. 1003-1011.

#### ANALYSIS OF ANTERIOR RESECTION OF THE RECTUM RESULTS

*E.I. Semionkin, D.A. Khubezov, E.P. Kulikov, S.N. Trushin,  
A.Yu. Ogoreltsev, R.V. Lukanin, E.A. Yudina*

**The analysis of treatment of 154 patients with rectal cancer after resection of the rectum in specialized department was done. Safety of machine stitch in rectal cancer surgery and reasonability of preventive colostomy especially in low rectal cancer localization were showed.**

**Key words:** *cancer of the rectum, the hardware seam anterior resection.*

Куликов Евгений Петрович – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Заслуженный врач Российской Федерации.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru.