

## Современные возможности пластики тазовой брюшины после лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** При выполнении лапароскопической экстирпации прямой кишки существует большая вероятность развития в послеоперационном периоде спаечной кишечной непроходимости, эвентрации через промежностную рану и грыж диафрагмы тазового дна. Это объясняется тем, что после удаления макропрепарата образуется дефект тазовой брюшины, через который опускаются петли тонкой кишки и спайками фиксируются к стенкам раневой полости малого таза, что вызывает кишечную непроходимость. В настоящее время нет единого подхода к восстановлению удаленной брюшины малого таза при лапароскопических экстирпациях у больных раком прямой кишки. Предложен новый способ укрепления тазовой брюшины у данной категории больных. Суть способа состоит в том, что после удаления прямой кишки с опухолью со стороны промежности в полость малого таза устанавливаются два дренажа. Выкраивают сетку в соответствии с размерами образовавшегося дефекта тазовой брюшины и тазового кольца, укладывают и герниостеплером фиксируют к мягким тканям входа в малый таз, при этом избегая фиксации в проекции крупных сосудов и мочеточников. Фиксированная сетка ограничивает свободную брюшную полость от образовавшейся раневой поверхности малого таза.

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, лапароскопическая экстирпация прямой кишки, опухоли малого таза, хирургическое лечение, оперативное лечение, эвентрация, кишечная непроходимость, герниостеплер.

**Введение.** Признанным «золотым стандартом» лечения больных раком прямой кишки во всем мире является хирургическое вмешательство, которое может обеспечить длительный период безрецидивной выживаемости у большей части больных [5–8, 12, 13]. Лапароскопические способы оперативных вмешательств – одно из крупнейших достижений хирургии последнего времени. Это новое направление получает все более широкое распространение в такой сложной области, как колопроктология. На долю экстирпации при раке прямой кишки приходится около 30% [1, 4].

Частота послеоперационных осложнений после традиционной экстирпации прямой кишки не уменьшается и составляет 39,0–44,9%: спаечная кишечная непроходимость (27,0%), эвентрация через промежностную рану (13,9%), гнойно-воспалительные осложнения со стороны промежностной раны и малого таза (12–60%). Применение лапароскопических методик при операциях рака прямой кишки позволило уменьшить количество этих осложнений, однако риск развития спаечной кишечной непроходимости по-прежнему остается высоким [2, 3, 10, 11].

Обычно при выполнении лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки целостность тазовой брюшины не восстанавливают. По нашему мнению, наличие раневого дефекта

на стенках малого таза после экстирпации прямой кишки при невосстановленной тазовой брюшине способствуют развитию спаечной кишечной непроходимости и промежностных грыж. Особенно это важно при местно-распространенных опухолях прямой кишки с инвазией в париетальную брюшину малого таза. Разработка способов интраоперационной профилактики развития спаечной кишечной непроходимости и промежностных грыж после лапароскопической экстирпации прямой кишки является актуальной.

**Цель исследования.** Отграничение свободной брюшной полости от полости малого таза композитной четырехслойной неадгезивной сеткой при лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

**Материалы и методы.** Способ восстановления целостности тазовой брюшины при лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки осуществляется следующим образом. После удаления прямой кишки с опухолью со стороны промежности в полость малого таза устанавливаются два дренажа. Выкраивают сетку в соответствии с размерами образовавшегося дефекта тазовой брюшины и тазового кольца, укладывают и герниостеплером фиксируют к мягким тканям входа в малый таз, при этом избегая фиксации в проекции

крупных сосудов и мочеточников. Фиксированная сетка ограничивает свободную брюшную полость от образовавшейся раневой поверхности малого таза. Данный вид пластики входа в малый таз является новым, так как он не используется в эндовидеохирургии злокачественных опухолей органов малого таза.

**Результаты и их обсуждение.** Примером использования предлагаемого способа может служить клинический случай: больной Г., 65 лет, поступил в клинику военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с диагнозом: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки». При дооперационном стадировании установлен диагноз: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки T2NxM0». Опухоль располагалась на 5 см от анोकутанной складки размерами 5,0×3,5 см. Гистологическая структура опухоли – умереннодифференцированная аденокарцинома. При эндоректальной сонографии и магнитно-резонансной томографии малого таза выявлено, что опухоль прорастает в мышечную оболочку стенки прямой кишки, увеличенных регионарных лимфоузлов не выявлено. Проведенный курс неоадьювантной крупнофракционной лучевой терапии (СОД 25 Гр) больной перенес удовлетворительно. Через 72 ч после завершения лучевой терапии под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопически-ассистированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Мобилизованы и удалены единым блоком прямая кишка с параректальной клетчаткой, мезоректумэктомия. После удаления препарата выполнено дренирование полости малого таза из отдельных разрезов в перианальной области. Промежностная рана послойно ушита. Выкроена четырехслойная сетка в соответствии с размерами образовавшегося дефекта тазовой брюшины, уложена и с помощью герниостеплера фиксирована к мягким тканям входа в малый таз, ограничивая брюшную полость от образовавшейся



Рис. Окончательный вид замещения тазовой брюшины четырехкомпонентной сеткой после лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации

полости малого таза. Окончательный вид операции представлен на рисунке. Сигмостома выведена в левом гипогастрии. Брюшная полость осушена. Дренаж установлен над сеткой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Швы с ран передней брюшной стенки сняты на 10 сутки, с промежностной – на 14-е сутки.

Гистологическое исследование: в материале адекватно резецированная прямая кишка, с наличием крупной стенозирующей опухоли, представленной умереннодифференцированной аденокарциномой, прорастающей мышечную оболочку стенки прямой кишки, с формированием крупного опухолевого конгломерата. В краях резекции опухолевого роста нет. В регионарных лимфатических узлах метастазы не выявлены.

Послеоперационный диагноз: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки T2N0M0». Больной находится под динамическим наблюдением.

**Заключение.** Применение вышеописанной методики укрытия обширного дефекта тазовой брюшины неадгезивным сетчатым эксплантатом при лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки позволяет удерживать в естественном анатомическом положении кишечник и предотвратить осложнения в послеоперационном периоде.

#### Литература

1. Александров, В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии / В.Б. Александров. – М.: Медпрактика, 2003. – С. 188.
2. Воблый, И.Н. Интраоперационная профилактика хирургических осложнений при операциях по поводу рака прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Воблый. – Ростов-на-Дону, 2010. – 17 с.
3. Воблый, И.Н. Профилактика кишечной непроходимости после операций на органах малого таза / И.Н. Воблый, В.Ф. Касаткин, Н.Б. Чижиков // Сиб. онколог. журн. – 2009. – Прилож. № 1. – С. 42–43.
4. Воробьев, Г.И. Лапароскопические операции у больных раком прямой кишки / Г.И. Воробьев [и др.] // Практ. онколог. – 2002. – Т. 3, № 2. – С. 93–104.
5. Одарюк, Т.С. Хирургия рака прямой кишки / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин – М.: Дедалус, 2005. – С. 255.
6. Широкад, В.И. Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей органов малого таза / В.И. Широкад – М.: Медицина, 2008. – 192 с.
7. Снежко, А.В. Хирургическая тактика при локо-регионарных рецидивах рака прямой кишки / А.В. Снежко [и др.] // Сиб. онколог. журн. – 2009. – Прилож. № 2. – С. 180–181.
8. Тюряева, Е.И. Химиолучевое лечение рака прямой кишки / Е.И. Тюряева // Практ. онколог. – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 31–38.
9. Шельгин, Ю.А. Техника лапароскопических операций при раке толстой кишки / Ю.А. Шельгин, Г.И. Воробьев, С.А. Фролов // Практ. онколог. – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 81–91.
10. Щербенко, О.И. Лучевая терапия при лечении рака прямой кишки / О.И. Щербенко // Мед. новости. – 1996. – № 7. – С. 20–22.
11. Nieuwenhuijzen, M. Small bowel obstruction after total or subtotal colectomy: a 10-year retrospective review / M. Nieuwenhuijzen [et al.] // Br. j. surg. – 1998. – № 85. – P. 1242–1245.

12. Lezoche, E. Laparoscopic open hemicolectomy for colon cancer / E. Lezoche [et al.] // Surg. Endoscope. – 2002. – Vol. 16 (4). – P. 596–602.
13. Lumley, J. Laparoscopic colorectal surgery for cancer: intermediate to long term outcomes / J. Lumley [et al.] // Dis. colon rectum. – 2002. – Vol. 45 (7). – P. 867–875.
- 

I.A. Solovyov, M.Yu. Kabanov, M.V. Vasilchenko, A.B. Lychev, V.V. Alekseev, D.A. Kirillov

### Modern possibilities of pelvic floor plastic after extirpation of rectum

**Abstract.** *At performing laparoscopic extirpation of the rectum there is a high probability of development of adhesive intestinal obstruction, eventration through perineal wound and hernias of the aperture of the pelvic floor in the early postoperative period. This is explained by the fact that after laparoscopic extirpation of the rectum there appears a defect of the pelvic floor with a cavity, to which loops of the small intestine fall. These loops are fixed through adhesions to the walls of the wound cavity, causing the phenomenon of intestinal obstruction. Currently there is no common approach to covering the entrance to the small pelvis in laparoscopic extirpation of the rectum. The article suggests a new way of formation of the pelvic floor to the given category of patients. The essence of the method consists in the fact that after the removal of the rectum with the tumor from the perineum two drainages are set into the pelvic cavity. The grid is cut out in accordance with the size of the resulting defect pelvic peritoneum and pelvic ring, and fixed by hernia-stapler to the soft tissues of the entrance to the pelvis, avoiding locking in the projection of large vessels and urethra. Fixed grid separates the free abdominal cavity from the wound surface of lesser pelvis.*

**Key words:** *rectal cancer, laparoscopic extirpation of the rectum, small pelvis tumor, surgical treatment, operative treatment, eventration, bowel obstruction, hernia-stapler.*

Контактный телефон: 251-31-33; e-mail: maxvasilchenko@inbox.ru