

УДК 616-006.6:351-617-089

В. В. Яновой¹, С. В. Аникин¹, А. А. Симоненко²

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ФОРМИРОВАНИЯ «НЕОРЕКТУМ» ИЛЕОАСЦЕНДОЦЕКАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ

¹Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(4162)-31-90-20, e-mail: agma@nm.ru;

²Амурский центр колопроктологии ГБУЗ АО «Амурская ОКБ»,
675028, ул. Воронкова, 26, тел.: 8-(4162)-42-93-06, 42-94-34, e-mail: aokb@rambler.ru, г. Благовещенск

Резюме

Впервые описан случай успешного выполнения в Российской Федерации лапароскопическим доступом «низкой» резекции прямой кишки с формированием «неоректум» путем транспозиции и реверсии илеоасцендоцекального комплекса. Показана высокая эффективность описанного способа в улучшении функциональных результатов операции в минимально короткие сроки после операции.

Ключевые слова: лапароскопия, низкая резекция прямой кишки, илеоасцендоцекальный комплекс, неоректум.

V. V. Yanovoy¹, S. V. Anikin¹, A. A. Simonenko²

OUR FIRST EXPERIENCE OF THE LAPAROSCOPIC CREATION OF THE ILEOASCENDOCECAL COMPLEX «NEORECTUM»

¹Amur State Medical Academy;

²Amur regional coloproctology centre, Blagoveshchensk

Summary

In this article for the first time in Russia the authors described the case of the laparoscopic low rectal resection with «neorectum» creation by ileoascendocolic complex transposition and reversion. This method proved its high effectiveness for the functional results improvement in early period after the surgery.

Key words: laparoscopy, low rectal resection, ileoascendocolic complex, neorectum.

В наших ранних публикациях мы описали результаты 35 случаев «низкой» резекции прямой кишки с формированием «неоректум» транспозицией илеоасцендоцекального комплекса (ИАЦК) «открытым» доступом (рис. 1) [4].

Судя по зарубежным данным, несмотря на неоднозначное отношение к данному способу, интерес к нему не исчезает. Сегодня разработкой описанного способа формирования «неоректум» занимаются хирурги Германии, Австрии, Великобритании, что, по-видимому, указывает на неудовлетворенность функциональными результатами J-образного резервуара [6, 8, 9, 10].

Лапароскопические технологии, благодаря уменьшению травматичности, высокой прецизионности и ряда других факторов позволяют улучшить функциональные результаты операций на толстой кишке. Впер-

вые лапароскопический доступ при резекции толстой кишки применен М. Jacobs в 1991 году [3, 5]. С этого момента указанные операции в онкоколопроктологии доказали свои преимущества по ряду параметров [1, 7].

В отечественной литературе нами не найдено описания «низкой» резекции прямой кишки с формированием «ИАЦК-неоректум» лапароскопическим доступом. В своей работе Dauser В. и соавторы (2012) приводят данные о 6 случаях формирования «неоректум» из ИАЦК. При этом, 3 операции выполнены лапароскопическим доступом (1 попытка закончилась конверсией вследствие «сосудистого осложнения»), однако детального описания техники в их работе не нашло отражения.

Приводим наше наблюдение. Больной Г., 58 лет, история болезни № 16717. Поступил в Амурский

центр колопроктологии 26.09.2013 г., обследован. Выставлен диагноз «Опухоль – аденокарцинома T3N0M0 в 8 см от анокутанной линии». Клинически и инструментально данных за местное распространение опухолевого процесса, наличие метастазов не обнаружено.

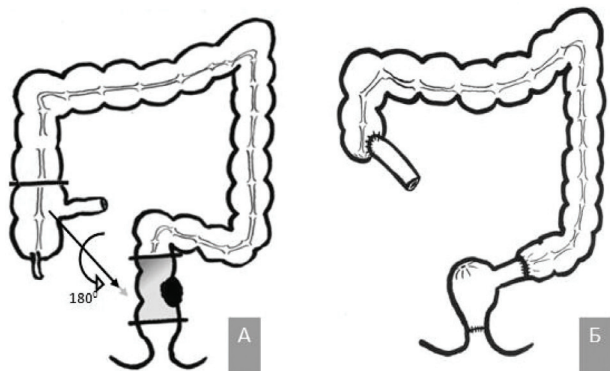


Рис. 1. Схема операции. А – Выполнение «низкой» резекции прямой кишки и формирование ИАЦК с его транспозицией. Б – Окончательный вариант

Недостатком лапароскопического доступа в случае формирования «неоректум» транспозицией ИАЦК является невозможность мануальной оценки достаточности его длины для низведения в таз и формирования тазового анастомоза. Поэтому нами разработан и успешно применен «Способ оценки достаточности илеоасцендоцекального комплекса для низведения» (Патент на изобретение № 2457786 от 10.08.2012). Методом верхней мезентерикографии выявлены особенности кровоснабжения правой половины толстой кишки. Далее проводили математический расчет: сумма расстояний между устьем подвздошно-толстокишечной артерии и местом отхождения восходящей ветви, между устьем восходящей ветви подвздошно-толстокишечной артерии и маргинального сосуда до места соединения последнего со средней толстокишечной артерией в случае достаточности длины трансплантата должна быть больше или равна расстоянию между устьем подвздошно-толстокишечной артерии и лонококпчиковой линией (рис. 2).

Из опыта открытых операций формирования «неоректум» илеоасцендоцекальным комплексом было известно, что оптимальная достаточность его длины составляет 21 ± 2 см, после пересечения кишки, лигирования второстепенных артерий комплекс сокращается на $2,5 \pm 0,5$ см. Длина подвздошно-кишечного участка трансплантата, с учетом его функциональной значимости не должна быть более 10 см. Одновременно учитывался тип кровоснабжения илеоцекального угла. Таким образом, способ оценки достаточности длины илеоасцендоцекального комплекса для низведения позволяет до операции выяснить возможность выполнения транспозиции ИАЦК для формирования «неоректум» лапароскопическим доступом и минимизировать риски сосудистых осложнения благодаря оценке характера кровоснабжения правой половины толстой кишки (высокий риск при рассыпном типе).

Операция проведена под общим обезболиванием. Точки для троакарных доступов представлены на рисунке 3.

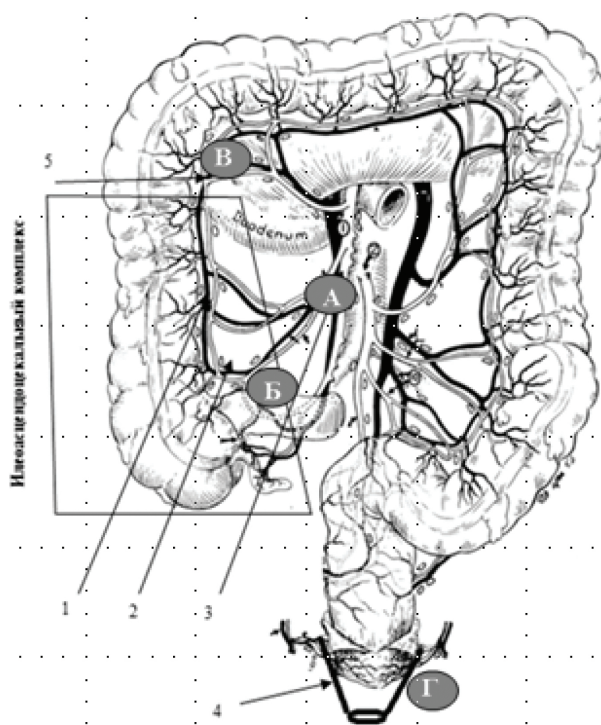


Рис. 2. Схема оценки достаточности длины ИАЦК.

1 – Маргинальный сосуд; 2 – Восходящая ветвь A.ileocolica; 3 – A.ileocolica; 4 – Пуборектальная линия; 5 – A.colica media.

Точка А – устье a.ileocolica;

Точка Б – устье R.ascendens A.ileocolicae;

Точка В – маргинальный сосуд

в месте конfluence с A.colica media;

Точка Г – пуборектальная линия

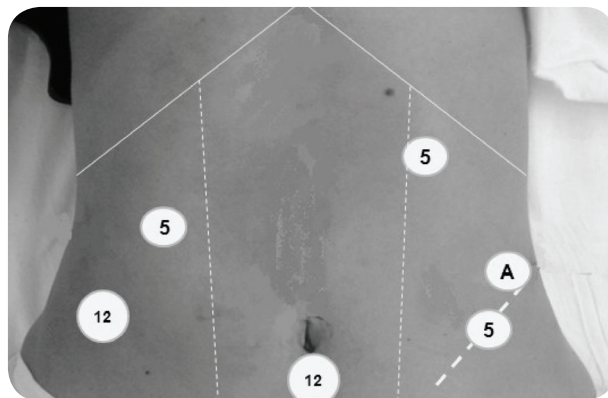


Рис. 3. Схема расположения лапаропортов. А – минилапаротомия для удаления препарата и последующим формированием анастомозов (описано в тексте)

Первым этапом после ревизии органов брюшной полости выполнена «низкая» резекция прямой кишки по стандартной методике мезоректумэктомии. В этом случае пациент помещался в положение Тренделенбурга и поворачивался вправо, а оператор находился справа от него. Затем после смены положения пациента в положение типа Фаулера и поворота на левый бок (оператор между ног), проводилась мобилизация слепой кишки и восходящей, пересечение подвздошной кишки аппаратом Endo-GIA, формирование ИАЦК, его реверсия после аппендэктомии. Мобилизация кишки осуществлялась ультразвуковым электрохирургическим инструментом Harmonic (Ethicon Endo-Surgery).

Культя орального конца восходящей кишки ИАЦК выведена через минилапаротомию в параумбиликальной области, в ее просвет введена головка циркулярного степлера, после чего погружена в брюшную полость и наложен аппаратный асцендоректальный анастомоз. Через этот же доступ удален препарат и экстракарпорально сформирован илеотрансверзоидный (между оральным концом подвздошной кишки и аборальным концом восходящей) и илеосигмоидный (между аборальным концом подвздошной кишки комплекса и оральным концом сигмовидной анастомозы). Дренажирование брюшной полости через троакарные точки.

Длительность операции составила 5 часов 30 минут. Необходимо заметить, что у наших иностранных коллег продолжительность лапароскопически-выполненных подобных операций не отличалась от нашего случая (средняя продолжительность – 315 мин., ранжированная – 293–345 мин). Кровопотеря составила около 150 мл.

Особенностью послеоперационного периода пациента была ранняя его активность, минимальное введение обезболивающих препаратов.

Отмеченный на 3-5 сутки послеоперационный парез кишечника устранен стандартной противопаретической терапией. Пациент выписан на 10 сутки в удовлетворительном состоянии. Данных о ассоциированных со способом осложнений не отмечено.

В функциональном отношении результат можно рассматривать как хороший. Стул появился у пациента на 5 сутки. Средняя частота стула – 2 раза в день (варьировал от 1 до 2 раз в сутки). Анальной инконтиненции, частых и императивных позывов, фрагментации

стула и других признаков «синдрома низкой резекции прямой кишки» не отмечено.

Для оценки функционального результата операции нами разработаны и применены программы для ЭВМ (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013615852, № 2013615853, 2013). Данные программы оценки функционального результата операции позволяют провести мультифакториальную оценку степени аноректальной дисфункции и качества жизни пациента, что необходимо для объективизации результатов операции и проведения адекватного сравнительного исследования с другими известными способами формирования искусственных ампул.

Общая удовлетворенность пациента по опроснику В. А. Помазкина составила 70%. Качество жизни по опроснику SF-36 составил: PF – 80, RP – 75, BP – 65, GH – 68, VT – 60, SF – 70, RE – 65, MH – 55, что статистически достоверно лучше, чем соответствующие результаты аналогичных операций «открытым» доступом на 3 месяц после операции. Степень аноректальной дисфункции составила 3,2 балла, что является хорошим результатом для ближайшего послеоперационного периода [2].

Таким образом, лапароскопический доступ при «низкой» резекции прямой кишки с формированием ИАЦК-резервуара позволяет улучшить функциональные результаты операции в ближайшем послеоперационном периоде. Представленной случай успешного выполнения «низкой» резекции прямой кишки с формированием ИАЦК-резервуара лапароскопическим доступом позволяет рассматривать данный способ как перспективный, что требует дальнейшего детального мультифакториального изучения.

Литература

1. Александров В.Б., Гончаров А.Л., Бутенко А.В. и соавт. Лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал у больных раком прямой кишки // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2010. – № 1. – С. 41.

2. Аникин С.В., Яновой В.В. Синдром низкой резекции прямой кишки и его коррекция // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 4 (86). – Часть 1. – С. 11-14.

3. Мухин В.И., Федоров И.В. Ошибки и опасности лапароскопической коррекции несостоятельности илеоцекального клапана // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 6. – С. 14-18.

4. Яновой В.В., Аникин С.В., Ковалева В.В. и соавт. Илеоасцендоцекальный комплекс в формировании «неоректум» // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 23-26.

5. Chuanyuan L., Jungang L., Sen Z. Laparoscopic versus conventional open surgery for immune function in patients with colorectal cancer // Int. J. Colorectal. Dis. – 2011. – № 26. – P. 1375-1385.

6. Dauser B., Riss S., Stopfer J., et al. Bridging the Gap with an Ileocolonic Graft after Extensive Colorectal Resections // World J. Surg. – 2012. – № 1. – Vol. 36. – P. 186-191.

7. Lacy A., Garcia-Valdecases J., Delgado S., et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomized trial // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 2224-2229.

8. Penninckx F., Van den Eynde W., D'Hoore A., et al. Ileocecal interposition for Hirschsprung's disease: a case report // Colorectal Disease. – 2008. – № 9. – Vol. 10. – P. 955-956.

9. Rink A.D., Vestweber B., Vestweber Karl-Heinz. Modified Ileocecal Interposition – The Final Sphincter-Saving Solution after Failed Salvage Surgery for Anastomotic Complications of Low Anterior Resection // Dig. Surg. – 2008. – № 25. – P. 359-363.

10. Shariff U.S., Kullar N., Dorudi S. Right colonic transposition technique: when the left colon is unavailable for achieving a pelvic anastomosis // Dis. Colon. Rectum. – 2011. – № 54 (3). – P. 360-362.

Literature

1. Alexandrov V.B., Goncharov A.L., Butenko A.V., et al. Laparoscopic abdominoanal pull-through in patients with rectal cancer // Surgery (Khirurgia. Zhurnal imeni N.I. Pirogova). – 2010. – № 1. – P. 41.

2. Anikin S.V., Yanovoy V.V. Low resection syndrome and its repair // Bulletin of ESSC SB RAMS. – 2012. – № 4 (86). – Part I. – P. 11-14.

3. Mukhin V.I., Fedorov I.V. Errors and risks associated with laparoscopic repair of ill-functioning ileocecal valve // Endoscopic surgery. – 2008. – № 6. – P. 14-18.
4. Yanovoy V.V., Anikin S.V., Kovaleva V.V., et al. Ileoascendocecal complex in neorectum formation // Far Eastern Medical Journal. – 2013. – № 2. – С. 23-26.
5. Chuanyuan L., Jungang L., Sen Z. Laparoscopic versus conventional open surgery for immune function in patients with colorectal cancer // Int. J. Colorectal. Dis. – 2011. – № 26. – P. 1375-1385.
6. Dauser B., Riss S., Stopfer J., et al. Bridging the Gap with an Ileocolonic Graft after Extensive Colorectal Resections // World J. Surg. – 2012. – № 1. – Vol. 36. – P. 186-191.
7. Lacy A., Garcia-Valdecases J., Delgado S., et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomized trial // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 2224-2229.
8. Penninckx F., Van den Eynde W., D’Hoore A., et al. Ileocecal interposition for Hirschsprung’s disease: a case report // Colorectal Disease. – 2008. – № 9. – Vol. 10. – P. 955-956.
9. Rink A.D., Vestweber B., Vestweber Karl-Heinz. Modified Ileocecal Interposition – The Final Sphincter-Saving Solution after Failed Salvage Surgery for Anastomotic Complications of Low Anterior Resection // Dig. Surg. – 2008. – № 25. – P. 359-363.
10. Shariff U.S., Kullar N., Dorudi S. Right colonic transposition technique: when the left colon is unavailable for achieving a pelvic anastomosis // Dis. Colon. Rectum. – 2011. – № 54 (3). – P. 360-362.

Координаты для связи с авторами: Яновой Валерий Владимирович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом детской хирургии АГМА; Аникин Сергей Владимирович – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии АГМА, тел. +7-909-814-43-79, e-mail: surgej@mail.ru; Симоненко Андрей Александрович – заведующий Амурским центром колопроктологии ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

