

ВЛИЯНИЕ МЕЖФАСЦИАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ НА АНАЛЬНУЮ ИНКОНТИНЕНЦИЮ ПОСЛЕ КОЛПРОКТЕКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕОРЕЗЕРВУАРА

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-928-434-00-75. E-mail: doctor-volkov@mail.ru;

²отделение колопроктологии Краевой клинической больницы № 1,

Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167

В работе представлен опыт использования межфасциального выделения прямой кишки, технически являющегося прототипом тотальной мезоректумэктомии, с применением оригинальных тазовых ретракторов у больных, которым выполнена колпроктэктомия с формированием илеорезервуара по поводу язвенного колита и диффузного полипоза. Больные были разделены на 2 группы. В 1-й (исследуемой) группе (n-29) применяли оригинальные тазовые ретракторы, предложенные авторами, во 2-й (группа клинического сравнения (n-24) – использовали традиционный тазовый ретрактор St. Mark's.

Установлено, что применение оригинальных тазовых ретракторов при выделении прямой кишки улучшает технический прием для сохранения элементов нервной системы и позволяет снизить развитие анальной инконтиненции.

Ключевые слова: колпроктэктомия, язвенный колит, диффузный полипоз, анальная инконтиненция.

A. V. VOLKOV^{1,2}, V. V. POLOVINKIN², Yu. P. SAVCHENKO¹

INFLUENCE MEZHFASTSIALNOGO ALLOCATION COLON TO THE ANAL INCONTINENCE AFTER THE FORMATION KOLPROKTEKTOMII ILEOREZERVUARA

Department general surgery GBOU KubGMU VPO,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 8-928-434-00-75. E-mail: doctor-volkov@mail.ru;

²department of coloproctology, regional clinical hospital № 1,

Russia, 350086, Krasnodar, 1 May str., 167

The paper presents experience of using mezhfastsialnogo highlight of the rectum, which is technically a prototype total mezurektumektomii, using the original pelvic retractor in patients who underwent the formation kolproktektomiya ileorezervuara about ulcerative colitis and diffuse polyposis. Patients were divided into 2 groups. In the first (study) group (n-29) were used in the original pelvic retractors, proposed by the authors, in the second (group of clinical comparison, n-24) – used the traditional pelvic retractor St. Mark's.

Found that the use of the original pelvic retractors in the allocation of the rectum nervosohranyayuscheyu improve technique and can reduce the development of anal incontinence.

Key words: kolproktektomiya, ulcerative colitis, diffuse polyposis, anal incontinence.

Введение

Проблема недержания кишечного содержимого на протяжении многих десятилетий остается в центре внимания колопроктологов всего мира в связи с крайней трудностью медицинской и социально-психологической реабилитации пациентов с анальной инконтиненцией.

В этой связи нами проанализирован опыт выполнения колпроктэктомии с формированием илеорезервуара у больных с язвенным колитом (ЯК) и диффузным полипозом (ДП).

Первый опыт реконструктивной операции после удаления толстой кишки отмечен в 1965 г. в работах И. Ю. Юдина. В 1978 г. Parks впервые обосновал использование подвздошно-резервуаро-анальной реконструкции как альтернативы илеостомии после колпроктэктомии. Но, несмотря на то что данное оперативное вмешательство используется более 30 лет, отмечается, что у части больных функция резервуара остается непредсказуемой [1, 2]. Частота стула до 5–7 раз в сутки устанавливается через несколько месяцев после подвздошно-резервуаро-анальной реконструк-

ции. При этом только 45% пациентов с резервуарами сообщают о полном дневном держании. До 55% — отмечают явления инконтиненции различной степени. Ночное недержание регистрируется еще чаще.

При колпроктэктомии технически сложным и важным этапом является выделение прямой кишки. Методика мобилизации прямой кишки играет определяющую роль в возникновении осложнений во время операции (вскрытие просвета кишки, ранение смежных органов и др.), а также в непосредственных и отдаленных результатах лечения. Существуют несколько способов для выделения прямой кишки. Одним из самых распространенных является слепое выделение прямой кишки с помощью руки, так называемый прием «лодочки». Главными плюсами этого метода являются простота и быстрота исполнения. Отрицательными сторонами являются травматичность и, как следствие этого, повреждение элементов нервной системы таза.

Для сохранения элементов нервной системы при хирургическом лечении язвенного колита использовалась также проктомиомукозэктомия. В её основу положен принцип демиомукозэктомии прямой кишки одним

блоком посредством её интрасстеночного расслоения [3]. По данным самого автора, имелись неудовлетворительные послеоперационные результаты из-за сдавления резервуара клетчаткой прямой кишки (мезоректума), что приводило к воспалению резервуара.

В 1982 г. в публикации в «British Journal of Surgery» Билл Хилд описал тотальную мезоректумэктомию для лечения рака прямой кишки [10]. Ключевым моментом данного метода является удаление прямой кишки под контролем зрения в пределах сохранной собственной фасции прямой кишки, которая покрывает со всех сторон жировую клетчатку вокруг мышечной стенки органа.

Для улучшения работы илеорезервуара, по нашему мнению, важно выделить и удалить кишку на уровне тазового дна и не повредить элементы нервной системы малого таза.

Цель работы – оценить влияние применения межфасциального выделения прямой кишки с помощью оригинальных ретракторов на анальную инконтиненцию у пациентов, которым выполнена колпроктэктомия с илеорезервуаром по поводу ЯК и ДП.

Материалы и методы

В нашей клинике выделение прямой кишки при колпроктэктомии осуществляется под визуальным контролем «острым» путем, причем по боковым и задней стенками мобилизацию осуществляют между мезоректальной и париетальной фасциями по межфасциальному пространству, а переднюю стенку мобилизуют в плоскости между фасцией Деновилье и передней стенкой прямой кишки.

Наружный и внутренний сфинктеры прямой кишки снабжаются соматическими (от полового нерва) и вегетативными (адренергическими и холинергическими) нервами, которые переплетаются между собой в пучках циркулярных мышечных волокон. Установлена общность соматовегетативной иннервации мышц тазового дна, мочеполовой диафрагмы, сфинктеров прямой кишки [4, 5]. Для улучшения визуализации элементов нервной системы мы используем разработанные оригинальные ретракторы для выделения по задней и передней (у мужчин) стенок прямой кишки.

Для задней стенки используется ретрактор продолговатой вогнутой формы, при этом рабочая часть охватывает и повторяет форму прямой кишки, а рабочий конец имеет зауженную форму, благодаря чему обеспечены надежный захват и выполнение позиционирования прямой кишки (патент РФ № 2454954). Для передней стенки у мужчин используется ретрактор для отведения семенных пузырьков, конец рабочей части у него выполнен как две полуокружности, удаленных в центре рабочей поверхности друг от друга, а соединяющий полуокружности край завален и обращен внутрь рабочей части ретрактора, причем рабочая часть ретрактора изогнута вовнутрь и конгруэнтна лонному сочленению тазовых костей (патент РФ № 118182).

За период с 2007 по 2011 г. в отделении колопроктологии ККБ № 1 было прооперировано 53 больных по поводу ЯК и ДП. Критерием включения в исследование было формирование тонкокишечного резервуара после колпроктэктомии с илеоректальным анастомозом и с формированием превентивной илеостомы.

Первичные реконструктивные операции выполнены у 47 (88,68%) пациентов, отсроченные – у 5

(11,32%). Протяженность сохраненного участка культи во всех случаях не превышала 3 см. По поводу язвенного колита было прооперировано 35 больных, а диффузного полипоза – оперировано 18, всем больным была выполнена колпроктэктомия с одномоментным созданием илеоанального резервуара и отключением пассажа 2-ствольной превентивной илеостомой. Восстановление пассажа через заднепроходное отверстие – закрытие превентивной илеостомы выполнялось через 6–12 недель после операции. Все больные были разделены на тех, у кого выполнялось межфасциальное выделение прямой кишки с применением ретракторов (основная группа, n-29), и тех, у кого выделение прямой кишки производилось с помощью приема «лодочки» с традиционным ретрактором (контрольная группа, n-24). Распределение по полу в основной группе: 16 мужчин/13 женщин. В контрольной: 12 мужчин/12 женщин. Средний возраст пациентов в основной группе составлял 36,83 (медиана – 37), в контрольной группе – 35,85 (медиана – 36) года.

Перед закрытием превентивной илеостомы определяли состояние автономной иннервации с помощью нейрофизиологических исследований: игольчатая электромиография мышц тазового дна [8]. Исследование проводилось на электромиографе «Menfis Biomedica» MX 860.

Период наблюдения после восстановления пассажа составил от 7 месяцев до 48 месяцев.

Заочно после 6 месяцев после восстановления пассажа выполнялось анкетирование пациентов: задавались вопросы о частоте стула в дневное и ночное время, имеется ли неконтролируемое подтекание кишечного содержимого.

Статистическая обработка материалов производилась с помощью программного обеспечения «Statistica 6.1» («Statsoft, Inc.», США) и «Excel» («Microsoft Office 2007») в среде операционной системы «Windows 7».

Результаты исследования

Частота стула в первое полугодие составляет в основной группе от 4 до 8 раз, в контрольной группе – 5–12 раз. Через 6 месяцев после операции в основной группе – от 3 до 5 раз в сутки, а в контрольной группе – 4–10 раз. Способность дифференцировать компоненты кишечного содержимого восстанавливается через 2 недели у всех пациентов. Ночная дефекация в основной группе первые полгода отмечалась у 26% больных, однако с течением времени необходимость опорожнять резервуар в ночное время возникала только в том случае, если последний приём пищи происходил перед сном. В контрольной группе ночная дефекация отмечалась у 47% больных. Ни один из пациентов в основной группе не отмечал недержания кишечного содержимого и необходимости пользования прокладками. Приём антидиарейных препаратов (лоперамид) через полгода после операции носит эпизодический характер.

Обсуждение

Таким образом, применение межфасциальной техники выделения прямой кишки с помощью оригинальных ретракторов позволяет визуализировать и сохранить элементы иннервации малого таза, вследствие этого можно снизить частоту анальной инконтиненции у пациентов после колпроктэктомии по поводу язвенного колита и диффузного полипоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Халиф И. Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника – М.: Микос, 2008. – 399 с.
2. Захарченко А. А. с соавт. Хирургическая реабилитация больных с язвенным колитом. – Москва, 2010. – 103 с.
3. Литвиненко М. Д. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита (к обоснованию и выбору методов органосохраняющих операций). – Краснодар, 1982.
4. Половинкин В. В., Волков А. В., Закусило В. И. Устройство для смещения прямой кишки при выполнении тотальной мезоректумэктомии: Патент на изобретение № 2454954 РФ. – Б. И. опубл. 10.07.12; приоритет 20.04.11.
5. Половинкин В. В., Савченко Ю. П., Волков А. В. Ретрактор для отведения семенных пузырьков при мобилизации передней стенки прямой кишки: Патент на полезную модель № 118182 РФ. – Б. И. опубл. 20.07.12; приоритет 14.02.12.

6. Шевкуненко В. Н. Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными – том III. Живот и таз. – Ленинград, 1935.
7. Шестаков А. М., Сапин С. Р. Прямая кишка и заднепроходной канал. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Edwards D. P., Sexton R., Heald R. J., Moran B. J. Longterm results show triple stapling facilitates safe low colorectal and coloanal anastomosis and is associated with low rates of local recurrence after anterior resection for rectal cancer // Techniques in coloproctology. – 2007. – Vol. 11. № 1. – P. 17–21.
9. Heald R. J. The «Holy Plane» of rectal surgery // Journal of the royal society of medicine. – 1988. – Vol. 81. – P. 503–508.
10. Stange E. F., Travis S. P. L., Vermeire S. et al. European evidencebased Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definition and diagnosis // Journal of chron's and Colitis. – 2008. – № 2. – P. 1–23.

Поступила 15.02.2013

**И. Г. ГАТАУЛЛИН¹, С. В. КОЗЛОВ², В. Г. САВИНКОВ³,
С. А. ФРОЛОВ³, Е. В. ФРОЛОВА³**

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – ФАКТОР ПРОГНОЗА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

¹ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Россия, 420012, г. Казань, ул. Муштары, 11. Тел.: (843) 238-54-13, 267-61-51. E-mail: ksm@mi.ru;

²ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,

Россия, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89. E-mail: info@samsmu.ru;

³ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер,

Россия, 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50. Тел. (846) 994-76-58. E-mail: frolov_ser@mail.ru

Прогнозирование в современной онкохирургии – эффективный инструмент в организации и управлении лечебным процессом. Поиск надежных прогностических критериев развития послеоперационных осложнений позволит выявить больных группы высокого риска развития послеоперационных осложнений, сократить сроки стационарного лечения пациентов с благоприятным прогнозом. Хорошо известен чрезвычайно чувствительный и динамичный маркер синдрома системного воспалительного ответа – С-реактивный белок. В данном исследовании проведена оценка возможности использования определения С-реактивного белка в качестве предиктора гнойных послеоперационных осложнений. Показано, что количественное определение уровня С-реактивного белка в плазме крови в динамике в раннем послеоперационном периоде позволяет прогнозировать развитие гнойных послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком.

Ключевые слова: колоректальный рак, хирургическое лечение, гнойные осложнения, прогнозирование, С-реактивный белок.

I. G. GATAULLIN¹, S. V. KOZLOV², V. G. SAVINKOV³, S. A. FROLOV³, E. V. FROLOVA³

C-REACTIVE PROTEIN AS A PREDICTION FACTOR OF POSTOPERATIVE SEPTIC COMPLICATIONS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

¹State budgetary educational institution of additional professional education «the Kazan state medical academy of the Ministry of health of the Russian Federation,

Russia, 420012, Kazan, str. Mushtari, 11. Tel.: (843) 238-54-13, 267-61-51. E-mail: ksm@mi.ru;

²Samara state medical university SamSMU,

Russia, 443099, Samara, str. Chapaevsk, 89. E-mail: info@samsmu.ru;

³Samara regional clinical oncology dispensary,

443031, Samara, str. Solnechnaya, 50. Tel. (846) 994-76-58. E-mail: frolov_ser@mail.ru

Nowadays, prediction in colorectal surgery is a very useful instrument in managing the health care system in hospitals. Searching for reliable risk factors of postoperative complications allows to identify patients in a high risk of complications group and to discharge earlier from hospital patients with a good prognosis. C-reactive protein is well known as a sensitive and dynamic marker of systemic