

УДК 616.351-031-089.87.008

В.Н. Ищенко, В.В. Токарчук, М.Н. Григорьев

О КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Приморская краевая клиническая больница,
Дальневосточный колопроктологический центр
(г. Владивосток)

Ключевые слова: резекции прямой кишки, классификация.

Передняя резекция прямой кишки является сложной хирургической операцией, которую чаще всего выполняют при опухолях. Так, первую операцию передней резекции сделал в 1739 г. Jean Faget пациенту с опухолью прямой кишки, осложненной перфорацией и формированием абсцесса. А первую успешную операцию здесь связывают с именем Jacques Lisfranc, который в 1826 г. провел резекцию у больного раком прямой кишки [1, 19]. В нашей стране приоритет в разработке и внедрении в клиниках передних резекций прямой кишки принадлежит Б.А. Петрову (1937 г.). С.А. Холдин в 1955 г. предложил два варианта такой резекции: первый - с перевязкой нижней брыжеечной артерии и второй - с пересечением сигмовидных и сохранением верхней прямокишечной артерий [14]. Историческое название эта операция получила в связи с передним (лапаротомическим чрезбрюшинным) доступом. Некоторые авторы (С.А. Холдин, Н.Н. Петров, А.М. Аминев и др.) называли это вмешательство «внутрибрюшинная резекция прямой кишки». Авторы книги «Рак прямой кишки», вышедшей в 1987 г. под ред. В.Д. Федорова, категорически не согласны с названием «внутрибрюшинная резекция». Свое несогласие они мотивировали различным расположением анастомоза - внутри брюшной полости в первом случае (внутрибрюшинная резекция) и вне брюшной полости, в малом тазу, во втором случае (передняя резекция) и считали это принципиальным различием [14, 15].

В настоящее время разработаны и широко применяются различные варианты хирургической техники передних резекций прямой кишки. Одни авторы предпочитают формировать анастомоз при помощи сшивающих аппаратов, другие - ручным швом [1-20]. Аналогичная ситуация складывается и при мобилизации прямой кишки классическим способом, а также при помощи высокоэнергетических хирургических генераторов эндолапароскопической техники [1-4, 10-13, 17-20]. Расширились и показания к передней резекции, которая активно вытесняет из практики экстирпацию прямой кишки, брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и операцию Гартмана [1-4, 11, 16, 17]. При этом становится очевидным, что хирурги, выполнявшие переднюю резекцию, описывали технику, медицинскую

тактику, ведение больных, послеоперационные осложнения и летальность при совершенно разных вмешательствах. Так, внебрюшинное наложение анастомозов в малом тазу на расстоянии 9 или 2 см от края ануса принципиально отличаются друг от друга по технике выполнения, возможным осложнениям, послеоперационному ведению и прогнозу [1, 3, 5, 7, 13, 20]. Не менее принципиально все вышеописанное и при расположении анастомоза в брюшной полости, несмотря на то, что данная операция квалифицируется однотипно - передняя резекция прямой кишки. В выпущенных ранее изданиях и вышедших в последнее время монографиях отечественных и зарубежных авторов [1, 13, 19] не удалось найти адекватного отражения вопроса классификации передних резекций прямой кишки, а потребность в систематизации подобных операций очевидна.

Классифицировать передние резекции прямой кишки целесообразно по двум принципам - или по анатомическим разделам органа (соответственно по месту расположения опухоли), или по месту расположения анастомоза. На наш взгляд, более предпочтителен второй вариант, поскольку в ряде случаев хирурги во время операции вынуждены отступать от края опухоли не 2-3 см, а больше. Связано это бывает с распространением параопухолевой инфильтрации или с предпочтением хирурга дренировать область анастомоза через промежность, а также с большей мобилизацией кишки. В подобных ситуациях возможны расхождения между реальным местом расположения анастомоза и должным («теоретическим») его положением. Кроме того, во время операции бывают случаи ререзекции (сомнительная жизнеспособность анастомоза вследствие нарушения питания либо несрабатывания хирургического аппарата и др.). И если классифицировать эти операции по анатомическому расположению опухоли, то в вышеописанных ситуациях будут наблюдаться достаточно серьезные расхождения. В связи с этим авторы настоящей статьи предлагают классифицировать такие операции по соответствующему расположению анастомоза в том или ином отделе прямой кишки. Учитывая вышеописанные принципы хирургической и онкологической тактики, мы предлагаем следующую классификацию:

1. *Высокая передняя резекция прямой кишки.*
2. *Передняя резекция прямой кишки.*
3. *Низкая передняя резекция прямой кишки.*
4. *Ультранизкая передняя резекция прямой кишки.*

При выполнении *высокой передней резекции* анастомоз располагается на 12 см выше края ануса и находится в брюшной полости или забрюшинно. Подобные операции производятся при расположении опухоли в ректо-сигмоидном или верхнеампулярном отделах прямой кишки. При *передней резекции* границей расположения анастомоза предлагается считать расстояние от 8 до 12 см от края ануса. Для

низкой передней резекции это расстояние определяется пределами 4-8 см. К *ультранизкой передней резекции* прямой кишки, по нашему мнению, следует отнести те операции, при которых анастомоз находится ниже 4 см от края ануса.

При выполнении передней, низкой и ультранизкой резекций во всех случаях анастомоз располагается вне брюшной полости - в малом тазу, но в различных анатомических отделах прямой кишки. Разумеется, хирург не в состоянии точно измерить границу наложения анастомоза во время вмешательства, и если она расположена на расстоянии 4 см от края ануса, то операцию можно отнести и к низкой, и к ультранизкой резекции. И тем не менее данное разделение, на наш взгляд, уточнит многие тактические и хирургические моменты, а определенная условность характерна практически для всех классификаций.

При использовании предложенной классификации возникает ряд вопросов:

1. Целесообразно ли разделять на три группы операции, при которых анастомозы расположены внебрюшинно?
2. Возможно ли добавление в классификацию дополнительных интерсфинктерных передних резекций, сообщения о которых стали появляться и в России, и за рубежом?
3. Отражена ли в классификации разница между плановыми и экстренными вмешательствами?
4. Какое место в данной классификации занимают резервуарные анастомозы?
5. Будет ли удобна предложенная классификация в клинической практике и насколько она нужна?

Анализируя литературу последних лет, посвященную передним резекциям прямой кишки, мы нередко сталкивались с уточнениями перед названием этих операций. Чаще всего употреблялся термин «низкая резекция», реже - «высокая резекция» и «ультранизкая резекция» [1, 5, 11, 17, 20]. Акцентируя, таким образом, внимание на уровне резекции, авторы старались тем самым подчеркнуть этот нюанс и выделить принципиальные моменты, характерные для вмешательств именно на данном отделе прямой кишки. Это помогает при анализе интраоперационной техники и послеоперационных осложнений, профилактике рецидивов и метастазов, прогнозе и т.д. Однако принципы систематизации данных видов резекций, точное их количество и названия в литературе не выделены [1-20]. Очевидно, это один из случаев, когда практика опережает научную мысль. В дальнейшем подобная классификация не может не помочь в выработке четкой позиции по каждому виду резекций и в детальной отработке хирургической техники. Возможно также включение в классификацию способов наложения анастомоза - ручного и механического, где последний может быть закрытым и открытым. При закрытом способе дистальный отдел прямой кишки ушивается наглухо дополнительным степлером, а за-

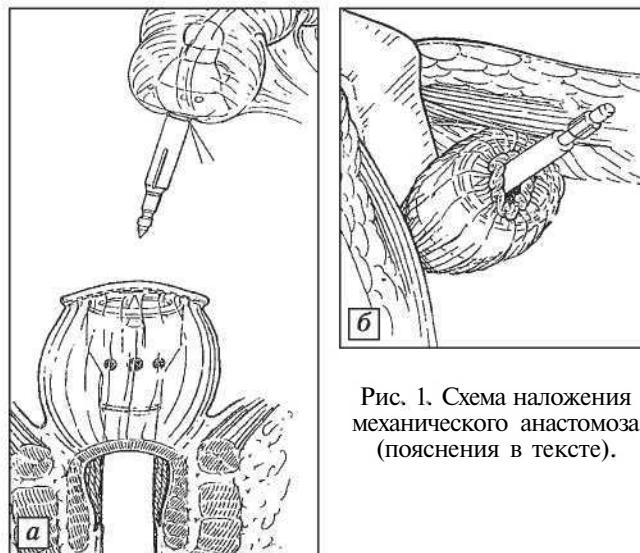


Рис. 1. Схема наложения механического анастомоза (пояснения в тексте).

тем перфорируется циркулярным степлером с последующим формированием анастомоза (рис. 1, а). При открытом способе на дистальный отдел прямой кишки накладывается кисетный шов (рис. 1, б), и анастомоз формируется на головке циркулярного аппарата при завязывании этого шва.

Целесообразно, на наш взгляд, выделение в классификации интерсфинктерных и «близко-сбритых» резекций и при этом отнесение этих операций в группу ультранизких резекций.

В случаях выполнения передних резекций по экстренным показаниям затруднений в квалификации операции не наблюдается. Например: *экстренная ультранизкая передняя резекция прямой кишки с наложением превентивной илеостомы*. Аналогичная ситуация складывается и при формировании резервуарных анастомозов. Название операции в подобных случаях удлиняется соответственно манипуляции, например: *ультранизкая передняя резекция прямой кишки закрытым способом с формированием J-образного резервуара, низкая передняя резекция прямой кишки открытым способом с формированием S-образного резервуара и наложением превентивной трансверзостомы, экстренная высокая резекция прямой кишки ручным способом*.

Таким образом, в основе предлагаемой классификации лежат уровни и способы наложения анастомоза.

Классификация передних резекций прямой кишки

По расположению анастомоза

1. Высокая передняя резекция прямой кишки
2. Передняя резекция прямой кишки
3. Низкая передняя резекция прямой кишки
4. Ультранизкая передняя резекция прямой кишки
 - а) стандартная (при расстоянии от нижнего края ануса не менее 2 см)
 - б) близко-сбритая (при расстоянии от нижнего края ануса менее 2 см)
 - в) интерсфинктерная

По способу формирования анастомоза

1. Анастомоз, сформированный ручным способом
2. Анастомоз, сформированный механическим способом
 - а) открытым
 - б) закрытым

Нисколько не претендуя на первенство в определении названий операций, считаем необходимым подчеркнуть, что основная цель данной работы - попытка систематизации и классификации передних резекций прямой кишки. Хотелось бы надеяться, что предложенная классификация в будущем реально поможет выработке четких хирургических и тактических критериев и приживется в практической хирургии. Авторы будут благодарны любым оппонентам, высказавшим свое мнение по поводу данной работы.

Литература

1. Александров В.Д. Рак прямой кишки.- М.: Вузовская книга.- 2001.
2. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др. // Хирургия. - 2000. -Мб.- С. 41-47.
3. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др.// Пробл. колопроктол. - 2000. - №17.- С. 280-285.
4. Егиев В.Н.// Волшебный мир шивающих аппаратов. - М.: Центр, 1995. - С. 176.
5. Марголин Л.М., Сидоров И.П., Евдокимов Г.М.// Пробл. колопроктол. — 2000. - № 17. - С. 350-352.
6. Одарюк Т.С., Царьков П.В., Севастьянов СИ., Колпаков А.В.// Актуальные проблемы колопроктологии. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 155.
7. Одарюк Т.С., Покровский Г.А., Царьков В.П. и др.// Пробл. колопроктол. - 2000. - № 17. - С. 364-367.
8. Оноприев В.П., Павленко С.Г., Яргуни С.А., Каиров Г.Б.// Пробл. колопроктол. 2000. - № 17. - С. 156-160.
9. Стирнс М.В. Колоректальные новообразования. — М.: Медицина, 1983.

10. Покровский Г.А., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др.// Хирургия. 1998. - № 9. - С. 54-61.
11. Павленко С.Г., Оноприев В.И., Каиров Г.Б.// Пробл. колопроктол. - 2000. - № 17. - С. 161-166.
12. Петров В.П., Лазарев Г.В., Переходов С.П.// Хирургия. - 2000. - №1.- С. 37-40.
13. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. — М.: Медпрактика, 2001.
14. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1987.
15. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994.
16. Яицкий Н.А., Васильев А.С., Нечай А.И. и др.// Актуальные проблемы колопроктологии. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 182-183.
17. Brown S., Seow-Choen F.// Techniques of colonic pouch construction. - Singapore, 2001. - P. 36-39.
18. March P.G., James R.D., Scholfield P.P.// Br. J. Surg. 1999. - Vol. 82. - P. 465-468.
19. Nicholls R.J. Surgery of the colon and rectum — Churchill Livingstone, 2000.
20. Teramoto T., Watanabe M., Kitajima M.// Dis. Colon Rectum. - 1997.- Vol. 40, No. 10. - P. 7-43.

ABOUT CLASSIFICATION OF ANTERIOR RESECTION OF RECTUM
V.N. Ischenko, V.V. Tokartchuk, M.N. Grigoriev
Primorsky regional clinical hospital, the Far East coloproctologic center (Vladivostok)

Summary — In present article the authors deal with historical moments according to operation's fulfillment under anterior resection of rectum, concentrate attention on arguable question about name of operation. On the grounds of own experience and literary survey, they offer a new clinical classification of anterior resections, which, on their opinion, should help in working-out of optimal surgery tactics. It is offered to classify such operations according to location place of anastomosis with dividing them into high, anterior, low and ultra-low resections. The last ones are divided, on their turn, into open and closed (with forming of anastomosis by machine stitch). The ultra-low interferences are additionally divided into «low shave off» and inter sphincteric resections.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 85-87.

УДК 616.411-089.87:618.2/3

К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Д.С. Родиченко,
А.С. Приступа

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЫБОР ДОСТУПА И СРОКОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
Рязанский областной центр эндохирургии

Ключевые слова: лапароскопическая
спленэктомия, беременность.

В начале 90-х годов XX века беременность считалась противопоказанием к выполнению лапароскопи-

ческих операций, однако исследования показали относительную безопасность этих процедур в отношении плода и отсутствие неблагоприятного влияния на исход беременности [6, 9, 14].

В настоящее время при беременности выполняется достаточно широкий спектр лапароскопических операций: аппендэктомия, вмешательства на желчевыводящих путях, адrenaлэктомия, ликвидация кишечной непроходимости, манипуляции на органах малого таза [1, 7, 9, 11, 12]. Преимущества малоинвазивных операций в сравнении с традиционным методом бесспорны. Минимальный риск развития послеоперационных грыж и невынашивания беременности, уменьшение лекарственной нагрузки на плод делают этот метод предпочтительным [1, 11, 12, 13]. Тем не менее следует отметить, что при большом сроке беременности увеличенная матка ограничивает объем свободной брюшной полости, затрудняя манипуляции [11].