

В.В. Бойко, В.Н. Лыхман,  
С.А. Савви, В.А. Скрипко,  
А.А. Меркулов, Ш.Ш. Амонов

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

## МЕТОДИКА ДРЕНИРОВАНИЯ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Резюме.** В работе приведен опыт профилактики осложненной при низких резекциях прямой кишки. У данной категории больных нередко возникает частичная несостоятельность швов анастомоза, что ухудшает и удлиняет течение послеоперационного периода, а иногда приводит к повторным оперативным вмешательствам. Предложенная нами методика применена у 18-ти пациентов. Результаты продемонстрировали ее преимущества перед традиционными методиками.

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, низкая резекция прямой кишки, частичная несостоятельность швов анастомоза, дренирование.

### Введение

Хирургическое лечение рака прямой кишки, является основным и наиболее часто применяемым в различных странах мира [3]. В зависимости от локализации, размеров и распространенности опухолевого процесса, выполняют соответствующий объем оперативного лечения [1, 4]. Мировые тенденции в хирургии рака прямой кишки стремятся к уменьшению травматизации и сохранению анатомии. При резекциях прямой кишки большинство хирургов завершают операцию формированием колоректального либо при низких резекциях, колоанального анастомоза [2]. При этом наличии кишечной флоры, возможна ишемизация культи прямой кишки, излишнее натяжение низведенной толстой кишки, могут возникнуть:

- несостоятельность швов анастомоза по данным разных авторов наблюдается 4,1-17,6 %,
- некроз низведенного толстокишечного трансплантата до 0,7 %,
- анастомозиты 1,5-2,0 %,
- стриктура соустья 4,1-5,0 % [4, 5, 6].

Исходя из этого, ведение послеоперационного периода требует особого внимания. Наиболее критическими являются 6-8 сутки послеоперационного периода, в этот временной интервал могут возникнуть явления характерные для несостоятельности швов анастомоза [5].

Создание условий для предотвращения проявлений несостоятельности швов анастомоза является актуальной.

### Цель работы

Разработать методику дренирования малого таза при низких резекциях прямой кишки, что позволит консервативным способом в более короткие сроки ликвидировать проявления кишечной несостоятельности.

### Материалы и методы исследования

Нами проанализированы результаты лечения больных, которым в клинике ГУ «Ин-

ститут общей и неотложной хирургии НАМН Украины» за период с 2007 по 2011 годы выполнено 211 передних резекций прямой кишки, из них 38 (18 %) были низкие резекции, а так же 35-ти пациентам было выполнено реконструктивный этап оперативного лечения после операций по типу Гартмана. Возраст пациентов находился в пределах 42-75 лет.

Традиционные методики дренирования малого таза использовали у 228 больных (группа сравнения). У 18 пациентов (основная группа) проводилось дренирование малого таза с использованием предложенной нами методики.

По данным современной литературы в послеоперационном периоде на шестые-восьмые сутки у 4,1-17,6 % пациентов возникают проявления частичной несостоятельности швов анастомоза, что значительно ухудшает реабилитацию больных. Консервативное лечение данного осложнения заключается в санации зоны анастомоза антисептическими растворами, введение антибактериальных мазей при помощи дренажной трубки, так же парентеральное введение антибактериальных препаратов. Этот комплекс мероприятий используется до полной ликвидации несостоятельности, что занимает от 18 до 40 суток, а в некоторых случаях, при неэффективности консервативного лечения, прибегают к повторным оперативным вмешательствам.

Предложенная нами методика дренирования в случае несостоятельности швов анастомоза облегчит консервативные мероприятия и значительно ускорит процесс заживления анастомоза.

Дренирование малого таза осуществляем из двух точек.

После формирования толстокишечного анастомоза и трансанальной декомпрессионной интубации толстой кишки, справа параректально дренируем полость малого таза, заводим дренажную трубку, которую укладываем по переднебоковой стенке прямой кишки. Фиксируем дренаж в параректальной области.



Далее производим доступ для дренажа на передней боковой стенке слева, делаем сквозное отверстие в брюшной стенке. В отверстие проводим дренажную трубку с резиновым дренажем. Укладываем трубчатый дренаж в малый таз максимально вниз в крестцовую впадину по заднебоковой стенке прямой кишки, резиновый дренаж укладываем параллельно трубчатому. Кишку, несущую анастомоз укрываем париетальной брюшиной, тем самым выполняем экстраперитонизацию анастомоза. Эти мероприятия, в случае несостоятельности швов анастомоза, будут выполнять барьерную и дренажную функции для локализации процесса. Дренажи фиксируем к коже на передней брюшной стенке.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В группе сравнения у 27 (11,8 %) пациентов возникли проявления частичной несостоятельности швов анастомоза. Консервативные мероприятия по ликвидации несостоятельности в этой группе заняли от 14 до 31 суток. У двух пациентов были выполнены повторные операции с формированием концевой колосто-

мы. Стриктуры соустья возникли у 9 (3,94 %) пациентов, анастомозитов, и некрозов низведенного толстокишечного трансплантата выявлено не было.

Для основной группы пациенты отбирались с определенной интраоперационной картиной, где вероятность несостоятельности швов анастомоза была выше, чем в группе сравнения в силу различных факторов. Проявление несостоятельности возникли у 3 (16,7 %) пациентов. Консервативные мероприятия в комплексе с нашей методикой дренирования заняли то 14 до 16 дней, что значительно ускорило процесс выздоровления. У одного (5,5 %) возникла стриктура соустья, которая после баллонной дилатации была ликвидирована.

#### Выводы

1. Предложенная нами методика достаточно проста в выполнении.
2. Время на ликвидацию проявлений несостоятельности сократилось с 24 до 15 суток.
3. Сокращает время пребывания пациента в клинике с 26 до 16 суток.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Генри М. М. Колопроктология и тазовое дно / М. М. Генри, М. Свош. — М., 1988. — С. 64–71.
2. Тихонов И.А. Способы формирования межкишечных анастомозов в колоректальной хирургии / И.А. Тихонов, Д.В. Басуров // Хирургия. — 2003. - № 8. — С. 69-73.
3. Чиссов В. И. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. / В. И. Чиссов, В. И. Старинский, Г. В. Петрова. — М., 2008. — 386 с.
4. Шалимов А.А. Хирургия кишечника / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, К. : «Здоровье». — 1977. — 248 с.
5. Colorectal cancer / J.M.A. Northover, S. Arnott, J.R. Jass, N.S. Williams // Oxford Textbook of Oncology. — 2001. — Vol. 2. — P. 1545-1589.
6. Lidder P.G. Rectal cancer: the role of radiotherapy / P. G. Lidder, K. B. Hasic // Dis. Surg. — 2005. — Vol. 22. — P. 41–48.

#### МЕТОДИКА ДРЕНУВАННЯ МАЛОГО ТАЗУ ПРИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ

**В.В. Бойко, В.М. Лихман,  
С.О. Савві, В.А. Скрипко,  
А.О. Меркулов, Ш.Ш. Амонов**

#### METHODS OF DRAINAGE OF SMALL PELVIS AT LOW RESECTIONS OF THE RECTUM

**V.V. Boyko, V.N. Lykhman,  
S.A. Savvi, V.A. Skripko,  
A.A. Merkulov, Sh.Sh. Amonov**

**Резюме.** В роботі наведено досвід профілактики з ускладнень при низьких резекціях прямої кишки. У даній категорії хворих нерідко виникає часткова неспроможність швів анастомозу, що погіршує і подовжує перебіг післяопераційного періоду, а іноді призводить до повторним оперативних втручань. Запропонована нами методика застосована у 18-ти пацієнтів. Результати продемонстрували її переваги перед традиційними методиками.

**Ключові слова:** рак прямої кишки, низька резекція прямої кишки, часткова неспроможність швів анастомозу, дренивання.

**Summary.** In this work, the experience of struggle with complications of low resections of the rectum. In this category of patients is often a partial failure of welds of anastomosis, which impairs and lengthens the course of the postoperative period, and sometimes leads to repeated surgical interventions. Our proposed methodology applied in 18 patients. The results demonstrated its advantages over traditional methods.

**Key words:** rectal cancer, low resection of the rectum, the partial failure of welds of anastomosis, drainage.