

ПРИМЕНЕНИЕ ИЛЕОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кандидат медицинских наук *В. М. Величенко*

Из клиники госпитальной хирургии (зав. — проф. И. Б. Олешкевич) Витебского государственного медицинского института

В статье «К применению илеоколопластики при раке и гангрене сигмовидной кишки» (Хирургия, 1955, № 7) нами дано клиническое обоснование илеоколопластики и представлена методика самой операции.

Экспериментальные исследования, проведенные на 15 собаках, показали наличие функциональной и морфологической перестройки в илеотрансплантате, приближающей его к замещаемой сигмовидной кишке¹. В 1955 г. мы с успехом применили илеоколопластику у 2 больных в целях ликвидации противоестественного заднепроходного отверстия после обширной резекции гангренозной сигмовидной кишки.

¹ Подробно этот вопрос освещен в статье «Физиологическое обоснование илеоколопластики и применение ее в клинике». В кн.: Сборник научных работ Витебского медицинского института, 1958, в. 7.

Наши экспериментальные и клинические наблюдения позволили считать реальным выполнение илеопластики при раке прямой кишки. Выполнение илеоректопластики было также обусловлено и некоторыми сообщениями из литературы.

Л. М. Нисевич (1943) достаточно полно разработал методику операции, предложенной в 1889 г. Хохенеггом (Hochenegg), и показал возможность сохранения анального сфинктера при низведении сигмовидной кишки. Однако выполнение такой операции оказалось далеко не всегда возможным. С. А. Холдин, И. Я. Слсним, Л. М. Нисевич указывают, что низведение сигмовидной кишки нельзя производить при наличии метастазов, а также при свежем воспалительном процессе или лимфангите, при короткой брыжейке сигмовидной кишки, при сморщивании брыжейки и мезосигмондите. Они считают невозможным осуществить низведение сигмовидной кишки при отсутствии хорошо выраженной системы аркад, анастомозирующих друг с другом сосудов мезосигмы, или когда имеется высокое отхождение сигмовидных артерий. Так как направление лимфотока от прямой кишки идет преимущественно вверх, пересечение кишки должно производиться на 8—10 (И. Я. Слоним) и даже на 15 см (Л. М. Нисевич) выше опухоли.

Следовательно, только широкое иссечение пораженного спухолью участка прямой кишки (нередко экстирпация ее), а иногда удаление прямой кишки и части сигмовидной обеспечивает радикализм операции. Уменьшение при этом длины сигмовидной кишки исключает возможность ее низведения с учетом сохранения функции анального сфинктера.

Таким образом, радикальная операция при раке прямой кишки не всегда может быть завершена сохранением естественного способа дефекации, и в определенном числе случаев накладывается противоестественное заднепроходное отверстие. Такое положение не решает проблемы: с одной стороны, упоминание о каловом свище на животе отпугивает от операции более 10% больных [Майлс (Miles, 1939); Локарт-Муммери (Lockhart-Mummeri, 1934)], а с другой стороны, наличие калового свища нередко делает невозможным пребывание таких больных в обществе и выполнение ими прежней работы. Вот почему вопрос сохранения естественного способа дефекации при радикальных операциях на прямой кишке является весьма актуальным, жизненно необходимым.

Денк (Denk, 1950) сообщил о 2 наблюдениях, когда, уступая просьбе больных, в целях ликвидации противоестественного заднепроходного отверстия в области слепой кишки, он успешно произвел промежуточное включение петли тонкой кишки между слепой кишкой и анальной частью прямой кишки. А. Н. Дыхно (1956) у 2 больных после удаления всей толстой и прямой кишки при полипозе и язвенном колите закончил операцию низведением подвздошной кишки с сохранением замыкательного аппарата. Через 2½ месяца постепенно восстановилась функция жома заднего прохода. О хорошей функции анального сфинктера при низведении толстой кишки сообщает Попеску (Popescu, 1956).

Оперируя больного по поводу супраампулярного рака прямой кишки, ввиду рассыпного характера сосудов и короткой брыжейки, мы не смогли низвести сигмовидную кишку и вынуждены были для замены удаленной прямой кишки воспользоваться илеотрансплантатом. Операция производилась в два этапа.

Прибодим краткие данные из истории болезни.

Больной М., 62 лет, поступил в клинику 25/1 1957 г. по поводу рака прямой кишки. Считает себя больным в течение года. Вначале беспокоила боль при дефекации, а 3 недели назад в испражнениях появилась примесь темной крови и слизи.

Больной правильного телосложения, видимые слизистые и кожные покровы несколько бледны. Подкожножировая клетчатка выражена плохо. Доступные пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены. В легких перкуторный звук имеет коробочный оттенок, выслушиваются единичные сухие хрипы. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в норме. Сердечные шумы приглушены. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Запор, при дефекации имеется примесь темной крови и слизи. При исследовании через прямую кишку на уровне 10 см, на задней стенке прямой кишки определяется край плотной нависающей опухоли. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы нет.

Данные ректоскопии. Ректоскоп свободно входит в анальное отверстие и прямую кишку. Слизистая прямой кишки несколько гиперемирована, местами покрыта слизью. На уровне 10 см от анального отверстия определяется нижний край опухоли, имеющей широкое основание и в виде гриба вдающейся в просвет кишки. Опухоль занимает заднюю и отчасти боковые стенки кишки. Проведение ректоскопа над опухолью вызвало кровотечение, уровень верхнего края опухоли определить не удалось.

Рентгеноскопия грудной клетки: органы грудной клетки в пределах возрастных изменений. Ирригоскопия от 29/1 1957 г. (рис. 1): контрастная клизма выполняет все отделы толстого кишечника. В области ампулы прямой кишки имеется дефект наполнения, суживающий просвет кишки. Остальные отделы кишечника без существенных изменений.

Анализ крови: Нб 100%, эр. 5 800 000, л. 8000, цветной показатель 0,8, п. 6%, с. 60%, лимф. 22%, мон. 9%, э. 3%; РОЭ 6 мм в час.

После предоперационной подготовки операция I4/II (I этап). Смешанное обезболивание (1000 мл 0,25% раствора новокаина+60 г эфира). Нижним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При осмотре оказалось, что опухоль занимает часть ампулярного и весь супраампулярный отдел прямой кишки. Несколько плотных лимфатических узлов величиной от горошины до лесного ореха располагается в брыжейке сигмовидной кишки вблизи опухоли. Радикальная операция может быть выполнена только при удалении прямой кишки вместе с нижней половиной сигмовидной кишки и части ее брыжейки. Мобилизация и низведение оставшейся части сигмовидной кишки оказываются невозможными вследствие рассыпного характера сосудов брыжейки. Решено произвести илеоректопластику.

Отступая на 20 см от илеоцекального угла, из подвздошной кишки выделен трансплантат длиной 30—35 см. Образовавшиеся при этом 4 конца кишки закрыты наглухо путем перевязки и погружения в кисетные швы. Для лучшей смещаемости трансплантата у нижнего и верхнего его концов брыжейка рассечена в бессосудистых участках по направлению к корню на 7—8 см. Непрерывность подвздошной кишки восстановлена наложением бокового соустья.

Сделан лирообразный разрез брюшины малого таза, надсечена собственная фасция прямой кишки, мобилизована прямая кишка. Перевязаны сосуды и пересечена нижняя часть брыжейки сигмовидной кишки у самого корня. Сигмовидная кишка пересечена в среднем отделе, оба ее конца перевязаны и погружены в кисетные швы. Дистальный отрезок сигмовидной кишки и прямая кишка, а также примерно $\frac{2}{3}$ илеотрансплантата опущены под брюшину малого таза, восстановлена целостность тазовой брюшины. Через дополнительный разрез передней брюшной стенки, слева от пупка, проксимальный конец сигмовидной кишки выведен наружу по типу одноствольного противоестественного заднего прохода. В брюшную полость введено 500 000 ЕД пенициллина в растворе. Послойное закрытие брюшной полости.

Произведен поперечный разрез между копчиком и анусом, пересечены мышцы газового дна. Слизистая анального отдела прямой кишки отсепарована на 5—6 см в проксимальном направлении. Мышечный слой прямой кишки циркулярно пересечен на уровне отслоенной слизистой, и через мышечное кольцо анального отрезка прямой кишки извлечены и удалены прямая, а также дистальная часть сигмовидной кишки, выведен дистальный отрезок илеотрансплантата, который за серозу подшит к коже. Через подколчиковый разрез поставлен марлевый тампон. Временно наложенные на нижний конец илеотрансплантата швы сняты и вскрыт его просвет. Повязка.

Во время и после операции внутривенно капельно переливали консервированную кровь, физиологический раствор поваренной соли, 5% раствор глюкозы и протившоковую жидкость. Применяли антибиотики и сердечные средства. Послеоперационный период протекал вполне удовлетворительно. Периодически через анальное отверстие в илеотрансплантат вводили палец с целью бужирования и предупреждения возможной стриктуры.

15/III произведено рентгенологическое исследование трансплантата и толстого кишечника. Введение контрастной взвеси (через резиновую трубку) в илеотрансплантат и проксимальную часть сигмовидной кишки показало следующее: верхний конец илеотрансплантата располагается на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника, абдоминальный конец его несколько изогнут, диаметр соответствует тонкой кишке; на месте перехода нисходящей толстой кишки в сигмовидную имеется изгиб, находящийся недалеко от илеотрансплантата. Следовательно, наложение анастомоза между дистальным отрезком толстой кишки и верхним концом илеотрансплантата вполне возможно (рис. 2).

Операция 5/IV (II этап). Смешанное обезболивание (400 мл 0,25% раствора новокаина+60 г эфира). Кожа вокруг противоестественного заднего прохода рассечена, и отверстие кишки ушито погружными швами. Параректальным разрезом, выше и ниже противоестественного заднего прохода, вскрыта брюшная полость. Верхний конец илеотрансплантата выделен из спаек. Наложена анастомоз: конец кососрезанной сигмовидной кишки в бок верхнего отрезка илеотрансплантата; швы по Матешуку и дополнительные серо-серозные. Послойное закрытие брюшной полости, асептическая повязка. Во время и после операции производили капельное внутривенное переливание консервированной крови, физиологического раствора поваренной соли, 5% раствора глюкозы.

Применяли антибиотики и сердечные средства. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 4-й день после операции отошли газы и был жидкий стул. На 10-й день кал кашицеобразный, 6—8 раз в сутки. Через 15 дней после операции самочувствие больного хорошее, он начал ходить, стул 2—3 раза в сутки, кашицеобразный, но периодически выделяется 30—50 г мутного жидкого кишечного содержимого. Функция держания вполне удовлетворительная.

Анализ крови 20/IV: Hb 78%, эр. 5 000 000, цветной показатель 0,8, л. 5900, э. 1%, п. 9%, с. 64%. лимф. 22%, мон. 4%; РОЭ 6 мм в час. Белковые фракции крови: альбуминов 47,92%, глобулинов 44,57%, фибриногена 7,54%.

Рентгенологическое исследование кишечника 22/V (рис. 3): контрастная клизма выполняет трансплантат тонкой кишки, располагающийся вместо прямой, оставшийся отрезок сигмовидной кишки, нисходящую и поперечноободочную кишки. Пройодимость кишечника хорошая.

4/VI больной выписан в хорошем состоянии.

Описанное наблюдение показывает, что в некоторых случаях при операции по поводу рака прямой кишки, когда низведение сигмовидной кишки невозможно, может быть применена илеоректопластика. По-видимому, возможно выполнение всей операции и в один этап. Конечно, еще потребуются дополнительные исследования по усовершенствованию методики операции, по изучению физиологической и морфологической перестройки трансплантата, однако первые впечатления говорят о безусловной возможности применения илеоректопластики с сохранением анального сфинктера у больных раком прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

Дыхно А. М. Хирургия, 1956, № 7, стр. 78. — Нисневич Л. М. В кн.: Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 448. — Слоним И. Я. Техника радикальных операций по поводу рака. Киев, 1950. — Холдин С. А. Злокачественные новообразования прямой кишки. Л., 1955. — Denk B., Wien. Klin. Wschr., 1950, Bd. 62, S. 144. — Hochenegg J., Wien. med. Wschr., 1909, Bd. 59, S. 2709. — Lockhart-Mummery J. P., Diseases of the Rectum and Colon. London, 1934. — Miles W. E., Am. J. Surg., 1939, v. 46, p. 26. — Popescu C., Реф. журн. иностр. мед. лит., 1956, № 2, стр. 346.

ILEOPLASTY IN RECTAL CANCER

V. M. Velichenko

When the ampular and supra-ampular portions of the rectum are affected by cancer with metastases in the mesenterium of sigmoid flexure the removal of the rectum with a part of sigmoid flexure is sometimes necessary. In these cases the mobilization and descending the remnant of the sigmoid flexure to the anal sphincter is impossible.

In patient A. M., aged 62, the author used an ileograft for the replacing of the removed rectum. The results were good.