

**Совершенствование способа хирургического лечения выпадения прямой
кишки с долихосигмой**

Акилов Х.А

Центр повышения квалификации медицинских работников; ГУ «РСНПМЦХ
имени акад. В.Вахидова»

Садыков Р.А

Центр повышения квалификации медицинских работников; ГУ «РСНПМЦХ
имени акад. В.Вахидова»

Рустамов А.Э.

Центр повышения квалификации медицинских работников; ГУ «РСНПМЦХ
имени акад. В.Вахидова»

Аннотация. Выпадение прямой кишки на всю толщину является доброкачественным состоянием, которое определяется как циркулярное выпячивание всех слоев стенки прямой кишки через анальный сфинктер. Всего к настоящему периоду выполнено 38 подобных операций. Сроки наблюдения за больными составили 4-6 месяцев. основными преимуществами разработанного способа ректопексии при ВПК с долихосигмой являются надежная фиксация и снижение риска рецидива болезни, вероятности инфицирования имплантата, деформации и сужения коло-ректоанастомоза, и, следовательно, нарушения пассажа и прогрессирования запоров.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки; ректопексии; долихосигма

Выпадение прямой кишки (ВПК) на всю толщину является доброкачественным состоянием, которое определяется как циркулярное выпячивание всех слоев стенки прямой кишки через анальный сфинктер. До сих пор нет существенных доказательств преимущества между промежностным и абдоминальным доступом или между резекцией или отсутствием резекции в любом доступе. В связи с вышеуказанным необходимость продолжения разработки новых технологий хирургической коррекции ВПК не вызывает никаких сомнений. Поставленная задача заключается в радикальном лечении выпадения прямой кишки и долихосигмы с предупреждением возможных осложнений, профилактики развития спаечного процесса и рубцовой деформации зоны ректопексии.

Способ осуществляют следующим образом:

1. Лапаротомия: нижнесрединная, поперечная надлобковая (с пересечением прямых мышц), по Пфанненштилю (поперечное рассечение кожи и апоневроза с разведением прямых мышц живота).



3. Установка абдоминального ранорасширителя для экспозиции левых отделов ободочной кишки.

4. Ревизия брюшной полости: оценка состояния дугласова пространства, другие патологические изменения (печень/желчный пузырь, толстая кишка, женские половые органы, тонкая кишка).

5. Рассечение брюшины справа у основания брыжейки сигмовидной кишки с переходом на тазовую брюшину.

6. Рассечение брюшины слева вдоль белой линии Тольдта в направлении таза без мобилизации в сторону селезеночного изгиба. Вход в забрюшинное пространство, выполненное рыхлой соединительной тканью. Тупое отделение сигмовидных артерий от забрюшинных тканей, идентификация левого мочеточника.

7. Определение нижнебрыжеечных сосудов. Формирование окна в брыжейке позади сосудистой ножки. Идентификация гипогастрального нерва и его сохранение путем отеснения кзади. Тупое выделение позади сосудистого пучка (аваскулярный слой) до входа в малый таз и полная мобилизация прямой кишки по задней полуокружности вдоль фасции Вальдеера до тазового дна. Чтобы снизить риск повреждения тазовых вегетативных нервов, необходимо избегать мобилизации прямой кишки в стороны.

8. Определение границ резекции: а. Дистальная (верхнеампулярный отдел прямой кишки): анастомоз должен находиться на уровне промоториума. б. Проксимальная: должна проходить таким образом, чтобы не было избытка сигмовидной кишки.

9. Поэтапное пересечение брыжейки (между зажимами с перевязкой) до проксимальной точки резекций.

10. Пересечение сосудов: а. У большинства больных: стандартная перевязка сосудистой ножки (верхней прямокишечной артерии) => перед пересечением необходимо уточнить локализацию мочеточника. Формирование окна в мезоректум у дистального края резекции. Пересечение и перевязка мезоректум между зажимами. б. У больных с промежностной пластикой в анамнезе: при стандартной перевязке существует риск формирования аваскулярного участка кишки => корректные операции: 1) Только ректопексия. 2) Резекция сигмовидной кишки с сохранением сосудистых аркад, т.е. пересечение брыжейки в непосредственной близости от кишки. 3) Пересечение кишки на уровне анастомоза, наложенного ранее, с удалением избытка кишки и сохранением кровоснабжения.



11. Ректопексия к сетке размером 6x10 см (полипропиленовая сетка): после мобилизации прямой кишки по задней поверхности, отдельными не рассасывающимися швами выполняется фиксация импланта к промоториуму и пресакральной фасции; сетка оборачивается вокруг прямой кишки на 360°, ее края фиксируются с обеих сторон 3-4 швами. Возможно применение лазерного воздействия и композитного покрытия.

12. Формируется анастомоз нисходящего отдела толстой кишки с прямой кишкой на 2 -3 см ниже участка фиксации с сеткой по типу «конец-бок» при помощи сшивающего аппарата.

13. Дренирование, ушивание раны.

Всего к настоящему периоду выполнено 38 подобных операций. Сроки наблюдения за больными составили 4-6 месяцев. Данных за рецидив заболевания нет. Преимущества способа: окутывание полипропиленовой сеткой кишки на 360° при ректопексии способствует более надежной фиксации прямой кишки и предупреждает рецидив болезни; формирование анастомоза конец в бок ниже места фиксации прямой кишки полипропиленовой сеткой предупреждает риск инфицирования имплантата; исключается риск деформации и сужения коло-ректоанастомоза, что в совокупности с формированием анастомоза ниже места фиксации прямой кишки существенно снижает в послеоперационном периоде нарушение пассажа и соответственно развитие или прогрессирование запоров.

Таким образом, основными преимуществами разработанного способа ректопексии при ВПК с долихосигмой являются надежная фиксация и снижение риска рецидива болезни, вероятности инфицирования имплантата, деформации и сужения коло-ректоанастомоза, и, следовательно, нарушения пассажа и прогрессирования запоров.

Список использованной литературы:

1. Mille M, Engelhardt T, Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. *Visc Med.* 2021 Feb;37(1):52-62. doi: 10.1159/000513689.

2. Van der Schans EM, Verheijen PM, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Ninety-day morbidity of robot-assisted redo surgery for recurrent rectal prolapse, mesh erosion and pelvic pain: lessons learned from 9 years' experience in a tertiary referral centre. *Colorectal Dis.* 2021 Dec;23(12):3205-3212. doi: 10.1111/codi.15979.

3. Рузибаев Р.Ю., Умаров Д.А., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А. Результаты хирургического лечения хронического геморроя у больных с медикаментозной гипокоагуляцией. *Проблемы биологии и медицины.* 2022, №5 (139). – С. 185-191.

