

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКТОПЕКСИЯ:  
ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ**  
**Осмоналиев Б.К.<sup>1</sup>, Жумадылов К.С.<sup>2</sup>, Сапаров С.Ш.<sup>2</sup>,  
Усубакунов У.Э.<sup>2</sup> Авасов Б.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

<sup>2</sup> Городская клиническая больница №1  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Цель работы – представить первый клинический опыт лапароскопической ректопексии по Зеренину-Кюммелю в лечении выпадении прямой кишки. Операция была выполнена пациенту в возрасте 52 года, суть операции заключалась в следующем: после установки лапароскопических портов, пациент переводился в положение Тренделенбурга и проводилось соединение передней поверхности сигмовидной и прямой кишки с надкостницей крестца. Осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде не выявлено, что подтверждено результатами контрольных осмотров. Малоинвазивные технологии выявили ряд преимуществ, такие как уменьшение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление деятельности желудочно-кишечного тракта и более быстрое восстановление физической активности.

**Ключевые слова:** выпадение прямой кишки, лапароскопическая ректопексия.

**ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК РЕКТОПЕКСИЯ:  
АЛГАЧКЫ КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБА**  
**Осмоналиев Б.К.<sup>1</sup>, Жумадылов К.С.<sup>2</sup>, Сапаров С.Ш.<sup>2</sup>,  
Усубакунов У.Э.<sup>2</sup> Авасов Б.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

<sup>2</sup> №1 шаардык клиникалык оорукана  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Иштин максаты - Зеренин-Кюммелдин ыкмасы боюнча, көтөн чучук түшкөндө лапароскопиялык ректоскопиянын алгачкы клиникалык тажрыйбасын көрсөтүү. Операция 52 жаштагы оорулууга жасалган. Лапароскопиялык порттор орнотулгандан кийин, бейтап Тренделенбургдун абалына келтирилип, көтөн чучук менен сигма ичегесинин алдынкы тарабы куймулчактын кемирчек чели менен бириктирилген. Операциядан кийинки алгачкы учурларда рецидив жана эч кандай кабылдоолор болбогондугу текшерүүлөрдүн жыйынтыгында белгилүү болду. Кичиинвазивдүү технологиялар операциядан кийинки оорунун белгилерин азайтышы, ичеге-карындын эрте иштеши, физикалык активдүүлүгүнүн калыптануусу сыяктуу өзгөчүлүктөрүн көрсөтө алды.

**Негизги сөздөр:** көтөн чучуктун түшүүсү, лапароскопиялык ректопексия.

**LAPAROSCOPIC RECTOPEXY:  
FIRST CLINICAL EXPERIENCE**  
**Osmonaliev B.K.<sup>1</sup>, Jumadylov K.S.<sup>2</sup>, Saparov S.Sh.<sup>2</sup>,  
Usubakunov U.E.<sup>2</sup>, Avasov B.A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

<sup>2</sup> City clinical hospital №1  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Purpose – to present the first clinical experience of laparoscopic rectopexy on Serenno-Kümmel in the treatment of rectal prolapse. The operation was performed in a patient aged 52 years old, the essence of the operation was as follows: after the installation of laparoscopic ports, the patient was transferred to the Trendelenburg position and the connection wire and the front surface of the sigmoid colon with the periosteum of the sacrum. Complications in the early postoperative period and disease recurrence in the postoperative period is not revealed, which is confirmed by the results of the control examinations. Minimally invasive techniques have revealed a number of advantages such as a reduction in postoperative pain, early recovery of the gastrointestinal tract and a faster recovery of physical activity.

**Key words:** rectal prolapse, laparoscopic rectopexy.

**Актуальность.**

Первое упоминание о выпадении прямой кишки найдено в папирусах Эбера в 1500 веке до н.э. У копской мумии (400–500 век до н.э.) была обнаружена выпавшая прямая кишка [1]. Еще Гиппократ описал лечение ректального пролапса, заключающееся в подвешивании человека вверх ногами до тех пор, пока выпавшая кишка самостоятельно не вправлялась. Затем к слизистой оболочке прямой кишки прикладывали едкий калий (caustic potass) и связывали бедра вместе на 3 дня. В 1880 году Микулич предложил резецировать выпавшую часть прямой кишки перианальным доступом [2]. В 1891 году Thierch производил фиксацию прямой кишки путем введения серебряного проволочного кольца вокруг заднего прохода [3]. За всю историю хирургического лечения этого

заболевания предложено более 200 оперативных способов его коррекции [4, 5]. Она направлена на предотвращения выпадения, восстановление функции держания и нормализацию транзита кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту [5, 6]. Это может быть достигнуто путем резекции части толстой кишки, фиксации прямой кишки к крестцу и при необходимости элементам тазового дна. В настоящее время многие авторы подразделяют операционные вмешательства на внутрибрюшные и промежностные [4-6]. Внутрибрюшные операции направлены на мобилизацию и фиксацию прямой кишки, а также при необходимости могут включать резекцию отделов толстой кишки. Промежностные операции направлены на резекцию выпавшей части прямой кишки с восстановлением дефектов тазового дна

и запирающего аппарата прямой кишки.

Лапароскопические технологии получили большое распространение в хирургии в конце XX столетия. Преимущества лапароскопических операций над традиционными вмешательствами не вызывают сомнений и в колоректальной хирургии, что подтверждают многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов. Особенно убедительны преимущества лапароскопических технологий при выполнении ректопексии по поводу ректального пролапса. Это связано с тем, что при выполнении ректопексии не требуется резекции сегмента ободочной кишки, и, соответственно, нет необходимости в выполнении мини-лапаротомии для удаления резецированной кишки [7, 8]. При выполнении лапароскопических ректопексий большинство исследователей отмечают достаточно хорошие результаты, заключающиеся в более легком течении послеоперационного периода, сокращении сроков пребывания больных в стационаре и ранней реабилитации пациентов. При этом число рецидивов заболевания не превышает таковых при традиционных вмешательствах [7, 8].

С 2011 года в Городской клинической больнице (ГКБ) №1 г. Бишкек в лечении хирургических заболеваний в основном желчнокаменной болезни используется лапароскопический метод лечения. В доступной нам литературе мы не нашли сообщений об использовании в Кыргызской Республике в хирургическом лечении выпадения прямой кишки лапароскопическим способом.

**Целью** клинического наблюдения поделиться своим опытом лапароскопического лечения выпадения прямой кишки.

### **Материал и методы.**

В хирургическом отделении – 1, ГКБ №1 г. Бишкек в 2015 году была проведена лапароскопическая операция пациенту с выпадением прямой кишки. Демонстрация собственного клинического наблюдения.

Пациент Б.Т., 1963 г.р. (52 года), № истории болезни 5975/975, житель Джети-Огузского района Ыссык-Кульской области. Госпитализирован в плановом порядке 10.06.2015 года с жалобами на наличие выпадения при акте дефекации и физической нагрузке, выворачивания прямой кишки через задний проход, требующего ручного вправления, недержание жидкого кала.

Анамнез болезни: со слов больного считает себя больным длительное время, первые признаки выпадения отмечает после службы в армии. За медицинской помощью не обращался, стеснялся. Последние 2 года отмечает выпадение прямой кишки во время дефекации, при физической нагрузке, требующего ручного пособия, недержание жидкого кала, что и послужило причиной обращения в ГКБ №1 г. Бишкек.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Популяция А. Инфекционные заболевания отрицает.

Мы подробно опросили пациента на предмет факторов способствующих выпадению прямой кишки: пациент не занимался тяжёлым физическим трудом; не выявлены признаки дисфункции кишечника (особенно запоры); неврологических нарушений нет. Не найдены изменения конфигурации позвоночника (повреждение

конского хвоста, травма спинного мозга); в анамнезе жизни не отмечал хронические обструктивные заболевания лёгких, сопровождающихся длительными периодами кашля.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые физиологичной окраски. Дыхание не нарушено, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 76 в минуту.

Локальный статус: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Ректально: при натуживании пациента, как при дефекации отмечается выпадение прямой кишки округлой формы, больших размеров (рис. 1.). При этом во время её пальпации помимо слизистого определяется и мышечный слой кишечной стенки. Направление складок на выпадающих тканях ориентированы концентрически. Вправление требует ручного пособия.

### **Результаты исследований.**

Общеклинические и биохимические анализы в пределах нормы. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 ударов в мин. Нормальное положение ЭОС. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: хронический холецистит. Ректороманоскопия: без патологии. Фиброколоноскопию провести не удалось из-за недержания анального сфинктера.

Согласно классификации разработанной в 1972 году в ГНЦ колопроктологии Воробьевым Г.И. и соавт. [7], выпадение прямой кишки у пациента было II стадии (прямая кишка выпадала при дефекации и физической нагрузке). В фазе декомпенсации (вправление кишки осуществлялось только при помощи руки), 2 степени недостаточности анального сфинктера (недержание клизменных вод и жидкого кала).

Лапароскопическая ректопексия по Зеренину-Кюммелю выполнена 12.06.2015 года, после подготовки кишечника препаратом фортранс с использованием лапароскопической стойки «ALLGAIER» (Бельгия-Германия) с необходимым набором инструментов. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Основные этапы лапароскопической ректопексии заключались в следующем (рис. 2).

Положение пациента на операционном столе со сведенными ногами. Хирург располагался справа от пациента, камердинер в центре (над головой пациента), а ассистент слева. После установки первого 10-мм троакара в области пупочного кольца и создания пневмоперитонеума в режиме 12 мм.рт.ст проводили панорамную ревизию органов брюшной полости. Затем пациент был переведен в положение Тренделенбурга. Один 10-мм и один 5-мм троакара установлены в правой подвздошной области и два 5-мм троакара в левой подвздошной области. Места установки троакаров представлены на рисунке 3. После ревизии сигмовидная кишка максимально оттягивалась краниально. Сбоку от сигмовидной кишки, начиная от мыса, на 9 см вниз был рассечен париетальный листок брюшины с помощью ножниц и L-образного крючка (монополярная электрокоагуляция). Край разреза



Рис 1. Фотоснимок пациента с выпадением прямой кишки до операции (объяснение в тексте).

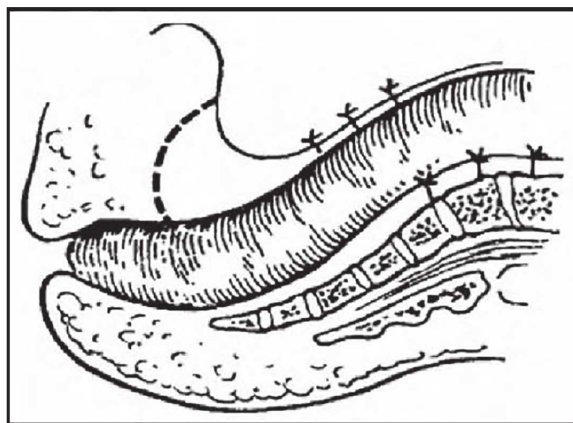


Рис 2. Схема операции ректопексии по Зеренину-Кюммелю.



Рис 3. Фотоснимок пациента на 7 сутки после операции (местаустановки троакаров).



Рис 4. Фотоснимок пациента с выпадением прямой кишки на 7 сутки после операции.

раздвинуты и очищена передняя поверхность крестца от клетчатки. Кровотечение из мелких ветвей остановлено с помощью электрокоагуляции и прижатием марлевыми «шариками». Снизу верх наложены 3 узловых шва (стерисил 2-0), соединяя серозно-мышечный слой передне-боковой поверхности сигмовидной и прямой кишки с надкостницей крестца. При завязывании швов происходила ротация кишки на 180° и её фиксация к крестцу. Кровопотери не было. В малый таз установлен контрольный дренаж, который выведен через троакар и фиксирован в правой подвздошной области. Десуффляция. Швы на раны. Асептические повязки.

**Результаты и обсуждение.**

Длительность операции (от начала установки троакаров и до наложения кожных швов) составила 240 мин и зависела от таких факторов как первое освоение методики, с новой для эндохирургической бригады способа операции и адаптацией эргономических навыков. При завязывании узлов мы применяли технику интракорпорального узла. Во время лапароскопической операции каких-либо осложнений (повреждение органов, кровотечение, пневмоторакс, гемодинамические осложнения) не было. Лапароскопическая ректопексия, как и другие эндохирургические операции, выполняется практически без кровопотери.

В послеоперационном периоде пациент активизировался уже через 9 часов после операции, переведен на раннее энтеральное питание. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и не потребовал назначения наркотических препаратов. Перистальтика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась в течение первых суток после операции. Инфузионная терапия проводилась в течение 2-х дней после операции. Осложнений не наблюдалось. Дренаж удален из брюшной полости на 2 день после УЗИ контроля. В раннем послеоперационном периоде выпадения прямой кишки при акте дефекации пациент не отмечает (рис. 4). Раны зажили первичным натяжением. 20.06.2016 года пациент с выздоровлением был выписан. Пребывание в стационаре составило 10 койко-дней, 2 дня до и 8 дней после операции.

Пациент находится под нашим наблюдением. Рецидива заболевания в период наблюдения не выявлено, что подтверждено результатами контрольных осмотров, которые проведены через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Пациент чувствуют себя удовлетворительно, жалоб на выпадения прямой кишки при акте дефекации и физической нагрузке не отмечает, также пациент отмечает положительную динамику со стороны анального сфинктера, недержание жидкого кала и газов прошли.

Качество жизни у пациента значительно улучшилось.

### **Заключение.**

Первый наш опыт лечения выпадения прямой кишки лапароскопическим способом показал ряд явных преимуществ, таких как уменьшение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление деятельности желудочно-кишечного тракта, и более быстрое восстановление физической активности.

Лапароскопический доступ в хирургическом лечении выпадении прямой кишки является предпочтительным.

### **Литература:**

1. *Monro A. The morbid anatomy of the human gullet, stomach, and intestines. Archibald Constable & Co, Edinburgh, 1811. 363 p.*
2. *Mikulicz J. Zur operative behandlung dis prolapsus recti et coli invaginati // Arch. Klin. Chir. 1988. Vol.38. S. 74–97.*
3. *Watts A.M.I., Thompson M.R. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse // Br. J.*

*Surg. 2000. Vol.87. P. 218–222.*

4. *Luukkonen P., Mikkonen U. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. rectopexy alone for rectal prolapse: a prospective randomized study // Int. J. Colorectal Dis. 1992. Vol.7(4). P. 219–222.*

5. *Yakut M., Kaymakcioglu N., Simsek A. et al. Surgical treatment of rectal prolapse: a retrospective analysis of 94 cases // Int. Surg.–1998. –Vol.83. P. –53–55.*

6. *Kuijpers H.C. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? // World J.Surg. –1992. –Vol.16. P.–826–830.*

7. *Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. Лапароскопическая ректопексия // Колопроктология. 2001. –№3. –С. 36–42 с.*

8. *Фролов С.А. Лапароскопические операции на прямой кишке. автореф. ...д.м.н. М., 2000. –43с.*

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА  
**eLIBRARY.RU**

Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется  
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все  
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате  
на сайте

**[www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru),**

где отмечается цитирование по каждой статье