

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Нами выполнено 414 сфинктерсохраняющих операций у больных с раком прямой кишки. При опухолях верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки (204 или 49,2% больных) мы выполняли переднюю и низкую переднюю аппаратную резекцию прямой кишки. При раке верхней части нижнеампулярного отдела прямой кишки (68 или 16,6% больных) мы выполняем супернизкую переднюю резекцию с эвагинированным аппаратным анастомозом. При раке нижней части нижнеампулярного отдела прямой кишки (94 или 22,7% больных) выполняли интерсфинктерную резекцию с сфинктеро- или сфинктеролеворопластикой. При раке нижнеампулярного отдела прямой кишки с поражением наружного сфинктера (48 или 11,6% больной) мы выполняем брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки. В послеоперационный период у 45 (10,9%) больных возникли осложнения, из них несостоятельность анастомоза — у 11 (2,7%) больных. Умерло в послеоперационном периоде 8 больных (1,9%). Местный рецидивы возник у 20 (4,8%) больных при выполнении сфинктерсохраняющих операций и у 4 (0,9%) — при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. [1, 3, 4, 5].

А.А. Шудрак, Е.И. Уманец,
Е.В. Цема, В.С. Нечай, А.П. Биба

Адрес:
Цема Евгений Владимирович
01133, Киев, ул. Госпитальная, 18

По данным ряда исследований, проведенных как в Украине, так и за рубежом, отмечено, что выполнение сфинктерсохраняющих операций при раке прямой кишки способствует значительному улучшению качества жизни оперированных больных (за счет сохранения заднего прохода) и не ведет к ухудшению отдаленных результатов выживаемости по сравнению с группой больных, которым была выполнена операция Кеню-Майлса. Местные рецидивы как при сфинктерсохраняющих операциях, так и при брюшно-промежностной экстирпации составляют 23–36% [2].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В проктологическом отделении Главного военного клинического госпиталя МО Украины при раке прямой кишки выполнено 414 сфинктерсохраняющих операций.

Средний возраст больных составил $62,4 \pm 3,2$ года. Мужчин было 278, женщин — 136. У всех пациентов была диагностирована аденокарцинома разной степени дифференцировки.

Локализация опухоли представлена в таблице.

У всех пациентов была T2-4 степень местного распространения опухоли.

Для определения методики операции (в предоперационном периоде) больным, с целью уточнения степени местного распространения опухоли (распространение опухоли на сфинктер анального канала, мышцы тазового дна, костные структуры таза, органы малого таза, вовлечение регионарных лимфоузлов), был проведен ряд диагностических методов, включавших

пальцевое исследование, ректороманоскопию с биопсией. Кроме того, 287 больным проведено ультразвуковое исследование на аппарате Hawk 2102 производства фирмы ВК — Medical (Дания), позволяющее получить 3-D объемное изображение пораженной опухолью прямой кишки. Такое использование эндоскопического ультразвукового сканирования позволило наиболее точно определить протяженность опухоли, расстояние от нижнего края опухоли до сфинктера анального канала, степень ее местного распространения, состояние лимфатических узлов клетчатки мезоректум и паравазальной клетчатки. Это дало возможность установить на предоперационном этапе стадию онкологического процесса и определить показания и (или) противопоказания к выполнению сфинктерсохраняющих операций.

Таблица. Локализация опухоли

Локализация опухоли	Количество	%
Нижнеампулярный отдел с вовлечением наружного сфинктера	48	11,6
Нижняя часть нижнеампулярного отдела ПК	94	22,7
Верхняя часть нижнеампулярного отдела ПК	68	16,5
Среднеампулярный отдел ПК	114	27,5
Верхнеампулярный отдел ПК	90	21,7
Всего	414	100

Всем больным раком нижне-, средне- и верхнеампулярного отдела прямой кишки в предоперационном периоде мы проводим курс крупнофракционной лучевой терапии 20–25 Гр.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, сфинктерсохраняющие операции

При определении того или иного вида сфинктерсохраняющей операции мы основывались, в основном, на степени местного распространения опухоли, состоянии клетчатки мезоректум и расстоянии от нижнего края опухоли до зубчатой линии. При этом мы условно делим нижеампулярный отдел прямой кишки на верхнюю и нижнюю часть. При локализации опухоли выше 3 см от зубчатой линии (верхняя часть нижеампулярного отдела прямой кишки) мы выполняем аппаратную резекцию, при отсутствии этого расстояния (нижняя часть нижеампулярного отдела прямой кишки) — интерсфинктерную резекцию прямой кишки (проктэктомия).

При опухолях верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки мы выполняем переднюю и низкую переднюю резекцию прямой кишки аппаратным способом (134 операции — 32,4%). Ранее при данной локализации опухоли мы зачастую выполняли брюшно-анальную резекцию по Дюамелю (26 операций — 6,3%) и брюшно-анальную резекцию с низведением ободочной кишки на промежность с избытком (44 операции — 10,6%). В настоящее время от этих операций мы отказались, отдавая предпочтение формированию циркулярного анастомоза «конец в конец» благодаря применению современных сшивающих аппаратов. Кроме того, выполнение брюшно-анальных резекций с низведением ободочной кишки на промежность с избытком, по нашему мнению, приводит к значительному растяжению сфинктерного аппарата низведенной кишкой, анальной инконтиненции, что, как следствие, ведет к значительному ухудшению отдаленных функциональных результатов лечения и качества жизни таких пациентов.

При раке верхней части нижеампулярного отдела прямой кишки мы выполняем супернизкую переднюю резекцию с формированием аппаратного анастомоза эвагинированным способом (68 операций — 16,4%). В случаях рака нижней части нижеампулярного отдела прямой кишки без вовлечения наружного сфинктера выполняем интерсфинктерную резекцию (проктэктомия), которая сопровождается удалением внутреннего сфинктера, иногда части наружного сфинктера, сфинктеропластики или сфинктеролеваторопластики с формированием первичного колоперианального анастомоза (94 операции — 22,7%). И, наконец, при раке нижеампулярного отдела прямой кишки с поражением наружного сфинктера мы по-прежнему выполняем брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием противоестественного заднего прохода на передней брюшной стенке (48 операций — 11,6%).

При выполнении всех операций по поводу рака прямой кишки мы всег-

да пересекаем нижнюю брыжеечную артерию и нижнюю брыжеечную вену с формированием трансплантата для низведения вплоть до нисходящей ободочной кишки (участка с надежным кровоснабжением). Кроме того, все операции при средне- и нижеампулярном раке прямой кишки сопровождаются тотальной мезоректумэктомией. Выполнение низких и супернизких передних резекций прямой кишки всегда сопровождается формированием привентивной колостомы в правом или левом подреберье, которая устраняется через 2 мес после основной операции.

Так, формирование анастомозов при выполнении передних резекций прямой кишки нами осуществлялось как ручным способом, так и путем применения циркулярных сшивающих аппаратов (у 64 пациентов из 90). При выполнении 114 низких передних резекций прямой кишки нами применен аппарат для формирования циркулярных анастомозов в 70 случаях, а в последнее время (у 48 пациентов из вышеперечисленных) перед применением циркулярного аппарата для формирования анастомоза мы использовали аппарат «Контур» для пересечения и одноментного формирования культи прямой кишки. При выполнении 26 операций Дюамеля для формирования культи прямой кишки мы использовали линейные степлеры. Таким образом, современные сшивающие аппараты были применены у 228 пациентов.

При выполнении сфинктерсохраняющих операций для качественного формирования анастомозов мы строго придерживались нескольких правил:

1. Анастомозируемые участки должны адекватно кровоснабжаться.
2. При подготовке анастомозируемых площадок необходимо тщательное удаление жировых подвесок и клетчатки мезоректум для обеспечения соприкосновения однородных тканей стенок кишки в зоне анастомоза.
3. Необходимо осуществлять правильный выбор диаметра применяемого аппарата, который обеспечивает адекватное сопоставление анастомозируемых концов кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Внедрение в практику современных методов предоперационной диагностики рака прямой кишки позволило доказательно, объективно определить показания к выполнению сфинктерсохраняющих операций. На основании ультразвукового сканирования еще до операции у 162 больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки удалось объективно доказать отсутствие опухолевого поражения сфинктера или его частичное поражение, что позволило выполнить в указанных случаях операции с полным либо частичным

(гемирезекция сфинктера) сохранением сфинктерно-леваторного аппарата прямой кишки.

В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: несостоятельность анастомоза в 11 случаях (2,7%) (у 9 больных несостоятельность супернизкого колоректального анастомоза, сформированного аппаратом для формирования циркулярных анастомозов, в 1 случае недостаточность внутрибрюшного анастомоза и в 1 случае — несостоятельность культи прямой кишки после операции Дюамеля. 10 осложнений удалось устранить консервативными мероприятиями за счет адекватного дренирования пресакрального пространства, при недостаточности внутрибрюшного анастомоза отмечали развитие перитонита; нагноение послеоперационной раны у 8 пациентов (1,9%), пневмония у 5 больных (1,2%), осложнения со стороны мочевыводящих путей у 22 больных (5,3%), острый инфаркт миокарда с тромбоэмболией легочной артерии у 4 больных (0,9%). Всего послеоперационные осложнения отмечались у 45 больных, что составило 10,9%.

Умерло в послеоперационном периоде 8 больных (1,9%): 1 с развитием перитонита на фоне несостоятельности анастомоза, 1 с развитием тотального нагноения послеоперационной раны с формированием флегмоны передней брюшной стенки, 2 — с печеночной недостаточностью на фоне цирроза печени и 4 — с инфарктом миокарда и тромбоэмболией легочной артерии.

Рецидивы наблюдались в 20 случаях (4,8%) при выполнении сфинктерсохраняющих операций и в 4 случаях (0,9%) при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Таким образом, мы предлагаем алгоритм лечения больных раком прямой кишки:

- при раке ректосигмоидного и вышеампулярного отделов прямой кишки — передняя резекция с формированием анастомоза ручным или аппаратным способом;
- при раке среднеампулярного отдела прямой кишки — низкая или супернизкая передняя резекция прямой кишки с формированием привентивной колостомы;
- при раке верхней части нижеампулярного отдела прямой кишки — супернизкая передняя резекция прямой кишки с формированием привентивной колостомы при стадии опухоли T₂₋₃, высокой степени дифференцировки и распространении опухоли не ниже 3 см от зубчатой линии;
- при раке нижней части нижеампулярного отдела прямой кишки — интерсфинктерная резекция с удалением внутреннего сфинктера, части наружного сфинктера, сфинктеропластики или сфинктеролеваторопластики и фор-

мированием первичного колоперианального анастомоза (проктэктомия),

- при раке нижней части нижеампулярного отдела прямой кишки с поражением наружного сфинктера — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Применение современных диагностических технологий позволяет на пре-

доперационном этапе четко и достоверно определить степень местного распространения опухоли прямой кишки;

2. Выполнение сфинктерсохраняющих операций при улучшении качества жизни больных не ведет к увеличению числа местных рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкасов С.И., Царьков П.В. (1998) О работе 3 Всероссийской конференции колопроктологов «Актуальные проблемы колопроктологии» и пленума

правления Всероссийского научно-медицинского общества онкологов Росс. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 8(2): 69–71.

2. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Золотухин С.Э. и др. (1998) Выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака ее нижеампулярного отдела, распространяющегося на заднепрямой канал. Клиническая хирургия, 5: 13–15.

3. Двойрин В.В., Аксель Е.М. (1992) Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России в 1990 году. Вопросы онкологии, 38(12): 1413–1483.

4. Bolin S. (1988) Carcinoma of the colon and rectum. Cancer, 61(10): 1990–2008.

5. Boring C.C. et al. (1992) Cancer statistics. CA, 42(1): 19–38.

Хірургічна тактика у лікуванні хворих на рак прямої кишки

А.А. Шудрак, Є.І. Уманець, Є.В. Цема, В.С. Нечай, А.П. Біба
Головний військово-медичний клінічний центр «Головного військового клінічного шпиталю» МО України, Київ

Резюме. Нами виконано 414 сфинктерозберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки. При пухлинах верхньої і середньоампулярного відділу прямої кишки (204 або 49,2% хворих) ми виконували передню і низьку передню апаратну резекцію прямої кишки. При раку верхньої частини нижньоампулярного відділу прямої кишки (68 або 16,6% хворих) ми виконували супернизьку передню резекцію з евагінованим апаратним анастомозом. При раку нижньої частини нижньоампулярного відділу прямої кишки (94 або 22,7% хворих) — інтерсфинктерну резекцію із сфинктеро- або сфинктеролеваторопластикой. При раку нижньоампулярного відділу прямої кишки з ураженням сфинктера (48 або 11,6% хворих) — черевно-промежну екстирпацію прямої кишки. В післяопераційний період у 45 (10,9%) хворих виникли ускладнення: неспроможність анастомозу — 11 (2,7%). Померло в післяопераційний період 8 (1,9%) хворих. Місцевий рецидив виник у 20 (4,8%) хворих при виконанні сфинктерозберігаючої операції і у 4 (0,9%) — при черевно-промежній екстирпації прямої кишки.

Ключові слова: рак прямої кишки, хірургічне лікування, сфинктерозберігаючі операції.

Surgical tactics in treatment cancer of rectum

A.A. Shudrak, O.I. Umanets, E.V. Tsema, V.S. Nechaj, O.P. Biba
The Main military and medical clinical center of the Main military clinical hospital of MD of Ukraine, Kiev

Summary. 414 spincter-saved operations in the patients with cancer of rectum we have performed. Anterior resection and low anterior stapler resection of rectum we have performed in 204 (49.2%) patients with cancer of upper-third and middle-third of rectum. Lowest anterior resection of rectum with evagination-stapler anastomosis we have performed in 68 (16.6%) patients with cancer of upper part of low-third rectum. Intersphincteral resection with sphincteroplasty or sphincterolevatoroplasty we have performed in 94 (22.7%) patients with cancer of low part of low-third rectum. Abdominoperineal extirpation of rectum we have performed in 48 (11.6%) patients with cancer of low-third rectum with lesion of external anal sphincter. 45 (11.6%) patients in postoperative period have complications: fallacy of anastomosis — 11 (2.7%) patients. 20 (4.8%) patients have local-regional recurrence after sphincter-saved operations and 4 (0.9%) patients — after abdominoperineal extirpation of rectum.

Key words: cancer of rectum, surgical treatment, sphincter-saved operations.