

УДК 616.351-006.6-089

А.А. Биленко, А.А. Машуков, *А.Г. Лурин, *А.Н. Згура

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Одесский национальный медицинский университет
Одесский областной онкологический диспансер, Одесса, Украина

Реферат. В статье рассматриваются различные варианты хирургического лечения больных раком прямой кишки. Всего по поводу рака прямой кишки оперировано 1613 больных. У 582 имелся рак нижнеампулярного отдела, из них 374 пациента перенесли брюшно-анальную резекцию прямой кишки (летальность – 3,2%), 208 – различные модификации нижних передних резекций (летальность – 3,8%).

Сделан вывод о том, что оценка сосудистой архитектоники ободочной кишки дает возможность минимизировать частоту развития некроза низведенной кишки в ходе брюшно-анальной резекции, а своевременная активная хирургическая тактика лечения некроза низведенной кишки позволяет ее ренизвести и сохранить сфинктерный аппарат прямой кишки.

Альтернативной операцией при раке нижнеампулярного отдела является низкая передняя резекция, которая должна дополняться протективной колостомой.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-анальная резекция прямой кишки, низкая передняя резекция.

Рак прямой кишки (РПК) относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям, которым ежегодно в мире заболевают 500 – 600 тысяч человек, причем уровень заболеваемости продолжает расти.

В Украине количество заболевших РПК в 2010 г. составило 9267 (20,16 человек на 100000 населения), смертность – 12,25 человек на 100000 населения [1]. Интенсивный рост заболеваемости, отсутствие ощутимых успехов в увеличении показателей выживаемости больных, а также высокий уровень инвалидизации пациентов обуславливает актуальность рассмотрения вопросов, однако из важнейших методов лечения РПК – хирургического. Особый интерес представляет в этой связи анализ лечения больных нижнеампулярным раком, несмотря на то, что эта тема уже многократно освещена в ряде публикаций [3, 4].

На сегодняшний день не подвергается сомнению возможность и целесообразность выполнения сфинктерсохраняющих операций (ССО) при указанной локализации. Большинство онкохирургов считают, что операцией выбора при этом должна быть брюшно-анальная резекция прямой кишки, как основной компонент комплексного лечения РПК. Данная операция удовлетворяет требованиям онкологического радикализма и обеспечивает большинству больных сносную анальную континенцию. В то

же время, в литературе появляется все больше публикаций, в которых анализируется опыт выполнения так называемых низких передних резекций при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки [2, 5].

Целью нашей публикации явилось стремление поделиться опытом хирургического лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки в отделении абдоминальной онкохирургии Одесского областного онкологического диспансера, который является клинической базой кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии Одесского национального медицинского университета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

С 1996 по 2011 год в отделении абдоминальной онкохирургии Одесского областного онкологического диспансера выполнено 1613 операций по поводу рака прямой кишки. В послеоперационном периоде умерли 44 больных, летальность – 3,1%. У 824 пациентов была произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки (24 больных умерли, летальность – 2,9%), 331 пациенту произведена передняя резекция прямой кишки (в 13-ти наблюдениях – летальный исход, летальность – 4,0%), 277 больных перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (10 больных умерли, летальность

– 3,6%), и у 181 выполнена обструктивная резекция по Гартману (умерли 2 больных, летальность – 1,1%). Из указанного числа пациентов в 582 случаях оперативное лечение было произведено по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. Характер выполненных оперативных вмешательств и их непосредственные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Характер оперативных вмешательств и их непосредственные результаты при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки

Вид операции	Количество больных	Летальность
Брюшно-анальная резекция	374	12 (3,2%)
Низкая передняя резекция	208	8 (3,8%)
Всего	582	20 (3,4%)

Брюшно-анальная резекция прямой кишки выполнялась с демукозацией анального канала и низведением сигмовидной, либо нисходящего отдела ободочной кишки в зависимости от сосудистой архитектоники брыжейки левых отделов кишки. В большинстве случаев при мелкопетлистом типе строения сосудов брыжейки мобилизация левых отделов ободочной кишки сопровождалась высокой перевязкой нижней брыжеечной артерии и вены, мобилизацией селезеночного изгиба ободочной кишки, что обеспечивало достаточную длину жизнеспособного трансплантата. Жизнеспособность низводимой кишки интраоперационно оценивалась органолептически (цвет серозной оболочки, пульсация сосудов брыжейки, капиллярное кровотечение при пересечении жировых подвесков низводимой кишки).

Следует отметить, что мониторинг жизнеспособности низведенной кишки должен быть продолжен в течение первых 2-3 суток после операции на основании оценки состояния избытка низведенной через анальный канал. В случае гладкого течения послеоперационного периода данный избыток иссекается под местным обезболиванием через 11 – 13 суток после операции с формированием узловыми кетгутыми швами колоанального анастомоза.

По данной методике были оперированы 374 больных, послеоперационная летальность составила 3,2%.

Низкие передние резекции выполнялись при расположении нижнего края опухоли на расстоянии ниже 6 см от анального канала. Указанные

вмешательства были выполнены у 208 больных. После операции погибли 8 пациентов (3,8%), причем у 6 из них развитие осложнения было обусловлено явлениями несостоятельности швов сигморектального анастомоза. У 87 больных сигморектальный анастомоз формировался «ручным» методом, то есть двухрядными узловыми швами (внутренний ряд – «викрил 3/0»).

Возможность формирования анастомоза при низкой передней резекции часто ограничена длиной культи прямой кишки и особенностями анатомии таза. В этой ситуации нередко спасительной оказывается наданальная резекция по методике Донецкого областного противоопухолевого центра, когда короткая культя прямой кишки эвагинируется в промежность, через нее низводится сигмовидная кишка, формируется низкий сигморектальный анастомоз и затем вправляется в пресакральное пространство. По первой методике прооперировано 87 больных (4 больных умерли, 3 из них – в связи с развившейся несостоятельностью швов анастомоза). По второй (наданальной) методике операция выполнена у 57 больных (3 пациента умерли, из них 2 – в связи с несостоятельностью швов анастомоза).

У 64 пациентов «низкий» сигморектальный анастомоз был сформирован с использованием циркулярного степлера Ethicon Endo-surgery, при этом умер один больной в связи с дефектом наложения аппарата и неадекватным контролем целостности резецированных колец стенок анастомозируемых кишечных петель (осложнение развилось во время освоения методики формирования аппаратных анастомозов).

АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Нами проведен анализ непосредственных результатов брюшно-анальных резекций прямой кишки при раке анального канала (таблица 2).

Таблица 2.

Характер послеоперационных осложнений при брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного отдела (n = 374)

Характер осложнений	Количество осложнений	Из них умерли
Некроз низведенной кишки на уровне анального канала	46	-
Некроз низведенной кишки выше верхнего края анального канала	24	4
Тазовая флегмона	11	3

Острая сердечно-сосудистая недостаточность	11	4
Острая дыхательная недостаточность	9	1
Всего:	101	12

Как следует из представленных в таблице 2 данных, из 101 развившегося в раннем послеоперационном периоде осложнения у 374 пациентов, перенесших брюшно-анальную резекцию прямой кишки, у 81 случае (80%) это было обусловлено развившимся в той или иной степени некрозом низведенной кишки. Тактика лечения данного осложнения нами определялась в зависимости от протяженности нарушения жизнеспособности кишки, которая оценивалась визуально по состоянию слизистой низведенной кишки, а при необходимости – с использованием колоноскопа. У больных с развившимся терминальным некрозом низведенной кишки, когда проксимальная граница некроза располагалась не выше верхнего края анального канала, данное состояние не несло угрозу развития тазовой флегмоны. В этих случаях предпочтение отдавалось консервативному ведению пациента (антибактериальная терапия, препараты, улучшающие реологические свойства крови, профилактика развития гипотонии). Следует отметить, что у данной группы больных характерным осложнением является развитие стриктуры анального канала. В связи с этим сразу после купирования гнойно-септических осложнений больным в амбулаторных условиях осуществлялось бужирование анального канала.

У 24 больных уровень некроза низведенной кишки распространился выше уровня верхнего края анального канала. Важно констатировать развитие данного осложнения в первые трое суток послеоперационного периода и выработать тактику оперативного лечения до потери стенки кишки герметичности и развития тазовой флегмоны.

У 16 пациентов длина трансплантата и уровень его терминального некроза позволил произвести донизведение ободочной кишки промежностным доступом и сформировать новый колоанальный анастомоз на уровне достоверно жизнеспособной кишки. У 8 пациентов значительная протяженность некроза не позволила выполнить это вмешательство и после ревизии низведенной кишки из промежностного доступа, больным из лапаротомного доступа было выполнено ренизведение ободочной кишки. В этой группе погибли 4 больных (1 – продолженный некроз с последующим развитием перитонита, 3 – острая сердечно-сосудистая недостаточность). У 11 пациентов отмечена несвоевременная диагностика некроза низведенной кишки с

развитием флегмоны таза. В данной группе производилась экстирпация низведенной кишки с формированием одноствольной колостомы и последующей интенсивной терапией гнойно-септических осложнений, которая у 3-х из 11 больных оказалась неэффективной.

Таким образом, некроз низведенной кишки при брюшно-анальной резекции прямой кишки является одним из наиболее частых и, в ряде случаев, жизнеугрожающих осложнений. Профилактика его развития требует тщательного анализа особенностей сосудистой архитектоники низводимой ободочной кишки, а мониторинг состояния жизнеспособности позволяет своевременно и адекватно бороться с развитием этого осложнения.

Альтернативой брюшно-анальной резекции при нижеампулярном раке в настоящее время рассматривается низкая передняя резекция. Особенностью этой операции является формирование толстокишечного анастомоза в условиях неблагоприятного кровоснабжения культи прямой кишки: поскольку оно осуществляется за счет лишь нижних прямокишечных сосудов, поэтому данное вмешательство всегда сопряжено с повышенным риском развития несостоятельности швов толстокишечного анастомоза. Количество несостоятельств швов толстокишечного анастомоза после низких передних резекций прямой кишки с учетом метода формирования анастомоза представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Количество несостоятельств швов толстокишечного анастомоза после низкой передней резекции с учетом метода формирования (n = 208)

Модификация низкой ПРПК	Количество	Количество НША	Из них умерли
«Ручной» толстокишечный анастомоз	87	5	2
Степлерный анастомоз	64	2	1
Наданальная резекция с эвагинационным формированием анастомоза	57	4	1
Всего	208	11 (5,2%)	4 (1,9%)

Следует отметить, что методика формирования сигморектального анастомоза при низкой передней резекции существенно не отразилась на частоте этого осложнения. В течение последних двух лет стандартным дополнением данного вида вмешательства считаем формирование двухствольной трансверзостомы, снижающей внутрикишечное давление в раннем послеоперационном периоде, что позволяет значитель-

но снизить риск развития несостоятельности швов анастомоза. Из 47 пациентов, оперированных по указанной методике, несостоятельность швов сигморектального анастомоза развилась у 1-го больного (2,1%), причем наличие протективной колостомы и адекватное дренирование пресакрального пространства позволило без значительных трудностей справиться с гнойно-септическими осложнениями. При неосложненном течении послеоперационного периода спустя 2 – 3 месяца после первой операции, трансверзостома устранялась путем высечения ее из брюшной стенки и формированием толстокишечного анастомоза в «3/4».

ВЫВОДЫ:

1. Учет сосудистой архитектоники ободочной кишки дает возможность минимизировать частоту развития некроза низведенной кишки в ходе брюшно-анальной резекции прямой кишки.
2. Ранняя оценка уровня некроза позволяет выбрать адекватный объем вмешательства: донизведение с сохранением сфинктерного аппарата прямой кишки.
3. Протективная трансверзостома при низких передних резекциях прямой кишки обеспечивает значительное снижение риска развития несостоятельности швов сигморектального анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюллетень национального канцер-регистра №12 – «Рак в Украине, 2009-2010». – С. 41 – 42.
2. Александров В.Б. Рак прямой кишки / В.Б. Александров – М.: Вузовская книга, 2001. – 208 с.
3. Бондарь Г.В. Применение брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака прямой кишки / Г.В. Бондарь, Г.Г. Псарас, М.В. Ярошенко // Клиническая хирургия. – К., 2000. – №2. – С. 41 – 43.
4. Бондарь Г.В. Низкая брюшно-анальная резекция в лечении больных раком прямой кишки / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Г.Г. Псарас, С.Е. Золотухин, А.В. Борота // Онкология. – 2002. – №1. – С. 59 – 61.
5. Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 376 с

*А.А. Біленко, А.А. Машуков, *А.Г. Лурич,
А.Н. Згура

ДО ПИТАННЯ ПРО

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ НИЖНЬОАМПУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ ПРЯМОЇ КИШКИ

*Одеський національний медичний
університет
*Одеський обласний онкологічний диспансер,
Одеса, Україна*

Реферат. У статті розглядаються різні варіанти хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки. Всього з приводу раку прямої кишки прооперовано 1613 хворих. У 582 був рак нижньоампулярного відділу, з них 374 пацієнти перенесли черевно-анальну резекцію прямої кишки (летальність – 3,2%), 208 – різні модифікації нижніх передніх резекцій (летальність – 3,8%).

Зроблено висновок про те, що оцінка судинної архітекtonіки ободової кишки дає можливість мінімізувати частоту розвитку некрозу зведеної кишки в ході черевно-анальної резекції, а своєчасна активна хірургічна тактика лікування некрозу зведеної кишки дозволяє її повторно звести і зберегти сфинктерний апарат прямої кишки.

Альтернативною операцією при раку нижньоампулярного відділу є низька передня резекція, яка повинна доповнюватися протективною колостоמוю.

Ключові слова: рак прямої кишки, черевно-анальна резекція прямої кишки, низька передня резекція.

Summary. In present update vary surgical approaches to rectal cancer patient management have been discussing. 1613 rectal cancer patients had been operated in Odessa cancer hospital were included into research. 582 patients had distal rectal cancer. 374 from among them underwent sphincter-sparing pull-through rectal resection (with mortality level 3,2%), 208 – different types of low anterior resection (with mortality level 3,8%). Authores show evidences that understanding of fundamental colon vascularisation principes provides solid ground to minimize transplantat necrosis rate in post-operative period after pull-through procedure. Active surgical approach in transplantat necrosis sets makes possible sphincter sparing by all means. Low anterior resection with preventive stoma has been considered as an appropriate option in distal rectal carcinoma patient.

Key words: rectal cancer, sphincter-sparing pull-through rectal resection, low anterior resection.