



Н.Н. Милица, Н.Д. Постоленко

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Ключові слова: рак прямої кишки, черевно-анальна резекція, сфінктерозберігаючі операції.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-анальная резекция, сфинктеросохраняющие операции.

Key words: rectal cancer, abdominal-anal resections, sphincter-saving operation.

Мета роботи полягала у вивченні безпосередніх результатів хірургічного лікування 143 пацієнтів з раком прямої кишки за останні 2 роки. При пухлинах ректосигмоїдного і верхньоампулярних відділів прямої кишки виконували передню резекцію з накладанням колоректального анастомозу. При пухлинах середньоампулярного відділу використовували низькі наданальні резекції з накладанням превентивної трансверзостоми. При пухлинах нижньоампулярного відділу прямої кишки останнім часом переважно використовують сфінктерозберігаючі операції – черевно-анальні резекції. Частота післяопераційних ускладнень склала 18,1%, післяопераційна летальність – 4,2%.

Целью работы явилось изучение непосредственных результатов хирургического лечения 143 пациентов с раком прямой кишки, проведенных в клинике за последние 2 года. При опухолях ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки выполняли переднюю резекцию с наложением колоректального анастомоза. При опухолях среднеампулярного отдела использовали низкие наданальные резекции с наложением превентивной трансверзостомы. При опухолях нижнеампулярного отдела прямой кишки в последнее время преимущественно используют сфинктеросохраняющие операции – брюшно-анальные резекции. Частота послеоперационных осложнений составила 18,1%, послеоперационная летальность – 4,2%.

The purpose of this work was the study of the direct results of the surgical treatment of 143 patients with rectal cancer, carried out in the clinic during last 2 years. In cases of rectosigmoid tumors and tumors of the upper-ampullar divisions of rectum front resection with the imposition of colorectal anastomosis was performed. In cases of tumors of middle-ampullar division low resections with the imposition of preventive colostomy were used. In cases of tumors of the low-ampullar division of rectum recently the abdominal-anal resections are predominantly used. The frequency of postoperative complications is 18,1%, postoperative lethality - 4,2%.

В Україні рак прямої кишки займає 5 місце в структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями, а в деяких країнах (США, Англія, Франція) він зустрічається частіше (2–3 місце) [1,4,7,8].

Отримані результати ефективності нових протипухлинних препаратів (кампто, елоксатин, кселода) свідчать про перспективність хіміотерапії у пацієнтів з колоректальним раком і не можуть конкурувати з хірургічним методом лікування, який на сьогодні залишається основним і єдиним способом, що дозволяє сподіватися на радикальне лікування [2,3,5].

В наші часи серед основних принципів хірургічного лікування раку прямої кишки, наряду з питаннями радикального видалення пухли (мезоректумектомії), покращення показників віддалених результатів хірургічного лікування, стоїть не менш важливий питання: реабілітація і покращення якості життя пацієнтів [1,3]. Особливо це стосується пацієнтів трудоспроможного віку [6,7].

Не можна не виділити наметившуся світову еволюцію поглядів на можливість збереження сфінктера при нижньоампулярній локалізації пухли [2,3]. Дослідження останніх років показали рівний радикалізм сфінктеросохраняючих резекцій і екстирпацій прямої кишки, незалежно від локалізації пухли [4,6,7].

Хірургічні втручання на прямій кишці відносяться до одних з найбільш складних в абдомінальній онкології і супроводжуються високою частотою післяопераційних ускладнень і летальності – 14,6–42,7% і 1–15,9% відповідно [5,7,8].

В зв'язі з цим, питання про покращення результатів хірургічного лікування раку прямої кишки не втрачає своєї актуальності і в наші часи.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение и анализ непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки, проведенного в клинике за последние 2 года.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2009 по 2010 г. в клинике хирургии и проктологии ЗМАПО прооперированы 143 пациента с раком прямой кишки. Из них 79 (55,2%) мужчин и 64 (44,8%) женщины.

Возраст больных – от 46 до 81 года (в среднем 63,5 года). Доля больных старше 60 лет составила 61,9%.

Распределение больных по локализации опухоли представлено в табл. 1.

Таблица 1

Локализация опухоли у больных с раком прямой кишки

Локализация	Количество	Удельный вес (%)
Ректосигмоидный отдел	24	16,8%
Верхнеампулярный отдел	25	17,5%
Среднеампулярный отдел	45	31,3%
Нижнеампулярный отдел	42	29,3%
Анальный канал	7	5,1%
Всего	143	100

Как видно из представленных данных, более чем в 65% случаев опухоль локализовалась в дистальных отделах прямой кишки.



Среди 143 пациентов местная распространенность опухолевого процесса соответствовала T4 – у 28 (24,7%) больных, T3 – у 94 (66,7%) пациентов, у 21 больного (8,6%) отмечали опухоль T1-2. У 33,6% пациентов обнаружены метастазы в регионарные лимфатические узлы, у 18,1% – отдаленные метастазы.

В категории G (степень дифференцировки раковых клеток) больные распределились следующим образом: G1-аденокарцинома с высокой степенью дифференцировки раковых клеток выявлена в 11,2%, G2-умеренно дифференцированная аденокарцинома – 69,6% случаев, G3-низкодифференцированная – 14,3% случаев и в 4,9% – недифференцированный рак.

Наиболее часто у 91 больных (63,4%), отмечена смешанная форма роста опухоли. Реже выявлены эндофитная форма – 32 пациента (23,6%). Экзофитные опухоли отмечены только у 20 (13%) пациентов.

Гистологические формы рака прямой кишки в 77,7% случаев представлены аденокарциномой различной степени дифференцировки, в 18,2% в препарате была слизистая аденокарцинома, в 4,1% – недифференцированный рак.

У 77 (53,6%) пациентов с раком прямой кишки отмечены осложнения опухолевого процесса. Наиболее частое осложнение – кровотечение из опухоли – отмечено у 46 больных. Кишечная непроходимость различной степени выраженности диагностирована у 21 пациента, параколитические абсцессы наблюдали у 7 больных, прорастание опухоли в параректальную клетчатку с образованием парапроктита – у 3 пациентов.

Сопутствующие заболевания отмечены у 90 (63,1%) пациентов. Наиболее часто 69,7% выявлена хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь – 21,6%, церебросклероз атеросклеротический – 13,7%, хронические неспецифические заболевания легких – 13,1%, хронические заболевания печени и желчных путей – 3,9%.

У пациентов с раком прямой кишки пользовались современными принципами лечения:

- выполнение тотальной мезоректальной эксцизии;
- оптимизация стадирования;
- мультидисциплинарный подход в выборе тактики лечения.

При опухолях ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки выполняли переднюю резекцию прямой кишки с наложением колоректального анастомоза.

При опухолях среднеампулярного отдела прямой кишки наиболее часто использовали низкие наданальные резекции (низкую переднюю или субтотальные брюшно-наданальные резекции), с наложением превентивной трансверзостомы.

При опухолях нижнеампулярного отдела преимущественно использовали сфинктеросохраняющие операции: брюшно-анальные (интрасфинктерные) резекции прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 143 больных раком прямой кишки у 101 (71,8%) выполнены хирургические вмешательства в радикальном объеме. У 32 (21,4%) пациентов выполнены паллиативные операции. Резектабельность составила 68,9%.

В связи с распространением опухолевого процесса на другие органы и анатомические структуры, у 19 (13,2%) больных ра-

ком прямой кишки выполнены комбинированные оперативные вмешательства с удалением матки с придатками (9 случаев), резекцией тонкой кишки (6), мочевого пузыря (4).

У больных с локализацией опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки выполняли брюшно-анальную (интрасфинктерную) резекцию прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал и наложением колоанального настомоза (47 больных) или брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием колостомы на передней брюшной стенке (1 пациент).

При выполнении брюшно-анальной резекции особое внимание уделено формированию трансплантата из ободочной кишки для низведения на промежность. При этом широко мобилизовали нисходящую кишку с селезеночным изгибом, пересекали нижнебрыжеечную артерию и вену с сохранением левой ободочной артерии.

Успех брюшно-анальной резекции прямой кишки во многом зависит от искусства оперирующего хирурга при формировании трансплантата. Здесь нет стандартных ситуаций, каждый пациент – это индивидуальность архитектоники сосудов, длины ободочной кишки и ее брыжейки. Вариантов формирования трансплантата много, однако всегда нужно выбрать наиболее подходящий данному пациенту [2–4]. Важным моментом является создание резерва длины «низводимой» кишки во избежание развития наиболее грозного послеоперационного осложнения брюшно-анальной резекции – ее некроза. В подавляющем большинстве случаев (более 80%) это осложнение удается ликвидировать с помощью «донизведения» ободочной кишки промежностным доступом именно за счет резерва длины [2,4].

По нашему опыту и мнению других авторов [1,4], частичная или полная кишечная непроходимость не является препятствием для сфинктеросохраняющих операций. Методики аспирации кишечного содержимого по назоинтестинальному зонду и отмывания толстой кишки на операционном столе позволяют при полной кишечной непроходимости опорожнить приводящую кишку и выполнить сфинктеросохраняющую резекцию с низведением ободочной кишки.

Низведение ободочной кишки с предварительной демукозацией анального канала, леваторосфинктеропластика, формирование первичного колоанального анастомоза уже в раннем послеоперационном периоде приводит к хорошим функциональным результатам. Применение в последующем индивидуальной диеты, комплекса физических упражнений для мышц промежности и брюшного пресса, гидромассаж позволяют добиться окончательной реабилитации пациентов [2,7,9].

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки операцией выбора являлась низкая наданальная резекция (низкая передняя или субтотальная брюшно-наданальная резекция), с наложением превентивной трансверзо- или илеостомы для профилактики несостоятельности анастомоза. Данное оперативное вмешательство проведено у 42 больных. При этом превентивная стома наложена у 27 пациентов. Считаем целесообраз-



ным формировать трансверзостому на правой половине поперечно-ободочной кишки из транс- или параректального доступа, тем самым исключая возможность натяжения левой половины ободочной кишки, снижая степень натяжения на наданальный анастомоз, снижая также риск его несостоятельности. Закрытие стомы осуществляли через 4–6 недель после контрольной колоноскопии по одной из общепринятых методик. Противопоказанием к выполнению низкой наданальной резекции служили осложнения рака среднеампулярного отдела перифокальным воспалением с образованием абсцессов и свищей. При наличии данного осложнения выполнены 3 операции типа Гартмана.

У 5 больных выполнено наложение анастомоза между низведенной кишкой и оставшимся участком прямой кишки путем «выворачивания» культи прямой кишки, низведения через ее просвет ободочной, наложения соустья по типу «конец в конец» со стороны промежности с последующим погружением в полость малого таза.

Передняя резекция прямой кишки выполнена у 55 пациентов при расположении опухоли в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах. При этом, от нижнего края опухоли отступали не менее 5 см, а от верхнего полюса – на 12–15 см выше.

При «высоких» передних резекциях обычно формировали двухрядный анастомоз по типу «конец в конец», при «низких» передних резекциях анастомоз накладывали с помощью сшивающих аппаратов.

В послеоперационном периоде проводили мониторинг концентрации РЭА и СА-19 в сыворотке крови, с целью определения рецидива и оценки прогноза заболевания. Кроме того, изучали прогностические молекулярно-биологические маркеры (CD31, VEGF, p53, Ki-67) в конкретной опухоли для оценки риска метастазирования, чувствительности и резистентности к современной химиотерапии.

Структура послеоперационных осложнений представлена в табл. 2.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения у больных раком прямой кишки

Послеоперационные осложнения	Количество	%	Умерло
Несостоятельность колоректального анастомоза	5	3,4	2
Некроз низведенной кишки	6	4,1	2
Ретракция колостомы	3	2,1	
Гнойно-воспалительные осложнения	17	11,8	3
Сердечно-сосудистая недостаточность	2	1,05	2
Итого	33	18,1	9 (4,2%)

Как видно из данных табл. 2, несостоятельность колоректального анастомоза при передней резекции прямой кишки

выявлена у 5 (3,4%) больных. Всем пациентам, в связи с развитием перитонита, выполнена релапаротомия с выведением одноствольной колостомы и санацией брюшной полости. Умерли 2 больных с несостоятельностью колоректального анастомоза и развитием перитонита.

Некроз низведенного участка ободочной кишки возник у 6 больных. Пятерым из них наложена превентивная трансверзостома, которую ликвидировали через 3 месяца. У одного больного, в связи с продолжительным участком некроза, выполнена его резекция с выведением одноствольной колостомы. Ретракция колостомы произошла у 3 больных и была ликвидирована рестомированием.

Двое пациентов после брюшно-анальной и передней резекции умерли, в связи с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ВЫВОДЫ

Выбор метода хирургического лечения рака прямой кишки зависит от локализации и вида опухоли, распространенности процесса, наличия осложнений заболевания.

Расширение показаний к выполнению брюшно-анальных резекций позволило избежать нефункциональных операций и дало возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих вмешательств с низведением ободочной кишки, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башеев В.Х. Оптимізація тактики лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.07 / Башеев В.Х.; Дон. держ. мед. університет. – Донецьк, 2003. – 32 с.
2. Бондарь Г.В. Отдаленные результаты лечения проксимального отдела рака прямой кишки / Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Башеев В.Х. // Клинічна хірургія. – 2005. – №1. – С. 21–23.
3. Мельников О.Р. Диагностика, клиника и лечение рака анального канала / Мельников О.Р. // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3, №2. – С. 136–144.
4. Бондарь Г.В. Пути расширения показаний к органосохраняющим операциям при раке прямой кишки / Г.В. Бондарь, Ю.И. Яковец, В.Х. Башеев и др. // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2000. – №4. – С. 464–468.
5. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Болхана. – 2006. – Т. 17, №3. – Приложение 1. – 132 с.
6. Барсуков Ю.А. Сфинктеросохраняющие операции при комбинированном лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки / Ю.А. Барсуков, В.И. Кныш, Г.В. Голдобенко и др. // Российский онкологический журнал. – 2000. – №5. – С. 18–22.
7. Бондарь Г.В. Циторедуктивные резекции при раке прямой кишки / Г.В. Бондарь, Ю.И. Яковец, В.Х. Башеев и др. // Онкология. – 2008. – Т. 10, №1. – С. 119–124.
8. Чеканов М.Н. Хирургические методы реконструкции аноректальной области: автореф. дисс. ... д-ра мед. н. / Чеканов М.Н. – Новосибирск, 2005. – 32 с.
9. Шалимов С.А. Современные направления в лечении колоректального рака / Шалимов С.А., Колесник Е.А., Гриневич Ю.А. – К., 2005. – 112 с.

Сведения об авторах:

Милица Н.Н., д. мед. н., профессор, зав. каф. хирургии и проктологии ЗМАПО.

Постоленко Н.Д., к. мед. н., ассистент каф. хирургии и проктологии ЗМАПО.

Адрес для переписки:

Милица Николай Николаевич, г. Запорожье, пр-т Ленина, д. 171, кв. 60.

Тел.: (061) 224 37 25.