

Г.В. Бондарь
В.Х. Башеев
Г.Г. Псарас
С.Э. Золотухин
А.В. Борота
Е.А. Колесник
М.В. Ярошенко
С.Д. Васильев

Донецкий областной
противоопухолевый центр, Донецк

Институт онкологии
АМН Украины, Киев, Украина

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

НИЗКАЯ БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 288 больных раком верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки (ПК), которым за период 1975–2000 гг. произведена низкая брюшно-анальная резекция ПК по разработанному авторами способу. Описана техника низкой брюшно-анальной резекции ПК. Наиболее часто, в 84,4% случаев, опухоль гистологически имела строение аденокарциномы. Сопутствующие заболевания отмечены у 155 (53,8%) больных. Интраоперационные осложнения не возникали. Получены удовлетворительные непосредственные результаты лечения, частота развития послеоперационных осложнений составила 10,7%, послеоперационная летальность – 1,7%. В структуре послеоперационных осложнений преобладали осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, свертывающей системы крови. Получены удовлетворительные функциональные и отдаленные результаты лечения.

В структуре онкологической заболеваемости в Украине рак прямой кишки (ПК) занимает одно из основных мест [2, 3, 6, 9]. На долю рака проксимальных отделов ПК, по данным отдельных авторов, приходится около 50–60% случаев [2, 5]. До настоящего времени основным методом лечения рака ПК, позволяющим надеяться на излечение больного, остается хирургический [2, 4, 6]. Выбор вида оперативного вмешательства определяется целым рядом факторов, главным из которых является локализация опухоли. При раке ректосигмоидного отдела ПК общепринятым видом хирургического вмешательства является внутрибрюшная резекция [7] с наложением анастомоза, однако нередко применяют и операции Гартмана. При раке верхнеампулярного отдела чаще используют внутрибрюшную резекцию или брюшно-анальную резекцию ПК [9, 10]. При локализации же опухоли в среднеампулярном отделе ПК, как правило, выполняют различные варианты брюшно-анальной резекции с низведением ободочной кишки на промежность [2, 9]. При осложненном раке приведенных выше отделов ПК (кишечная непроходимость, перфорация опухоли с развитием перитонита) и/или при интраоперационных осложнениях (вскрытие просвета кишки) практически всегда выполняют обструктивные резекции кишки – операции Гартмана и Иноятова ввиду высокого риска развития несостоятельности швов анастомоза. Выполнение внутрибрюшной резекции с использованием как ручного, так и механического шва технически сложно при узком тазе и локализации опухоли в верхне-, среднеампулярном отделе ПК. Кроме того, использование внутрибрюшной резекции с наложением анастомоза при наличии осложненного рака нецелесообразно ввиду угрозы развития несостоятельности швов анастомоза. Частота развития этого осложнения после внутрибрюшной резекции зависит от уровня наложения анастомоза: у большинства больных несостоятельность швов наблюдается

при наложении низкого анастомоза [8]. Брюшно-анальная резекция ПК также сохраняет естественный пассаж каловых масс, однако после ее выполнения у многих больных отмечается развитие анальной инконтиненции различной степени выраженности в результате возможных нарушений целостности анатомических структур, составляющих замыкательный аппарат ПК, и хронического перерастяжения сфинктеров низведенной кишкой и ее брыжейкой, помещенных в анальный канал [2]. Для восстановления анальной инконтиненции после этих операций требуется значительное время [10].

Нами разработан и внедрен в практику способ низкой брюшно-анальной резекции, который исключает возможность развития приведенных выше осложнений. При этом сохранение целостности замыкательного аппарата ПК достигается пересечением стенки ПК выше внутреннего сфинктера, а перерастяжение сфинктеров – путем уменьшения толщины тканей, помещаемых в анальном канале в результате иссечения мышечно-адвентициального футляра эвагинированной культи ПК. Надежность сформированного анастомоза (даже при наличии осложненного рака) обеспечивается широкой площадью соприкосновения срастаемых поверхностей, технической простотой его наложения и возможностью визуального контроля за наложением швов. Расположение анастомоза вне брюшной полости снижает вероятность инфицирования органов малого таза при кишечной непроходимости и других осложнениях, которые могут как сопутствовать заболеванию, так и возникать в послеоперационный период.

Основные этапы операции отражены на рисунке. После мобилизации с помощью общепринятых методов ПК до мышц тазового дна формируют трансплантат для низведения на промежность. ПК выше и ниже опухоли дважды прошивают с помощью аппарата и пересекают, препарат удаляют (рис., а). Через

ОБМЕН ОПЫТОМ

анальный канал культю ПК выворачивают на промежность (рис., б), циркулярно рассекают слизистую оболочку у внутреннего края анального канала и препарируют в дистальном направлении, затем отсекают отделенную от слизистой оболочки анального канала культю ПК вместе с параректальной клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами на уровне перехода мышечных слоев культи ПК в сфинктер (рис., в). Низводят в оставшуюся вывернутую слизистую оболочку анального канала ободочную кишку и фиксируют к ней отдельными кетгутовыми швами (рис., г). Через 12–14 дней избыток низведенной кишки отсекают на уровне фиксации слизистой оболочки анального канала (рис., д). Узловыми кетгутовыми швами сшивают слизистую оболочку анального канала со слизистой оболочкой ободочной кишки, после чего линию анастомоза инвагинируют в полость малого таза (рис., е) [9].

В данной статье обобщены результаты хирургического лечения 288 больных раком средне- и верхнеампулярного отделов ПК, которым в Донецком областном противоопухолевом центре была выполнена низкая брюшно-анальная резекция ПК по вышеописанному способу. Из них мужчин было 107 (37,1%), женщин — 181 (62,9%), у основной части больных диагностирован опухолевый процесс II–III стадии. Гистологическая структура опухоли представлена в табл. 1, данные которой свидетельствуют, что наиболее часто у оперированных больных опухоль имела строение аденокарциномы различной степени дифференцировки. У 34 (11,8%) больных была экзофитная форма роста опухоли, у 91 (31,6%) — эндофитная, у 163 (56,6%) — смешанная.

Из данных табл. 2 видно, что в 212 (73,6%) случаях больные оперированы в возрасте старше 50 лет. По нашему мнению, именно этим обусловлен высокий процент сопутствующей патологии у наших пациентов. Так, сопутствующие заболевания отмечены у 155 (53,8%) оперированных больных. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто наблюдалась патология сердечно-сосудистой системы (42,3%) (табл. 3). Комбинированное и комплексное лечение как в до-, так и послеоперационный период, получали 58,9% больных.

При выполнении оперативных вмешательств интраоперационных осложнений отмечено не было. В послеоперационный период осложнения отмечены у 31 (10,7%) больного. В структуре послеоперационных осложнений преобладали осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и нарушения со стороны свертывающей системы крови. Летальные исходы после выполнения низких брюшно-анальных резекций были отмечены в 5 (1,7%) случаях. Непосредственные результаты лечения значительно лучше, чем приведенные в литературе показатели послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении рака проксимальных отделов ПК [1, 4, 5, 7, 8, 10].

Функциональные результаты хирургического лечения рака ПК у больных, перенесших низкую брюшно-анальную резекцию, изучали методом анкетного опроса и сфинктерометрии [1]. Установлено, что через 1 мес после оперативного вмешательства у всех больных отмечается удержание жидких каловых масс и газов, в то время как у больных, перенесших брюшно-анальную резекцию по классиче-

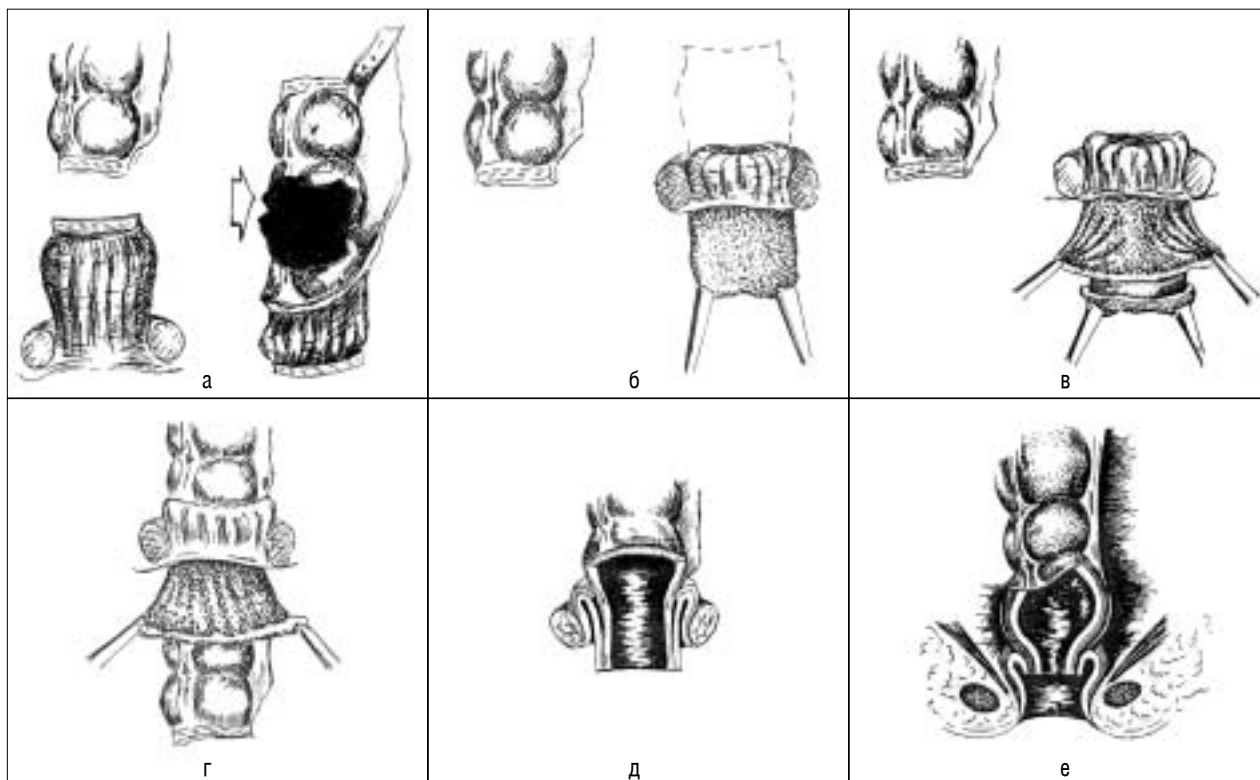


Рисунок. Этапы выполнения низкой брюшно-анальной резекции ПК

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от гистологической структуры опухоли

Гистологическая структура опухоли	Количество больных	
	Абс. число	%
Аденокарцинома, в том числе	243	84,4
высокодифференцированная	174	60,4
умереннодифференцированная	31	10,8
низкодифференцированная	38	13,2
Недифференцированный рак	17	5,9
Слизистый рак	28	9,7

Таблица 2

Распределение больных по возрасту

Возраст больных (лет)	Количество больных	
	Абс. число	%
До 30	5	1,7
30–39	19	6,6
40–49	52	18,1
50–59	112	38,9
60–69	79	27,4
70 и старше	21	7,3
Всего	288	100,0

Таблица 3

Структура сопутствующей патологии у больных в зависимости от возраста

Сопутствующее заболевание	Возраст больных (лет)					Всего
	30–39	40–49	50–59	60–69	70 и старше	
Атеросклеротический кардиосклероз	0	0	9	11	11	31
Гипертоническая болезнь	0	3	12	13	3	32
Ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз	0	0	1	1	1	3
Хронический бронхит	0	3	8	4	0	15
Туберкулез легкого	0	0	2	3	0	5
Хронический холецистопанкреатит	0	5	8	6	2	21
Хронический пиелонефрит	3	6	6	8	0	23
Пептическая язва двенадцатиперстной кишки	0	3	4	4	2	13
Прочие	3	2	3	3	1	12
ИТОГО	6	23	53	53	20	155

ской методике (брюшно-анальная резекция ПК по Петрову–Холдину), согласно литературным данным, восстановление анальной континенции происходит через 12 мес после операции, причем у 25% больных отмечено недержание газов, а у 12% – жидких каловых масс и газов [1]. Показатели сфинктероманометрии через 1 мес после низкой брюшно-анальной резекции соответствовали дооперационным, в то время как после выполнения брюшно-анальной резекции по классической методике даже через 12 мес после оперативного вмешательства эти показатели у всех больных восстановились лишь на 80–85% [1, 7]. Отдаленные результаты лечения изучали методом построения таблиц дожития. К настоящему времени удалось получить достоверные результаты у 161 (58,7%) радикально оперированного больного; 5-летняя выживаемость составила $73,6 \pm 6,33\%$, средняя продолжительность жизни — $4,27 \pm 0,11$ года.

Таким образом, можно заключить, что разработанный способ низкой брюшно-анальной резекции в лечении рака проксимальных отделов ПК позволяет получать удовлетворительные непосредственные, функциональные и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гардовскис ЯЛ, Тайван ИЛ, Густсон ПП. Функциональные результаты сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки. Хирургия 1987; (4): 89–94.
2. Бондарь ГВ, Башеев ВХ, Золотухин СЭ и др. Брюшно-анальная резекция с ремукозацией заднепроходного канала при лечении рака среднеампулярного отдела прямой кишки. Клін хірургія 1996; (4): 8–10.
3. Двойрин ВВ, Церковный СФ, Аксель ЕМ. Заболеваемость населения СССР злокачественными новообразованиями в 1985–1989 гг. Вопр онкол 1991; 37 (4): 401–36.
4. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1983. 592 с.
5. Федоров ВД, Дульцев ЮВ. Проктология. Москва: Медицина, 1984. 384 с.
6. Бондарь ГВ, Башеев ВХ, Золотухин СЭ и др. Применение брюшно-анальной резекции с леваторосфинктеропластикой при лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. Клін хірургія 1996; (6): 22–4.
7. Жадкевич МЕ, Деревянский ВА, Жадкевич ММ. Сфинктеросохраняющие операции при расширенной резекции прямой кишки по поводу рака. Хирургия 1980; (4): 94–8.
8. Уткин ВВ, Цеплите РК, Гардовскис ЯЛ. Осложнения после сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки. Хирургия 1984; (6): 76–9.
9. Бондарь ГВ, Барсуков ЮА, Башеев ВХ. Органосохраняющие резекции прямой кишки при раке. Хирургия 1988; (11): 12–5.
10. Янушкевич ВЮ, Ратиани МС. Брюшно-наданальная резекция при раке прямой кишки. В: Новое в онкологии (Под ред. И.В. Поддубной, Н.А. Огнерубова) вып. 2. Воронеж: Воронежский университет, 1997: 119–21.

LOW ABDOMINAL-ANAL RESECTION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER

*G.V. Bondar, V.H. Basheev, G.G. Psaras,
S.E. Zolotukhin, A.V. Borota, E.A. Kolesnik,
M.V. Yaroshenko, S.D. Vasylyiev*

Summary. Results of surgical treatment of the upper- and middle ampullar parts of the rectum were analyzed in 288 patients (between 1975–2000) subjected to low abdominal-anal resection in accordance with an original method developed in the Donetsk Regional Anti-cancer Center. The technique of the abdominal-anal resection of the rectum is described in detail. Histological verification showed adenocarcinoma in 84,4% of the patients observed. Concomitant pathology was diagnosed in 155 (53,8%) patients. No intraoperative complications occurred. The rate of postoperative complications was 10,7%, postoperative lethality occurred in 1,7% cases. Analysis of the structure of postoperative lethality showed that most common complications included disturbances in cardiovascular, respiratory and blood clotting systems. Restoration of the anal continence was usually observed one month after surgical intervention.

Key Words: rectum cancer, surgical treatment, low abdominal-anal resection

Адрес для переписки:

Бондарь Г.В.
83092, Донецк, ул. Полоцкая, 2А,
Донецкий областной противоопухолевый центр,
проктологическое отделение