УДК 616-089.84: 616.35-006.6

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф., Максимов А.Ю., Мягков Р.Е.
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (РНИОИ), Ростов-на-Дону

За период с 2000 по 2004г.в торако-абдоминальном отделении Ростовского научно-исследовательского института прооперировано 490 больных раком прямой кишки; при этом у 300 больных (61,2%%)- выполнены радикальные оперативные вмешательства. Была разработана модификация брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, позволяющая улучшить непосредственные функциональные результаты данной операции. По разработанной методике прооперировано 17 человек; послеоперационная летальность составила 5,9%.

В последние десятилетия практически во всех странах мира отмечается непрерывный рост уровня заболеваемости раком прямой кишки. Основным методом лечения больных со злокачественными новообразованиями прямой кишки остается хирургический [1,4]. В настоящее время значительно изменились тактические и технические подходы в хирургическом лечении данного контингента пациентов. Приоритетным направлением в современной хирургии рака прямой кишки является органосохраняющее и функционально-щадящее лечение, так как последнее позволяет не только достичь высоких показателей излечения данной категории пациентов, но и направлено на преодоление «фатальной» инвалидизации и достижение высокого качества жизни [2]. В связи с этим в настоящее время возрос интерес хирургов к сфинктеросохраняющим операциям: в частности к брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной.

По данным различных авторов 5-летняя выживаемость после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной составляет 50-60% и соответствует аналогичным отдаленным результатам после выполнения брюшно-промежностных экстирпаций, в то время как функциональные результаты и качество жизни больных после брюшно-анальных резекций значительно выше [2,3]. Однако до настоящего времени, в связи с интраоперационной травмой сфинктера прямой кишки, нарушением его трофики и иннервации, а также утратой «накопительной, резервуарной» функции прямой кишки, у 30-40% больных после данной операции развиваются явления анальной инконтиненции той или иной степени выраженности [3].

В связи с этим нами проанализирован опыт хирургического лечения рака прямой кишки на материале ТАО РНИОИ за период 2000-2004г. и разработана собственная модификация БАР прямой кишки, позволяющая улучшить функциональные результаты хирургического лечения у данной группы пациентов.

На лечении в ТАО РНИОИ с 2000 по 2004г. находились 490 больных раком прямой кишки, при этом у 300 больных (61,2%) удалось выполнить радикальную операцию; у 42(8,6%) и 148 чел. (30,2%)- паллиативные и симптоматические оперативные вмешательства соответственно (процент резектабельности составил-76,7%).

Параметры исследуемой группы:

по полу: мужчины-243 чел.(49,6%); женщины-247 чел.(50,4%).

по возрасту: до 20 лет-3 чел. (0,6%); 20-30 лет-10 чел. (2%); 30-40 лет-23 чел. (4,7%); 40-50 лет-77 чел. (15,7%); 50-60 лет-127 чел. (25,9%); 60-70 лет-165 чел (33,7%); 70-80 лет-79 чел. (16,2%); 80-90 лет-6 чел. (1,2%).

Анализируя исследуемую группу мы убедились в резком преобладании больных с st III-224 человека (45,8%) и st IV-105 человек (21,4%).

По гистологии: аденокарцинома различной степени дифференцировки диагносцирована у 452 чел. (92,2%); плоскоклеточный рак-21 чел.(4,4%); перстневидно-клеточный рак-11 чел. (2,2%); нейроэндокринный рак у 3 чел. (0,6%); по 1 случаю составили меланома, карциноид, лейомиосаркома (0,2%).

По локализации опухолевого процесса: ректосигмоидный отдел-95 чел. (19,4%); верхнеампулярный-88 чел.(18%); среднеампулярный-96 чел. (19,6%); нижнеампулярный-153 чел. (31,2%); тотальное поражение у 22 чел. (4,5%). Операции по поводу рецидивных опухолей выполнены у 36 человек (7,3%). Операции на фоне кишечной непроходимости выполнены у 84

больных (17,1%). Из 490 больных комбинированные оперативные вмешательства выполнены у 126 больных (25,7%).

Послеоперационные осложнения развились у 90 больных (18,36%); при этом хирургические - у 69 чел. (14,11%); терапевтические-у 21 человека (4,25%).

Послеоперационная летальность составила 4,1% (20 чел.).

С целью улучшения функциональных результатов после БАР прямой кишки с низведением сигмовидной мы использовали собственную методику, заключающуюся в том, что пересекали анально-копчиковую связку, в результате чего анальный сфинктер перемещался кверху, к лону. Далее отдельной лигатурой прошивали стенку трансплантата из сигмовидной кишки, выводили ее на кожу промежности и здесь фиксировали.

В результате применения данного способа формируется изгиб кишечного трансплантата, соответствующий анатомическому положению прямой кишки в полости малого таза, что позволяет создать условия, исключающие развитие анальной инконтиненции у пациентов после низведения сигмовидной кишки, улучшая тем самым функциональные результаты лечения данной категории больных и качество их жизни.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной по разработанной нами методике выполнена у 17 больных (3,47%); при этом у 15 чел. (88,2%) данные вмешательства носили радикальный характер, а у 2 чел. (11,8%)-паллиативный.

Параметры данной группы: по возрасту: 40-50 лет-5 чел. (29,4%); 50-60 лет- 6 чел. (35,3%); 60-70 лет - 4 чел. (23,5%); 70-80 лет - 2 чел. (11,8%).

По стадии: st I-3 чел. (17,6%); st II-6 чел. (35,3%); st III- 6 чел. (35,3%); st IV-2 чел. (11,8%).

По гистологии: аденокарцинома различной степени дифференцировки-16 чел. (94,1%); плоскоклеточный рак-1 чел. (5,9%).

По локализации: верхнеампулярный отдел-1 чел. (5,9%); среднеампулярный - 12 чел. (70,5%); нижнеампулярный - 2 чел. (11,8%); ректосигмоидный- 2 чел. (11,8%).

В послеоперационном периоде развились осложнения у 6 человек (35,3%), а именно: анальная инконтиненция различной степени выраженности-3 чел. (17,6%); интраоперационная травма мочевого пузыря с последующим его ушиванием и эпицистостомией - 1 чел. (5,9%); некроз низведенной кишки - 1 чел. (5,9%); аритмия, ОССН - 1 чел. (5,9%)

Послеоперационная летальность составила 5,9% (аритмия, ОССН).

Таким образом, применения данного способа позволяет создать анатомические условия, препятствующие развитию анальной инконтиненции у пациентов после низведения сигмовидной кишки, улучшая тем самым непосредственные функциональные результаты лечения данной группы больных и качество их жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев В.С., Барсуков Ю.А. и соавт. Рак ободочной и прямой кишки.- М.: Медицина, 1997., 303 с.

2. Александров В.Б. Рак прямой кишки.- М.: Медицина, 2001,205 с.

3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Анальное недержание.- М.: Медицина,1993, 204 с.

4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии.-М., 2001., 273с.

PERSONALIZATION SURGICAL TACTICIANS AT TREATMENT OF THE CANCER OF THE RECTUM

Kasatkin V.F., Zhilin V.F., Maksimov A.Yu., Myagkov R.E.

During the period of 2000-2004 490 patients with rectal cancer were operated at thoraco-abdominal department of Rostov Cancer Research Institute. 300 patients (61.2%) underwent radical operations. We worked out modification of abdomino-anal resection of rectum with bringing down of sigmoid colon which allowed to improve the immediate results of the operation. This method was applied in 17 patients; postoperative lethality was 5.9%.