

УДК:616.345-006+616.34:616-089.168.1-06+616.05

Результаты брюшно-анальной резекции при раке прямой кишки с формированием функционального запирающего клапана

Клиническая статья

С.П. Одарченко, В.И. Пивторак, П.А. Одарченко

Винницкий областной онкологический диспансер, Украина

Адрес для переписки: Сергей Петрович Одарченко, sergoi@svitonline.com

Ключевые слова: опухоли прямой кишки, брюшно-анальная резекция, профилактика послеоперационных осложнений.

Реферат. Нами изучены особенности послеоперационного периода после брюшно-анальной резекции при раке прямой кишки – заживление раны промежности, функционирование порционного и запирающего клапана для предупреждения анального недержания кала при сфинктеросохраняющих операциях. Применение порционного и запирающего клапана позволяет практически возобновить резервуарную и запирающую функцию прямой кишки после ее резекции и уже в раннем послеоперационном периоде значительно улучшить психосоциальную реабилитацию хирургических больных.

Abstract. We study the features of postoperative period after the resection of rectum concerning a cancer is cicatrisation of the perineal wound, functioning of a la carte, locking valve for warning of the anal unwithholding of excrement at sphincter-saving operations. Application of a la carte locking to the valve allows practically to pick up thread the reservoir and locking function of rectum after its resection, already in an early postoperative period and considerably improves the psychological and social rehabilitation of patients.

Keywords: colorectal cancer, abdominal-anal resection, prevention of surgical complications.

Введение

Рак прямой кишки остается одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований не только в Украине, но и во многих других странах мира [1]. Современная хирургическая стратегия при колоректальных заболеваниях направлена на выполнение сфинктеросохраняющих операций, которые позволяют сохранить замыкающий аппарат прямой кишки и тем самым улучшить качество жизни прооперированных больных [2]. Для восстановления функции сфинктера прямой кишки после брюшно-анальной резекции (БАР) необходимы длительное время и затраты. Это факт резко влияет на психосоциальное состояние и дальнейшую реабилитацию больных колоректальным раком.

Так, существует угроза некроза низведенной наружу через анальное отверстие кишки вследствие ее ишемии [3]. Бондарь Г.В. и соавторы в своей работе описали принципиально новые подходы к восстановлению удерживающей функции сфинктера у больных, которые «потеряли замыкательный аппарат» прямой кишки в связи с высокой травматичностью и частыми осложнениями оперативных вмешательств по восстановлению анального канала [4]. Например, Матух и соавторы предложили метод создания циклорезервуара (анастомоза) из толстой кишки при БАР прямой кишки [5].

Проблема сохранения функции сфинктерного аппарата и восстановление калового удержания остается одной из актуальных проблем в колопроктологии [6]. Кроме того, в отечественной (украинской) литературе, указанная проблема освещена недостаточно широко. Таким образом, представляется актуальной разработка новых способов лечения и профилактики калового недержания оперированных больных.

Целью исследования стало изучение эффективности разработанного нами нового способа БАР прямой кишки с формированием замыкающего клапана для предотвращения анального недержания каловых масс в раннем послеоперационном периоде, а также оценка качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Пациенты, которым выполнялась БАР прямой кишки по Петрову-Холдину, входили в основную группу наблюдаемых нами больных. Всего было выполнено 193 хирургических операций по вышеуказанному методу. В контрольную группу были включены 27 больных, которым была выполнена БАР прямой кишки с формированием порционного, замыкающего клапана по разработанной нами методике [7]. Проведенное ранее экспериментальное исследование на животных показало, что новообразованный клапан из оболочек прямой кишки сохраняет свою структуру до 180 суток от начала эксперимента ($p < 0,05$) [8]. На рисунках 1 и 2 проведены схемы формирования замыкающего клапана перед сфинктером.

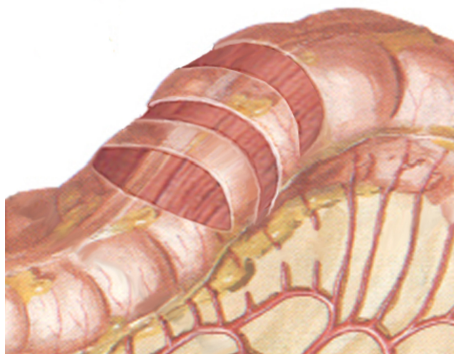


Рис. 1. Первый этап формирования замыкательного клапана

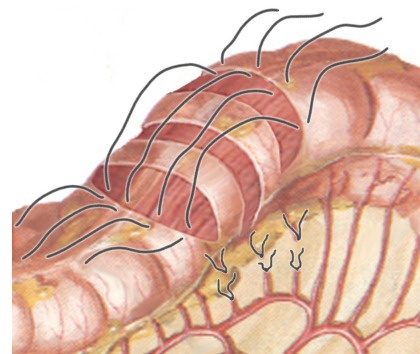


Рис. 2. Второй этап формирования замыкательного клапана

Фото готового клапана представлено на рис. 3.



Рис. 3. Фото готового клапана.

Распределение больных по основным клиническим признакам: пол, возраст, присутствие и структура сопутствующих заболеваний в группах, которые сравнивались, было репрезентативным. Поскольку, гистологическая структура опухоли прямой кишки имеет существенное влияние не только на выбор типа оперативного вмешательства, но и на объем тканей, которые удаляются, а степень гистологического дифференцирования опухоли является важным фактором прогноза заболевания, который влияет на план лечения, мы анализировали результаты оперативных вмешательств у больных с аденокарциномами прямой кишки. Больше двух третей всех опухолей в основной и контрольной группах больных составили аденокарциномы прямой кишки высокой степени дифференцировки (73% и 68% соответственно). Пациенты с умеренно дифференцированными аденокарциномами составили 20% и 24% соответственно. Аденокарциномы низкой степени дифференцирования составили 7% в основной группе и 8% - в контрольной. По анатомической форме роста большую часть (66%) составили опухоли со смешанной формой роста, в 34% была выявлена экзофитная форма. Для оценки степени распространения опухоли и стадии была использованная международная клиническая классификация TNM в соответствии с 6 редакцией ВОЗ (2003 г.). В зависимости от стадии опухоли больные распределились следующим образом (табл. 1.).

Как видно из таблицы, в основной и в контрольной группах преобладали пациенты - 56,9% и 22,2% соответственно, которые имели II ст. заболевания. В основной группе у 5 пациентов (2,6%) были выявлены отдаленные метастазы, которые были локализованы в печени. В этих случаях выполнялись комбинированные оперативные вмешательства с резекцией доли печени. В контрольной группе такой больной оказался один (3,7%) и ему выполнено аналогичное оперативное вмешательство. В дальнейшем все больные получали

комбинированное лечение, которое значительно повысило продолжительность и качество жизни этих пациентов.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от стадии опухоли

Стадия по TNM	Основная группа, БАР прямой кишки по Петрову-Холдину, n=193 чел.	Контрольная группа, формирование порционного канала, n=27 чел.
I ст.	58 (30,5%)	6 (22,2%)
II ст.	110 (56,9%)	18 (66,6%)
III ст.	20 (10,3%)	2 (7,4%)
IV ст.	5 (2,6%)	1 (3,7%)

Важным фактором, который определяет возможность выполнения сфинктеросохраняющей БАР прямой кишки по Петрову-Холдину, является локализация опухоли в прямой кишке. В первой группе опухоль располагалась: в среднеампулярном отделе прямой кишки - 130 (67,3%) случаях, в нижеампулярном отделе - 35 (18,1%) и вышеампулярном - 51 (26,4%). Данный вид оперативного вмешательства выполнялся при локализации опухоли в вышеампулярном отделе в связи с ее распространением в дистальном направлении. Во второй группе расположения опухоли было приблизительно таким же и существенно не отличалось ($p < 0,05$). К нижеампулярному отделу мы относили опухоли, которые располагались на высоте до 6 см от аноректальной линии, к среднеампулярному - от до 10 см, к вышеампулярному - 10-15 см, соответственно.

В последние годы, после ряда публикаций отечественных и зарубежных авторов, было установлено, что для достижения онкологического радикализма достаточно отступить от нижнего края опухоли на 2-3 см при условии адекватного иссечения мезоректальной клетчатки. Это разрешает расширить показания к сфинктеросохраняющим оперативным вмешательствам при локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки.

Динамический контроль за больными в отдаленном послеоперационном периоде проводился по общепринятым принципам наблюдения за онкологическими больными. В результате обследования давалась объективная и субъективная оценка качества жизни. Субъективная оценка проводилась на основе собеседования с больными и анализа анкет, которые заполняли все больные. Для оценки применялся индекс качества жизни больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта (GLQI, 1993 г.). Объективная оценка проводилась на основе аноректальной манометрии, ректороманоскопии, проктографии, ультразвукового исследования, баллонной и солевой проб.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью стандартного пакета «Statistica for Windows-5.5». Вычисление основных статистических показателей и параметров распределения полученных данных в целом и по группам было выполнено с помощью программы «Descriptive Statistics». Достоверность различий значений между независимыми количественными величинами определяли при нормальном распределении по критерию Стьюдента и с помощью U-критерия Мана-Уитни.

Непосредственные результаты клинических наблюдений

Без осложнений послеоперационный период протекал у 178 больных основной группы (92,2%) и у 24 (89,0%) больных контрольной группы. Осложнение возникли у 15 больных основной группы (7,7%) и у 3 больных контрольной группы (11,1%). Отличия статистически не различались. Гнойно-септические осложнения возникли у 12 (6,2%) больных основной группы и у 2 (7,4%) больных контрольной группы. Частота некроза низведенной кишки в основной группе составила 1,03%, а в контрольной 3,7%. Частота возникновения таких осложнений, как спаечная кишечная непроходимость, тромбоэмболия, кровотечение и прочие, в обеих группах существенно не отличалась. В основной группе 1 больной (0,5%) умер от тромбоэмболии и 1 больной (0,5%) от перитонита. В контрольной группе послеоперационной летальности не было.

Изучение функциональных результатов у больных обеих групп проводилось за клиническими данными на 7 и 14 день после оперативного вмешательства. Оценивалась возможность удержания газов, жидкого и твердого кала. Следует отметить, что содержание газов в кишечнике в раннем послеоперационном периоде в обеих группах не отмечалось. В контрольной группе, практически, все больные удерживали жидкий и твердый кал, в отличие от основной группы, в которой этот показатель составил 50%.

Обсуждение отдаленных результатов. Пятилетняя продолжительность жизни в основной группе составила 65,3%, в контрольной - 63,5%. Разность статистически не значима ($p < 0,05$). Изучение функциональных результатов в больных обеих групп проводили путем анкетирования и аноректальной манометрии в сроки 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. Через 3 месяца после оперативного вмешательства около 70% больных, в основной группе, удерживали жидкий и твердый кал. Около 25% больных, в обеих группах, начали удерживать газы. Данные анкетирования пациентов коррелировали с данными аноректальной манометрии.

Изучалась резервуарная функция толстой кишки (ректотометрия), замыкающая функция удерживающего аппарата (профилометрия). Оценку эвакуаторной функции проводили по возможности эвакуации латексного баллона из дистальных отделов толстого

кишечника и по результатам солевой пробы. При исследовании резервуарной функции толстой кишки, физиологический объем первого позыва до конца первого года после оперативного вмешательства у больных контрольной группы был незначительно ниже нормы (100 ± 40 мл), тогда как в основной этот показатель до 12 мес., был в два раза ниже нормы (65 ± 20 мл.).

Физиологический объем императивного позыва был существенно выше у больных контрольной группы уже через 3 месяца после операции. При этом у больных с клапаном была выявлена более выраженная тенденция к увеличению этого объема (310 ± 105 мл через 12 месяцев после операции в контрольной группе, 190 ± 60 мл у больных основной группы за этот же период). Это может говорить о лучшей адаптационной способности применяемой нами методики.

При исследовании замыкающей функции удерживающего аппарата среди больных контрольной группы через 12 месяцев после операции наблюдалось полное восстановление неволевого компонента анального удержания, в то время когда этот показатель в основной группе был достоверно ниже (80 мм водн. ст. - в контрольной, 30 мм водн. ст. – в основной).

Краткое обсуждение результатов качества жизни больных

Анализируя показатели, полученные во время обследования больных с помощью системы тестов GLQI, можно сделать следующие выводы. Через 1 год после операции в контрольной группе больных с замыкающим клапаном показатель гастроинтестинального индекса уровня жизни составил 107 баллов, приближаясь к значениям индекса здоровых людей. В основной группе больных, через 1 год после оперативного вмешательства значение гастроинтестинального индекса уровня жизни составило 88 баллов, наблюдалось снижение показателей индекса на 17,7%, сравнительно с контрольной группой больных.

Выводы

Применение порционного замыкающего клапана при БАР прямой кишки помогает практически восстановить резервуарную и замыкающую функцию прямой кишки после ее резекции, уже в раннем послеоперационном периоде и значительно улучшает психосоциальную реабилитацию больных. На сегодняшний день перспективно, на наш взгляд, исследовать топографоанатомические взаимоотношения органов малого таза до и после БАР прямой кишки и изучения влияние новых хирургических конструкций на функцию прямой кишки.

Литература.

1. Northover J.M.A, Arnott S., Jass J.R., Williams N.S. Colorectal cancer// Oxford Textbook of Oncology. - 2001. -V. 2 Second edition. - P. 1545-1589.
2. Захараш М.П. Тенденции и перспективы развития хирургических вмешательств в колопроктології // Искусство лечения. - 2003. - № 6. - С. 34-37
3. Chapuis P., Bokey L., Fahrer M. et al. Mobilization of the rectum. Anatomic concepts and the bookshelf revisited// Dis. Colon Rectum. - 2002. - V. 45, №1. - P. 1-9.
4. Методи хирургической коррекции некрозов сведенной кишки после выполнения сфинктерозберігальних операций / Бондарь Г.В., Башесв В.Х., Золотухін С.Э., Попадинець О.О., Борота О.В., Совпель О.В. Єфимочкин О.Е., Донец В.Л., Псарас Г.Г., Ярошенко М.В. // Шпитальна хирургия. - 2002. - № 1. - С. 128-131.
5. Mantyh C.R., Hull T.L., Fasio V.W. Coloplasty in low colorectal anastomosis: manometric and functional comparison with straight and colonic J-pouch anastomosis // Dis. Colon Rectum. - 2001. - Vol. 44. - P. 37-42.
6. Яицкий Н.А., Нечай И.А., Петришин В.Л. Функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки и качество жизни оперированных больных. - СПб, 2001. - 40 с.
7. Пат. № 12343 Украина, МПК 7 А61В17/00, F04D 13/06 Способ черевно-анальної резекции прямой кишки с формированием замыкающего клапана для попередження анального недержания испражнений / Одарченко С.П., Півторак В.И. (Украина). № 200505068, Заявл. 30.05.2005. Опубл. 15.02.2006 . Бюл. № 2. - 2с.
8. Одарченко С.П. Морфологические изменения кишки при модифицированном способе черевно-анальної резекции с использованием замыкающего клапана // XI університетська (XXXXI вузовская) конференция молодых ученых и специалистов. Материалы конференции (18 мая 2005 года) - Винница. - 2005. - С.54-55.