

Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, С. С. Клоков, И. В. Панкратов

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПРИ НИЗКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

G. K. Žherlov, A. P. Koshel, S. S. Klokov, I. V. Pankratov

THE SELECTION OF PLASTY METHOD IN LOW RECTAL CANCER

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск
© Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С., Панкратов И.В.

Проведен анализ результатов клинического применения нового способа низкой передней резекции прямой кишки с формированием искусственной «ампулы» у 74 пациентов. При использовании новой методики осложнений в раннем послеоперационном периоде возникли у 14,9 % пациентов. Средний послеоперационный койко-день составил $10,9 \pm 1,7$ сут., средние сроки временной утраты трудоспособности после операции — $68,3 \pm 9,53$ сут. Результаты сравнительного анализа качества жизни больных (SF-36) и состояния держания кала (Wexner score) показали преимущество разработанной операции по сравнению с общепринятой методикой низкой передней резекции прямой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, низкая передняя резекция, кишечный резервуар, качество жизни.

The analysis of results of clinical using new method of low anterior resection of the rectum with forming artificial «ampule» in 74 patients is performed. While using new method, complications early after the surgery were revealed in 14.9 % of patients. Mean duration of the bed-day was $10,9 \pm 1,7$ days, mean duration of working ability loss after the surgery was $68,3 \pm 9,53$ days. Comparative analysis results of patients quality life (SF-36) and holding stool condition (Wexner score) revealed advantages of the surgery designed by us over standard method of rectal low anterior resection.

Key words: rectal cancer, low anterior resection, rectal reservoir, quality of life.

УДК 616.351-006.6-089.844-035

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основоположников хирургического лечения рака прямой кишки можно считать Ernest Miles, который впервые в 1908 г. описал чрезбрюшинную резекцию прямой кишки [4]. С тех пор и до настоящего времени хирургическое вмешательство остается методом выбора в лечении большинства пациентов с опухолями, локализованными в прямой кишке. Следует признать, что если техническая сторона удаления опухоли, можно сказать, в основном решена, то вопрос качества дальнейшей жизни больного остается открытым. Это связано в первую очередь с развитием так называемого синдрома «low anterior resection» или синдрома «низкой передней резекции», который проявляется частыми императивными позывами к дефекации, недержанием кала, многомоментным опорожнением

и чувством неполной эвакуации [2;3]. С целью нормализации резервуарной и моторной функций после низкой передней резекции предложено большое количество способов формирования резервуара из толстой кишки [1, 7, 8]. Вместе с тем, до настоящего времени функциональные результаты этих операций (особенно в отдаленные сроки) остаются не всегда удовлетворительными, снижая качество жизни оперированных больных [1].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей клинике под руководством Г.К. Жерлова в 2001 г. разработана оригинальная методика формирования толстокишечного резервуара при низкой передней резекции прямой кишки (Патент РФ № 2302827 от 20.07.2007 г.).

Методика операции была неоднократно описана в журнальных статьях и монографиях, поэтому ниже мы позволим себе остановиться только на основных моментах выполнения операции.

Обязательным этапом операции у онкологических больных является лимфодиссекция в основании а. mesenterica inferior и перевязка верхней прямокишечной артерии у места ее отхождения. При этом удаляются лимфатические узлы, которые являются коллекторами лимфооттока от верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Лирообразным разрезом рассекается париетальная брюшина спереди от прямой кишки. После этого проводится мобилизация прямой кишки в объеме тотальной мезоректумэктомии. Выполнение мезоректумэктомии при раке средней и нижней трети прямой кишки позволило значительно сократить процент местного рецидива опухоли, особенно при выполнении сфинктеросохраняющей резекции, что подтверждается нашими данными и данными литературы [5, 6].

Затем приступают к формированию колоректального анастомоза. Выше места будущего соустья на 20—30 мм по противобрыжеечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 50—55 мм и шириной 15—18 мм без вскрытия просвета кишки (рис. 1 а, б). Образованную площадку, лишенную серозно-мышечной оболочки, сшивают в поперечном направлении узловыми швами (рис. 2 а, б), после чего формируется «ректосигмоидный переход».

Сформированную таким образом конструкцию низводят в полость малого таза. В области задней полуокружности сигмовидной и прямой кишок накладывают узловые серозно-мышечные швы. Свободные от мышечной оболочки подслизистые основы обеих кишок восстанавливают непрерывным подслизистым кетгутовым швом. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина малого таза восстанавливается над областью сформированного толстокишечного резервуара (рис. 3). Операция завершается дренированием полости малого таза через забрюшинный доступ двумя

силиконовыми трубками.

С 2001 по 2011 гг. низкая передняя резекция прямой кишки с формированием кишечного резервуара в собственной модификации в нашей клинике была выполнена у 74 пациентов в возрасте от 45 до 73 лет (табл. 1).

Показанием для выполнения операции во всех случаях служил рак прямой кишки с локализацией опухоли в средне- и нижеампулярном отделах ($10 \pm 2,7$ см от ануса).

Таблица 1

Распределение оперированных больных по полу и возрасту

	n	Возраст (лет)		
		41—50	51—60	61—70
Мужчины	46	7	29	10
Женщины	28	3	16	9
Всего	74	10	45	19

Стадию процесса определяли по классификации TNM (табл. 2).

После операции пациенты по показаниям получали химиотерапию в адъювантном режиме.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 11 (14,9 %) пациентов: 6 случаев — нагноения послеоперационных швов, 2 случая послеоперационного плеврита и 3 случая мочевого инфекции на фоне длительной катетеризации мочевого пузыря.

Среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $10,9 \pm 1,7$ сут., средние сроки временной утраты трудоспособности после операции — $68,3 \pm 9,53$ сут., средний послеоперационный период — $49,4 \pm 2,3$ мес., причем общий интервал составил от 24 до 74 мес.

В течение 6 мес. после операции от прогрессирования опухоли умерло 2 пациента, один пациент в указанные сроки умер от прогрессирования ишемической болезни сердца.

В представленном наблюдении обобщены данные медицинских записей и результат прямого общения с пациентами.

В ближайшем и отделенном послеоперационном периодах все пациенты проходили

Таблица 2

Распределение оперированных больных по полу и стадии опухолевого процесса

	n	Стадии опухолевого процесса					
		T ₁ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₁ M ₀	T ₃ N ₀ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀
Мужчины	46	0	6	9	9	18	4
Женщины	28	1	2	6	9	7	3
Всего	74	1	8	15	18	25	7

Таблица 3

Показатели объемов кишечного резервуара в различные сроки после операции, мл

	Сроки наблюдения, мес.			
	1,5—3	6—12	24	36—50
Пороговый объем	27,2 ± 4,3	46,5 ± 2,3*	59,6 ± 2,3*	66,3 ± 2,9
Объем дефекации	65,4 ± 3,2	103,7 ± 4,2*	122,9 ± 3,8	131,7 ± 5,1*
Максимально переносимый объем	87,9 ± 4,2	125,8 ± 5,9*	149,7 ± 7,9*	162,7 ± 6,6*

* $p < 0,01$ по сравнению с предыдущими.

комплексное обследование, которое включало лабораторные и инструментальные методы исследования.

При изучении порогового и максимально переносимого объемов, путем введения в прямую кишку на определенную глубину тонкостенного баллона и последующего заполнения его теплой жидкостью, пользовались следующими показателями (все объемы измерялись в миллилитрах):

1) пороговый объем (ПО) — объем, при котором пациент начинает ощущать заполнение прямой кишки;

2) объем дефекации (ОД) — объем, при котором у пациента появляется позыв на дефекацию;

3) максимально переносимый объем (МПО) — объем, при котором пациент ощущает императивный позыв на дефекацию.

В табл. 3 представлены сводные показатели объемов прямой кишки у пациентов в различные сроки наблюдения.

Математическая обработка полученных данных проведена на ПК с помощью программы обработки данных «Биостатистика». Достоверность различных средних арифметических величин определяли по абсолютному показателю точности (Р) по таблице процентных точек распределения Стьюдента в зависимости от коэффициента достоверности (t) и числа степеней свободы (n). На основании t по таблице Стьюдента определялась вероятность различия (p). Различие считалось достоверным при $p \leq 0,05$, т.е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла больше 95 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя полученные результаты, хорошо видно, что уже через 6 мес. после операции отмечается увеличение всех показателей объемов. Сводные данные о пациентах, принявших участие в исследовании, приведены в табл. 4.

прямой кишки. Наличие разницы в объеме дефекации и максимально переносимом объеме (от 20 до 30 мл) свидетельствует о большей растяжимости стенки кишки в области «искусственной ампулы» у пациентов, оперированных по разработанной методике.

При рентгенологическом исследовании в сроки от 6 мес. и более, выше колоректального анастомоза во всех наблюдениях отмечается расширение просвета кишечного резервуара до 4,36—6,8 см ($m = 5,1 \pm 0,7$ см), стенки кишки ровные, эластичные, свободно расправляются при введении контрастной массы (рис. 4).

Поскольку одним из основных клинических проявлений «синдрома низкой передней резекции» является недержание кала, наличие императивных позывов и т. д., большой интерес вызывает изучение именно функции держания кала в непосредственной оценке самим пациентом. При этом степень инконтиненции рассматривалась только в качестве клинического критерия и оценивалась по шкале Wexner'a (Wexner score) [9].

Изучение степени анальной инконтиненции было проведено у 44 пациентов после низкой передней резекции с формированием «новой ампулы» прямой кишки (основная группа). В ходе исследования из него были исключены 3 пациента в связи с генерализацией процесса в сроки от 6 до 18 мес. после операции и один пациент, умерший от прогрессирования ишемической болезни сердца.

Для сравнения полученных результатов аналогичное исследование было проведено у 20 пациентов после низкой передней резекции с «прямым» колоректальным анастомозом без формирования резервуара (группа контроля).

В качестве группы контроля были взяты результаты исследования 14 здоровых волонтеров, которые были сходны с основной и контрольной группами по полу и возрасту.

Результаты исследования, приведенные в табл. 4.

Таблица 4

Пациенты, принявшие участие в изучении качества жизни после операции на прямой кишке

	N	Сроки после операции (мес.)			
		1,5—3	6—12	24	36—60
Основная группа	41	41	41	39	32
Контрольная группа	20	20	20	18	16
Здоровые волонтеры	14				

Основными жалобами у пациентов после низкой передней резекции прямой кишки в основной и контрольной группах в ранние сроки после операции были не-держание жидкого кала и газов. Все это неизбежно требовало изменения образа жизни, ограничивало их трудовую и социальную реабилитацию.

Значительное улучшение состояния держания кала в обеих группах происходило в течение первого года после операции, но наиболее заметные изменения отмечены у пациентов с искусственно «ампулой» (основная группа). По истечении года и более после операции, за счет включения в работу резервуара, происходила адаптация организма к возникшей ситуации, и уже через 2 года разница в уровне держания кала у пациентов с кишечным резервуаром и контрольной группы становится достоверной (табл. 5).

Таблица 5

Показатели Wexner score в разные сроки после операции у пациентов основной группы и группы сравнения

	Сроки после операции (мес.)			
	1,5—3	6—12	24	36—60
Основная группа	12,1 ± 2,1	9,3 ± 1,9	5,4 ± 1,1*	4,8 ± 0,7*
Контрольная группа	13,3 ± 0,7	11,3 ± 0,3	11,2 ± 0,4	10,2 ± 1,5
Здоровые волонтеры	1,2 ± 0,01			

* $p < 0,01$.

В сроки от 3 до 5 лет после операции показатели держания кала у пациентов основной группы и группы сравнения по шкале Wexner'a приближались к нормальным показателям, составляя соответственно 4,6 ± 0,4 и 3,1 ± 0,5 балла.

Результаты изучения функции держания кала у больных после низкой передней резекции с помощью шкалы Wexner'a показало, что сформированная искусственная «ампула» прямой кишки

способствует профилактике анальной инконтиненции как ведущего симптома синдрома «low anterior resection».

Оценивая качество жизни по опроснику SF-36 [10, 11], мы также отметили снижение показателей уровня качества жизни в ранние сроки после операции, что обусловлено как непосредственно операционной травмой, так и возникшими новыми анатомофизиологическими взаимоотношениями. Однако динамическое наблюдение за пациентами в ближайшие и отдаленные сроки после операции демонстрирует рост качества жизни в обеих группах (рис. 5 а—г).

Анализ приведенных графиков выявил, что уже в ближайшем, послеоперационном периоде показатели качества жизни в основной группе приближаются к средним значениям по всем категориям вопросов. Причем данное различие сохраняется и в отдаленном послеоперационном периоде, что свидетельствует о положительном влиянии разработанной методики на качество жизни оперированных больных в сравнении со «стандартной» операцией.

Низкие показатели МН (Mental Health — психическое здоровье) и VT (ViTality — жизненная активность) в основной группе можно объяснить характером патологического процесса, приведшего к операции. Вместе с тем, сравнительно высокие показатели шкалы RP (Role-Physical Functioning — ролевое функционирование) и SF (Social Functioning — социальное функционирование) свидетельствуют о восстановлении физического и социального состояний пациента, что благоприятно сказывается на его повседневной деятельности.

Сравнение показателей Wexner score и SF-36 позволяет нам еще раз сделать вывод о том, что значительную роль в уровне качества жизни во все сроки после операции низкой передней резекции прямой кишки играет состояние держания кала. Так, если в ранние сроки после операции отмечаются выраженные проявления инконтиненции, то и данные SF-36 указывают на снижение качества жизни и, напротив, когда в отдаленном послеоперационном периоде происходит восстановление резервуарной функции прямой кишки, уровень качества жизни по SF-36 повышается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, разработанный способ завершения операции низкой передней резекции

прямой кишки, направленный на восстановление ее резервуарной функции и профилактику синдрома «низкой передней резекции», позволяет значительно повысить уровень качества жизни больных, особенно в отдаленном послеоперационном периоде, в первую очередь за счет снижения проявлений анальной инконтиненции.

Несмотря на то, что новый метод реконструкции прямой кишки технически несколько сложнее, данное исследование наглядно продемонстрировало, что он может быть адекватной альтернативой профилактики синдрома «низкой передней резекции».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев Г.И. [и др.] Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций сформированием J-образного резервуара // Хирургия. — 2000. — № 6. — С. 41—47.
2. Одарюк Т.С. [и др.] Результаты интерсфинктерной резекции при низком раке прямой кишки // Проблемы колопроктологии. — М., 2000. — Вып. 17. — С. 364—367.
3. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 374 с.
4. Brennan D.J. [et al.] Routine Mobilization of the Splenic Flexure is not Necessary During Anterior Resection for Rectal Cancer // Dis. Colon Rectum. — 2006. — Vol. 50. — P. 1—6.
5. Cecil T.D. [et al.] Total mesorectal excision results in low local recurrence rates in lymph node-positive rectal cancer // Dis. Colon Rectum. — 2004. — Vol. 47. — P. 1145—1150.
6. Heald R.J. [et al.] Rectal cancer: the Ba-singstoke experience of total mesorectal excision, 1978—1997 // Arch. Surg. — 1998. — Vol. 133. — P. 894—899.
7. Mette O., John C. Giver J-pouch ved lav anterior resection for Rectumcancer bedre funktionelt resultat? // Ugeskr. Laeger. — 1998. — Vol. 160, № 22. — P. 3198—3202.
8. Sato H. [et al.] Modified Double-Stapling Technique in Low Anterior Resection for Lower Rectal Carcinoma // Surg Today. — 2006. — Vol. 36. — P. 30—36.
9. Vaizey C.J. [et al.] Prospective comparison of faecal incontinence grading systems // Gut. — 1999. — Vol. 44. — P. 77—80.
10. Ware J.E. Jun., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473—483.
11. Ware J.E. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. — Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Поступила в редакцию _____.2012 г.

Утверждена _____.2012 г.

Авторы:

Жерлов Г. К. — д-р мед наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, первый директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ Минздравсоцразвития России.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Минздравсоцразвития России.

Клоков С. С. — канд. мед. наук, зам. директора НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ по лечебной работе.

Панкратов И. В. — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ.

Контакты:

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56-42-65

e-mail: apk@gastro.tomsk.ru