

БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ ДИСТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹Каравай А. В., ²Беляев А. И., ²Гузаевский Ю. Н., ¹Салмин Р. М.

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Беларусь

Классический подход к радикальному хирургическому лечению рака нижнеампулярного отдела прямой кишки предполагает выполнение операции брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, которая технически относительно легко выполнима, часто применяется в современных хирургических стационарах, однако приводит пациента к пожизненной инвалидности. Данное исследование ставит цель: продемонстрировать высокую степень радикальности и реабилитационный потенциал брюшно-анальной резекции прямой кишки при низкой злокачественной опухоли прямой кишки. В результате исследования установлено, что указанная операция в данном конкретном случае характеризуется высокой радикальностью, обеспечивает возможность полного восстановления трудоспособности в течение десяти месяцев послеоперационного периода.

Ключевые слова: рак прямой кишки, нижнеампулярный отдел, хирургическое лечение рака, низкая резекция прямой кишки, радикальная операция при раке прямой кишки, трансверзостома, закрытие стомы, восстановление трудоспособности.

Для цитирования: Брюшно-анальная резекция прямой кишки при раке дистальной локализации / А. В. Каравай, А. И. Беляев, Ю. Н. Гузаевский, Р. М. Салмин // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2019. Т. 17, № 4. С. 453-457. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2019-17-4-453-457>.

Введение

По данным ряда современных исследований, частота рака прямой кишки достигает 45% всех случаев онкологической патологии желудочно-кишечного тракта, имея тенденцию к росту. Удельный вес локализации опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки составляет около 5% случаев всех злокачественных новообразований прямой кишки. Согласно лечебной тактике, классическим хирургическим лечением при данной локализации, обеспечивающим соблюдение принципа радикализма, является брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Суть этой операции заключается в удалении всей прямой кишки с окружающей ее параректальной клетчаткой вместе со сфинктерным аппаратом и последующим формированием противоестественного заднепроходного прохода на передней брюшной стенке. Однако данная операция имеет большой недостаток – в послеоперационном периоде существенно ухудшается качество жизни пациента, при этом отсутствует возможность восстановления естественного пассажа кишечного содержимого, что особо актуально для пациентов трудоспособного возраста [1, 2, 3].

Согласно ряду клинических исследований, в случае расположения опухоли на расстоянии от 3-5 см от анального жома возможно выполнение сфинктеросохраняющей операции, так называемой низкой передней резекции прямой кишки. Суть операции в том, что прямая кишка удаляется вместе с окружающей параректальной клетчаткой в едином фасциальном футляре, а сама линия резекции прямой кишки проходит непосредственно над сфинктерным аппаратом. Завершается такая операция формированием межкишечного анастомоза между оставшейся частью прямой кишки и сигмовидной кишкой.

Особенности топографии прямой кишки, которая располагается в полости малого таза, в очень малом и узком по объему пространстве в окружении костей таза, крупных магистральных сосудов и нервных сплетений, формируют определенные технические сложности выполнения подобных операций, что способствует росту частоты послеоперационных осложнений, таких как несостоятельность анастомоза, недержание кала. Последние 5 лет сфинктеросохраняющие операции находятся в центре внимания колопроктологии. Развитие технических возможностей позволяет добиться существенного снижения вероятности развития послеоперационных осложнений. Однако важнейшим моментом при этом остается возможность радикального удаления опухоли [1, 2, 4, 5, 6].

Современные сшивающие аппараты дают возможность сформировать анастомоз практически на уровне анального канала. Аппаратный шов выполняется технически быстро и просто в глубине малого таза, где создание ручного анастомоза крайне затруднительно либо невыполнимо. Вероятность несостоятельности аппаратного анастомоза, по данным ряда исследователей, не превышает 15%, а при использовании ручного шва достигает 30% [4, 7].

Согласно некоторым научным публикациям, частоту несостоятельности анастомоза при низких передних резекциях прямой кишки удается снизить до 5-10% путем наложения временной разгрузочной стомы. В целях сохранения максимально естественного и полного пассажа кишечного содержимого, для минимизации потерь питательных веществ предпочтение следует отдавать петлевой трансверзостоме или десцендостоме [2, 4, 8].

Даже при использовании самых современных технологий хирургические манипуляции в

области малого таза и промежности при низких резекциях прямой кишки неизбежно сопровождаются пересечением нервов, обеспечивающих нейрорефлекторные реакции механизма анальной континенции. В результате в раннем послеоперационном периоде у пациентов, как правило, развивается недержание кала 2-3 степени. В этих случаях петлевая колостома позволяет улучшить качество жизни пациента на период реабилитации [3, 6, 9].

В настоящее время в научном сообществе отсутствует единое мнение относительно хирургической тактики при низких операбельных опухолях прямой кишки. В большинстве случаев на практике по-прежнему выполняется брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, что приводит к инвалидности, ухудшению качества жизни, а в ряде случаев – к полной утрате трудоспособности. Формирование временной колостомы в качестве завершающего этапа низкой резекции прямой кишки в научной литературе также вопрос неоднозначный. Широкое внедрение новой хирургической тактики, предполагающей сохранение сфинктерного аппарата, позволит оказывать хирургическую помощь пациентам на более высоком качественном уровне, оставляя при этом возможность полного восстановления трудоспособности. Поэтому данное исследование актуально для современной медицины.

Цель исследования: продемонстрировать высокую степень радикальности и реабилитационный потенциал метода хирургического лечения низкой (нижний край опухоли на расстоянии 5 см от зубчатой линии) злокачественной опухоли прямой кишки: брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, формированием анастомоза по типу «конец в конец» и превентивной трансверзостомией.

Результаты и обсуждение

Приводим собственное наблюдение с письменного согласия пациента на публикацию данных диагностики и лечения его заболевания.

Пациент 1951 года рождения 20.11.2017 г. поступил в плановом порядке в онкологическое отделение № 1 Гродненской областной клинической больницы (ГОКБ) с жалобами на периодически возникающие боли в животе, в области мезогастрия, чередование поносов и запоров, присутствие слизи с примесью крови в кале по типу «малинового желе», общую слабость.

Подобные жалобы беспокоили пациента на протяжении 6 месяцев, обратился на прием к проктологу в ГОКБ. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах, дополнительных образований не пальпируется. При ректальном исследовании: сфинктер тоничен, ампула пустая, костное кольцо без особенностей, на глубине до 5 см определяется циркулярно стенозирующее просвет плотное тканевое образование с бугристой поверхностью, безболезненное, подвижное, на перчатке следы слизи с примесью крови. Выставлен диагноз: (С20) Рак нижеампулярного отдела прямой кишки, II клиническая группа. Предложена госпитализация.

Результаты амбулаторного обследования патологии не зафиксировали. В отделении назначено дообследование. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства (20.11.2017) – патологии не установлено.

При ректосигмоколоноскопии (21.11.2017): слизистая толстой кишки осмотрена до купола слепой кишки. В просвете кишки на всем протяжении незначительное количество слизи, остатков каловых масс. На расстоянии 5,0 см в проксимальном направлении от зубчатой линии просвет прямой кишки сужен на 2/3 блюдцеобразной опухолью, протяженностью до 10 см, с изъязвлением в центре. Слизистая оболочка толстой кишки в других отделах умеренно гиперемирована, отечна.

На основании осмотра, результатов инструментальных, лабораторных методов исследования выставлен клинический диагноз: (С20) Рак нижеампулярного отдела прямой кишки, II стадия, II клиническая группа. Противопоказаний к хирургическому лечению не установлено, пациенту предложено хирургическое лечение, получено его согласие.

Выполнена операция (28.11.2017): брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, превентивная трансверзостомия.

Протокол операции. Под эндотрахеальным наркозом произведена нижняя срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости в области брыжейки тонкой кишки обнаружены единичные плотные образования белого цвета. Образования удалены, в результате экстренного цитологического исследования злокачественных клеток не обнаружено. Других признаков распространения онкологического процесса не установлено. При бимануальной пальпации в нижеампулярном отделе прямой кишки определяется подвижная опухоль, цилиндрической симметрии, до 5 см в диаметре, до 8 см в длину. Тазовая брюшина рассечена лирообразно, прямая кишка мобилизована с окружающей клетчаткой. При трансректальной ревизии нижний край опухоли определяется на расстоянии 5 см от зубчатой линии. Признаков прорастания опухоли за пределы прямой кишки и в сфинктерный аппарат не установлено. После перевязки верхней прямокишечной артерии прямая кишка пересечена поперечно на уровне 2 см в дистальном направлении от нижнего края опухоли. Вместе с мобилизованной окружающей клетчаткой препарат удален путем поперечного пересечения толстой кишки на уровне 5 см в проксимальном направлении от верхней границы опухоли. В отрезок сигмовидной кишки при помощи кисетного шва погружена головка степлера. В малый таз через контрапертуру в перианальной области справа установлен трубчатый дренаж. После дивульсии ануса выполнено низведение сигмовидной кишки с сохранением питающих сосудов. Трансанально наложен кисетный шов на отрезок прямой кишки, на расстоянии 2 см в проксимальном направлении от зубчатой линии

сформирован сигмо-аноанастомоз циркулярным степлером, диаметром 31 мм. Контроль гемостаза, отсутствия инородных тел. Целостность брюшины малого таза восстановлена единичными узловыми швами. В левом мезогастррии сформирована петлевая трансверзостома на высокой шпоре. Контроль гемостаза, отсутствия инородных тел. Послойный шов лапаротомной раны. Иод-асептическая повязка.

Макропрепарат № 1: резецированная прямая кишка с опухолью, окружающей клетчаткой и лимфатическими узлами в количестве 7 штук. Лимфатические узлы пальпаторно не увеличены, мягко-эластической консистенции. При вскрытии просвета прямой кишки со стороны слизистой оболочки определяется опухолевая ткань. Ее поверхность плотная, бугристая. Рост опухоли блюдцеобразный, с изъязвлением в центральной части, полуциркулярно охватывает стенку кишки и сужает просвет. В проксимальном и дистальном направлении границы роста нечеткие.

Патогистологическое заключение (№ 67599 от 28.11.17): блюдцеобразный стенозирующий рак толстой кишки (тубулярная аденокарцинома G2). Опухоль прорастает все слои стенки кишки. В операционных разрезах (№ 67623 от 28.11.17) и выявленных лимфатических узлах элементы рака не обнаружены.

Макропрепарат № 2: солитарные плотные тканевые образования брюшины, белого цвета. Патогистологическое заключение (№ 67565 от 28.11.17): фиброзно-жировая ткань (образование брюшины).

Заключительный клинический диагноз: (C20) Рак прямой кишки pT3N0M0 G2 IIА стадия. Состояние после радикального хирургического лечения: брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, превентивная трансверзостомия (28.11.17). III клиническая группа.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан 06.12.2017. Рекомендована явка в областной онкологический диспансер г. Гродно через 2 месяца с результатами исследований для решения вопроса о закрытии колостомы. Комплекс реабилитационных мероприятий, включающих специальные упражнения для тренировки мышц промежности и сфинктерного аппарата, гидромассаж отключенной части толстой кишки при помощи клизм через анальный канал.

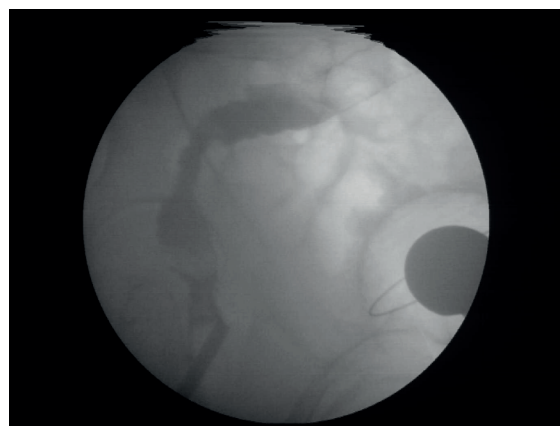
Пациент 1951 года рождения 01.02.2018 поступил в онкологическое отделение № 1 Гродненской областной клинической больницы (ГОКБ) для решения вопроса о возможности выполнения реконструктивно-восстановительной операции. При осмотре пациента установлена прибавка веса тела на 3 кг за период 3 месяца.

УЗИ области послеоперационного рубца, брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства (13.02.2018): патологии не установлено.

Протокол ирригоскопии (№ 02.02.2018). При

помощи контрастной клизмы через анус последовательно и равномерно заполнены сигмовидная, нисходящая ободочная кишки, часть поперечно-ободочной кишки и трансверзостома. Зона анастомоза проходима, затеков контраста за его пределы нет. Гаустральный рисунок сигмовидной и поперечной ободочной кишок без дефектов наполнения и сужений, контуры гладкие. При помощи контрастной клизмы через стому последовательно и равномерно заполнены проксимальный отдел поперечно-ободочной, восходящей и слепой кишок, гаустральный рисунок без дефектов наполнения и сужений, контуры гладкие на всем протяжении. Заключение: патологических изменений в зоне сигмо-аноанастомоза и в толстой кишке не обнаружено (рисунок).

Рисунок – ирригография от 02.02.2018, контрастом



выполнена зона анастомоза

Figure – irrigography from 02.02.2018, anastomosis zone is made in contrast

Согласно результатам исследований, противопоказаний к реконструктивно-восстановительной операции не установлено. Пациенту предложено хирургическое лечение, получено его согласие.

Выполнена реконструктивно-восстановительная операция (06.02.2018). Название операции: лапаротомия левым параректальным доступом; висцеролиз; резекция участка поперечно-ободочной кишки, несущего трансверзостому; трансверзо-трансверзоанастомоз по типу «конец в конец».

Заклучительный клинический диагноз: (C20) Рак прямой кишки pT3N0M0 G2 IIА стадия. Состояние после радикального хирургического лечения: брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, превентивная трансверзостомия (28.11.17). Реконструкция трансверзостомы от 06.02.18. III клиническая группа.

В раннем послеоперационном периоде (5-15 сутки) у пациента наблюдалась анальная инконтиненция 3 степени. Однако на фоне специального комплекса упражнений для группы мышц промежности и сфинктерного аппарата (упражнения Кегеля), на 15-22 сутки послеопе-

рационного периода анальная инконтиненция соответствовала 1-2 степени. Других послеоперационных осложнений не установлено. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 28.02.2018. Рекомендована явка в областной онкологический диспансер г. Гродно через 6 месяцев для контрольного осмотра. Бандаж на область живота в течение 6 месяцев. Продолжить комплекс реабилитационных мероприятий, включающих специальные упражнения для тренировки мышц промежности и сфинктерного аппарата (упражнения Кегеля).

Заключение

При обследовании пациента 18.09.2018 г. (10-й месяц послеоперационного периода) признаков рецидива онкологического заболевания не установлено. Пациент предъявляет жалобы на частый «стул» – до трех раз в сутки, оформленный, небольшими порциями; явления анальной инконтиненции отсутствуют.

Следовательно, операция брюшно-анальная

резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и формированием анастомоза по типу «конец в конец», превентивная трансверзостомия в данном конкретном случае характеризуется высокой степенью радикальности при низком расположении злокачественной опухоли прямой кишки (нижний край опухоли на расстоянии 5 см от зубчатой линии).

Петлевая трансверзостомия не вызывает существенных потерь питательных веществ, препятствует развитию тяжелых воспалительных осложнений и способствует процессам регенерации в зоне соустья, что подтверждается результатами обследования пациента.

Восстановление механизма анальной континенции после низкой резекции прямой кишки на фоне выполнения упражнений Кегеля и регулярного гидромассажа rectum возможно в течение десяти месяцев.

Литература

1. К вопросу о хирургическом лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки / А. А. Биленко [и др.] // Новообразование. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 147-150.
2. Карачун, А. М. Рак среднеампулярного отдела прямой кишки – какую операцию выбрать? Низкая передняя резекция прямой кишки / А. М. Карачун, А. С. Петров // Злокачественные опухоли. – 2013. – № 2. – С. 23-32.
3. Функциональные результаты интерсфинктерной резекции и экстирпации прямой кишки, выполненных по поводу рака нижнеампулярного отдела, и качество жизни таких больных / И. Тулина [и др.] // Врач. – 2017. – № 4. – С. 53-56.
4. Есин, В. И. Результаты применения различных способов формирования анастомозов при низкой резекции прямой кишки по поводу рака / В. И. Есин, Д. Г. Мустафин // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т. 6, № 4. – С. 121-125.
5. Даченко, Б. М. Низкая резекция прямой кишки: конкретизация понятия и особенности формирования межкишечного анастомоза / Б. М. Даченко, А. Б. Даченко, А. В. Кириллов // Колопроктология. – 2011. – № S3. – С. 68.
6. Рахматов, К. К. Сфинктеросохраняющая хирургия при дистальном раке прямой кишки: интерсфинктеральная резекция с колоанальным анастомозом / К. К. Рахматов // Материалы X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков, Курск, 26-27 февраля 2016 г. : в 2 т. / под ред.: В. А. Лазаренко, И. Э. Есауленко, Р. Ш. Хасанова. – Курск, 2016. – Т. 2. – С. 230-232.
7. Аппаратный межкишечный анастомоз при колоректальном раке: непосредственные результаты / О. И. Кит [и др.] // Колопроктология. – 2016. – № 1. – С. 48-53.
8. Взгляд хирурга на несостоятельность шва толстокишечного анастомоза. Факторы риска (обзор литературы) / Л. Н. Груба [и др.] // Московский хирургический журнал. – 2015. – № 6. – С. 11-21.
9. Бондарь, Г. В. Сохранение продольной мышцы прямой кишки при брюшнонаданальной резекции /

Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, О. В. Совпель // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 13-16.

References

1. Bilenko AA, Mashukov AA, Lurin AG, Zgura AN. K voprosu o hirurgicheskom lechenii raka nizhneampuljarnogo otdela prjamoj kishki. *Novoobrazovanie* [Neoplasm]. 2012;11(1):147-150. (Russian).
2. Karachun AM, Petrov AS. Rak sredneampuljarnogo otdela prjamoj kishki – kakuju operaciju vybrat? Nizkaja perednjaja rezekcija prjamoj kishki [Cancer of the middle third of rectum – which operation choose? Low anterior resection]. *Zlokachestvennye opuholi* [Malignant Tumours]. 2013;2:23-32. (Russian).
3. Tulina I, Bredihin M, Reshetov I, Carkov P, Krylov N. Funkcionalnye rezultaty intersfinkternoj rezekcii i jekstirpacii prjamoj kishki, vypolnennyh po povodu raka nizhneampuljarnogo otdela, i kachestvo zhizni takih bolnyh. *Vrach*. 2017;4:53-56. (Russian).
4. Esin VI, Mustafin DG. Rezultaty primenenija razlichnyh sposobov formirovanija anastomozov pri nizkoj rezekcii prjamoj kishki po povodu raka [The results of usage of different formation ways of anastomosis in low resection of the rectal cancer]. *Astrahanskij medicinskij zhurnal* [Astrakhan Medical Journal] 2011;6(4):121-125. (Russian).
5. Dacenko BM, Dacenko AB, Kirillov AV. Nizkaja rezekcija prjamoj kishki: konkretizacija ponjatija i osobennosti formirovanija mezhhishechnogo anastomoza. *Koloproktologija* [Coloproctology]. 2011;S3:68. (Russian).
6. Rahmatov KK. Sfinkterosohranjajushhaja hirurgija pri distalnom rake prjamoj kishki: intersfinkteralnaja rezekcija s koloanalnym anastomozom. In: Lazarenko VA, Esaulenko IJe, Hasanova RSH, editors. *Materialy X Jubilejnoj Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii molodyh uchenyh-medikov*; 2016 Febr. 26-27; Kursk [Materials X International Scientific Conference of the Young Scientist In Medicine; 2016 Febr. 26-27; Kursk]. Vol. 2. Kursk : MedTestInfo; 2016. p. 230-232. (Russian).

7. Kit OI, Gevorkjan JuA, Soldatkina NV, Kolesnikov EN, Haragezov DA, Kolesnikov VE, Kozhushko MA. Apparatnyj mezhkischechnyj anastomoz pri kolorektalnom rake: neposredstvennye rezultaty [Stapling interintestinal anastomosis in colorectal cancer: short-term results]. *Koloproktologija* [Coloproctology]. 2016;1:48-53. (Russian).
8. Gruba LN, Magomedov MS, Vasilenko KV, Lebedev IS, Egiev VN. Vzglyad hirurga na nesostojatelnost shva tolsto-kischechnogo anastomoza. Faktory riska [A surgeon's view on colorectal anastomotic leakage. Risk factors (review of literature)]. *Moskovskij hirurgicheskij zhurnal* [Moscow Surgical Journal]. 2015;6:11-21. (Russian).
9. Bondar GV, Basheev VH, Sovpel OV. Sohranenie prodolnoj myshcy prjamoj kishki pri brjushnonadanalnoj rezekcii [The saving of pars longitidinale recti during abdominoperineal resection]. *Vestnik neotlozhnoj i vosstanovitelnoj mediciny*. 2013;14(1):13-16. (Russian).

LOW ANTERIOR RESECTION FOR DISTAL RECTAL CANCER

¹Karavai A. V., ²Bialiayeu A. I., ²Huzayeuski Yu. N., ¹Salmin R. M.

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus

The classical approach to radical surgery of cancer of the lower rectal ampulla requires abdominoperineal resection which is technically easy to perform and is often applied in surgical units, however the procedure leads to life-long disability. The aim of the present research was to justify performing abdominoperineal resection for low rectal carcinoma (less than 5 cm from the dentate line). The research showed that the given procedure is a highly radical surgery requiring ten postoperative months for complete rehabilitation.

Keywords: rectal carcinoma, rectal lower ampulla, surgical treatment of cancer, low resection of rectum, radical surgery for rectal cancer, transverse colostoma, stoma reversal, rehabilitation.

For citation: Karavai AV, Bialiayeu AI, Huzayeuski YuN, Salmin RM. Low anterior resection for distal rectal cancer. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2019;17(4):453-457. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2019-17-4-453-457>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

Каравай Александр Владимирович / Karavai Aliaksandr, e-mail: akaravaj@rambler.ru,

Беляев Александр Игоревич / Bialiayeu Aliaksandr, e-mail: beljaewalex@mail.ru,

Гузаевский Юрий Николаевич / Huzayeuski Yury, e-mail: yur777@mail.ru,

*Салмин Роман Михайлович / Roman Salmin, e-mail: dr.salmin@tut.by

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 12.10.2018

Принята к публикации / Accepted for publication: 05.07.2019