

И.А. Тулина^{1*}, А.Ю. Кравченко¹, А.О. Тананян², М.И. Бредихин¹, П.В. Царьков¹

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ИНТЕРСФИНКТЕРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра колопроктологии и эндоскопической хирургии ФППОВ, 119991, Москва, Россия; ²Национальный центр онкологии им. В.А. Фанарджяна, 0052, Ереван, Армения

*Тулина Инна Адреевна. E-mail: tulina@proctosite.ru

♦ Представлена трехступенчатая хирургическая методика лапароскопической интерсфинктерной резекции прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного отдела. Отличительной особенностью данного метода является соблюдение принципа no-touch (не трогая опухоль), которая заключается в первоначальной изоляции сегмента кишки с опухолью за счет перевязки питающих сосудов и перекрытия просвета кишки дистальнее опухоли, после чего производится мобилизация прямой кишки с выполнением тотальной мезоректумэктомии. Данный подход может способствовать улучшению отдаленных онкологических результатов операции.

Ключевые слова: рак прямой кишки; хирургическое лечение рака прямой кишки; лапароскопические операции

I.A. Tulina¹, A.Yu. Kravtchenko¹, A.O. Tananyan², M.I. Bredikhin¹, P.V. Tsarkov¹

THE NEW VIEW AT INTER-SPHINCTER RESECTION IN CASE OF CANCER OF INFERIOR AMPULLAR SECTION OF RECTUM

¹The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia

²The V.A. Fanardjiyan National center of oncology, Yerevan, Republic of Armenia

♦ The article presents the three step surgery technique of laparoscopy inter-sphincter resection of rectum because of cancer of its inferior ampullar section. The distinguishing characteristic of this technique is compliance of "no-touch" principle (without touching the tumor). This approach consists of primary isolation of segment of intestine with tumor at the expense of ligation of feeding vessels and blocking lumen of intestine more distal towards the tumor. Then mobilization of rectum is made with implementation of total mesorectumectomy. This approach can promote improvement of long-term oncological results of surgery.

Keywords: cancer, rectum, surgery, treatment, laparoscopy operation

Выбор варианта хирургического лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки является одним из самых трудных в колоректальной хирургии. Совершенствование хирургических технологий и предоперационных методов дополнительного лечения (лучевая и химиолучевая терапия) позволяет все большему числу хирургов отказываться от брюшно-промежностной экстирпации в пользу сфинктерсохраняющих вмешательств. Одной из таких операций является интерсфинктерная резекция прямой кишки с формированием ручного колоанального анастомоза.

Предлагаемая методика операции состоит из трех этапов (см. рисунок). Первый лапароскопический этап заключается в выполнении парааортальной лимфодиссекции и перевязки сосуда ниже места отхождения левой ободочной артерии. На том же уровне пересекается нижняя брыжеечная вена. Удаление жировой клетчатки вокруг ствола нижней брыжеечной артерии минимизирует вероятность развития лимфогенного регионарного рецидива и обеспечивает возможность сохранения левой ободочной артерии и соответственно достаточной длины низводимой кишки и формирования колоанального анастомоза. После рассечения брюшины левого латерального канала и у основания брыжейки сигмовидной кишки выделяется мочеточник, визуализируются левые гонадные сосуды. Выполняется пересечение брыжейки сигмовидной кишки с сигмовидными сосудами и верхней прямокишечной артерией.

Во время второго промежностного этапа производится выделение нижнего

края опухоли и мобилизация дистального отдела мезоректума. Для этого анальный канал по кругу растягивается специальной ретракторной системой, что позволяет визуализировать нижнюю границу опухоли и под контролем зрения выполнить циркулярный разрез стенки анального канала, отступя от нее на 1 см дистальнее. Просвет кишки герметично ушивается. После этого дистальный отдел прямой кишки выделяется в интерсфинктерном пространстве между внутренним и наружным сфинктерами вплоть до уровня пуборектальной мышцы (верхний край

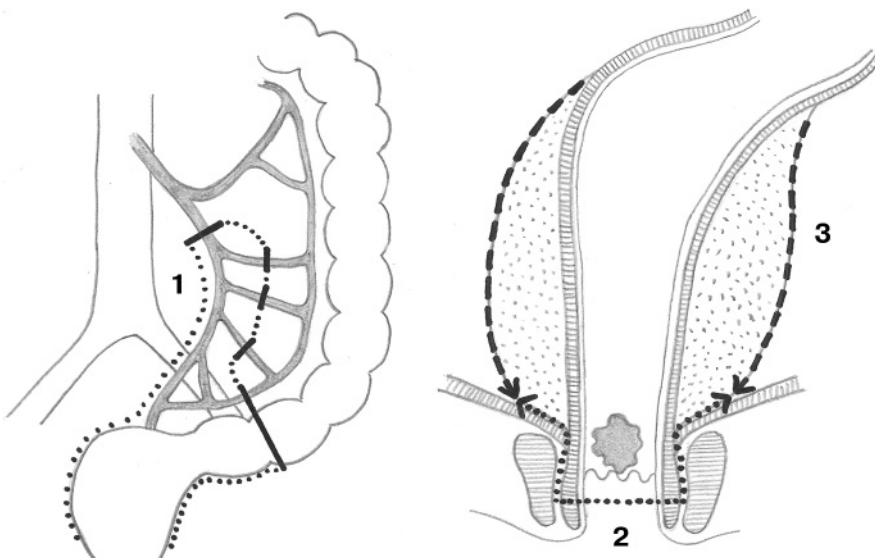


Схема этапов операции.

1 — парааортальная лимфодиссекция с пересечением нижней брыжеечной артерии ниже места отхождения левой ободочной артерии; 2 — выделение дистального отдела прямой кишки в интерсфинктерном пространстве с частичной резекцией внутреннего сфинктера и мобилизацией нижней части мезоректума; 3 — тотальная мезоректумэктомия.

анального канала) и отделения последней от продольного мышечного слоя прямой кишки. Далее выделяется дистальный отдел мезоректума на протяжении 2—3 см до уровня средней части предстательной железы у мужчин и средней части влагалища у женщин.

Третий лапароскопический этап заключается в выполнении тотальной мезоректумэктомии. После реинсуффляции газа в брюшную полость производят выделение прямой кишки в межфасциальном слое по поверхности мезоректальной фасции, уделяя особое внимание сохранению гипогастральных нервов и ветвей тазового сплетения. Благодаря произведенной трансанально предварительной мобилизации нижней части мезоректума выделение кишки значительно облегчается, поскольку появляется возможность ее более свободной тракции в сторону брюшной полости. Это существенно снижает риск непреднамеренного (вследствие излишнего натяжения инструментами) надрыва собственной фасции прямой кишки. После слияния плоскостей диссекции прямая кишка с опухолью и дистальная часть сигмовидной кишки вытягиваются через анальный канал и пересекаются выше опухоли. Накладывается ручной колоанальный анастомоз между низводимой кишкой, наружным сфинктером и анодермой. В брюшную полость устанавливается дренаж через одно из троакарных отверстий и формируется отводящая трансверзостама.

Особенностью описываемого метода является соблюдение принципа no-touch (не трогая), который заключается в соблюдении определенной последовательности действий при резекции толстой кишки: 1) перевязка сосудов, питающих удаляемый сегмент кишки; 2) изоляция сегмента кишки с опухолью за счет перекрытия просвета; 3) выделение кишки из окружающих тканей и удаление ее. Первый опыт применения данного принципа в лечении колоректального рака [1] показал, что такая последовательность этапов операции характеризуется более высокой выживаемостью (51%) по сравнению с традиционным подходом (35%), при котором манипуляция с опухолью во время выделения сегмента кишки проводится до перевязки сосудов и изоляции просвета. Это может привести к распространению опухолевых клеток по сосудистому рус-

лу и просвету кишки и к образованию местного рецидива. Хотя в последующих исследованиях эффективность метода no-touch не была подтверждена [2, 3], данный маневр не является технически и энергозатратным для хирурга и «ничего не стоит» (в смысле возможных осложнений) больному. Более того, потенциально его использование может привести к улучшению отдаленных результатов лечения. Особенно это актуально при выполнении интерсфинктерной резекции. Традиционно выделение опухоли сопровождается значительной тракцией нижеампулярного отдела прямой кишки, что создает условия для миграции опухолевых клеток по просвету кишки и имплантации их в слизистую анального канала, а также может способствовать надрыву мезоректальной фасции или стенки кишки в области опухоли. Миграция клеток и перфорация опухоли являются факторами, ухудшающими онкологический исход лечения. Простое изменение последовательности этапов операции во время выполнения интерсфинктерной резекции, при которой мобилизация сегмента кишки осуществляется только после его полной изоляции (пересечение сосудов и ушивание просвета кишки), позволяет выполнить максимально радикальную операцию и снизить вероятность имплантации опухолевых клеток в слизистую культи анального канала.

Представлена новая методика выполнения лапароскопической интерсфинктерной резекции прямой кишки с соблюдением принципа no-touch, которая может способствовать уменьшению вероятности развития местного рецидива опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Turnbull R.B.Jr., Kyle K., Watson F.R., Spratt J. Cancer of the colon: the influence of the no-touch isolation technic on survival rates. *Ann. Surg.* 1967; 166 (3): 420—7.
2. Garcia-Olmo D., Ontañón J., Garcia-Olmo D.C., Vallejo M., Cifuentes J. Experimental evidence does not support use of the "no-touch" isolation technique in colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum.* 1999; 42 (11): 1449—56.
3. Nelson H., Petrelli N., Carlin A., Couture J., Fleshman J., Guillem J. et al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. *J. Natl. Cancer Inst.* 2001; 93 (8): 583—96.

Поступила 28.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 615.849.11/19.03:617.52-002.3].036.8

И.Л. Вагина¹, Н.М. Хелминская², И.С. Истомина², Л.В. Грубова³, Ю.Б. Глазков⁴*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ- И СОЧЕТАННОГО КВЧ-ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 117997, Москва; ²ГБОУ ДПО РМАПО, 123995, Москва; ³ГБУ ДЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», 129336, Москва; ⁴ООО НПЛЦ «Техника», 113406, Москва, Россия

*Вагина Ирина Львовна. E-mail: kvch@bk.ru

♦ Включение физических факторов в комплекс лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области позволяет оптимизировать течение лечебного процесса путем влияния на механизмы саногенеза. В статье на основании клинической характеристики и доплерографических исследований общей сонной и лицевой артерий показано, что КВЧ- и сочетанное КВЧ-лазерное воздействие способно восстанавливать измененные при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области показатели регионарной гемодинамики, что способствует повышению эффективности комплексного лечения. Обосновано дифференцированное применение КВЧ- и КВЧ-лазеротерапии в зависимости от фазы течения гнойно-воспалительного процесса.

Ключевые слова: ультразвуковая доплерография; показатели гемодинамики; КВЧ-лазерная терапия; гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

I.L. Vagina¹, N.M. Khelminskaya², I.S. Istomina², L.V. Grubova³, Yu.B. Glazkov⁴

THE EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF EXTREMELY HIGH FREQUENCIES AND EXTREMELY HIGH FREQUENCIES-LASER COMBINED EFFECT IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PYO-INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLO-FACIAL AREA