

И.В. Панкратов

**ВОССТАНОВЛЕНИЕМ КОНТИНЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ
ПОСЛЕ ИНТЕРСФИНКТЕРНОЙ РЕЗЕКЦИИ***НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается рост заболеваемости колоректальным раком. Операцией выбора при опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки, до недавнего времени, являлась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Работы по изучению дистального распространения опухоли при раках прямой кишки послужили толчком для разработок сфинктеросохраняющих операций. Интерсфинктерная резекция, являясь онкологически оправданной при экзофитных злокачественных опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки, гораздо физиологичнее экстирпации органа. Лечение пациентов со злокачественными опухолями нижеампулярного отдела прямой кишки чаще всего сопряжено с утратой запирающего аппарата, что приводит к стойкой инвалидизации и снижению качества жизни больного. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем мире продолжают поиски способов улучшения функциональных результатов этой операции.

Разработан в эксперименте и внедрен в клинику способ интерсфинктерной резекции прямой кишки (патент РФ № 2206280 от 20.06.2003) с формированием толстокишечного резервуара с гладкомышечным жомом. Радикализм интерсфинктерной резекции по отношению к «низкому» раку достигается сочетанием тотальной мезоректумэктомией до уровня перехода леваторов в длинную мышцу анального канала и удалением прямой кишки с внутренним сфинктером. Всего по данной методике оперировано 26 больных (17 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 34 до 77 лет (средний возраст — $56,2 \pm 5,7$ года). Во всех случаях опухоль располагалась в нижеампулярном отделе, стадия процесса T1-3N0-1M0.

Для достоверной оценки характера роста «низкого» рака всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась эндоскопическая ультрасонография. Высокая разрешающая способность менее 1 мм, недоступное другим диагностическим методам, позволила с достоверностью оценить степень распространенности опухолевого процесса, что позволило выполнить сфинктеросохраняющую операцию.

В контрольные сроки после операции пациенты проходили комплексное стационарное обследование с использованием клинических (осмотр, пальпация, ректальное исследование) и инструментальных методов исследования (фиброскопия, ирригоскопия, эндоскопическая ультрасонография, аноректальная манометрия, профилометрия). Качество жизни оперированных больных изучали с применением специфического опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), а оценку калового держания проводили на основании шкалы Wexner score. До операции, как гастроинтестинальный индекс, так и показатели по всем категориям снижены, что обусловлено клиникой основного заболевания. Относительно низкие показатели гастроинтестинального индекса в ранние сроки после операции обусловлены операционной травмой. По мере увеличения после операционных сроков отмечается положительная динамика уровня качества жизни. Через 6 месяцев после операции отмечается возрастание гастроинтестинального индекса на 129,8 % по сравнению с дооперационным и на 144,6 % в сравнении с ранним послеоперационным периодом. Через 1 год после операции гастроинтестинальный индекс вырос почти в 1,5 раза в сравнении с дооперационным. Все пациенты ведут активный образ жизни (профессиональная и повседневная деятельность), полностью себя обслуживают, стул один, реже два раза в сутки, оформленный. Проведенный опрос показал, что 80,8 % (21 из 26) пациентов считают себя социально-реабилитированными в обществе.

При оценке калового держания при помощи опросника Wexner score — полученные результаты были следующими. В раннем послеоперационном периоде средний показатель Wexner score составил $15,2 \pm 2,7$, в отдаленном (6 — 12 месяцев) — $11,4 \pm 2,3$ балла, а спустя 3 года — показатель калового держания составил $7,2 \pm 1,9$. Все это свидетельствует о восстановлении континентальной функции прямой кишки.

При фиброскопии резервуар располагался сразу над зоной искусственного сфинктера, имел шаровидную форму, линии межкишечного анастомоза определялись в виде трех складок слизистой, сходящихся в области вершины резервуара. Слизистая кишки на всем протяжении, без явлений атрофии и воспаления. Гладкомышечный жом обладал способностью к произвольному тоническому сокращению. При ультрасонографии определялась характерная для него слоистость стенки толщиной 1,8 — 2,1 мм. Искусственный сфинктер представлял собой равномерное циркулярное гипоехогенное образование толщиной в среднем до 4,8 мм из дубликатуры мышечной оболочки, которая дифференцировалась за счет наличия гиперэхогенной межмышечной соединительно-тканной прослойки между мышечной оболочкой стенки кишки и мышечной манжетой. При дальнейшем наблюдении за состоянием мышечного жома, ни в одном случае не было выявлено признаков склерозирования мышечной пластинки, входящей в состав манжеты.

При аноректальной манометрии показатель порогового объема резервуара находился в пределах нормы и не имел достоверных отличий в различные сроки после операции. Увеличение объема дефе-

кации и максимально переносимого объема у пациентов в различные сроки после операции свидетельствует о растяжимости стенки кишки в области сформированной «искусственной ампулы».

При профилометрии определялась асимметрия трехмерного графического изображения давления покоя сфинктеров прямой кишки, что связано с воспалительными изменениями сформированной конструкции, а также с формированием замка на противобрыжеечном крае гладкомышечного жома.

Таким образом, сочетание новых принципов резекции и пластической реконструкции у больных с «низким» раком прямой кишки позволяет получить вполне благоприятные онкологические и функциональные результаты медицинской и социально-трудовой реабилитации больных после интерсфинктерной резекции прямой кишки.

И.В. Панкратов, М.В. Артеменко

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Хирургическое вмешательство в настоящее время остается методом выбора в лечении рака прямой кишки. При этом, брюшно-промежностная экстирпация, на сегодняшний день утратила статус «золотого стандарта» в лечении рака верхне-, средне- и отчасти нижеампулярного отделов прямой кишки, уступив место сфинктеросохраняющим операциям. Однако удаление ампулы прямой кишки приводит к развитию патологического состояния, которое называется «синдромом низкой передней резекции» и проявляется частыми императивными позывами к дефекации, недержанием кала, многомоментным опорожнением и чувством неполной эвакуации. Все это приводит к снижению качества жизни оперированных больных. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем мире продолжают поиски способов улучшения функциональных результатов сфинктеросохраняющих операций.

Изучение качества жизни больных перенесших оперативное вмешательство по поводу рака прямой кишки является одним из основных методов оценки состояния пациентов. На современном уровне развития хирургии и онкологии пациент вправе требовать от врача не только сохранения «количества» жизни, но и в не меньшей мере обеспечения приемлемого уровня ее «качества».

Повышение функциональных результатов операций по поводу рака прямой кишки, с целью улучшения качества жизни оперированных больных, без ущерба для онкологической радикальности, обосновано привлекает внимание многих хирургов.

С целью предупреждения проявлений «синдрома низкой передней резекции прямой кишки» нами разработаны и применены на практике новые оперативные технологии, предусматривающие комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции. На все методики операций получены патенты РФ (всего 5).

С целью оценки качества жизни больных и определения возможных путей его улучшения, после сфинктеросохраняющих операциях выполненных по поводу рака прямой кишки, проведено анкетирование пациентов при помощи специализированного опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), а также оценка калового держания на основании шкалы Wexner score. Изучение же функциональных результатов проводилось при помощи проктографии, аноректальной манометрии и профилометрии.

Изучены результаты лечения 131 пациента, перенесших разные виды сфинктеросохраняющих операций (из них высокая передняя резекция с формированием ректосигмоидного перехода выполнена 47 пациентам, низкая передняя резекция с формированием толстокишечного резервуара — 7 пациентам, низкая передняя резекция с формированием искусственной ампулы и ректосигмоидного перехода — 34 пациентам, брюшно-анальная резекция с формированием шаровидного резервуара — 18 пациентам, интерсфинктерная резекция с формированием шаровидного резервуара и гладкомышечного жома — 26 пациентам).

При оценке качества жизни оперированных больных с применением специфического опросника GIQLI показало, что до операции, как гастроинтестинальный индекс, так и показатели по всем категориям снижены, что обусловлено клиникой основного заболевания. Относительно низкие показатели гастроинтестинального индекса в ранние сроки после операции обусловлены операционной травмой. По мере увеличения после операционных сроков отмечается положительная динамика уровня качества жизни. Через 6 месяцев после операции отмечается возрастание гастроинтестинального индекса на 129,8 % по сравнению с дооперационным и на 144,6 % в сравнении с ранним послеоперационным периодом. Через 1 год после операции гастроинтестинальный индекс вырос почти в 1,5 раза в сравнении с дооперационным. Все пациенты ведут активный образ жизни (профессиональная и повседневная деятельность), полностью себя обслуживают, стул один, реже два раза в сутки, оформленный. Про-