

the depressed elderly // Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. - 1996 Jan. - Vol. 9, №1. - P. 13-21.

36. Bowling A., Bond M., Jenkinson C. et al. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and Oxford Healthy Life Survey // Journal of Public Health Medicine. - 1999. - Vol. 21, № 3. - P. 255-270.

37. Bullinger M. et al. Translating health study questionnaires and evaluating them: the Quality of life a project approach. International of Quality of life assessment // Clin. Epidemiol. - 1998. - Vol. 51. - P. 913-923.

38. Gabriel S.E., Kneeland T.S., Melton L.J. Health-related quality of life in economic evaluations for osteoporosis: worse values should we use? // Medical Decision Making. - 1999 Apr-Jun. - Vol. 258, №19. - P. 141-148.

39. Ravens-Sieberer U. et al. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective // Soz. Preventives. - 2001. - № 46. - P. 294-302.

40. Ronen G. et al. Health-related quality of life in childhood disorders: a modified focus group technique to involve children // Qual Life Res. - 2001. - Vol. 10, № 1. - P. 71-79.

41. Rosen C.L., Palermo T.M., Larkin E.K. Health-related quality of life and sleep-disordered breathing in children // Sleep. - 2002. - Vol. 25, № 6. - P. 657-1166.

42. Sawyer N. et al. The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma // Qual Life Res. - 2000. - Vol. 9, № 10. - P. 1105-1115.

43. Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varni J.W. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents // JAMA. - 2003. - Vol. 289, № 14. - P. 1813-1819.

44. Varni J., Seid M., Kurtin P. Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers // JCOM. - 1999. - Vol. 6, № 4. - P. 33-40.

45. Varni J. et al. The Peds QL in pediatric rheumatology: Reliability, validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Rheumatology Module // Arthritis and Rheumatism. - 2002. - Vol. 46. - P. 714-725.

46. West A. Methodological issues in the assessment of quality of life in childhood asthma: what educational research has to offer // Assessment of Quality of Life in Childhood Asthma. Eds. Christie M., French D. Switzerland: Harwood Academic Publishers. - 1994. - P. 121-130.

47. WHO Global Report 2009. Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. WHO.2009. <http://www.who.int/publications> (дата обращения 29.11.09).

Координаты для связи с авторами: Солохина Людмила Васильевна — доктор мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения ДВГМУ; Дьяченко Ольга Александровна — врач-фтизиатр ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер»; e-mail: olymuscobacter@rambler.ru, тел.: 8-914-414-38-53; Яринчук Екатерина Ивановна — врач-фтизиатр ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер».



УДК 616 - 006.6 : 351 - 617 - 089

В.В. Яновой

ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НИЗКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел.: 8-(4116)-52-68-28, e-mail: agta@amur.ru, г. Благовещенск

Хирургическая реабилитация является составной частью медицинской и в узком понимании представляет собой комплекс хирургических манипуляций, обеспечивающих более быстрое последующее устранение последствий вынужденной операционной травмы или самой болезни. Она предназначена для более скорого возвращения оперированного в привычные социальные и трудовые условия. Низкая резекция прямой кишки предусматривает удаление части прямой кишки с сохранением сфинктера и 3-4 см проксимального отдела прямой кишки. Наиболее частые показания к такой операции, почти в 90%, — опухолевые поражения прямой кишки. В ходе операции хирург решает ряд вопросов, пре-

жде всего при наличии злокачественного поражения, по обеспечению радикализма вмешательства, выбору способа завершения операции: сохранение непрерывности толстой кишки, какой вариант, на сколько он возместит утрату большей части прямой кишки. Ведь при наличии менее 5 см дистального отрезка прямой кишки проявляется известный в мировой практике «синдром передней или низкой резекции». Это частый стул малыми порциями, плохое держание жидкого кала, газов. У некоторых оперированных он нивелируется частично более чем через 2 г., за счет определенной адаптации толстой кишки, однако не у всех, и зависит от степени травматичности — повреждения нервов тазового дна, сохраненной про-

приоцептивной чувствительности мышц тазового дна, нервного аппарата левого бокового канала, состояния аноректальной ангуляции (аноректальный угол), темпов формирования новой ампулы «неоректум» и т.д. (М.М. Генри; М. Свощ, 1988).

Определенный интерес представляют ответы на поставленные вопросы и как они решались на примере работы одного из первых созданных отделений колопроктологии в ДФО Амурского центра колопроктологии. Следует сказать, что у его истоков стояли известные в стране хирурги: проф. Б.Л. Бронштейн (ученик «отца отечественных онкологов» — акад. Н.Н. Петрова) и ученик проф. Б.Л. Бронштейна — проф. О.П. Амелина.

I этап — начало 50-х гг. прошлого века, основная цель операций при низком раке — радикализм, совершенство техники, в основном экстирпации прямой кишки. Операции длились по 4-5 ч, была высокая летальность, определенные трудности послеоперационного обезболивания. Хотя следует отметить, что сфинктеросохраняющие операции, связанные с низведением вышележащих отделов ободочной кишки, только стали входить в практику (С.А. Холдин, 1955; Н.Е. Вагон, 1956). Однако по-прежнему ведущим было мнение авторитетного американского хирурга W.E. Miles (1910) о том, что в силу определенного характера метастазирования при раке прямой кишки радикальной операцией является ее экстирпация и наложение колостомы. Последующие исследования многих авторов, в том числе отечественных, не подтвердили эти данные (В.Н. Демин, 1964; Duces, 1960).

II этап — конец 60 — начало 70-х гг. — характеризуется широким внедрением сфинктеросохраняющих операций, прежде всего брюшно-анальной резекции с низведением ободочной кишки, которые составляли 50-70% во многих клиниках, определен «безопасный уровень» локализации нижнего полюса опухоли от заднего прохода, при котором рецидив маловероятен — это 6-7 см. Широкое внедрение операций низведения при резекции прямой кишки выдвинуло новую проблему: как и чем замещать прямую кишку? В силу анатомических особенностей использовать сигмовидную кишку возможно в 25-30%, в остальных необходима мобилизация вышележащих отделов либо использовать тонкокишечные вставки (О.П. Амелина, 1971). В 70-80-х гг. прошлого века мнения хирургов разделились относительно приоритетного использования для этой цели либо илеоколопластики, или колопластики. Аргументированные суждения, подкрепленные экспериментальными исследованиями, проведенными в Амурском центре проктологии, как и исследования в других клиниках, способствовали возобладанию мнения сторонников колопластики. Докторская диссертация О.П. Амелиной (1971), комплексные исследования ее сотрудников подтвердили целесообразность применения колопластики. Количество оперированных на толстой кишке, перенесших функционально значимые операции, увеличилось. Следует отметить значительный вклад в решение данной проблемы хирургов ученых Дальнего Востока В.С. Шапкина, Э.С. Пироговой, Г.Л. Александровича и других.

В 1983 г. было завершено еще одно научное исследование в Амурском центре колопроктологии, позволившее обоснованно увеличить количество сфинктеросохраняющих операций при низком раке, причем акцент сделан

Резюме

В работе автор дал определение хирургической реабилитации, ее значения при низкой резекции прямой кишки, сопровождающейся утратой значительной ее части. Приведен исторический взгляд на проблему, анализ ампулозамещающих операций, сопровождающихся восстановлением утраченных функций прямой кишки. Дана оценка, не получившей пока распространения в стране, реконструктивной операции с использованием илеоцекального комплекса. Приведены результаты функциональных исследований 10 операций, проведенных в клинике.

Ключевые слова: прямая кишка, рак, операция, функция.

V.V. Yanovoy

REABILITATION AFTER LOW RECTUM RESECTION

Amur state medical academy, Blagoveshchensk

Summary

The author of this article gave definition of the surgical rehabilitation, its significance in cases of the low rectal resection. The author made historical view to this problem and analyzed the rectal ampulla-substituting surgical interventions with the rectal damaged functions reconstruction. He evaluated the reconstructive surgery with the ileocecal segment usage that is not so wide distributed in our country yet. The author described the results of the functional investigations after 10 surgical interventions in our clinic.

Key words: rectum, cancer, surgical intervention, function.

на функциональное ее значение (В.В. Яновой, 1983). На основании экспериментальных и клинических исследований доказана возможность выполнения операций низведения при опухолях, локализующихся в 2-3 см от анального канала. Однако при этом должны соблюдаться определенные технические приемы, а опухоли иметь I-II стадии развития. Это, естественно, вызвало неоднозначные суждения среди хирургов и в большей степени онкологов, т.к. была одной из первых работ такого характера, в которой подверглось сомнению существующее, казалось бы, твердое мнение в определении показаний к операции низведения. Однако время поставило все на свои места, сейчас нет такой клиники, которая не привела бы свои данные по лечению низкого рака прямой кишки с сохранением сфинктера при локализации нижнего конца рака меньше чем 6-7 см от сфинктера. Вот это действительно настораживает, потому что отступление от известных канонов с позиции онкологии должно быть тщательно обосновано, а клиники должны иметь колоссальный опыт и, конечно же, собственное индивидуальное «не штампованное» регулярное диспансерное наблюдение за перенесшими столь неординарные операции.

С внедрением колопластики в хирургическое лечение низкого рака, увеличилось количество больных, которые вновь вернулись к своему труду, были востребованы обществом. Однако следует иметь в виду, что такие операции сложны технически, что влияет на частоту возникновения осложнений и, в свою очередь, естественно, снижает их функциональную значимость.

В Амурском центре колопроктологии в начале 90-х гг. прошлого века завершен анализ результатов 576 операций на толстой кишке, включая 316 операций с использованием метода колопластики (В.В. Яновой, 1994). Разработана классификация осложнений, меры их профилактики и устранения, включая использование 7 патентов, внедрены более 30 рационализаторских предложений. Дана оценка функциональным результатам операций и обращено внимание, что при низких резекциях прямой кишки с использованием колопластики функциональные результаты должны быть лучше.

Таким образом, III этап — начало 90-х гг. прошлого века — знаменуется стремлением улучшить функциональные исходы операций при низких резекциях. Надо отметить, что к этому времени операции низведения с ручным анастомозом на промежности почти потеряли свою популярность. Более раннее применение за рубежом и позже в России циркулярных степлеров заставило вытеснить с хирургической сцены операции брюшно-анальной резекции в классическом ее виде. Это несколько улучшило функциональные результаты. Но синдром низкой резекции сохранялся, что было связано с утратой резервуарной функции прямой кишки.

В Амурском центре колопроктологии к этому времени было предложено два варианта патента, улучшающих функциональные результаты операций низведения. Один из них, как и большинство предложений, включал чисто механический подход, который заключался в формировании расширения участков низводимой сигмовидной кишки (В.В. Яновой, 1994). Как и подобные предложения в других клиниках, он приносил удовлетворение, но через некоторое время эффект исчезал, а негативность отсутствия ампул возрастала. Позже проведенный анализ функциональных результатов при формировании «неоректума» в виде J, W, C-резервуаров показал, что в их создании лежит стремление создать расширение кишки механическим путем (R. Page; E. Tige; P. Frileux et al., 1986). Низводимая кишка чаще сигмовидная, нисходящая имеет узкую ригидную мышечную стенку, при создании резервуара на ней наносятся разрезы, накладываются швы, что нарушает внутрстеночную иннервацию, кровоснабжение (Н.А. Яицкий; С.В. Васильев; З.Д. Чания и др., 2002). В этой связи через 2-3 г. происходит дегенерация стенки с ее рубцеванием. Часто, почти в 25% наблюдений, для формирования «неоректума» нужна мобилизация левой половины ободочной кишки и левого изгиба. Как известно, это дополнительно нарушает нервные связи с тазом и боковым левым каналом брюшной полости. Имеет значение и локализация нового резервуара, высокое его расположение не позволяет осуществлять взаимодействие с мышцами тазового дна, имеющими проприоцептивную чувствительность, которые определенным образом влияют на состояние аноректального угла, нарушение его функции приводит к инконтиненции. Все это ведет к эвакуаторным нарушениям.

В 1990 г. нами предложен вариант формирования резервуара из слепой кишки с сохранением изгибов ободочной кишки (В.В. Яновой, 1994). Его преимущества — естественная, более значимая емкость, на кишке не производятся дополнительные манипуляции — разрезы, швы; сохраняются физиологические изгибы. В 1997 г. в г. Базель (Швейцария) предложен подобный вариант, но

с дислокацией слепой кишки в левый боковой канал (O. Marcus, von M.D. Fliee, M.D. Lukas p Degen et al., 1996). Нами разработано несколько модификаций этих двух вариантов. В основе одного из них — реверсия мобилизованного илеоасцендоцекального комплекса, низведение в малый таз проксимальной части восходящей кишки, наложение анастомоза с оставшейся частью прямой кишки. Непрерывность кишечника восстанавливается анастомозированием орального конца подвздошной кишки с оставшейся восходящей. Сигмовидная кишка сшивается с дистальной частью подвздошной. Анализ выполненных 10 операций, включая ирригографию, УЗИ, компьютерную тонометрию, показывает хорошие функциональные результаты уже через 2 нед. после операции, отдаленные исходы изучены на протяжении года.

Несомненно, это значительный шаг в направлении улучшения функциональных результатов операций. В нашей стране подобные оперативные вмешательства пока не получили распространения, и требуется накопление материала и всесторонний его анализ. Однако первые результаты свидетельствуют об их преимуществе. Это, конечно, не предел поиска путей реабилитации оперированных. Все вышеизложенное подчеркивает определенную закономерность — этапность, которая явно просматривается в хирургии почти любого направления. Доведенные до совершенства технические детали оперативного вмешательства ставят своей целью максимальное восстановление функциональных возможностей утраченных органов. И в этом направлении хирургия опирается на достижения научного прогресса, глубокие знания физиологии.

Л и т е р а т у р а

1. Амелина О.П. Анатомо-физиологическое обоснование восстановительных операций на толстой кишке после обширных левосторонних резекций: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Л., 1971. - 23 с.
2. Генри М.М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. - М., 1988. - С. 64-71.
3. Демин В.Н. Рациональные границы операций при раке ободочной и прямой кишки. - Л., 1964. - 139 с.
4. Холдин С.А. Новообразования прямой и сигмовидной кишки. - М., 1977. - 228 с.
5. Холдин С.А. Злокачественные новообразования прямой кишки. - М.: Медгиз, 1955. - 360 с.
6. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Чания З.Д. и др. Качество жизни пациентов после оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции // Практическая онкология. - 2002. - Т. 3, №2. - С. 114-122.
7. Яновой В.В. Брюшнопромежностная проктэктомия с первичной сфинктеропластикой и низведением: дис. ... канд. мед. наук. - Владивосток, 1983.
8. Яновой В.В. Одно- и многоэтапные операции на толстой кишке с использованием колопластики и их осложнения: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1994.
9. Яновой В.В. Способ восстановления непрерывности толстой кишки // Патент России № 2008811, 1994. Бюл. №5.
10. Яновой В.В. Способ формирования ампулы низведенной ободочной кишки // Патент России № 2008809, 1994. Бюл. №5.

11. Bacon H.E. Abominoperineal proctosigmoidectomy with sphincter preservation // J. Am. Med. Ass. - 1956. - Vol. 160, № 8. - P. 628-630.

12. Duces C.E. The pathology of rectal cancer. Edinburgh. - 1960. - P. 59-68.

13. Marcus O., von Fliie M.D., Lukas p Degen M.D. et. al. Ileocecal Reservoir Reconstruction with Physiologic Function After Total Mesorectal Cancer Excision // Annal of surgery. - 1996. - Vol. 224, № 2. - P. 204-212.

14. Miles W.E. The radical abdomino-perineal operation for cancer of the rectum and of the pelvio colon // Br. Med. J. - 1910. - № 2. - P. 941-943.

15. Pare., Tire E., Frileux P. et al. Resection and colo-anal anastomosis with colonicreservoir for rectal carcinoma // Br. J Surg. - 1986. - Vol. 73, № 2. - P. 135-141.

Координаты для связи с автором: Яновой Валерий Владимирович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии АГМА, тел.: 8-(4162)-52-68-28.

