

Key words: colorectal cancer, radiation therapy, chemotherapy.

УДК: 616.351 – 006-089.844

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНОГО РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО
ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Н.Н. КОРОТКИХ, Р.В. ПОПОВ*

Представлен вариант операции у больной раком нижнеампулярного отдела прямой кишки. Благодаря проведенному хирургическому лечению у больной отмечены удовлетворительные функциональные результаты. В статье приводится краткий обзор современного состояния проблемы лечения больных раком прямой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, толстокишечный резервуар, неосфинктер

За последние десятилетия практически во всех экономически развитых странах отмечается неуклонный рост заболеваемости раком прямой кишки.

По данным на 2008 г., в России на 100 000 населения выявлено 13,4 случая рака указанной локализации, в то время как в 1960 г. этот показатель составлял всего 3 случая на 100 000. В структуре смертности от злокачественных новообразований рак прямой кишки в 1960 г. составил 1,2%, а в 1997 г. – 4,9%.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения смертность от рака прямой кишки занимает 4 место в общей структуре смертности от злокачественных новообразований.

Учитывая, что основным методом лечения ректального рака является хирургическое вмешательство, а так же нижнеампулярную локализацию опухоли у 1/3 пациентов, несложно подсчитать, что более 30% больных раком прямой кишки выполняется брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием постоянной колостомы на передней брюшной стенке [3,4]. Более того, весьма часто данному виду вмешательства подвергаются пациенты с местнораспространенным раком вышележащих отделов прямой кишки.

От 70 до 80% пациентов, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, остаются инвалидами в последующей жизни, что связано с неконтролируемым отхождением кишечного содержимого из колостомы. Данный вид хирургического лечения приводит подавляющее число больных к самоизоляции от общества, отказу от активной трудовой деятельности.

Таким образом, восстановление естественного расположения толстой кишки представляет собой не только медицинскую, но и огромную социальную проблему [5].

За последние 20 лет предложен ряд способов создания искусственного запирающего аппарата прямой кишки, наиболее успешным из которых, на наш взгляд, является формирование гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы. Предложенное Е. Schmidt применение гладкомышечного слоя (аутоткани) стенки толстой кишки в качестве пластического материала для формирования искусственного сфинктера открыло новые возможности для выполнения восстановительно-пластических вмешательств после удаления прямой кишки.

В ГНЦ колопроктологии этот метод был усовершенствован и использован почти у двухсот больных после экстирпации прямой кишки с низведением ободочной в рану промежности и формированием концевой гладкомышечной манжетки. Удовлетворительная функция держания зарегистрирована в 85% наблюдений, однако отмечалась многомоментная дефекация, которая ухудшала качество жизни пациентов, в связи с чем, потребовалось достаточно продолжительное время для адаптации.

Рядом автором предложено формирование различных видов тазовых толстокишечных резервуаров с целью восполнения накопительной функции прямой кишки [1,2,3,4]. Предложенные толстокишечные резервуары различаются по виду (W, S, J-образный), так и по манере выполнения для разных уровней локализации опухоли, а как следствие разные хирургические пособия.

Между тем, применение резервуарных анастомозов имеет ряд спорных, недостаточно разрешенных и вызывающих дискуссию вопросов. Невелико число работ, в которых представлены функциональные результаты выполнения данного вмешательства в отдаленные, более 3 лет, сроки после операции.

С целью улучшения качества жизни пациентов, а так же возвращения обществу полноценного гражданина, нами выполнена следующая операция больной раком нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Больная П., 55 лет, поступила в отделение колопроктологии ГУЗ ВОКБ №1, в плановом порядке с диагнозом рак прямой кишки 9.02.2010 г.

Больная обследована: РРС – на 5 см от нижнего края анального канала по задней правой полуокружности определяется плотное бугристое образование размером 5×4 см.

Фиброколоноскопия: С-г прямой кишки. Признаки хронического колита.

УЗИ органов брюшной полости + м/т: УЗ признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы.

УЗ ректальным датчиком – УЗ признаки объемного образования прямой кишки, лимфаденопатии в мезоректуме нет.

УЗ подвздошных областей - л/узлов не определяется.

Гистологическое исследование из опухоли №5984 – высокодифференцированная аденокарцинома с изъязвлением.

18.02.2010 г. Операция: Проктэктомия с сохранением подкожной порции сфинктера и низведением левых отделов ободочной кишки, формированием тазового толстокишечного двупетлевого С-образного толстокишечного резервуара методом открытой колопластики и концевой гладкомышечной манжетки и колоанального анастомоза, под прикрытием превентивной двустольной илеостомы по Торнболлу.

Операцию осуществляли под комбинированным эндотрахеальным наркозом с использованием препаратов для нейролептанальгезии и ингаляции закиси азота с кислородом.

В выполнении хирургического вмешательства использовался двух бригадный метод с участием 5 хирургов: 3 – в составе бригады оперирующих со стороны брюшной полости и 2 – со стороны промежности.

Произведена нижнесрединная лапаротомия от симфиза с обходом пупка слева и выше его уровня на 5-6 см. Далее выполнена тщательная ревизия органов брюшной полости. Особое внимание обращается на наличие или отсутствие выпота в брюшной полости. Оценено состояние париетальной и висцеральной брюшины. Пальпаторно и визуально исследованы органы брюшной полости, парааортальные, подвздошные и тазовые лимфатические узлы на предмет наличия регионарных и отдаленных метастазов.

Следующим этапом ревизии явился осмотр полости малого таза и оценка локализации и распространения опухоли.

Не выявлено изменений в регионарных лимфатических узлах и отсутствии отдаленных метастазов, приступили к экстирпации прямой кишки.

С этой целью произведен лирообразный разрез тазовой брюшины, при этом визуализированы и отведены мочеточники. Далее приступили к мобилизации сигмовидной кишки. Для этого выделены сосудистый пучок, пересечены и перевязаны нижнебрыжеечная артерия дистальнее отхождения левой ободочной артерии.

Отступив на 10-12 см от верхнего полюса опухоли, намечен уровень пересечения сигмовидной кишки путем рассечения брюшного покрова ее брыжейки. Мобилизованы, расправлены, прошиты аппаратами и пересекли сигмовидную кишку, так чтобы приготовленный сегмент был на 10-12 см больше, необходимой длины для низведения и формирования концевой гладкомышечной манжетки.

Для определения жизнеспособности сигмовидной кишки на уровне пересечения основным признаком для нас является интенсивность кровотечения из краевого сосуда брыжейки кишки.

Пересечены нижнебрыжеечная артерия у места отхождения от аорты и нижнебрыжеечная вена на 3-4 см ниже ее впадения в селезеночную или воротную вену и произведена мобилизация левого изгиба ободочной кишки. Далее произведен разрез париетальной брюшины справа до основания брыжейки поперечно-ободочной кишки, слева рассекается брюшина всего левого бокового канала до левого изгиба ободочной кишки.

* Воронежская областная клиническая больница №1, 394066, г.Воронеж, Московский проспект, 151

После этого, под контролем зрения рассекается брыжейка до средней прямокишечной артерии.

При низведении левой половины ободочной кишки очень важно правильно расположить низводимый сегмент в области дуоденоюнального перехода. С целью избегания сдавления двенадцатиперстной кишки перемещенным участком ободочной кишки, необходимо мобилизовать и отвести медиально ее нижнегоризонтальное колено.

После мобилизации, сигмовидная кишка (на ранее намеченном уровне), пересечена аппаратом НЖКА-60 с погружением культи в кисетный шов. На дистальную культю погруженной кишки надевали резиновую перчатку и фиксировали к кишке двойной лигатурой на 5-6 см ниже линии пересечения.

Далее осуществляется освобождение дистального отрезка приготовленной для низведения ободочной кишки на протяжении 10-12 см от брыжейки и жировых подвесков. После этого рассекаем серозно-мышечный слой по периметру проксимальной культи приготовленной для низводимой кишки, острым путем поэтапно отделяется от слизистой оболочки на всем протяжении.

При хорошо выраженном мышечном слое кишечной стенки удается ускорить выделение цилиндра слизистой, сдвигая при помощи рабочего тупфера мышечный слой. Следует отметить, что этот этап необходимо выполнять максимально осторожно, избегая вскрытия просвета слизистой оболочки кишки. Спиралевидным разрезом из выделенного серозно-мышечного цилиндра выкраиваем лоскут на ножке длиной 12-15 см, шириной до 2 - 3 см и растягивали в поперечном направлении. После этого спиралевидным разрезом из ранее выделенного серозно-мышечного цилиндра выкраивается лоскут на ножке длиной 10-12 см, шириной до 3 см. Его обворачиваем вокруг терминальной части низведенной кишки в виде конусовидного гладкомышечного жома протяженностью 3-4 см. Отступя 1,5-2 см от сформированной гладкомышечной манжетки, создается толстокишечный С-образный резервуар.

Подготовленная кишка, складывается в форме петли, фиксируется серозно-мышечными швами-держалками таким образом, чтобы длина отводящего отрезка составляла не менее 5-6 см.

Просвет сложенной кишки вскрывали вдоль свободной тени, соединяя линейные разрезы у верхушки, соответствующей конфигурации латинской буквы «С». Соустье между коленами кишки формировали двухрядным швом между соприкасаемыми кишечными стенками накладывали сначала задний серозно-мышечный ряд узловых швов. Швы в ряду располагались на расстоянии 5мм друг от друга. Краевые нити брали на зажимы-держалки, остальные срезали. После завершения первого ряда швов задней стенки анастомоза вскрывали просвет кишки. После антисептической обработки просвета кишки накладывали непрерывный, вворачивающий внутренний шов без захвата слизистой на заднюю и переднюю стенки анастомоза. Линию швов обрабатывали спиртом. Затем накладывали наружный серозно-мышечный узловой ряд швов на переднюю стенку анастомоза.

На этапах создания толстокишечного резервуара в качестве шовного материала использовали полисорб 3/0 на атравматической игле.

Кишку с манжеткой, приготовленную для низведения укладывали в левом боковом канале, после чего производили экстирпацию прямой кишки с опухолью.

Со стороны промежности приступаем к мобилизации прямой кишки. Ушиваем заднепроходное отверстие кисетным швом на уровне аноректальной линии. Далее, отступя 3-4 см от наложенного шва, выполняем круговой разрез слизистой анального канала. После рассечения подкожной жировой клетчатки до тазового дна сзади по средней линии рассекаем копчиково-анальную связку. Затем выделяем, справа и слева заднебоковые порции мышцы, поднимающей задний проход, накладываем на них зажимы, пересекаем и перевязываем. Осторожно, стараясь попасть в слой, находящийся между прямой кишкой и прилегающими органами, выделяем кишку по ее передней полуокружности. Мобилизованную кишку удаляем через анальный канал.

Через отдельные разрезы со стороны промежности дренировали полость малого таза, проводя 2 силиконовых дренажа с микроирригаторами таким образом, чтобы одни из них

был расположен спереди, а другой позади от низводимой кишки. Затем промывали полость таза антисептическими растворами (до 3000 мл), с добавлением в последнюю порцию (500 мл) антибиотиков.

Модулировали тазовое дно из оставшихся порций мышцы, поднимающей задний проход, и мобилизованную ободочную кишку низводили в рану промежности после введения дренажей и промывания полости таза. Далее, вновь созданный жом фиксировали к смоделированному тазовому дну, и формировали колоанальный анастомоз отдельными атравматичными нитями с оставлением избытка слизистой длиной 3-4 см.

При создании резервуарной конструкции мы придерживались методики вмешательства, в соответствии с которой обязательным являлось временное отключение пассажа по толстой кишке путем формирования превентивной илеостомы по Торнболлу. На наш взгляд, целесообразность выполнения указанного этапа вмешательства заключалась в протекции формируемых межкишечных соустьев, линия швов которых, имела значительную протяженность. Данный хирургический прием, скорее всего, позволил снизить вероятность развития гнойно-септических осложнений в полости малого таза

Рана передней брюшной стенки послойно ушита наглухо.

Перед ушиванием брюшной полости в правой подвздошной области косым поперечным разрезом формировали отверстие в брюшной стенке. Через последнее выводили петлю подвздошной кишки, располагающейся на расстоянии 10-15 см от илеоцекального угла. Фиксацию тонкой кишки к передней брюшной стенке отдельными швами осуществляли после ушивания лапаротомной раны.

После доставки пациентки в палату интенсивной терапии начали комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию нарушений, связанных с операционной травмой и наркозом: адекватное обезболивание, инфузионная терапия, способствующая коррекции возникших сдвигов гомеостаза. Проводилась также антибактериальная терапия, комплексная профилактика дыхательной недостаточности.

Промывание полости малого таза продолжали в течении 3-5 дней после операции, в зависимости от количества и характера раневого отделяемого. Это мероприятие способствует удалению скопившихся там сгустков крови и раневого секрета и препятствует развитию инфекционных осложнений (профилактика резервуита).

Снижению послеоперационных осложнений помогает и ранняя активизация больного, которая наряду с общезвестными преимуществами, улучшает при вертикальном положении тела отток раневого секрета из полости таза и препятствует задержке там промывной жидкости. Поэтому, мы разрешили больной вставать уже на 2 сутки после операции.

Избыток слизистого цилиндра отсекали на 9 день после операции. Рана передней брюшной стенки зажила первичным натяжением, швы сняты на 9-11 день после операции.

Гистологическое исследование № 13756-21: Умереннодифференцированная аденокарцинома прямой кишки с инфильтративным ростом почти на всю толщину мышечного слоя, с метастазом в одном из 8 выявленных л/узлов прилежащей клетчатки. Опухолевого роста по линиям резекции, а так же во фрагменте отдельно присланного толстого кишечника - нет.

Спустя 14 суток после операции больная выписана из стационара под наблюдение хирурга и онколога в поликлинику по месту жительства.

По прошествии 1 месяца с после выписки больная повторно поступил в отделение колопроктологии. Обследована - признаков возврата заболевания не выявлено. 23.04.2010 г. Оперирована – внутрибрюшное закрытие илеостомы с формированием циркулярного илео-илеоанастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал гладко, проводилась инфузионная, антибактериальная, симптоматическая терапия. Самостоятельный стул на 4 сутки после операции. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, сняты швы и на 9 сутки после операции больная выписана из стационара.

Пациентка постоянно наблюдается в отделении колопроктологии. Через 1 месяц после операции частота стула у оперированной соответствовала 1-2 раза в течение суток. Больная удерживает кишечное содержимое, дифференцирует все компоненты кишечного содержимого.

Как известно, среди гигиенических мероприятий в послеоперационном периоде использование защитных прокладок широко применяется пациентами. Пациентка после прохождения 6

месячного срока после операции прекратила использовать данное гигиеническое пособие. Итак, данные, полученные при анализе таких значимых критериев функционального состояния пациентов как функция держания и дифференцировки кишечного содержимого позволили, выявить позитивную тенденцию по этим составляющим и, безусловно, способствует предпочтительному отношению к выполнению данного вида толстокишечного резервуара.

Результаты проведенной операции со всей очевидностью подтвердили предположения о функционально-физиологических преимуществах сформированного С-образного толстокишечного резервуара. Однако, хирургическое выполнение этой конструкции не всегда технически возможно. В первую очередь, трудности обусловлены дополнительной мобилизацией левого изгиба ободочной кишки. Кроме того, топографо-анатомические особенности строения брыжейки ободочной кишки у ряда лиц с избыточно развитой жировой клетчаткой ограничивает возможность формирования данного вида резервуара. Необходимо помнить, что такой вид хирургического лечения завершается наложением превентивной илеостомы. Последнее влияет на сроки послеоперационного периода, удлиняя их и обрекает пациентов, на второй этап хирургического вмешательства, что негативно воспринимается пациентом.

Нам представляется целесообразным выполнение данного вида хирургического лечения у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки, этот факт способствует улучшению результатов лечения и ранней реабилитации этих пациентов.

Литература

1. Оправдана ли первичная хирургическая реабилитация больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки / Г.И. Воробьев [и др.] – СПб., 1999.
2. Воробьев, Г.И. Колопроктология – новации последнего десятилетия / Г.И. Воробьев, С.И. Севастьянов //Последипломное медицинское образование на современном этапе.– 2000.– С.252–256.
3. Одарюк, Т.С. Альтернативные методы хирургического лечения нижеампулярного отдела прямой кишки / Ю.А. Одарюк, Ю.А. Шельгин, П.В. Еропкин, П.В. Царьков //Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы конф. г. Нижний Новгород, 3-4 окт. 1995 г. – Н.Новгород, 1995.– С. 121–124.
4. Способ формирования толстокишечного резервуара при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Методические рекомендации / Т.С. Одарюк [и др.], 1999.
5. Царьков, П.В. Хирургическая реабилитация больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала: Дисс. д-ра мед.наук / П.В. Царьков.– М., 1997.

THE FIRST EXPERIENCE OF THE PRIMARY SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CANCER NIZHNEAMPULYARNOGO OF RECTAL

N.N. KOROTKIN, R. POPOV

Voronezh Regional Clinical Hospital № 1

Thanks to the taking treatment deseed are marked satisfactory function results. In the article are redistricted a short review of modern condition of problem of the treatment of oncology patients of the cancer of rectum.

Key words: colorectal cancer, colonic reservoir neosfinkter.

УДК:616.65-076-089.5

АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.Ю. МАДЫКИН*, В.В. КУЗЬМЕНКО*, О.В. ЗОЛОТУХИН*, М.В. КОЧЕТОВ*, Ю.А. АНОСОВА**

Предложено перед выполнением трансректальной биопсии предстательной железы введение в прямую кишку геля Нефлуан, который обладает местно-анестезирующим, антибактериальным, противоаллергическим и противовоспалительным действием. Это позволяет добиться уменьшения выраженности болевого синдрома при проведении данной манипуляции и снижения числа

воспалительных осложнений у пациентов, которым выполняется трансректальная биопсия предстательной железы.

Ключевые слова: трансректальная биопсия предстательной железы, гель Нефлуан, уменьшение выраженности болевого синдрома, снижение числа воспалительных осложнений.

Несмотря на то, что трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы широко выполняется во всем мире для диагностики рака простаты, до сих пор нет единого мнения об оптимальном виде анестезии и об оптимальной антибактериальной профилактике при ее проведении [1,3,4].

По данным G.N.Collins [6], от 65 до 90% перенесших биопсию пациентов отмечали различного рода неприятные ощущения в области прямой кишки, а 19% из них не согласились бы на проведение повторной манипуляции без дополнительного обезболивания. Тем не менее, в большинстве случаев трансректальная биопсия простаты выполняется без специальной анестезии. Применяемые в редких случаях: внутривенный наркоз, спинальная анестезия, инъекции наркотических анальгетиков, непосредственное введение лидокаина в простату, сами по себе могут вызывать нежелательные побочные эффекты, увеличивают продолжительность и стоимость всей процедуры и зачастую, затрудняют ее амбулаторное проведение [2,5].

Что касается профилактической антибактериальной терапии при проведении биопсии предстательной железы, то большинством авторов признаётся необходимость её проведения, включающей как минимум однократный прием антибиотика широкого спектра действия (чаще всего – фторхинолона) перед пункцией простаты или во время нее. В случае же наличия факторов риска возникновения инфекционных осложнений (диабет, простатит, наличие постоянного катетера и т.д.) показано более длительное назначение антибиотика [1,3,4,5,6,7].

Суммируя вышеизложенное, мы пришли к выводу о необходимости поиска простого, эффективного, но в тоже время безопасного и относительно дешевого способа анестезии, обладающего дополнительным и профилактическим антибактериальным свойством и который мог бы быть рекомендован всем пациентам, которым показана трансректальная биопсия предстательной железы.

В 1997-98 гг. Hollabaugh с соавт. изучая нейроанатомию предстательной железы на трупах показали, что иннервация простаты осуществляется ветвями от нижнего подчревного сплетения, проходящими сначала сверху от семенных пузырьков, а затем между капсулой простаты и стенкой прямой кишки. Эти ветви прилежат к нижнебоковой поверхности предстательной железы и имеют наибольшее значение в ее иннервации. К передней же и верхнебоковой поверхностям не подходит чувствительных нервных стволов, следовательно, можно предполагать, что значительная часть болевых ощущений обусловлена именно контактом иглы с вышеуказанными ветвями пlexus hypogastricus interna.

Поскольку стенка прямой кишки относительно хорошо абсорбирует лекарственные вещества, представляется целесообразным использовать ее для «доставки» анестетика к прилежащим простатическим нервам путем введения анестетика непосредственно в просвет прямой кишки [4,8].

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность применения препарата Нефлуан, для уменьшения выраженности болевого синдрома и снижения числа воспалительных осложнений у пациентов, которым выполняется трансректальная биопсия предстательной железы.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 116 больных; в возрасте от 45 до 76 лет. Пациенты были разделены на 2 группы – 56 (№ 1) и 60 (№2) человек. Пациентам 2 группы за 10 мин до биопсии интраректально, вводилось 10 мл. геля Нефлуан; первая группа была контрольной, пациентам 1 группы интраректально вводилось стерильное вазелиновое масло – 5 мл. Пациентам обеих групп за два часа до проведения биопсии назначался препарат ципрофлоксацин в дозе 500 мг, а также в течение 5 дней по 500 мг 2 раза в сутки. Возраст больных, концентрация простато-специфического антигена (ПСА), объем предстательной железы и частота выявляемости рака простаты существенно не отличались в обеих группах ($p < 0,05$).

Нефлуан это комбинированный гель местно-анестезирующего, антибактериального, противоаллергического и противовоспалительного действия. В его состав входят: лидокаин-гидрохлорид – 2,5%; Неомидин сульфат – 5 мг; Флюоцино-

* ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10

** кафедра урологии и андрологии ИДПО