

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Кафедра проктологии ЕГМУ им. М. Гераци,
отделение колопроктологии АОЗТ «Институт хирургии Микаелян»,
Армения, 375057, г. Ереван, ул. Асратяна, 9;
тел.: (+37410) 28-46-00, (+37491) 40-19-13. E-mail: alexdoc2008@gmail.com*

В отделении колопроктологии института хирургии Микаелян оперированы 142 больных раком дистального отдела прямой кишки. Кроме стандартной брюшной промежностной экстирпации прямой кишки (n=65) выполнены сфинктеросохраняющие (n=41), резервуарно-пластические (n=16 и n=20 соответственно) операции. Послеоперационная летальность составила 2,1%. Все послеоперационные осложнения были разделены на две группы: общехирургического характера и обусловленные техническими особенностями оперативных вмешательств на дистальном отделе прямой кишки. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения и их сочетания были отмечены у 18 (12,6%) больных (10 мужчин и 8 женщин). Все эти пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. Среди больных с осложнениями преобладали пациенты (44,4%) с глубоким (pT4) интратрансмуральным распространением опухоли.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, результаты.

M. A. AGHAVELYAN

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CANCER OF DISTAL PART OF THE RECTUM

*Faculty of proctology YMSU after M. Heratsi
Institute of surgery of Mikaelyan, coloproctology department,
Armenia, 375057, Yerevan, str. Hasranyan, 9;
tel.: (+37410) 28-46-00, (+37491) 40-19-13. E-mail: alexdoc2008@gmail.com*

The department of coloproctology Mikaelian Institute of surgery operated on 142 patients with cancer of the distal rectum. In addition to the standard abdominal extirpation of the rectum (n=65) performed sphincter-preserving (n=41), reconstructive (n=16) and plastic (n=20) operations. Postoperative mortality was 2,1%. All postoperative complications were divided into two groups: general surgical nature and due to the technical features of the surgery of the distal rectum. In the immediate postoperative complications and were reported in 18 (12,6%) patients (10 men and 8 women). All of these patients had comorbidities. Among patients with complications prevailed patients (44,4%) with deep intramural spread (pT4) of the tumor.

Key words: cancer rectum, complication, surgical treatment.

Введение

Ошибки, опасности и осложнения, возникающие при операциях на органах брюшной полости, являются сложной проблемой клинической хирургии. Особая важность проблемы обусловлена тем, что именно эти факторы приводят к неудовлетворительным результатам оперативного лечения и нередко к летальному исходу. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств на дистальном отделе прямой кишки по поводу ее злокачественного новообразования за последние десятилетия способствовало значительному увеличению частоты послеоперационных осложнений. Лечение этих осложнений подчас является исключительно трудной задачей, а экономические потери при этом огромны. Профилактика осложнений, а также применение наиболее совершенных методов их ранней диагностики и лечения – важнейшая проблема современной колоректальной хирургии [1, 5, 9, 11, 13, 16].

Оценку ближайших и отдаленных результатов лечения следует проводить с учетом размера опухоли, ее локализации, глубины инвазии опухоли в стенку кишки, наличия или отсутствия метастатического поражения

регионарных лимфатических узлов, степени дифференцировки опухолевых клеток и ряда других факторов. Только такой комплексный анализ, характеризующий степень распространения опухолевого процесса, необходим для объективности и позволяет судить о прогнозе у каждой конкретной группы пациентов с наличием определенной совокупности прогностических признаков [2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 17].

Целью исследования было провести оценку ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных раком дистального отдела прямой кишки.

Материалы и методы

В отделении колопроктологии института хирургии Микаелян оперированы 142 больных раком дистального отдела прямой кишки. Им помимо стандартной брюшной промежностной экстирпации прямой кишки (n=65) выполнены как сфинктеросохраняющие (n=41), так и резервуарно-пластические (n=16 и n=20 соответственно) операции.

В раннем послеоперационном периоде умерли 3 пациента. Общая послеоперационная летальность

составила 2,1%. Все случаи послеоперационных осложнений были разделены нами на две группы: общехирургического характера и обусловленные техническими особенностями оперативных вмешательств на дистальном отделе прямой кишки.

Для определения тяжести послеоперационной инконтиненции применяли трехступенную клиническую оценку: I степень – недержание газов; II степень – недержание газов и жидкого стула; III степень – полная инконтиненция.

Сократительную способность волокон низведенной нежной мышцы бедра (после БПЭ ПК с низведением сигмовидной в промежность +грацилопластика) исследовали с помощью сфинктерометра на тензодатчиках (сфинктерометрия). При этом определяли показатели тонуса замыкательного аппарата (в расслабленном состоянии) и максимального мышечного сокращения, которое наблюдалось при умеренном приведении и ротации нижней конечности (откуда была взята мышца). Показатели распределялись следующим образом:

I степень – показатели сфинктерометрии 290–410 (недержание газов);

II степень – показатели сфинктерометрии 130–310 (недержание жидкого кала);

III степень – показатели сфинктерометрии 0–180 (недержание плотных каловых масс).

Результаты исследования

В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения и их сочетания были отмечены у 18 больных (12,6%). Среди больных с сложным течением послеоперационного периода было 10 мужчин и 8 женщин. У этих пациентов в анамнезе имелись различного рода сопутствующие заболевания.

После стандартной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки интраоперационное осложнение наблюдалось у 1 больной (кровотечение из полости малого таза – тампонада с остановкой кровотечения), которой планировалось низведение сигмы в промежность с грацилопластикой, однако в связи с осложнением пришлось отказаться от пластики; у 1 больного на 12-е сутки после операции выявлена эвентрация, которая устранена под общим обезболиванием. У остальных 8 пациентов осложнения были местного порядка, которые ликвидированы консервативными мероприятиями. В этой группе в послеоперационном периоде умерли 2 (3,1%) больных. У 1 больного на 10-е сутки развилась картина кишечной непроходимости с перфорацией стомы в брюшную полость, перитонит. Произведены релапаротомия, резекция стомы с формированием новой колостомы, санация, дренирование брюшной полости, однако нарастали явления интоксикации и динамической непроходимости, и на 7-е сутки после релапаротомии больной скончался от полиорганной недостаточности; 1 больной скончался от инфаркта миокарда на 6-е сутки после операции.

Осложнение в раннем послеоперационном периоде после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в промежность с формированием замыкательного аппарата из нежной мышцы бедра возникло у 2 больных: у 1 больной было нагноение раны бедра, которое купировано консервативными мероприятиями, и у 1 больного на 8-е сутки после операции произошла ретракция низведенной кишки, в связи с чем была наложена трансверзостомы, которая через 5 месяцев была закрыта.

Осложнение в раннем послеоперационном периоде после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в промежность с формированием S-образного резервуара с леваторопластикой отмечено у 1 больного, который на 6-е сутки после операции скончался от ТЭЛА.

Осложнения после «низкой» брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал наблюдали у 3 больных, причем у 1 больной было интраоперационное осложнение – пересечение левого мочеточника при мобилизации прямой кишки вследствие прорастания опухоли. Произведена уретероцистопластика. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались в 2 случаях: у 1 больного отмечено выпадение слизистой низведенной кишки спустя 4 месяца после операции – произведено отсечение избытка слизистой, и у 1 больной на 35-е сутки после операции выявлена ретракция низведенной кишки с образованием коловагинального свища – наложена трансверзостомы.

Важно отметить, что среди больных с осложнениями во всех группах преобладали в основном пациенты (44,4%) с глубоким (pT4) внутримышечным распространением опухоли.

Анализ результатов после проведения резервуарно-пластических и сфинктеросохраняющих операций на дистальном отделе прямой кишки основывается на сборе у оперированных больных данных о характере стула (частота, консистенция и др.), функции континенции, наличии предвестников дефекации. Предвестники акта дефекации в виде появления вздутия живота, чувства тяжести и распирания в нижних отделах живота были выражены в различной степени в каждой из групп оперированных больных.

После «низкой» брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал частота стула в течение первого месяца варьирует от 5 до 10 раз в день (в среднем 7–8 раз в день) жидким или кашицеобразным содержимым. Через 3–6 месяцев после операции частота стула урежается до 4–6 раз в день, стул преимущественно кашицеобразный. К концу года после перенесенного оперативного вмешательства частота стула в среднем составляет 3–4 раза в день, консистенция оформленная.

По мере урежения частоты стула и изменения его консистенции до оформленного континенция восстанавливается, что имеет важное значение в повседневной жизни, нивелируя значительные бытовые неудобства. Так, в течение 1-го месяца после операции только у 55,0% больных не отмечено нарушения континенции, у 25,0% пациентов выявлена инконтиненция I степени, у 12,5% оперированных – II степени и у 7,5% – III степени. Континенция обычно восстанавливается через 12 месяцев после операции, однако в наших наблюдениях у 4 больных отмечена инконтиненция I степени через 3 года и у 3 пациентов – через 5 лет после операции (табл. 1).

У 40% больных через год и более после операции имеют место преходящие нарушения континенции, которые носят сезонный характер (весной, летом) и связаны с расширением диеты. Введение в рацион большого количества продуктов, содержащих клетчатку, меняет консистенцию стула на кашицеобразный, что приводит к инконтиненции I–II степени, и трудоспособность у таких больных восстанавливается позднее.

После брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с низведением сигмовидной в промежность

**Частота стула (среднее значение) и континенция после «низкой»
брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной (n=41)**

П/операционный период наблюдения	Частота стула (раз в сутки)						Нет нарушений континенции	Степень инконтиненции		
	0–1	1–2	2–3	3–4	4–5	>5		I	II	III
1 месяц							23	10	5	3
3 месяца							25	12	3	1
6 месяцев							24	14	2	1
12 месяцев							32	8	1	-
36 месяцев							36	5	-	-
60 месяцев							37	4	-	-

с созданием замыкательного аппарата из нежной мышцы бедра уже в начале второй недели после операции появлялось первое ощущение прохождения кала и газов. Это проявлялось чувством давления и умеренного распирающего в области промежностной раны, иногда с иррадиацией в проксимальную треть бедра. Временами этому предшествовали болевые ощущения в нижней части живота и надлобковой области. На наш взгляд, причиной столь раннего проявления чувствительности подхождения калового содержимого является механическое раздражение сформированного замыкательного аппарата под влиянием внутрикишечного давления. Этому способствует также некоторое сужение просвета низведенной кишки вследствие умеренного сдавливания низведенной в промежность нежной мышцей бедра, отека стенки низведенной кишки и тканей промежности первые две недели после операции. В этот период (2–3 недели) отхождение кала и газов в основном носило непроизвольный характер, однако больные уже ощущали подхождение кала и газов к низведенной кишке. Частота стула в течение первого месяца варьировала от 3 до 6 раз в день (в среднем 4–5 раз в день), преимущественно кашицеобразным содержимым (табл. 2).

Проведенный анализ показал, что в первые 3–6 месяцев после операции частота стула варьировала от 3 до 4 раз в сутки, а к концу 12-го месяца соответственно 2–3 раза в день. По мере урежения частоты стула восстанавливалась и континенция. Так, после 1 года после операции сфинктерометрические показатели зарегистрировали I степень недостаточности

у 15 больных, II степень – у 5 соответственно, а при проведении повторных сфинктерометрий через 36 и 60 месяцев после операции было констатировано некоторое увеличение показателей, что подтверждалось также клиническими данными. После операции 2 больных умерли в отдаленном периоде в сроки от 1,5–2 лет от метастазов и прогрессирования заболевания.

После брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с низведением сигмовидной в промежность с формированием S-образного резервуара с леваторопластикой уже на 3–4-е сутки больные ощущали подхождение кала и газов к низведенной кишке. Это также проявлялось чувством давления и умеренного распирающего в области промежностной раны. В этот период (1–2 недели) отхождение кала и газов в основном носило непроизвольный характер, однако больные уже ощущали подхождение кала и газов к низведенной кишке. Частота стула в течение первого месяца варьировала от 3 до 6 раз в день (в среднем 4–5 раз в день), преимущественно кашицеобразным содержимым (табл. 3).

Через 3 месяца после операции частота стула урежалась до 3–4 раз в день, стул кашицеобразный; через 6 месяцев – стул оформленный, частота – 1–2 раза в день. К концу первого года и более после операции стул в среднем 1 раз в сутки, однако отмечались периодические запоры – стул 1 раз в два-три дня, консистенция оформленная, дефекация многомоментная. Большинство больных для облегчения опорожнения резервуара использовали слабительные препараты, очистительные клизмы.

Таблица 2

**Частота стула (среднее значение) и континенция после БПЭ ПК
с низведением сигмовидной в промежность +грацилопластика (n=20)**

П/операционный период наблюдения	Частота стула (раз в сутки)						Степень инконтиненции		
	0–1	1–2	2–3	3–4	4–5	>5	I	II	III
1 месяц							11	9	-
3 месяца							11	9	-
6 месяцев							14	6	-
12 месяцев							15	5	-
36 месяцев							18	2	-
60 месяцев							17	3	-

**Частота стула (среднее значение) и континенция после БПЭ ПК
с низведением сигмовидной в промежность с формированием
S-образного резервуара с леваторопластикой (n=16)**

П/операционный период наблюдения	Частота стула (раз в сутки)						Степень инконтиненции		
	0–1	1–2	2–3	3–4	4–5	>5	I	II	III
1 месяц							10	3	3
3 месяца							9	4	2
6 месяцев							10	4	2
12 месяцев							12	3	1
36 месяцев							13	2	1

Нарушения континенции в первый месяц после операции практически наблюдались у всех оперированных больных, что подтверждалось данными сфинктерометрии. Так, если в течение первых трех месяцев после операции у 5 больных отмечена недостаточность I степени, у 4 – недостаточность II степени и у 1 больного – III степени соответственно, то к концу первого года этот показатель улучшается, а через три года после операции нарушения континенции следующие: недостаточность I степени – 9 больных, II степени – 1 больной соответственно.

Через 6 месяцев после операции появлялись предвестники к дефекации в виде вздутия, тяжести и распирающего в нижних отделах живота у 6 оперированных больных. Со слов больных, появлялись чувство наполнения сформированной ампулы и позывы к дефекации, которые больные могли контролировать. Больше половины пациентов (7 больных) способны удерживать газы за счет произвольного сокращения ягодичных мышц в области промежностной сигмостомы. Шестеро обследованных больных не пенсионного возраста смогли вернуться к трудовой деятельности.

Таким образом, можно сделать выводы:

в ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения и их сочетания отмечены в 12,6% случаев. Среди больных с осложнениями во всех группах преобладали в основном (44,4%) пациенты с глубоким (pT4) внутримышечным распространением опухоли. Внедрение в хирургическую практику резервуарно-пластических операций не приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

При раке дистального отдела прямой кишки наилучшие функциональные результаты получены после выполнения резервуарно-пластических операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В. Б., Сухов Б. С., Разбирин В. Н., Сологубов В. В., Комаров А. Б., Гурова О. В. Экстирпация прямой кишки с низведением ободочной в промежностную рану (лапароскопическая технология) // Актуальные проблемы колопроктологии. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 97.
2. Бондарь Г. В., Башеев В. Х., Золотухин С. Э., Семикоз Н. Г., Борота А. В. Отдаленные результаты лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки после сфинктеросохраняющих резекций // Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 183–184.

3. Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Пикунов Д. Ю. Отдаленные функциональные результаты проктэктомии с сохранением элементов наружного сфинктера // Хирургия. – 2009. – № 10. – С. 2–4.

4. Одарюк Т. С., Царьков П. В., Севостьянов С. И., Подмаренкова Л. Ф., Колпаков А. В. Оценка функции запирающего аппарата после сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара и «прямых» анастомозов // Актуальные проблемы колопроктологии. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 155–156.

5. Федоров В. Д., Покровский Г. А., Амелин В. М., Рыков В. И. Анализ ближайших послеоперационных результатов создания управляемого замыкательного аппарата при раке дистального отдела прямой кишки // О болезнях прямой и ободочной кишок. – Москва, 1979. – Вып. 11. – С. 130–132.

6. Яновой В. В., Доровских Ю. В., Мартынов А. С., Орлов С. В. Отдаленные результаты варианта сфинктеросохраняющей операции при дистальном раке прямой кишки // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 41–43.

7. Fürst A., Burghofer K., Hutzel L., Jauch K. W. Neorectal reservoir is not the functional principle of the colonic j-pouch // Dis. colon. rectum. – 2002. – Vol. 45. № 5. – P. 660–667.

8. Amshel A. G., Avital S., Miller A., Sands L., Marchetti F., Hellinger M. T4 rectal cancer: Analysis of patient outcome after surgical excision // American surgeon. – 2005. – Vol. 71. № 11. – P. 901–903.

9. Andrews C., Bharucha A. E., Seide B., Zinsmeister A. R. Rectal sensorimotor dysfunction in women with fecal incontinence // Am. j. physiol. gastrointest. liver. physiol. – 2007. – Vol. 292. – P. 282–289.

10. Barrier A., Martel P., Gallot D. Long-term functional results of colonic J-pouch versus straight coloanal anastomosis // Br. j. surg. – 1999. – Vol. 86. – P. 1176–1179.

11. Chan C. L., Lunniss P. J., Wang D., Williams N. S., Scott S. M. Rectal sensorimotor dysfunction in patients with urge faecal incontinence: evidence from prolonged manometric studies // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1263–1272.

12. Fürst A., Suttner S., Agha A., Beham A., Jauch K. W. Colonic J-pouch vs. colectomy following resection of distal rectal cancer: early results of a prospective, randomized, pilot study // Dis. colon. rectum. – 2003. – Vol. 46. – P. 1161–1166.

13. Emmertsen K. J., Laurberg S. Bowel dysfunction after treatment for rectal cancer // Acta. oncologica. – 2008. – Vol. 47. – P. 994–1003.

14. Law W. L., Chu K. W. Impact of total mesorectal excision on the results of surgery of distal rectal cancer // Br. j. surg. – 2001. – Vol. 88. № 12. – P. 1607–1612.

15. Norio S. Function preserving surgery for lower rectal cancer involving lower urinary tract in male patients // World journal of colorectal surgery. – 2008. – Vol. 1. № 1. – P. 11.

16. Vironen J. H., Sainio P., Husa A. I., Kellokumpu I. H. Complications and survival after surgery for rectal cancer in patients younger than and aged 75 years or older // American j. surgery. – 2004. – Vol. 47. № 7. – P. 1225–1231.

17. Vironen J. H., Kairaluoma M., Aalto A. M. Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery // Dis. colon. rectum. – 2006. – Vol. 49. – P. 568–578.

Поступила 28.10.2013

М. А. АГАВЕЛЯН, А. М. АГАВЕЛЯН

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Кафедра проктологии ЕГМУ им. М. Гераци,
отделение колопроктологии АОЗТ «Институт хирургии Микаелян»,
Армения, 375057, г. Ереван, ул. Асратяна, 9;
тел.: (+37410) 28-46-00, (+37491) 40-19-13. E-mail: alexdoc2008@gmail.com*

В отделении колопроктологии института хирургии Микаелян за последние 13 лет оперировано 941 больной по поводу колоректального рака. У 381 (40,5%) пациента злокачественная опухоль локализовалась в прямой кишке, у 142 (37,3%) из них она имела дистальное расположение. Качество жизни (КЖ) изучено у 65 больных раком дистального отдела прямой кишки. Для оценки КЖ применялась тест-версия опросника SF-36 Health Status Survey. Исследование показало, что в предоперационном периоде у больных раком дистального отдела прямой кишки имеет место снижение всех параметров КЖ, а в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах КЖ определяется видом и объемом оперативного вмешательства. Достоверно лучше КЖ после выполнения сфинктеросохраняющих и резервуарно-пластических операций.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, качество жизни.

M. A. AGHAVELYAN, A. M. AGHAVELYAN

QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS WITH DISTAL PART OF RECTAL CANCER

*Faculty of proctology YMSU after M. Heratsi, Institute of surgery of Mikaelyan, coloproctology department,
Armenia, 375057, Yerevan, str. Hasranyan, 9;
tel.: (+37410) 28-46-00, (+37491) 40-19-13. E-mail: alexdoc2008@gmail.com*

The department of coloproctology «Mikaelian Institute of surgery» for the last 13 years, operated 941 patient about colorectal cancer. In 381 (40,5%) patients malignant tumor was localized in the rectum, in 142 (37,3%) of them, it had a distal location. Quality of life was studied in 65 patients with cancer of the distal rectum. To assess the quality of life used test version of the questionnaire SF-36 Health Status Survey. The study showed that in the preoperative period in patients with cancer of the distal rectum is a reduction of all the parameters of quality of life, and in the immediate and late postoperative period the quality of life is determined by the type and volume of surgical intervention. Significantly better quality of life after sphincter-preserving and reconstructive-plastic surgery.

Key words: cancer rectum, surgical treatment, quality of life.

Введение

Колоректальный рак является одной из ведущих по частоте причин смертности среди онкологических заболеваний в индустриальном мире.

В настоящее время основным методом лечения рака прямой кишки остается хирургический. Лучевая и химиотерапия применяются в комплексном лечении, дополняя оперативное вмешательство.

В последние годы внимание хирургов-проктологов все больше привлекают вопросы восстановления физического состояния пациентов, обратившихся для лечения по поводу рака прямой кишки. Это связано с тем, что радикальные операции носят часто калечащий характер, перечеркивая все надежды больных на возвращение к прежнему образу жизни.

Проблема исследования КЖ больных раком прямой кишки является весьма актуальной. Это связано с возросшими требованиями врачей и пациентов к послеоперационному восстановлению максимального возможного высокого уровня КЖ, социально-пси-

хологической адаптации и трудовой реабилитации больных. Анализ КЖ после оперативного вмешательства у больных раком дистального отдела прямой кишки так же важен, как традиционно используемые онкологические критерии (местный рецидив опухоли, регионарное и отдаленное метастазирование, безрецидивная 3- и 5-летняя выживаемость и др.). КЖ оперированных больных – второй по значимости показатель результатов лечения после выживаемости, что признано Национальным институтом рака (NCI) и Американским обществом клинических онкологов (ASCO). Этот комплексный показатель отражает физическое, психологическое и социальное функционирование пациента и позволяет оценить влияние самого заболевания на его состояние [1–11].

Целью исследования было изучение влияния на состояние КЖ различных методов оперативного лечения больных раком дистального отдела прямой кишки.