



С. В. Мороз

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева» НАМН України, м. Харків

© Мороз С. В.

СФІНКТЕРОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

Резюме. Приведені літературні дані що до проблеми хірургічної реабілітації хворих, оперованих з приводу раку дистального відділу прямої кишки і анального каналу. Проаналізовані різні способи хірургічного лікування, що спрямовані на зменшення частоти функціональних розладів після операцій на прямій кишці. Дотримання онкологічних принципів оперування потрібно мати на увазі перш за все, а при можливості слід прагнути до виконання сфінктерозберігаючих операцій.

Ключові слова: рак прямої кишки, хірургічне лікування, сфінктерозберігаючі операції.

Проблема хірургічного лікування раку прямої кишки набуває все більшого соціального значення. В останні роки відзначається зростання показників захворюваності хворих на злоякісні новоутворення прямої кишки. Щорічно у світі виявляється 600 тис. випадків злоякісного ураження дистальних відділів товстої кишки та половина з них помирає. На даний час основним методом лікування раку прямої кишки залишається хірургічний. Променева та хіміотерапія застосовуються в комплексному лікуванні, доповнюючи оперативне втручання [10, 16, 20, 32-35].

В останні роки увагу хірургів все більше привертають питання відновлення фізичного стану пацієнтів, які звернулися для лікування з приводу раку прямої кишки. Це пов'язано з тим, що радикальні операції носять часто травмуючий або калічуючий характер, перекреслюючи всі надії хворих на повернення до колишнього способу життя. У даний час можна виділити два основних напрями хірургічної реабілітації таких хворих: 1) розширення показань до виконання сфінктерозберігаючих операцій і економних резекцій з приводу раку прямої кишки; 2) розробка та впровадження нових хірургічних втручань, що спрямовані на відновлення звичайного соціального статусу хворого. У цьому зв'язку, особливо актуального значення набуває проблема хірургічної реабілітації хворих, які оперовані з приводу раку дистального відділу прямої кишки й анального каналу [1-5, 7, 9, 13, 18, 28, 58, 59]. Не менш важливою обставиною, визначиний інтерес до розглядуваної проблеми, є успішний розвиток хірургії, онкопроктології, анестезіології в цілому, що дозволяє досить широко застосовувати складні пластичні операції на прямій кишці, це робить необхідним подальше вдосконалення техніки операцій та впровадження сучасних онкологічних принципів у методи-

ку лікування раку дистального відділу прямої кишки. У зв'язку із збільшеними вимогами до рівня життя та появою нових технічних можливостей змінюється питома вага калічащих операцій у лікуванні раку прямої кишки.

Понад 100 років тому в журналі «The Lancet» була опублікована стаття Ернста Майлса, яка називалася «Метод виконання черевно-промежної екстирпації при карциномі прямої кишки та термінальної частини тазового відділу ободової кишки» (Майлс, 1908). В оригінальному описі Майлсом цього хірургічного втручання виділення прямої кишки відбувається тупим способом аж до крижово-куприкового зчленування ззаду, до рівня передміхурової залози спереду та «верхній поверхні леваторов» з боків. Потім формується кінцева колостома та лапаротомну рану ушивають. Після цього пацієнта перевертають у положення на правому боці або в $\frac{3}{4}$ на животі. Виконання промежностного етапу операції включає широке висічення шкіри й ішіоректальної жирової клітковини, при цьому Майлс звертає увагу, що леватори повинні бути пересічені на достатній відстані від стінки кишки, на рівні, відповідному їх прикріпленню до білої лінії таза, щоб таким чином в обсяг резекції включити латеральну зону поширення пухлини. Препарат видаляли через промежностну рану, і шкірні краї рани ушивали з установкою двох дренажів. Ця стаття, опублікована в журналі «The Lancet», мала великий вплив на хірургічне співтовариство, й операція Майлса протягом багатьох десятиків років була золотим стандартом хірургічного лікування раку прямої кишки. Дана проблема в переважній більшості випадків обумовлена втратою замикального апарату прямої кишки. У результаті цього 30–50 % хворих на рак прямої кишки в перебігу всього свого подальшого життя стають носіями постійної колостоми, що у 80 %



оперованих пацієнтів призводить до їх стійкої інвалідизації та психосоціальної дезадаптації. Некерований акт дефекації, неприємний запах, змушує їх до самоізоляції, призводить до втрати їх суспільного і особистого статусу. [2, 3, 6, 36, 38-40, 44, 56]. Полегшення долі таких людей, розробка заходів, що дозволяють повернутися до звичного рівня життя є актуальною проблемою медицини, зокрема колопроктології.

З періоду, коли видалення прямої кишки із запирабельним апаратом стало конвенційною операцією, реабілітація довічно стомованих хворих пройшла кілька етапів свого становлення. У літературі описано близько 200 видів оперативних втручань з формуванням штучного запирабельного апарату товстої кишки з фасціальних м'язових клаптів. Аналізуючи всі запропоновані раніше методи хірургічної реабілітації, можна прийти до висновку, що все-таки вони до кінця не задовольняють хірургів. У подальшому, вдосконалення цієї операції у вигляді створення керованої колостоми за допомогою як власних тканин організму (шкірно-кишкові клапани, різні попереочно-смуғасті м'язи, м'язів і власної фасції стегна, великого привідного м'яза стегна), так і за допомогою імплантації магнітних запирабельних пристроїв не привели до бажаного функціонального результату. Тим не менш, з плином часу переконання, що у всіх хворих на рак прямої кишки потрібне видалення органу разом із заднім проходом єдиним блоком, стало переглядатися [1-5, 7, 9-12, 17, 28, 30, 44, 46, 48]. Хоча часто хірурги продовжують виконувати черевно-промежинні екстирпації прямої кишки при пухлинах нижньоампулярного її відділу — принцип широкого циліндричного висічення прямої кишки, що уражена злоякісним новоутворенням разом із запирабельним апаратом, ішиоректальною клітковиною та перианальною шкірою, яка була розроблена й описана Майлсом, на теперішній час ця операція втратила статус «золотого стандарту». На зміну прийшла концепція абластичного видалення прямої кишки в адекватних межах резекції з низведенням дистальних відділів ободової кишки в промежностну рану із створенням різних сфінктерних апаратів, враховуючи гістологічну структуру пухлини, висоту її розташування над аноректальною лінією, поширеність пухлинного процесу. Хірургічні втручання при раку прямої кишки в останні два десятиріччя зазнали істотних змін, все більше уваги приділяється принципу функціональності при лікуванні раку нижньоампулярного відділу прямої кишки. Поштовхом до більш широкого використання нових хірургічних методів послужив ряд морфологічних до-

сліджень які показали, що вrostання пухлини в дистальному напрямку до сфінктера вкрай незначне порівняно з поширенням у проксимальному та радіальному напрямках, і при помірному диференціюванні клітин пухлини, досить проводити дистальний край розрізу в 1,5–2,0 см від краю пухлини [5, 56].

Необхідність подальшого вдосконалення методів хірургічного лікування раку прямої кишки, значною мірою, диктується негативними функціональними результатами деяких сфінктерозберігаючих операцій і обумовлені втратою резервуарної функції прямої кишки [10, 11, 17, 20, 56]. З метою поліпшення функціональних результатів і підвищення якості життя хворих пропонуються різні варіанти хірургічних пластик з формуванням промежинних стом і товстокишкових резервуарів після черевно-промежинної екстирпації прямої кишки. Тому ця методика розглядається як найбільш очевидна альтернатива традиційної брюшно-промежинної екстирпації прямої кишки з накладенням постійної колостоми, що дозволяє домогтися кращої якості життя оперованих пацієнтів [2, 4, 5, 9, 28, 46, 52, 58, 59].

Спроби в певній мірі зменшити негативні наслідки накладення протиприродного заднього проходу привели ряд авторів до думки про створення різного роду механічних перешкод, пластичних операцій з формуванням товстокишкових резервуарів, що обмежують вільне надходження кишкового вмісту з низведеної кишки [2, 6, 14, 16, 19, 25, 26, 37, 42, 46, 47, 52]. Вихідні позиції цієї пропозиції очевидні — створити замість втрачених після резекції прямої кишки накопичувальної й евакуаторної функції, подібність їх за рахунок резервуара з товстої кишки. Робити у цьому плані досить багато. Використовувався при цьому багаторічний досвід формування тонкокишкових резервуарів при тотальній проктоколектомії. З часом стало очевидним, що чисто механічно заміна втрачених функцій прямої кишки так просто не вирішується і послідувала оцінка результатів операцій з формуванням товстокишкових резервуарів, повідомлення про зміну методики операції та нові пропозиції. Термін «неоректум» став застосовуватися все рідше і рідше. Спочатку резервуар прагнули формувати досить об'ємним 7,5–10 см. У міру вивчення функціональних результатів резекцій прямої кишки із створенням товстокишкових резервуарів ставало очевидним, що кращі дані виявляються при резервуарах меншого розміру — 5 см. Так, Hida Jin - Ichi et al. (1996, 1998) проводили рандомізовані дослідження з формуванням резервуарів 10 і 5 см (довжина). Перша група (10 см) — 20 чол., друга група (5 см) — теж 20 чол. Оцінювали

результати через 1 рік. Евакуаторної функції при резервуарі 5 см була значно вище, ніж при «неоректум» 10 см. Сфінктерна функція була однаковою в обох групах. Оцінюючи функцію по ряду параметрів, автори виразно висловлюються за створення товстокишкового резервуара 5 см. Вони пишуть: «J-резервуар 5 см дає адекватну резервуарну функцію без компрометуючої евакуації». Через 3 роки автори повернулися до цього питання і переконано дійшли висновку, що спостерігаються труднощі з евакуацією кишкового вмісту після операцій, які зв'язані з розміром резервуара — чим він більше, тим частіше спостерігаються труднощі. Автори свідчать, що при резекції прямої кишки вище 4 см від зубчастої лінії потрібно виконувати прямий колоанальний анастомоз, а нижче 4 см — формувати J-резервуар. Поряд з безумовно позитивною оцінкою резекції прямої кишки при раковому її ураженні з формуванням товстокишкового резервуара, ряд авторів звертає увагу на недоліки такої операції. У зв'язку з виявленими негативними сторонами J-резервуарів у літературі стали звертати увагу на особливості формування самого товстокишкового резервуара. Покровській Г. А. з співавт. (1998) замість J-подібного створювали E-подібний резервуар, але кількість таких операцій невелика — всього п'ять оперованих хворих. G. A. Maurer et al. (1999) висловлюють думку, що короткий товстокишковий резервуар більш фізіологічний і наближається до «неоректум». В експерименті на свинках вони формували кілька видів резервуарів і найбільш прийнятною виявилася проста конструкція з поперечною колопластикою, яка створює подобу ампули прямої кишки. Вони анастомозували її з частиною анального каналу, що залишалась. R. Ruppert та D. Staimmer (1999), знаючи ці експериментальні дослідження на свинках і вбачаючи недоліки J-резервуарів, використовували колопластику у 31 хворого. Функціональні результати виявилися помітно кращими. Справедливо помічають Г. І. Вороб'єв з співавт. (2000), що «до теперішнього часу зберігається нестабільність і непередбачуваність функціональних результатів, особливо у віддалені терміни після даного втручання (операції з резервуарами)». Так, у 15–20 % хворих не вдається домогтися потрібного результату.

На теперішній час є різні способи формування запирабельного апарату низведеної ободової кишки в рану промежини після екстирпації органу, а також створення товстокишкового резервуара [2, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 26, 28, 37, 43, 46]. Проте пошук кращих варіантів формування товстокишкового резервуару й оцінка неосфінктерної функції триває. Удо-

сконалення колопластичних операцій у цьому плані, ймовірно, займе визначальне місце.

Одарюк Т. С. з співавт. (1993) при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки, після її екстирпації, виконували різні втручання, що спрямовані на створення апарату для контролю за виділенням кишкового вмісту. Авторами розроблено три види таких оперативних втручань: 1) імплантація магнітного замикаючого пристрою в ділянку колостоми (168 операцій); 2) створення штучного запирабельного апарату з клаптя великого привідного м'яза стегна (62 операції); 3) створення гладком'язового жому в області промежностної колостоми (104 операції). Автори відзначають, що перші два втручання в даний час практично не використовуються, незважаючи на попередньо отримані задовільні результати. Тривале спостереження за оперованими дозволило встановити, що при імплантації магнітного пристрою велика ймовірність його відторгнення (близько 30 %), а при формуванні замикаючого апарату з клаптя великого привідного м'яза стегна часто настає часткова атрофія клаптя. Тому в даний час автори перевагу віддають створенню гладком'язового жому з клаптя стінки зведеної кишки в області промежностної колостоми. Ця операція може виконуватися як одномоментно з екстирпацією прямої кишки з приводу раку, так і відстрочено. За даними авторів більше 80 % таких хворих відзначають регулярне і контрольоване виділення кишкового вмісту, можливість швидкого відновлення колишнього статусу життя після операції. Майстренко Н. А. з співавт., (1997) найбільш перспективним методом, що дозволяє уникнути негативних наслідків тотальних резекцій прямої кишки, вважають використання резервуарної техніки з метою створення «нової» ампули — неоректум. Авторами виконано 15 подібних втручань, і у всіх цих випадках «нова» ампула прямої кишки створювалася за рахунок J-подібного товстокишкового резервуара. Такої ж думки дотримується і Alois Fürst з співавт. (2002, 2003), які оперували 40 хворих на рак дистального відділу прямої кишки із застосуванням J-подібного резервуара з хорошими функціональними результатами. Вороб'євим Г. І., з співавт., з 1993 по 2001 рік. була розроблена техніка брюшно-промежнинної екстирпації прямої кишки з формуванням S-подібного резервуара і гладком'язової манжетки, які дозволяють вирішити проблему накопичення кишкового вмісту і знизити частоту випорожнення до мінімуму у хворих на рак прямої кишки. Однак складність формування і неможливість виконання при недостатній довжині сигмовидної кишки обмежує застосування цього методу. Авторами були продовже-



ні роботи по створенню найбільш ефективної конструкції, що дозволяє відновити природний пасаж по шлунково-кишковому тракту, поліпшити функціональні результати та якість життя хворих які перенесли екстирпацію прямої кишки. З цією метою авторами була проведена експериментальна робота для пошуку оптимальної техніки формування резервуара. Після лапаротомії виводили в рану дистальну частину ободової кишки. За протилежного від брижі краю виконували в поздовжньому напрямку розріз стінки кишки. Для простоти формування резервуара та отримання його оптимального обсягу, довжину розрізу вибирали кратною 3 або 4 діаметрам кишки. Цілісність кишкової трубки відновлювали окремими вузловими швами в поперечному напрямку. Сформований колопластичний резервуар занурювали в черевну порожнину. Представлені експериментальні результати підтвердили можливість формування найбільш простого колопластичного резервуара з достатнім об'ємом. Зубарев П. Н. зі співавт. (2002) для поліпшення функціональних результатів оперативного лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки розробили і впровадили у клінічну практику операцію — черевно-промежинної екстирпації прямої кишки з низведенням сигмовидної кишки в промежину з формуванням товстокишкового Е-подібного резервуара і глутеопластики в області промежностной сігмостоми. Абелевич А. І. зі співавт. (2004) з метою виявлення ефективності різних способів екстирпації прямої кишки при раку здійснили ретроспективний аналіз 942 операцій, що були виконані з 1964 по 2000 рік. У 56 з них була сформована промежностна сігмостома. В даний час при екстирпації прямої кишки автори відмовляються від низведення через незадовільну якість життя пацієнтів, які перенесли подібне втручання, і закінчують операцію стандартно — формуванням сігмостоми в лівій клубової області. Однак автори вважають, що це не є приводом для відмови від даного виду оперативного втручання, так як причина невдач криється і в більш важкому стані хворих, які зазнали екстирпації, і більшою поширеністю пухлини, нерідко у стані предперфорації. Жерлов Г. К. зі співавт. (2005, 2006, 2009, 2013) при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки виконують тотальну мезоректумектомію до рівня переходу леваторів в подовжний м'яз анального каналу, видалення прямої кишки з внутрішнім сфінктером і низведення лівих відділів ободової кишки в промежину. Для відновлення резервуарної функції та мимовільного тону сфінктерного апарату авторами розроблено спосіб формування резервуара з трьох петель кишки, які одночас-

но беруть участь у формуванні одного межкишкового анастомозу з гладком'язовим жомом-манжетою. За даною методикою прооперовано 19 хворих з приводу раку нижньоампулярного відділу прямої кишки з терміном спостереження від 6 місяців до 3,5 років. Захара М. П. зі співавт. (2006) розробив метод реабілітації хворих після екстирпації прямої кишки, який включає формування утримуючої конструкції у вигляді фіксованого вигину товстої кишки та клапана, плоскої промежностної колостоми. Застосування розробленого авторами методу реабілітації після екстирпації прямої кишки у 10 хворих сприяло істотному поліпшенню функціональних результатів лікування та якості їх життя. Наврузов зі співавт. (2006) провів аналіз лікування 6 хворих на рак прямої кишки, яким раніше була проведена брюшно-промежинна екстирпація з виведенням постійної колостоми та дійшли висновку, що навіть у термінах від 3 до 5 років після операції без прогресування та рецидиву захворювання можливе виконання відновного етапу операції. Автори пропонують формування запирабельного апарату для низведення ободової кишки через тунель на місце формованого заднього проходу з використанням м'язів стегна. Після транспозиції вищевказаних м'язів в область передбачуваного заднього проходу проводили фіксацію низведеної ободової кишки до періанальної шкіри. Сорокін Б. В. зі співавт. (2008) розробив оригінальну методику екстирпації прямої кишки з кололатороглутеопластикой, моделюванням аноректального кута та формуванням замикальної «манжетки» із серозно-м'язового клаптя кишки і промежностної стоми, яка дозволяє поліпшити якість життя хворих, особливо у молодому віці. Для відновлення резервуарної функції прямої кишки та попередження синдрому низької передньої резекції, який полягає в багатомоментно тривалому і часто неповному спорожненні кишківника (до 6 разів на добу) і позивах до дефекації, автори пропонують різні види тазових резервуарів, які сформовані з товстої кишки. Воробйовим Г. І., зі співавт. (2008, 2009, 2013) — представлено обґрунтування та техніка виконання, а також попередні результати розробленої операції з приводу раку нижньоампулярного відділу прямої кишки з локалізацією пухлини на рівні зубчастої лінії, що дозволяє зберегти елементи зовнішнього сфінктера і, отже, частково функцію свідомого тримання. Отримані авторами результати свідчать про онкологічну ефективність даної методики (частота місцевих рецидивів склала 4,8 %), а також високу функціональну значущість збережених елементів зовнішнього сфінктера в комплексі зі сформо-

ваними «неоректум» і «неосфінктер» (С-подібний товстокишковий резервуар і гладком'язова манжетка). Операція виконана 52 хворим. Отримані віддалені результати (5-річна безрецидивна виживаність 73,4 %), за даними авторів, свідчать про онкологічну ефективність даної методики при строгому дотриманні розроблених показань і протипоказань. У результаті лікування більшість пацієнтів відзначають здатність утримувати твердий та рідкий кишковий вміст, 80 % працездатних хворих повернулися на свої робочі місця, що свідчить про високу соціальну реабілітацію.

У відділеннях ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева» НАМН України, за останні 15 років оперовано 442 хворих з приводу колоректального раку, з них у 37,5 % зляквісна пухлина локалізувалася в прямій кишці, з яких у 23,6 % у дистальних відділах прямої кишки і у 9,2 % в анальному каналі. З 2012 року оперовано 58 пацієнтів з раком прямої кишки зі сфінктерозберігаючими методиками. Низька передня резекція прямої кишки виконана у 32 (48,5 %) пацієнтів групи порівняння, серед них апаратний анастомоз накладався 14 пацієнтам, у решти 18 використовувався ручний трьохрядний шов. У 29 (50,0 %) пацієнтів виконана передня резекція прямої кишки, яка виконувалася за розробленою нами методикою. Остання полягала в наступному. Втручання вироблялося під загальним знеболенням через нижне-середній лапаротомного доступ. Важливим моментом низької передньої резекції прямої кишки є низький рівень мобілізації з перетином бічних зв'язок прямої кишки або навіть виконання тотальної мезоректумектомії уздовж переходу леваторов прямої кишки в подовжній м'яз анального каналу. Мобілізацію прямої кишки починали з розсічення листків очеревини між брижею сигмовидної кишки і бічною стінкою черевної порожнини. Після цього розсікали перехідну складку очеревини вздовж лівого бокового каналу та ідентифікували лівий сечовід. Потім розсікали внутрішній листок перехідної складки очеревини вздовж кореня брижі сигмовидної кишки, лігували нижньобрижеву артерію та перетинали брижі сигмоподібної кишки. Мобілізацію прямої кишки починали з задньої її поверхні шляхом розсічення сполучнотканинних тяжів навколо власної фасції прямої кишки разом з параректальною клітковиною в пресакральному просторі. Обидва розрізи зовнішнього та внутрішнього листків кореня брижі сигмоподібної кишки продовжували в напрямку прямокишково-

маткової та прямокишково-міхурової складок і з'єднували їх між собою розрізом попереду прямої кишки. Дисекцію по передній стінці проводили гострим шляхом, розсікаючи апоневроз Денонвільє. За відсутності ознак проростання пухлини зберігали сім'яні бульбашки і задню стінку сечового міхура у чоловіків і піхву у жінок. Дисекція по бічних поверхнях включала в себе перетин бічних зв'язок прямої кишки. Після мобілізації проводили оцінку дотримання принципів абластики. Дистальна лінія резекції повинна розташовуватися в межах 1,5–2 см від нижнього краю пухлини. Реконструктивний етап втручання виконувався із застосуванням циркулярних зшивачів з накладенням додаткового ряду сіросерозних швів.

Формування штучної ампули у 14 (24,1 %) пацієнтів здійснювали після накладення анастомозу методом сероміотомії. Моделювання ампули виробляли шляхом поперечного розтину серозно-м'язової оболонки по передньому півколу кишки (за наявності інфільтрації стінки кишки). Суть методики полягала в послідовному нанесенні трьох поперечних розтинів серозно-м'язового шару на противобрижевій поверхні через кожні 2–3 см проксимальніше рівня анастомозу. Вище рівня штучної ампули створювали замикальний ректосигмоїдний механізм, для чого на переднебічній поверхні стінки кишки проксимальніше рівня передньої міотомії на 4–5 см виконували три поперечних розсічення серозно-м'язової оболонки. Дистально і проксимально розтинів накладали 4–5 вузлових шва, шляхом поперечного зав'язування вузлів і занурення ділянки стінки між ними, утворюється полумісячний клапан в просвіті кишки, що виконує функцію замикального апарату. Обов'язковим етапом операції є проведення трансанально зонда для декомпресії за зону штучно створеної ампули.

Таким чином, ми, коротко представили сучасний стан проблеми хірургічного лікування раку дистального відділу прямої кишки. Ми не схильні поки давати категоричні рекомендації щодо вибору одного єдиного способу хірургічного лікування, для зменшення частоти функціональних розладів після операцій на прямій кишці. Літературні відомості цієї проблеми — запорука для оперуючих хірургів, колопроктологів, що дозволяють правильно підійти до вибору потрібної тактики в кожному конкретному випадку. Однак безсумнівно, що дотримання онкологічних принципів оперування потрібно мати на увазі перш за все, а при можливості слід прагнути до виконання сфінктерозберігаючих операцій.



ЛІТЕРАТУРА

1. Абелевич А. И. Выбор способа операций при раке прямой кишки / А. И. Абелевич, В. А. Овчинников, Г. А. Серопян // журн. «Хирургия» им. Н. И. Пирогова. — 2004. — № 4. — С. 45–47.
2. Абрамян А. Ф. Создание управляемого замыкательного аппарата из нежной мышцы бедра после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки: дис. канд. мед. наук / А. Ф. Абрамян. — Ереван, 2002. — 138 с.
3. Александров В. Б. Рак прямой кишки / В. Б. Александров. — М.: «Вузовская книга». — 2001. — 207 с.
4. Амелин В. М. Создание управляемого замыкательного аппарата из большой приводящей мышцы бедра после экстирпации прямой кишки: автореф. дис. канд. мед. наук / В. М. Амелин. — М., 1981. — 48 с.
5. Барсуков Ю. А. Лечение резектабельного рака прямой кишки. Ситуация в России / Ю. А. Барсуков // Европейская школа по онкологии. Семинар на Красной площади, «Колоректальный рак». — М., 2007 — С. 2–18.
6. Баширов С. Р. Сфинктеролеваторопластика после радикальных резекций прямой кишки при раке нижнеампулярного с переходом на анльный канал / С. Р. Баширов, М. Н. Трифонов, Р. С. Баширов // Мат. междунар. конф. «III Съезд Хирургов Сибири и Дальнего Востока», Томск, 2009. — С. 62–63.
7. Воробьев Г. И. Клинико-морфологическое изучение особенностей роста низкого ректального рака, перспективы современной онкопроктологии / Г. И. Воробьев, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков // Пробл. колопроктологии. — Вып. 17. — М. — 2000. — С. 280–285.
8. Жерлов Г. К. Способ хирургического лечения низкого рака прямой кишки / Г. К. Жерлов, И. В. Панкратов, А. П. Кошель // Мат. междунар. конф. «III Съезд Хирургов Сибири и Дальнего Востока», Томск, 2009. — С. 89–90.
9. Захараш М. П. Новый метод хирургической реабилитации больных после экстирпации прямой кишки / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник // Мат. II съезда колопроктологов Украины. — Киев, 2006. — С. 282–285.
10. Зубарев П. Н. Первый опыт выполнения резервуарно-пластических операций при лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки / П. Н. Зубарев, О. А. Литвинов, А. Г. Арустамов // Газета «СТОМинфо». — СПб., 2002. — № 5.
11. Китаев А. В. Однопетлевой толстокишечный резервуар при низких чрезбрюшных резекциях прямой кишки / А. В. Китаев, Г. В. Лазарев, А. А. Протасевич // Колопроктология. — М., 2008. — № 1 (28). — С. 55–56.
12. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки / В. И. Кныш // М.: Медицина, 1997. — 304 с.
13. Конев В. Г. Рак прямой кишки — состояние и перспективы колоректальной хирургии в Главном Военном Клиническом Госпитале МО Украины / В. Г. Конев // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. — 2005. — № 9. — С. 16–20.
14. Коротких Н. Н. Оценка функциональных результатов двух видов колопластики у больных, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки: автореф. дис. канд. мед. наук / Н. Н. Коротких. — М., 2004. — 43 с.
15. Крылов Н. Н. Колоректальный рак: актуальные проблемы [по мат. Междунар. конгресса «Профилактика, диагностика и лечение новообразований толстой кишки»] / Н. Н. Крылов, О. В. Анисимова // Журнал «Хирургия» им. Н. И. Пирогова. — М., 2005. — № 1. — С. 36–39.
16. Литвинов О. А. Резервуарно-пластические операции в лечении рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки: автореф. дис. д-ра мед. наук / О. А. Литвинов. — СПб, 2007. — 41 с.
17. Майстренко Н. А. Применение резервуарной техники в хирургии колоректальных новообразований / Н. А. Майстренко, С. Н. Петров, Е. В. Пережогин // Актуал. проблемы колопроктологии. — Волгоград, 1997. — С. 38–40.
18. Наврузов С. Н. Возможности реконструктивно-восстановительной операции после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки / С. Н. Наврузов, С. Б. Абдужаппаров, А. М. Хакимов // Мат. II съезда колопроктологов Украины. — Киев, 2006. — С. 287–289.
19. Одарюк Т. С. Возможности хирургической реабилитации лиц после радикальных операций по поводу рака прямой кишки / Т. С. Одарюк, П. В. Царьков, С. А. Фролов // Актуальные проблемы проктологии. — СПб, 1993. — С. 58–59.
20. Покровский Г. А. Современный подход к лечению рака прямой кишки / Г. А. Покровский, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 54–61.
21. Привалов А. В. Комбинированное лечение рака прямой кишки (Обзор литературы) / А. В. Привалов, А. В. Важенин // Сибирский онкологический журнал. — 2003. — № 2. — С. 58–61.
22. Пророков В. В. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки / В. В. Пророков, А. Г. Малихов, В. И. Кныш // Практическая онкология. — 2002. — Т. № 2. — С. 77–81.
23. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, С. Н. Файн, А. С. Бронштейн // Медпрактика. — М., 2004. — С. 325–377.
24. Рыбаков Е. Г. Рак анального канала — современное состояние проблемы / Е. Г. Рыбаков. // Колопроктология. — 2007. — № 3 (21). — С. 29–38.
25. Сидоренко Ю. С. Новый способ формирования колостомы после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки — как метод социальной реабилитации больных / Ю. С. Сидоренко, М. К. Шаов, С. А. Грушко // сборн. труд. по матер. конф. «Международный Хирургический Конгресс». — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 366–367.
26. Соловьев И. А. Дифференциальный подход к комбинированному лечению рака прямой кишки: автореф. дис. д-ра мед. наук / И. А. Соловьев. — СПб, 2009. — 50 с.
27. Сорокин Б. В. Современное состояние проблемы колоректального рака / Б. В. Сорокин, А. А. Литвинов // «Здоровье Украины». — 2008. — № 2/1. — С. 33–34.
28. Талалакин А. И. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера, формированием гладкомышечной манжетки и созданием толстокишечного резервуара в лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки: автореф. дис. д-ра мед. наук / А. И. Талакин. — М., 2001. — 41 с.
29. Торбьерн Хольм Брюшно-промежностная экстирпация — проблемы и решения / Хольм Торбьерн // матер. II Междунар. конференции «Российская Школа Колоректальной Хирургии». — М., 2009. — С. 4–7.



30. Ульянов В. И. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по поводу рака с низведением сигмовидной кишки в рану промежности: автореф. дис. канд. наук / В. И. Ульянов. — Смоленск, 1971. — 39 с.
31. Федоров В. Д. Магнитные управляемые колостомы / В. Д. Федоров, В. Л. Ривкин, Л. А. Благодарный // Хирургия. — 1980. — № 4. — С. 114–118.
32. Царьков П. В. Хирургическая реабилитация больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала: автореф. дисс. д-ра мед. наук / П. В. Царьков. — М., 1997. — 52 с.
33. Царьков П. В. Расширенная латеральная лимфодиссекция в хирургическом лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки — за и против / П. В. Царьков // Матер. II междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии». — М., 2009. — С. 30–36.
34. Чеканов М. Н. Низкий ректальный рак: некоторые анатомические, диагностические и хирургические аспекты / М. Н. Чеканов, В. К. Якушенко, С. Г. Штофин // Проблемы колопроктологии. — № 18. — 2002. — С. 479–487.
35. Яицкий Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. — М., 2004. — 370 с.
36. Alois Fürst Neorectal Reservoir Is Not the Functional Principle of the Colonic J-Pouch / Fürst Alois, Burghofer Karin, Hutzell Lilli // Dis Colon rectum. — 2002. — Vol. 45. — P. 660–667.
37. Alois Fürst Colonic J-Pouch vs. Coloplasty Following Resection of Distal Rectal Cancer / Fürst Alois, Suttner Silvia, Agha Ayman // Dis Colon Rectum. — 2003. — Vol. 46. — P. 1161–1166.
38. Amshel A. G. T4 rectal cancer. Analysis of patient outcome after surgical excision / A. G. Amshel, S. Avital, A. Miller // Amer. Surg.. — 2005. — Vol. 71 (11). — P. 901–903.
39. Baeten C. G. Anorectal reconstruction — fact or fiction / C. G. Baeten, M. G. Rongen // Swiss Surg.. — 1997. — Vol. 3 (6). — P. 262–265.
40. Balch G. C. Modern management of rectal cancer. A 2006 update / G. C. Balch, A. De Meo, J. G. Guillem // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12 (20). — P. 3186–3195.
41. Carsin A. E. Inequity in colorectal cancer treatment and outcomes: a population-based study / A. E. Carsin, L. Sharp, D. P. Cronin-Fenton // British Journal of Cancer. — 2008. — Vol. 99. — P. 266–274.
42. Christian C.K. Risk factors for perineal wound complications following abdominoperineal resection / C. K. Christian, M. R. Kwaan // Diseases of the Colon and Rectum. — 2005. — Vol. 48. — P. 43–48.
43. Esther W. L. Outcomes for Abdominoperineal Resection Are Not Worse Than Those of Anterior Resections / W. L. Esther, Seow-Choen Chuwa and Francis // World J. Surg. — 2005. — Vol. 28. — P. 1341–1344.
44. Ferenschild F. T. Salvage abdominoperineal resection and perineal wound healing in local recurrent or persistent anal cancer / F. T. Ferenschild, M. Vermaas // World J. Surg. — 2005. — Vol. 29. — P. 1452–1457.
45. Feuer A. E. Cancer statistics / A. E. Feuer, M. J. Thun // C. A. Cancer J. Clin. — 2005. — Vol. 55. — P. 10–30.
46. Furst A., Suttner S., Agha A. Colonic J-pouch vs. coloplasty following resection of distal rectal cancer: early results of a prospective, randomized, pilot study / A. Furst, S. Suttner, A. Agha // Dis Colon Rectum. — 2003. — Vol. 46. — P. 1161–1166.
47. Gamagami R. A. Coloanal anastomosis for distal third rectal cancer / R. A. Gamagami, A. Liagre, P. Chiotasso // Dis Colon Rectum. — 1999. — Vol. 42. — P. 1272–1275.
48. Gamagami R. A. Rectal excision with coloanal anastomosis for superficial distal third rectal cancer / R. A. Gamagami, A. Liagre // Survival and local recurrence. Colorectal disease. — 2001. — Vol. 3 (Issue 5). — P. 304–307.
49. Hida Jin-ichi M. D. Analysis of regional lymph node metastases from rectal carcinoma by the clearing method: Justification of the use of sigmoid colon in J-pouch construction after low anterior resection / Jin-ichi Hida M. D., Masayuki Yasutomi M. D. // Diseases of the Colon & Rectum. — 1996. — Vol. 39. — P. 1282–1285.
50. Hill A. G. The management of rectal cancer in a resource poor environment / A. G. Hill, B. Perakath, I. P. Bissett // A review International Journal of Surgery. — 2006. — Vol. 4 (2). — P. 127–130.
51. Holm T. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer / T. Holm, A. Ljung, T. Haggmark // The British Journal of Surgery. — 2007. — Vol. 94(2). — P. 232–238.
52. Norio Saito «Function Preserving Surgery for lower rectal cancer involving lower urinary tract in male patients» / Saito Norio // World J. of Colorectal Surg. — 2008. — Vol. 1. — Art. 11.
53. Rengan Ramesh Distal cT2N0 Rectal Cancer. Is There an Alternative to Abdominoperineal Resection / Ramesh Rengan, P. Paty, W. D. Wong // J. shouxi. — 2006. — Vol. 12. — P.155–161.
54. Rullier E. Intersphincteric resection with excision of internal anal sphincter for conservative treatment of very low rectal cancer / E. Rullier, F. Zerbib, C. Laurent // Dis Colon Rectum. — 1999. — Vol. 42 (9). — P. 1168–1175.
55. Rullier E. Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas. The end of the 2-cm distal rule / E. Rullier, C. Laurent, F. Bretagnol // Ann Surg. — 2005. — Vol. 241. — P. 465–469.
56. Tsuyoshi Konishi Preoperative chemoradiation and extended pelvic lymphadenectomy for rectal cancer : Two distinct principles / Konishi Tsuyoshi, Watanabe Toshiaki, Nagawa Hirokazu // World J. Gastrointest Surg. — 2010. — April 27. — Vol. 2(4). — P. 95–100.
57. Vironen J. H. Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery / J. H. Vironen, M. Kairaluoma // Dis Colon Rectum. — 2006. — Vol. 49. — P. 568–578.
58. Wai Lun Law Outcomes of surgery for mid and distal rectal cancer in the elderly / Lun Law Wai, Choi Hok Kwok, Wc Ho Judy // World J. of Surg. — 2006. — Vol. 30. — P. 598–604.
59. West N. P., P. J. Finan., C. Anderin Evidence of the oncologic superiority of cylindrical abdominoperineal excision for low rectal cancer / N. P. West, P. J. Finan., C. Anderin // J. of Clinical Oncology. — 2008.— Vol. 26 (21). — P. 3517–3522.



СФИНКТЕРО-
СОХРАНЯЮЩИЕ
ОПЕРАЦИИ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

C. B. Мороз

Резюме. Приведены литературные данные по проблеме хирургической реабилитации больных, оперированных по поводу рака дистального отдела прямой кишки и анального канала. Проанализированы различные способы хирургического лечения, направленные на уменьшение частоты функциональных расстройств после операций на прямой кишке. Соблюдение онкологических принципов оперирования нужно иметь в виду, прежде всего, а при возможности следует стремиться к выполнению сфинктеросохраняющих операций.

Ключевые слова: *рак прямой кишки, хирургическое лечение, сфинктеросохраняющие операции.*

SPHINCTER-PRESERVING
OPERATION IN THE
SURGICAL TREATMENT OF
RECTAL CANCER PATIENTS

S. V. Moroz

Summary. The literature data on the problem of surgical rehabilitation of patients operated on cancer of the distal rectum and anal canal is presented. Different methods of surgical treatment to reduce the frequency of functional disorders after operations on the rectum are analyzed. Compliance with operating principles of cancer need to be borne in mind, first and foremost, and if possible, you should strive to meet sphincter-preserving operations.

Key words: *colorectal cancer, surgical treatment, sphincter-preserving operation.*