

ПРАКТИКУЮЧОМУ ЛІКАРЮ

*Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, Ю.И. Яковец, В.Х. Башеев, Н.Г. Семикоз,
С.Э. Золотухин, Н.В. Бондаренко, А.И. Фефелов, В.Н. Кравцова, А.Г. Кудряшов,
О.В. Совпель, А.Ю. Кияшко*

**ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ
КИШКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина*

Реферат. Представлены результаты работы клиники проктологии Донецкого областного противоопухолевого центра, который располагает опытом лечения 15700 первичных больных злокачественными новообразованиями толстой кишки на протяжении 1967 – 2012 гг. Большинство научных исследований клиники были посвящены сокращению многоэтапности хирургического лечения рака толстой кишки даже при осложненном его течении, повышению надежности толстокишечных анастомозов, развенчанию мифа о нерадикальности сфинктеросохраняющих операций при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, разработке новых функционально выгодных органосохраняющих вмешательств, пропаганде эндолимфатического метода введения лекарственных средств как при осложнениях, так и для химиотерапии, разработке новых методов комбинированного и комплексного лечения, что значительно повышают эффективность лечения больных.

Ключевые слова: рак толстой кишки, первично-восстановительная хирургия

В индустриально-развитых странах отмечен неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком. С 1970-х годов во всех клиниках мира стали использоваться сшивающие аппараты для наложения анастомозов, которые во многих центрах вытеснили все другие виды сфинктеросохраняющих вмешательств, что привело к внедрению в мировую практику выведение превентивной коло- или илеостомы, она формируется в 70-100% подобных операций [10]. Однако превентивная колостома не исключает несостоятельность швов анастомоза, которая развивается на отключенной кишке, по данным разных авторов, в 17-48% [11], а также требует повторного оперативного вмешательства, которое сопровождается хирургическим и анестезиологическим риском для больного [14]. Вплоть до настоящего времени частота выполнения экстирпации прямой кишки остается неоправданно высокой. По оценкам разных авторов она колеблется от 18 до 58% и в значительной мере зависит от опыта и предпочтений хирурга [12,13,15].

Клиника проктологии Донецкого областного противоопухолевого центра располагает опытом лечения 15700 первичных больных злокачественными новообразованиями толстой кишки на протяжении 1967 – 2012 гг. Эти данные нашли отражение в 9 докторских и 21 кандидатских диссертаций. Большинство научных исследований клиники были посвящены сокращению многоэтапности хирургического лечения рака тол-

стой кишки (РТК), даже при осложненном его течении, повышению надежности толстокишечных анастомозов, развенчанию мифа о нерадикальности сфинктеросохраняющих операций при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, разработке новых функционально выгодных органосохраняющих вмешательств, пропаганде эндолимфатического метода введения лекарственных средств как при осложнениях РТК, так и для химиотерапии, разработке новых методов комбинированного и комплексного лечения.

При раке ободочной кишки (РОК) в клинике оперировано 6550 пациентов (табл. 1), резектабельность составила 82,6%, первично-восстановительные вмешательства выполнены в 95,7% случаев.

Как правило, ежегодно в клинику поступает 30-33% больных с осложненным течением РОК (суб- и декомпенсированная кишечная непроходимость, параколические абсцессы и перфорации опухоли), что сказалось на непосредственных результатах оперативных вмешательств (табл. 1). Осложненное течение болезни не является, на наш взгляд, препятствием для первично-восстановительных одноэтапных операций при раке правой половины поперечной ободочной кишки. Эвакуация кишечного содержимого на операционном столе позволяет при опухолях левой половины ободочной кишки в половине случаев сформировать дубликатурный толсто-толстокишечный анастомоз у части больных с сохраняющейся большей разницей диаметров сопоставляемых отрезков, сформировать анастомоз «бок в бок». У небольшой части больных операцией выбора является методика Микулича. Лишь у 4% пациентов при необходимости выполнения комбинированных оперативных вмешательств, на первом этапе формируем разгрузочные колостомы.

Разработка и внедрение дубликатурного анастомоза [1] позволили снизить несостоятельность швов анастомозов до 0,9%, что значительно превосходит известные ручные и аппаратные методы формирования толстокишечных соустьев. Катетеризация лимфатических сосудов бедра и последующая эндолимфатическая антибиотикотерапия позволили в подавляющем большинстве случаев быстро, в течение 3-5 дней, купировать осложненное течение болезни и послеоперационные осложнения.

Более половины пациентов имеют пожилой и старческий возраст, что сопровождается дряблостью тканей и прорезыванием швов, в связи с чем считаем уместным подкрепление линии швов жировыми подвесками либо листком брюшины, а также при возможности расположение анастомозов экстраперитонеально [6].

По поводу злокачественных новообразований прямой кишки в клинике оперировано 9150 больных (табл. 2), т.е. резектабельность все годы остается стабильной, на уровне 83,1%.

А вот доля сфинктеросохраняющих вмешательств среди операций, выполненных в радикальном объеме, значительно изменилась: за анализируемый период времени (табл. 3) она выросла с 42,4% до 96,7% и составила за все годы работы клиники 90,5%.

Первые сфинктеросохраняющие операции при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки у нас в клинике были выполнены в конце 60-х годов прошлого столетия, а уже в начале 80-х годов сформировалась четкая убежденность в том, что брюшно-анальная резекция не уступает в радикализме брюшно-промежностной экстирпации, при этом доля органосохраняющих операций стала стабильно выше 90%.

Изучение работ анатомов по кровоснабжению прямой кишки и анального канала и лимфоотто-

ли миф о нерадикальности сфинктеросохраняющих операций по сравнению с экстирпациями [2].

Последующие исследования позволили разработать четкие показания для каждого вида операции в зависимости от локализации опухоли. Несомненно, идеальная в функциональном плане операция — это чрезбрюшная резекция. Но она не соответствует современным требованиям, а именно не сопровождается тотальной мезоректумэктимией. На наш взгляд, эта операция оправдана при опухолях, ограниченных стенкой прямой кишки. Если опухоль ректосигмоидного или верхнеампулярного отдела прямой кишки прорастает окружающие органы и ткани, если имеются ретроградные метастазы в лимфатические узлы, показана тотальная мезоректумэктомия, т.е. наданальная либо брюшно-анальная резекция.

От первичной операции Дюамеля (табл. 4) мы практически отказались более 10 лет назад в пользу чрезбрюшной резекции, используем эту операцию в качестве восстановительного этапа после операции Гартмана.

Наданальная резекция прямой кишки является, по нашему мнению, альтернативой низким передним резекциям, она исключает несостоятельность швов анастомозов, сопровождается хорошими функциональными и отдаленными результатами лечения (пятилетняя выживаемость

Таблица 1. Непосредственные результаты оперативных вмешательств на ободочной кишке

Характер операций	Количество	Послеоперационные осложнения, (%)	Послеоперационная летальность, (%)
Радикальные	4116 (62,8%)	15,3	4,1
Паллиативные	1294 (19,8%)	18,4	8,7
Симптоматические	1140 (17,4%)	12,7	5,3
Всего	6550 (100%)	15,5	5,3

ку послужили теоретическим обоснованием правильности разработанной тактики хирургического лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. Отдаленные результаты лечения (пятилетняя выживаемость при брюшно-анальной резекции — 62%, после брюшно-промежностной экстирпации — 48%) окончательно развея-

— 83%), не требует использования дорогостоящих сшивающих аппаратов.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с демукозацией анального канала — наиболее часто (76,4%) используемая операция среди сфинктеросохраняющих у нас в клинике. На сегодняшний день это собирательное понятие (снова назрело время для дискуссии в печати о названиях операций), включающее в себя до десятка вариантов операций. Начинали мы с интерсфинктерных резекций в конце 60-х годов прошлого столетия и постепенно разрабатывали различные виды операций для каждой локализации опухоли. При раке нижнеампулярного отдела прямой кишки, граничащим с анальным каналом, мы сохраняем только подкожную порцию наружного анального сфинктера. Да, функционально это не лучший вариант, но превосходящий варианты сфинктеропластики из мышц бедра либо ягодичных. Использование в последующем комплекса реабилитационных мероприятий позволяет у большинства больных добиться удовлетворительных функциональных результатов лечения [7].

Таблица 2. Оперативные вмешательства при раке прямой кишки

Резекции, экстирпации, в т.ч.	7607	83,1%
- радикальные	6557	71,7%
- паллиативные	1050	11,4%
Симптоматические	1543	16,9%
Всего	9150	100%

Таблица 3. Динамика изменений доли сфинктеросохраняющих операций

Годы	Количество операций в радикальном объеме	Удельный вес сфинктеросохраняющих операций	
		Абс.	%
1967-1969	77	37	48,0
1970-1974	245	104	42,4
1975-1979	316	177	56,0
1980-1984	553	467	84,5
1984-1989	787	727	92,4
1990-1994	928	857	92,4
1995-1999	863	808	93,6
2000-2004	1289	1247	96,7
2005-2009	1578	1526	96,7
2010-2012	971	933	96,1
Всего	7607	6883	90,5

Постепенно мы пришли к выводу, что удалять мобилизованную прямую кишку с опухолью желательнее через брюшную полость, при этом значительно меньше травмируются анальные сфинктеры. Разработанные в клинике варианты сфинктеропластики значительно улучшили функциональные результаты брюшно-анальных резекций с демуккозацией анального канала [5].

Последние разработки с сохранением наружного и внутреннего сфинктеров, низведением ободочной кишки в анальный канал без брыжейки, формированием первичного колоанального анастомоза позволили получить функциональные результаты, не уступающие низким передним резекциям [4].

Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки у нас в клинике среди операций в радикальном объеме последние 10 лет не превышает 1-3%. Мы по-прежнему считаем, что разра-

Таблица 4. Структура сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки

Чрезбрюшные резекции	667 (9,7%)
Операция Дюамеля	404 (5,9%)
Наданаальные резекции	552 (8,0%)
Брюшно-анальные резекции	5260 (76,4%)
Всего	6883 (100%)

ботанный в клинике вариант перитонизации полости малого таза значительно сокращает послеоперационные осложнения, а подбрюшинное выведение ободочной кишки на переднюю брюшную стенку является профилактикой периколостомических грыж [9].

Даже при раке анального канала в половине случаев есть возможность выполнить сфинктеросохраняющие операции, сохраняя при этом только подкожную порцию наружного анального сфинктера, либо выполняя гемирезекцию анального канала, если опухоль располагается на одной из стенок. Первичная сфинктеропластика в этом случае, низведение в значительно суженный анальный канал ободочной кишки, лишенной брыжейки, позволяют добиться удовлетворительных функциональных результатов лечения. Опыт более 100 подобных вмешательств свидетельствует о достаточном их радикализме, а отдаленные результаты не уступают брюшно-промежностным экстирпациям (пятилетняя выживаемость — 52,1%) [4,7].

При анализе непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки по мере накопления клинического опыта послеоперационные осложнения и летальность постоянно снижаются (табл. 5). Трудно уменьшить летальность после брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки, т.к. последние 30 лет мы почти перестали ее выполнять. Операции Гартмана и Иноятова используем в единичных случаях при осложненном течении рака прямой кишки, паллиативности вмешательства либо при интраоперационных осложнениях, именно с этим связана высокая летальность.

Разработанные в клинике комплексные мето-

Таблица 5. Виды и исходы хирургического лечения рака прямой кишки

Виды операций	Количество	Осложнения, %	Летальность, %
Сфинктеросохраняющие резекции	6883	23,1	3,1
Брюшно-промежностные экстирпации	520	33,8	7,7
Гартмана, Иноятова	204	31,9	11,7
Пробные, симптоматические	1543	9,6	6,8
Всего	9150	22,1	4,3

ды лечения рака толстой кишки с использованием неоадьювантной химио-лучевой терапии позволили при раке прямой кишки у 30% пациентов добиться полной резорбции опухоли и пятилетней выживаемости у 91% [3], при раке ободочной кишки — увеличить пятилетнюю выживаемость на 13,3% [8].

Таким образом, надежность дубликатурного анастомоза позволяет при раке ободочной кишки в 95,7% случаев выполнять первично-восстановительные операции, даже при осложненном течении рака. Расширение показаний к сфинктеросохраняющим операциям при раке нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, не в ущерб радикализму, позволили увеличить долю органосохраняющих вмешательств при раке прямой кишки до 96,7%. Комплексные методы лечения рака толстой кишки с использованием неоадьювантной химио-лучевой терапии значительно повышают эффективность лечения больных.

G.V. Bondar, Yu.V. Dumanskiy, Yu.I. Yakovets, V.H. Bascheev, N.G. Semikoz, S.E. Zolotukhin, N.V. Bondarenko, A.Y. Fefelov, V.N. Kravtsova, A.G. Kudryashov, O.V. Sovpel, A.Yu. Kiyashko

Primary reconstructive surgery of rectum and colon cancer

There have been proposed work results of the proctology clinic of Donetsk Regional Anti-Tumor Center that is experienced in treatment of 15,700 patients with primary malignant tumors of the colon for the period 1967 - 2012. Most of the clinic researches are focused on reducing multi-stage surgical treatment of colon cancer, even in complicated course thereof, to improve reliability of colonic anastomoses, to dispel the myth of the non-radical sphincter - preserving operations for low rectal colon and anal canal cancer, to develop new functionally beneficial interventions for the organ, promotion of endolymphatic method of drugs administration for complications as well as for chemotherapy, development of new techniques of combined and complex treatment which significantly increase effectiveness of treatment (University clinic. — 2013. — Vol.9, №1. — P. 7-10).

Keywords: colon cancer, primary reconstructive surgery.

Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, Ю.І. Яковець, В.Х. Башеев, Н.Г. Семикоз, С.Е. Золотухин, М.В. Бондаренко, А.Й. Фефелов, В.Н. Кравцова, О.Г. Кудряшов, О.В. Совпель, О.Ю. Кияшко

Первинно-відновна хірургія раку прямої й ободової кишок

Наведені результати роботи клініки проктології Донецького обласного протипухлинного центру, що має у своєму розпорядженні досвід лікування 15700 первинних хворих на злоякісні новоутворення товстої кишки протягом 1967-2012 рр. Більшість наукових досліджень клініки були присвячені скороченню багатоетапності хірургічного лікування раку товстої кишки, навіть при ускладненому його перебігу, підвищенню надійності товстокишкових анастомозів, розвіянню міфу про нерадикальність сфинктерозберігаючих операцій при раку нижньоампулярного відділу пря-

мої кишки й анального каналу, розробці нових функціонально вигідних органозберігаючих втручань, пропаганді ендолімфатичного методу введення лікарських засобів як при ускладнених РТК, так і для хіміотерапії, розробці нових методів комбінованого і комплексного лікування, що значно підвищують ефективність лікування хворих (Університетська клініка. — 2013. — Т.9, №1. — С. 7-10).

Ключові слова: рак товстої кишки, первинно-відновна хірургія.

ЛІТЕРАТУРА

1. А.с. 1034718 СССР, МКИ А 61 В 17/00. Способ формирования толсто-кишечного анастомоза / Г.В. Бондарь (СССР), В.Н. Кравцова (СССР). — № 3288232/28-13; заявл. 18.05.81; опубл. 15.08.83; Бюл. № 30.
2. Башеев В.Х. Оптимизация тактики лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки: дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.07 / Башеев Владимир Харитонович. — Донецк, 2003. — 32с.
3. Бережной В.В. Дооперационная променевая терапия на фоне эндолімфатичного введения 5-фторурацила в комплексному лікуванні хворих на рак прямої кишки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.07 «онкологія» / В.В. Бережной. — Донецьк, 1996. — 24с.
4. Брюшно-анальная резекция с ремукотазией заднепроеходного канала при лечении рака среднеампулярного отдела прямой кишки / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, С.Э. Золотухин [и др.] // Клін. хірургія. — 1996. — № 4. — С. 8 — 10.
5. Декларационный патент на корисну модель 9895 Україна, А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування раку прямої кишки / Г.В. Бондар (UA), В.Х. Башеев (UA), О.В. Совпель (UA), М.В. Бондаренко (UA), А.В. Сидюк (UA). — № u2—503653: заявл. 18.04.2005; опубл. 17.10.2005, Бюл. № 10.
6. Думанський Ю.В. Рак шлунка і товстої кишки у хворих похилого і старчого віку: автореф. дис. на здобуття наук ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.07 «онкологія» / Ю.В. Думанський. — Донецьк, 1990. — 24 с.
7. Применение брюшно-анальной резекции с леваторосфинктеропластикой при лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, С.Э. Золотухин [и др.] // Клін. хірургія. — 1996. — № 6. — С. 22 — 24.
8. Терен Т.І. Ефективність неоадьювантної хіміопроменевої терапії в комплексному лікуванні хворих на рак ободової кишки: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.07 «Онкологія» / Т.І. Терен. — Донецьк, 2011. — 20 с.
9. Яковець Ю.Я. Хірургічні аспекти реабілітації хворих раком прямої кишки: автореф. дис. на здобуття наук ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.07 «Онкологія» / Ю.І. Яковець. — Донецьк, 1990. — 31с.
10. Huh J.W. A Diverting Stoma Is Not Necessary when Performing a Handsewn Coloanal Anastomosis for Lower Rectal Cancer / J.W. Huh, Y.A. Park, S.K. Sohn // Dis. Colon Rectum. — 2007. — Vol. 50. — P. 1040—1046.
11. Morbidity of Ileostomy and Colostomy Closure: Impact of Surgical Technique and Perioperative Treatment / K.P. Riesener, W. Lehnen, M. Hofer [et al.] // World J. Surg. — 1997. — Vol. 21. — P. 103—108.
12. The influence of abdomino-perineal (intersphincteric) resection of lower third rectal carcinoma on the rates of sphincter preservation and locoregional recurrence / W. Hohenberger, S. Merkel, K. Matzel [et al.] // Colorectal Dis. — 2006. — Vol. 8 (1). — P. 23 — 33.
13. The status of radical proctectomy and sphincter-sparing surgery in the United States / R. Ricciardi, B.A. Virnig, R.D. Madoff [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2007. — Vol. 50. — P. 1119 — 1127.
14. Tjandra J. Laparoscopic- vs. Hand-Assisted Ultralow Anterior Resection: A Prospective Study / J. Tjandra, K. Miranda, Y. Chan // Dis. Colon Rectum. — 2008. — Vol. 51 (1). — P. 26—31.
15. Unacceptable variation in abdominoperineal excision rates for rectal cancer: time to intervene? / E. Morris, P. Quirke, J.D. Thomas [et al.] // Gut. — 2008. — Vol. 57 (12). — P. 1690 — 1697.

Надійшла до редакції: 12.06.2013