

УДК 616.351-006.6-089.86

Низкие и ультранизкие анастомозы в сочетании с различными вариантами лимфодиссекции при хирургическом лечении рака прямой кишки

С.Н. Наврузов, С.Б. Абдужаппаров, Б.С. Наврузов

(Республиканский онкологический научный центр Узбекистана, г. Ташкент)

Low and ultra-low anastomoses in combination to various variants of lymph node dissection in rectal cancer

S.N. Navruzov, S.B. Abduzhapparov, B.S. Navruzov

Цель исследования. Изучить возможности выполнения одномоментных радикальных операций при раке прямой кишки с применением лимфодиссекции и наложением низких и ультранизких колоректальных анастомозов.

Материал и методы. У 25 больных раком прямой кишки проведены радикальные операции с лимфодиссекцией в объеме D_2 и D_3 в зависимости от высоты расположения опухоли. Восстановительный этап операции выполнялся с применением низких и ультранизких колоректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы «Этикон».

Результаты. Осложнений в послеоперационный период не отмечено. Сроки наблюдения – в течение года. Рецидивов и метастазов не зарегистрировано.

Выводы. Предварительные данные позволяют сделать заключение о целесообразности выполнения данных типов операций с применением циркулярно-сшивающих аппаратов и лимфодиссекцией.

Ключевые слова: рак прямой кишки, лимфодиссекция, циркулярно-сшивающие аппараты, низкие и ультранизкие колоректальные анастомозы.

Aim of investigation. To study potentials of simultaneous radical operations at rectal cancer with lymph node dissection and application of low and ultralow colorectal anastomoses.

Material and methods. For 25 patients with cancer of the rectum radical surgery with lymph node dissection in D_2 and D_3 volume according to the level of tumor location was carried out. Reconstructive stage of operation was carried out with application of low and ultralow colorectal anastomoses by circular-stapler device of «Eticon» company.

Results. No complications in postoperative period were marked. Term of observation was 1 year. No relapses and metastases were registered.

Conclusions. Preliminary data allow to make conclusion on expediency of these types of operations with application of circular-stapler device and lymph node dissection.

Key words: cancer of the rectum, lymph node dissection, circular-stapler device, low and ultralow colorectal anastomoses.

Наврузов Саримбек Наврузович — доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского онкологического научного центра. Контактная информация для переписки: sarimbekn@list.ru; 100174, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фароби, 383

Наврузов Бехзод Саримбекович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии для врача общей практики Ташкентской медицинской академии. Контактная информация для переписки: behzodn@mail.ru; 100174, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фароби, 383

Абдужаппаров Сулейман Бахридинович — доктор медицинских наук, руководитель отделения колопроктологии Республиканского онкологического научного центра. Контактная информация для переписки: 100174, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фароби, 383

Локализованный и медленный рост характерен как для опухоли прямой кишки, так и для метастазов в лимфатических узлах. Основываясь на этой особенности, расширение объема лимфодиссекции может снизить показатель рецидивирования опухоли [1, 4].

Различают три типа лимфодиссекции при раке прямой кишки: ограниченная, стандартная и расширенная. По мнению японских хирургов, ограниченная лимфодиссекция рекомендуется на ранних стадиях рака [8], стандартная лимфодиссекция показана при распространенном раке проксимальных отделов, расширенная — при локализации опухоли в нижних отделах кишки. Данные о 5-летней выживаемости при стандартной и расширенной лимфодиссекции у разных авторов различны. Основным недостатком расширенной лимфодиссекции является нарушение у пациентов мочеполовой функции — до 45–50% случаев [2, 3, 5].

Методика низких колоректальных анастомозов после передней или чрезбрюшинной резекции прямой кишки хорошо разработана и имеет установленные показания и противопоказания. Между тем после так называемых «ультранизких» резекций прямой кишки по поводу ее опухолевого поражения проблема восстановления непрерывности кишечника стоит очень остро. Здесь не решена такая проблема, как сама возможность наложения колоректальных анастомозов с соблюдением всех принципов онкологического радикализма. В то же время исследованием Т.С. Одарюк и соавт. [6] о дистальной границе резекции при раке прямой кишки обоснована возможность наложения ультранизких анастомозов. В этой работе доказано, что отступление на 1–2 см от дистальной границы опухоли с выполнением тотальной мезоректум-эктомии позволяет обеспечивать радикальность хирургического вмешательства [7, 9].

Наряду с выполнением различных вариантов лимфодиссекции, дополнение ее использованием циркулярно-сшивающих аппаратов дает возможность одномоментно накладывать колоректальные анастомозы, что важно с точки зрения уменьшения этапности лечения в хирургии рака прямой кишки, а также является несомненным социальным и экономическим фактором.

Материал и методы исследования

В отделении колопроктологии РОНЦ МЗ РУз у 25 больных раком прямой кишки выполнены низкая и ультранизкая резекции прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (D_2 , D_3). Лимфодиссекция в объеме D_2 подразумевает удаление следующих лимфоколлекторов: параректальные, по ходу нижнебрыжеечных сосудов, по ходу общей и внутренней подвздошных сосудов. При лимфодиссекции в объеме D_3 дополнитель-

но проводится удаление лимфоузлов в бассейне запирающей ямки.

Для включения в исследование были определены следующие критерии:

- расположение опухоли прямой кишки на высоте 5–16 см от края зубчатой линии;
- морфологически верифицированный диагноз аденокарциномы;
- стадия опухолевого процесса должна соответствовать $T_{2-3.4} N_{0-2} M_0$ по системе TNM;
- отсутствие тяжелой сопутствующей патологии.

Стадия $T_{3-4} N_0 M_0$ диагностирована у 12 пациентов, $T_{3-4} N_1 M_0$ — у 13. Мужчин было 12, женщин — 13. Возраст больных составил $55,4 \pm 5,6$ года.

Непрерывность кишечного тракта восстанавливали путем наложения колоректальных анастомозов с помощью циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы «Ethicon» с рабочим объемом головки 29, 31 и 33. После наложения анастомоза для декомпрессии кишечника выполняли трансанальную интубацию толстой кишки. У 22 пациентов оперативное лечение проводилось одноэтапно, а у 3 из-за наличия явлений кишечной непроходимости — в два этапа. Первым этапом осуществляли низкую или ультранизкую резекцию прямой кишки с выведением колостомы, через 8–12 мес — реконструктивно-восстановительную операцию с наложением колоректальных анастомозов циркулярно-сшивающими аппаратами (второй этап). Для оценки онкологического радикализма вмешательства проводилось изучение удаленного препарата, особенно взятого из дистального участка. Выполнялись морфологические и иммуногистохимические исследования лимфоузлов, удаленных во время операции (окраска на цитокератины), — параректальных, по ходу подвздошных сосудов, нижнебрыжеечных сосудов, из запирающей ямки.

В зависимости от расположения опухоли прямой кишки проводили низкую или ультранизкую резекцию с наложением колоректального анастомоза. Если опухоль локализовалась на высоте от 11 до 16 см (16 пациентов), выполнялась низкая резекция со стандартной лимфодиссекцией. При расположении ее на высоте от 5 до 10 см (9 больных) проводили ультранизкую резекцию с расширенной лимфодиссекцией

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении непосредственных и ближайших результатов оперативного лечения получены следующие данные. Продолжительность всей операции составила $180 \pm 25,6$ мин. При этом этап лимфодиссекции при стандартном ее варианте занимал $42,5 \pm 8,4$ мин, при расширенном — $64,3 \pm 6,3$ мин, кровопотеря составила $256 \pm 35,7$ мл.

При морфологическом исследовании макропрепаратов во всех случаях выявлена аденокарцинома кишечника различной степени дифференцировки: у 16 больных среднедифференцированная, у 9 высокодифференцированная.

Большое значение имело изучение лимфатических узлов для прогнозирования и определения дальнейшей тактики лечения (химио- или лучевой терапии). У 3 пациентов выявлены метастазы в трех и менее лимфатических узлах (N_1), у 2 — в более трех лимфоузлах (N_2). Используя иммуногистохимический метод (окраска на цитокератины лимфатических узлов — по методике фирмы «Дако»), дополнительно метастазы выявлены в 7 случаях. Это говорит о высокой информативности данной методики при изучении метастатического поражения лимфатических узлов. При исследовании радикальности оперативного вмешательства остаточных опухолевых клеток в зонах разреза не выявлено. Больным с метастазами в лимфоузлах в адьювантном режиме проведена химиотерапия по схеме FOLFOX-4.

Осложнения после наложения колоректального анастомоза отмечены у одного пациента, у которого были явления его частичной несостоятельности. Через дренажную трубку, оставленную в малом тазу в зоне анастомоза, на 3-и сутки началось выделение кишечного содержимого. Общее состояние больного оставалось удовлетворительным, при пальпации живот мягкий, безболезненный, стул ежедневный. В показателях клинико-био-

химических и инструментальных исследований патологических изменений не обнаружено. На 14-е сутки после операции выделение из дренажной трубки прекратилось. В удовлетворительном состоянии пациент выписан на амбулаторное лечение.

У одной больной через 3 мес после операции возник рецидив опухоли в зоне колоректального анастомоза. При повторной госпитализации проведена экстирпация прямой кишки с колоректальным анастомозом и выведением одноствольной колостомы. В настоящее время больная получает в адьювантном режиме химиотерапию.

Выводы

1. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 5–10 см и отсутствии явлений кишечной непроходимости операцией выбора может быть передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией в объеме D_3 и наложением ультранизкого сигморектального анастомоза.

2. При локализации опухоли на высоте 11–16 см рекомендуется выполнение передней резекции со стандартной лимфодиссекцией в объеме D_2 и наложением низкого сигморектального анастомоза.

3. Необходимо обязательное иммуногистохимическое исследование групп лимфоузлов для определения прогноза заболевания и тактики лечения.

Список литературы

1. Дамбаев Г.Ц., Соловьев М.М., Фатюшина О.А. и др. Новые методики формирования компрессионных анастомозов. Биосовместимые материалы и имплантаты с «памятью» формы. — Northampton, Томск: STT, 2001. — Р. 54–60.
2. Данзанов Б.С., Жигаев Г.Ф., Цыбиков Е.Н. и др. К вопросу о кишечных швах при операциях на толстой кишке: Материалы конференции колопроктологов. — Ростов н/Д, 2001. — С. 121.
3. Егоров В.И., Счастливцев И.В., Турисов Р.А., Баранов А.О. Механические напряжения под нитью кишечного шва как причина нарушений микроциркуляции в области соустья // Анналы хирургии. — 2002. — № 3. — С. 66–73.
4. Лаврик А.С., Ващенко А.Е., Беляский Л.С., Тывончук А.С. Новые технологии в реконструктивной хирургии желудочно-кишечного тракта: Материалы 19-го съезда хирургов Украины. — Харьков, 2000. — С. 88–89.
5. Мысливцев С.В. Разработка и клиническая апробация аппарата для колоректального компрессионного анастомоза: Дис. ... канд. мед. наук. — Тюмень, 2000. — 150 с.
6. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. — М., 2005. — С. 345.
7. Царков П.В., Одарюк Т.С., Сергеева О.Н. Лимфаденэктомия при раке прямой кишки // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 54–59.
8. Takahashi T., Veno M., Azeкура K., Ota H. The lymphatic spread of rectal cancer and effect of dissection. Japanese contribution and experience // Soreide O., Norstein J. Rectal cancer surgery. — Berlin—Heidelberg: Springer-Verlag, 1997. — P. 164–180.
9. Wullstein C., Gross E. Compression anastomosis (AKA-2) in colorectal surgery: results in 442 consecutive patients // Br. J. Surg. — 2000. — Vol. 87, N 8. — P. 1071–1075.