

АТРОЩЕНКО А. О., ПОЗДНЯКОВ С. В., ДАНИЛОВ М. А.
ATROSHCHENKO A. O., POZDNJAKOV S. V., DANILOV M. A.

ИННОВАЦИОННАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Реконструктивно-пластические операции в комплексном лечении и реабилитации больных раком прямой кишки (клиническое наблюдение)

Reconstructive surgery as a rehabilitation in combined treatment scheme for patients with rectal cancer (case report)

Цитирование: ATROSHCHENKO A. O., POZDNJAKOV S. V., DANILOV M. A. Reconstructive surgery as a rehabilitation in combined treatment scheme for patients with rectal cancer (case report). Malignant Tumours 2016; 1: XX–XX.

DOI: 10.18027/2224–5057–2016–1-XX–XX

Резюме

В настоящее время колоректальный рак занимает одну из лидирующих позиций среди онкологических заболеваний в мире. Каждый год диагностируется более 1,4 млн новых случаев колоректального рака. Примерно 40% из них – трудоспособные граждане. В настоящее время благодаря внедрению программ комбинированного и комплексного лечения удалось достигнуть хороших результатов в лечении колоректального рака. Актуальной проблемой является сохранение качества жизни пациентов, особенно после неoadъювантной химиолучевой терапии в сочетании с оперативным лечением. Хорошо известно, что после проведения резекции прямой кишки имеется высокий риск развития синдрома низкой передней резекции (СНПР) – недержание кала, диарея, тенезмы и т.д. Основная причина СНПР – потеря резервуарной функции прямой кишки. Наиболее эффективным хирургическим методом профилактики СНПР является формирование толстокишечного резервуара.

Abstract

Today the colorectal cancer still one of the most common oncological disease in the World. Every Year diagnosed more than 1,4 mln new cases of colorectal cancer. Approximately 40% of them – able-bodied citizens. Nowadays we achieved good results in colorectal cancer treatment thanks to multidisciplinary treatment scheme. Actual problem is to preserve quality of life, especially after neoadjuvant chemoradiotherapy. A good known that after low rectal resection patient have a high risk of low anterior resection syndrome – LARS (fecal incontinence, diarrhea, tenesmus etc). The main factor for LARS – loss of reservoir function of the rectum, the most promising direction was the work on the formation of reservoir from the remaining intestine.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

рак прямой кишки, толстокишечные резервуары, комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки, реконструктивно-пластические операции при раке прямой кишки

KEY WORDS

colorectal cancer, colorectal reservoir, combined and complex treatment for colorectal cancer

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Атрощенко Андрей Олегович – кандидат медицинских наук, врач колопроктолог-онколог, заведующий колопроктологическим отделением ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, e-mail: dr.atroshchenko@gmail.com

Поздняков Степан Валерьевич – врач колопроктолог-онколог отделения колопроктологии ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, e-mail: dr.p.stepan@inbox.ru

Данилов Михаил Александрович – кандидат медицинских наук, врач колопроктолог, старший научный сотрудник колопроктологического отделения ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, e-mail: m.danilov@mknc.ru

CONTACT INFORMATION

Atroshchenko Andrey Olegovich – PhD, Head of Coloproctology department of Moscow Clinical Scientific Center, e-mail: dr.atroshchenko@gmail.com

Pozdnjakov Stepan Valerievich – surgeon coloproctologist – oncologist, Coloproctology department of Moscow Clinical Scientific Center, e-mail: dr.p.stepan@inbox.ru

Danilov Mikhail Aleksandrovich – PhD, surgeon coloproctologist, Coloproctology department of Moscow Clinical Scientific Center, e-mail: m.danilov@mknc.ru

Рак толстой кишки занимает одно из лидирующих мест в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют около 1400000 новых случаев заболевания раком толстой кишки. В странах с высоким уровнем заболеваемости соотношение случаев рака ободочной кишки к раку прямой кишки составляет 2:1. В регионах с низким показателем это соотношение равняется 1:1. В России рак ободочной кишки выявляется в 1,2 раза чаще, чем рак прямой кишки (РПК). Учитывая выше сказанное, становится понятным, что разработка оптимальных и эффективных методов лечения РПК является актуальным вопросом как с точки зрения здоровья населения, так и в экономическом плане, ведь доля трудоспособного населения с данным заболеванием достигает в некоторых регионах до 40% от общего количества заболевших РПК [12].

Сейчас в лечении РПК достигнуты большие успехи. Это стало возможным благодаря внедрению в медицинскую практику принципов мультидисциплинарного подхода и методов комбинированного и комплексного лечения, которые включают в себя в обязательном порядке проведение химиотерапии и лучевой терапии на дооперационном этапе при низком расположении опухоли, а также при местнораспространенных формах РПК [1, 2, 3, 4, 10]. Все это позволило выполнять, в подавляющем большинстве случаев, радикальные органосохраняющие операции и повысить 3- и 5-летнюю безрецидивную выживаемость, по некоторым данным до 96%. Достигнув больших успехов в лечении самого заболевания для онкологов-хирургов, вышла на первый план задача улучшения качества жизни этих пациентов в послеоперационном периоде.

Ведь общеизвестно, что резекция прямой кишки, особенно «низкая передняя» резекция (полное удаление ампулярной части прямой кишки), с формированием прямого колоректального или наданального анастомоза, сопряжена с такими расстройствами у пациентов в послеоперационном периоде, как: частые (до 6 и более раз в сутки) акты дефекации; длительное и неполное опорожнение кишечника; императивные позывы к дефекации; различной степени нарушения анального держания (анальная инконтиненция). В мировой литературе данный симптомокомплекс получил название «синдром низкой передней резекции» (low anterior resection syndrome – LARS) [7, 11]. Основной причиной данных расстройств является утрата резервуарной и накопительной функции прямой кишки. Это в свою очередь связано с полным или частичным удалением ампулярной части последней. Анальная инконтиненция при этом, как правило, развивается вторично. Такие негативные изменения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не позволяли считать результаты лечения больных раком прямой кишки удовлетворительными, даже не смотря на хорошие отдаленные результаты в выживаемости.

На протяжении длительного времени, а особенно с начала-середины 2000-х годов, хирурги, онкологи-колопроктологи искали различные варианты в лечении, чтобы улучшить функциональные результаты после резекций прямой кишки, не в ущерб принципам онкологического радикализма [3, 5, 6, 8, 9, 16, 17]. Так как основная причина LARS – утрата резервуарной функции прямой кишки, то наиболее перспективным направлением были работы по формированию резервуаров из остающейся кишки. Еще

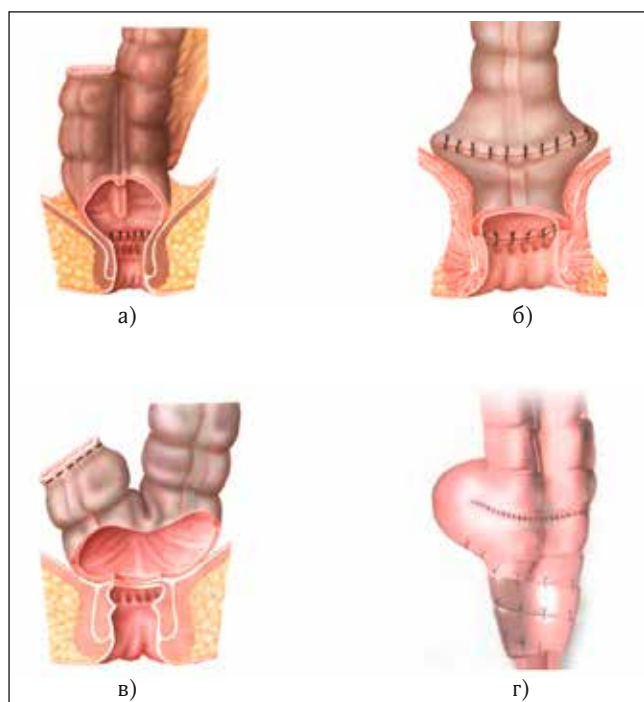


Рис. 1. Основные виды толстокишечных резервуаров

- а) J-образный резервуар из толстой кишки
- б) поперечный резервуар (колопластика)
- в) резервуар с анастомозом по типу бок в конец
- г) С-образный анастомоз

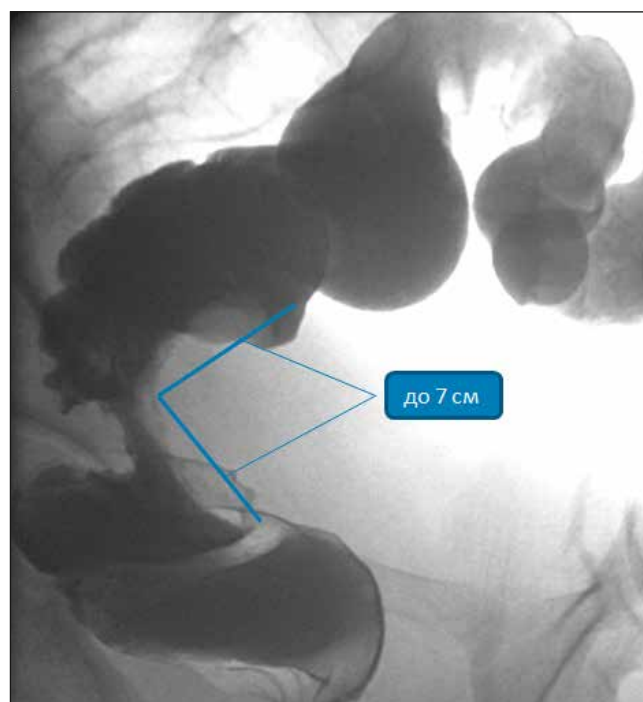


Рис. 2. Ирригография – опухоль прямой кишки

в 1986 году были опубликованы первые работы по формированию J-образного анастомоза (F. Lazorthes и R. Parc). Позже было опубликовано множество работ по формированию других видов резервуаров.

На сегодняшний день существует несколько основных разновидностей резервуаров и их модификаций (Рис. 1). Это основные типы толстокишечных резервуаров, применяемые сегодня. Все они достоверно улучшают функциональное состояние больных в послеоперационном периоде и по своей эффективности примерно сопоставимы [13, 14, 15]. В данной статье представлено клиническое наблюдение формирования поперечного толстокишечного резервуара у больной раком нижеампулярного отдела прямой кишки после неоадьювантной химиолучевой терапии и последующей резекции прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией.

Больная К., 55 лет, поступила в диагностическое отделение МКНЦ в декабре 2014 года. При поступлении предъявляла жалобы на вздутие живота, примесь слизи в кале, чередование запоров до 4-х дней с последующей диареей, сопровождающейся жидким стулом до 6 раз в день, чувство неполного опорожнения кишечника. Выполнено обследование больной:

Колоноскопия, ирригоскопия: в прямой кишке на расстоянии около 7 см от ануса определяется нижний полюс циркулярной, стенозирующей просвет кишки до 0,5 см, опухоли, протяженностью до 8 см (взята биопсия) (Рис. 2). Гистологическое исследование биопсийного материала из опухоли прямой кишки: умеренно дифференцированная аденокарцинома кишечного типа.

МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза с в/в контрастированием: стенка прямой кишки циркулярно и неравномерно утолщена до 20 мм, на протяжении 87 мм. Имеет неровные бугристые контуры, неоднородную структуру. В параректальной клетчатке определяются увеличенные до 12 мм лимфатические узлы, неоднородно накапливающие контрастное вещество. Данных, указывающих на наличие отдаленных метастаз, не выявлено.

Учитывая локализацию опухоли, гистологическую верификацию, наличие увеличенных лимфатических узлов в параректальной клетчатке больной с 12.02.15 г. по 20.03.15 г., проведена неоадьювантная химиолучевая терапия (5-Фторурацил по 500 мг в/в капельно в первые 5 дней лучевой терапии, дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) на область малого таза разовой дозой (РОД)



Рис. 3. Ирригография – опухоль прямой кишки

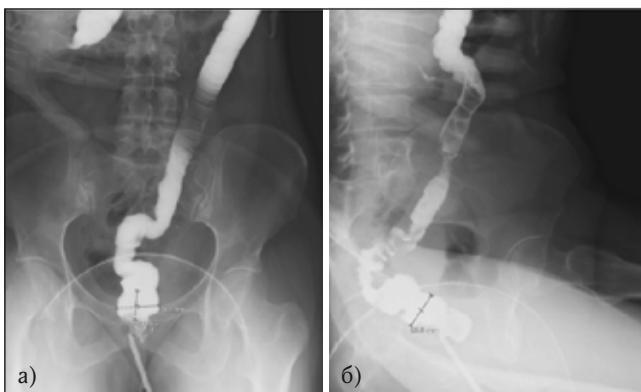


Рис. 4. Рентгенологическое исследование «неоректума» и ободочной кишки

а) прямая проекция
б) вид сбоку (справа)

2 Гр – 4 раза в неделю и РОД 4 Гр в дни укрупненных фракций 4 раза за курс одновременно с введением цисплатина 40 мг в/в капельно). Суммарная очаговая доза (СОД) составила 44 Гр. В постлучевом периоде отмечались лучевые реакции в виде ректита 1 ст., цистита 1 ст., купированные местным консервативным лечением в течение 4 недель.

Через 2 месяца после окончания химиолучевой терапии (в мае 2015 года) выполнено контрольное обследование: МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза с в/в контра-

стированием: картина образования прямой кишки. Состояние после химиолучевой терапии, по сравнению с исследованием от 16.01.2015 г., – отмечается уменьшение размеров образования и регионарных лимфатических узлов.

МРТ органов малого таза: на сериях МР-томограмм малого таза, выполненных в режимах T 2, T1, T 2 SPAIR, в малом тазу определяется неравномерное утолщение стенок среднеампулярного отдела кишки до 16–18 мм на протяжении до 50 мм, неоднородного МР-сигнала, мозаично накапливающее контрастный препарат. Нижний край опухоли определяется на расстоянии до 70 мм от края ануса. Контур стенок бугристые, структура опухоли неоднородная. Мр-сигнал повышен при МР-диффузии. Опухоль занимает более 50% полуокружности кишки. Признаков инфильтрации смежных органов не выявлено. Окружающая жировая клетчатка уплотнена, не инфильтрирована. В параректальной жировой клетчатке лимфатические узлы размерами до 6 x 4 мм.

Колоноскопия, ирригоскопия (Рис. 3): слизистая оболочка прямой кишки бледно-розовая, гладкая блестящая. Маргинальные столбы обычного калибра. В среднеампулярном отделе – ворсинчатого вида циркулярная опухоль, подвижная, контактно не кровоточит, характер роста инфильтративно-стекающийся (четко определить границы не удается). Взята биопсия. В остальных отделах толстой кишки без органической патологии.

Гистологическое исследование биопсийного материала из опухоли прямой кишки: фрагменты тубуло-виллезной аденомы толстой кишки без подлежащей основы с фокусами тяжелой дисплазии в поверхностных слоях.

Учитывая данные контрольного обследования, выраженную положительную динамику, удовлетворительное общее состояние больной, 03.06.2015 г. в плановом порядке выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией. Сформирован толстокишечный поперечный резервуар и аппаратный циркулярный сигмо-ректальный анастомоз по типу «конец в конец» с превентивной петлевой трансверзостомой. На седьмые сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Через 2 месяца больная прошла контрольное обследование, при котором не выявлено данных, указывающих на прогрессирование основного заболевания. Проведена оценка состояния резервуара (неоректум) и функции запирающего аппарата прямой кишки. Оценка состояния резервуара производилась с помощью рентгеноконтрастного исследования. Оценка функционального состояния запирающего аппарата произведена с помощью опросника – международной шкалы Векснера и сфинктерометрии (Рис. 4, 5, 6, 7). У больной отмечалось снижение выносливости сокращений по сфинктерометрии, по шкале Векснера 7 баллов



Рис. 5. Вид резервуара эндоскопически

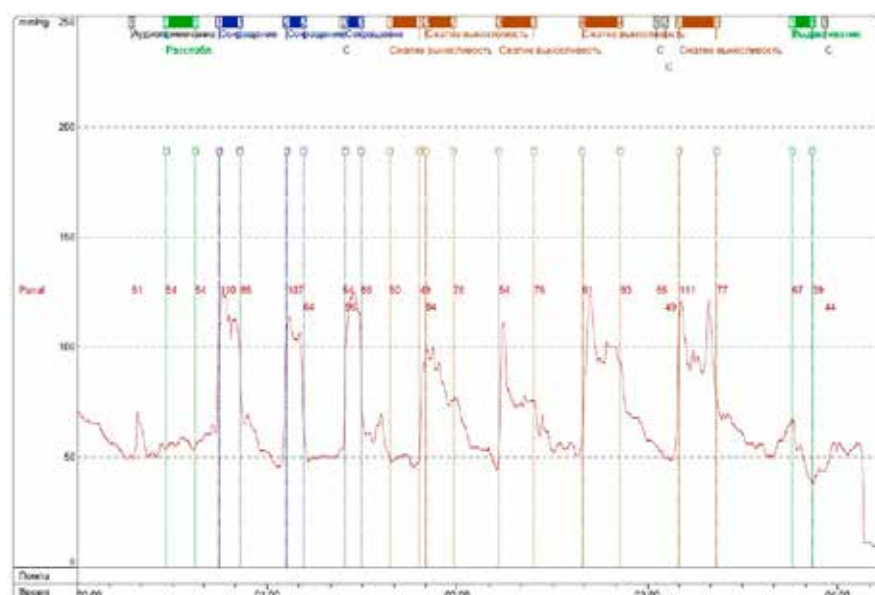


Рис. 6. Сфинктерометрия: удовлетворительное давление покоя и сила сжатия; снижение выносливости сокращения (в норме 20 сек)

Уровень анальной инконтиненции	Баллы				
	никогда	редко	иногда	часто	постоянно
Недержание твердого стула	0	1	2	3	4
Недержание жидкого стула	0	1	2	3	4
Недержание газов	0	1	2	3	4
Использование прокладок	0	1	2	3	4
Качество жизни	0	1	2	3	4

Рис. 7. Шкала Векснера

(0 баллов – полноедержание, 20 – баллов полное недержание).

14.08.2015 года больная оперирована. Выполнено закрытие колостомы. В послеоперационном периоде первый стул на 3 сутки после операции. Больная выписана на 5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Учитывая отклонения от нормальных показателей при сфинктерометрии, а также данные опросника (шкалы Векснера), больной рекомендована БОС для коррекции функции анального сфинктера.

В период с 29.08 по 15.09.2015 года проведен курс БОС.

После окончания лечения выполнена повторная оценка функционального состояния запирающего аппарата (Рис. 8).

Сфинктерометрия: удовлетворительное давление покоя и сила сжатия, улучшение выносливости сокращения – по шкале Векснера получен результат 1 балл.

При контрольном обследовании от января 2016 г. состояние больной удовлетворительное, данных за прогрессирование заболевания нет. Оценка функционального состояния запирающего аппарата проведена только по шкале Векснера, результат 1 балл.

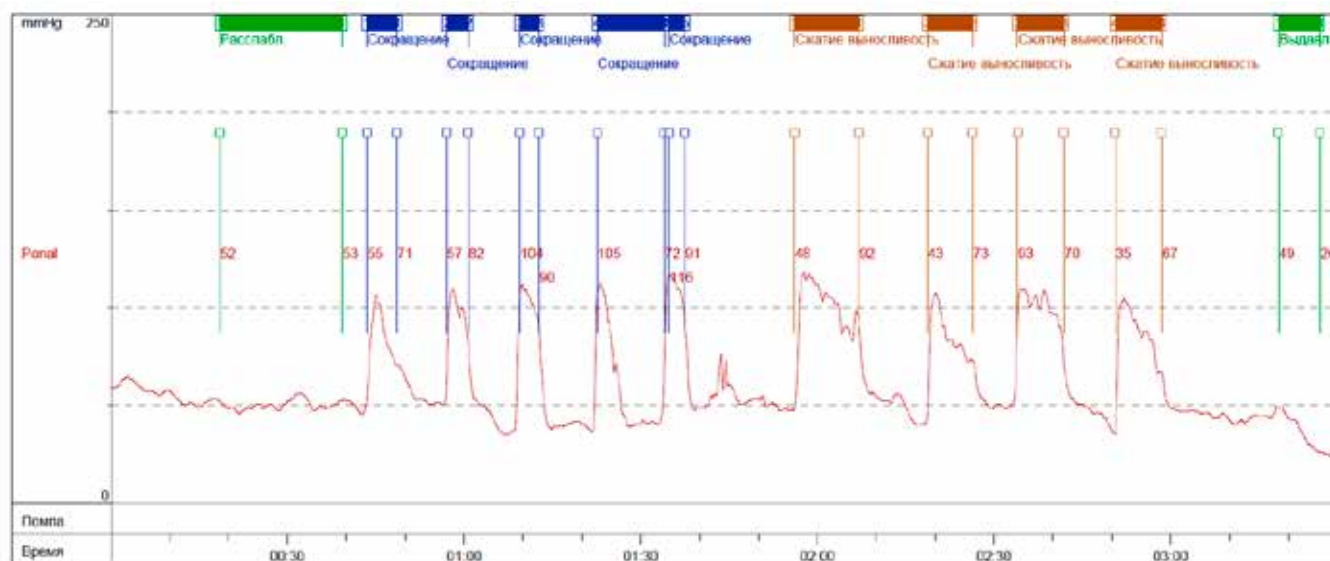


Рис. 8. Сфинктерометрия: удовлетворительное давление покоя и сила сжатия; улучшение выносливости сокращения

ЛИТЕРАТУРА • REFERENCES

- Атрошенко А. О. «Возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций у больных раком прямой кишки пожилого возраста в условиях комбинированного и комплексного лечения» // Колопроктология. – 2011. – № 3(37). – С. 63.
Atroshchenko A. O. «The possibility of sphincter preserving surgery in elderly patients with rectal cancer after combined and complex neoadjuvant treatment». Coloproctology – 2011. 2011. – № 3(37). – С. 63.
- Атрошенко А. О. «Возможности комбинированного и комплексного лечения больных раком прямой кишки пожилого возраста» // Онкологическая колопроктология. – 2011. – № 1. – С. 43.
Atroshchenko A. O. «The possibility of combined and complex treatment in elderly patients with rectal cancer» Oncological Coloproctology 2011. – № 1. – С. 43.
- Атрошенко А. О. с соавт. «Возможности лапароскопического доступа в выполнении лимфаденэктомии в абдоминальной хирургии» // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2010. – № 1. – С. 234–235.
Atroshchenko A. O. et al. «The opportunities of laparoscopic access for lymphadenectomy in general surgery» Almanac Surgery Institute. A. V. Vishnevsky. – 2010. – № 1. – С. 234–235.
- Атрошенко А. О. с соавт. «Непосредственные результаты лапароскопических операций при диссеминированном колоректальном раке» // III съезд колопроктологов Украины, II съезд колопроктологов стран СНГ, XIV конгресс колопроктологов Центральной и Восточной Европы. 2011. – сборник тезисов.
Atroshchenko A. O. et al. «Short-term results of laparoscopic surgery in patient wit IV stage colorectal cancer» III Congress Coloproctologists Ukraine, II Congress Coloproctologists countries of Independent States, the XIV Congress Coloproctologists Central and Eastern Europe. 2011 book of abstracts.
- Воробьев Г. И., Одарюк Т. С., Царьков П. В. и др. «Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара» // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 41–47.
Vorobiev G. I., Odaryuk T. S., Tsar'kov P. V., et al. «Short-term and long-term results of sphincter preserving surgery with J-paunch reservoir» Surgery – 2000. – № 6. – С. 41–47.
- Майстренко Н. А., Пережогин Е. В., Филипов А. В. «Функциональные результаты брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара» // Вест. Хир. – 1998. – Т. 157, № 5. – С. 87–90.

- Maystrenko N. A., Perezhogin E. V., Filippov A. V. «The functional results of low rectal resection with reservoir» *Vestnik surgery* – 1998. – Т. 157, № 5. – С. 87–90.
7. Нечай И. А. «Причины нарушения запирающей функции после различных видов сфинктеросохраняющих операций по поводу рака прямой кишки» // Пироговская хирургическая неделя: Материалы форума. – СПб., 2010. – С. 397–398.
- Nechay I. A. «Causes of the obturator functions disorders after various types sphincter preserving surgery for colon cancer.» // *Pirogovskaya surgical Week: Materials Forum, Saint Petersburg* 2010. – С. 397–398.
8. Одарюк Т. С., Еропкин П. В., Шелыгин Ю. А. «Улучшает ли формирование тазового толстокишечного резервуара функциональные результаты брюшно–анальной резекции прямой кишки?» // РЖГГК. – 1996. – № 1. – С. 83–88.
- Odaryuk T. S., Eropkin P. V., Shelygin Y. A. «Could the formation of colonic paunch improve the functional results after low rectal resection with colo-anal hand-sutured anastomosis?» // *Russian Journal of Gastroenterology Hepatology, Coloproctology.* – 1996. – № 1. – С. 83–88.
9. Стамов В. И., Мизиков В. М., Царьков П. В., Маркарян Д. Р., Данилов М. А., Агеева Е. В. «Опыт успешной анестезии при абдоминальной реконструктивной операции у пациента с миастенией» // *Анестезиология и реаниматология.* 2013, № 2, С. 82–85.
- Stamov V. M., Mizikov V. M., Tsar'kov P. V., Markar'yan D. R., Danilov M. A., Ageev E. V. «The experience of successful anesthesia during abdominal reconstructive surgery in patients with myasthenia gravis» // *Anesthesiology and resuscitation.* 2013, № 2, С. 82–85.
10. Трякин А. А., Артамонова Е. В., Бесова Н. С., Болотина Л. В., Гладков О. А., Глебовская В. В. и соавт. «Практические рекомендации по лекарственному лечению рака прямой кишки» // *Злокачественные опухоли.* – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 230–246.
- Tryakin A. A., Artamonova E. V., Belov N. S., Bolotina L. V., Gladkov O. A., Glebovskaya V. V. et al. «Practical guidelines for drug treatment of colorectal cancer» // *Malignant tumors. Special issue.* – С. 230–246.
11. Царьков П. В., Ермаков Д. Ф., Тулина И. А. «Факторы риска развития несостоятельности аппаратного анастомоза после выполнения передней низкой резекции прямой кишки» // Пироговская хирургическая неделя: материалы форума. – СПб., 2010. – С. 416–417.
- Tsar'kov P. V., Ermakov D. F., Tulin I. A. «Risk factors for anastomotic leakage after low rectal resection» // *Pirogovskaya surgical Week: Materials Forum.* – St. Petersburg, 2010. – pp. 416–417.
12. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л. «Клинические рекомендации» // *Онкология.* – 2006. – 352 с.
- Chissov V. I., Daryalova S. L. «Clinical guidelines» // *Oncology.* – 2006. – 352 p.
13. Huber F. T., Herter B., Siewert J. R. Colonic pouch vs. side-to-end anastomosis in low anterior resection // *Dis. Colon Rectum.* 1999. Vol. 42. P. 896, 902.
14. Mantyh C. R., Hull T. L., Fasio V. W. Coloplasty in low colorectal anastomosis: manometric and functional comparison with straight and colonic J-pouch anastomosis // *Dis. Colon Rectum.* 2001. Vol. 44. P. 37, 42.
15. Maurer C. A., Zraggen K., Zimmermann W. et al. Experimental study of neorectal physiology after formation of a transverse coloplasty pouch // *Brit. J. Surg.* 1999. Vol. 86. P. 1451, 1458.
16. Park R., Turet E., Frileux P. Resection and colo-anal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma // *Brit. J. Surg.* 1986. Vol. 73. P. 139, 141.
17. Paty P. B., Enker W. E., Cohen A. M. et al. Long Term Functional Results of Coloanal Anastomosis for Rectal Cancer // *Amer. J. Surg.* 1994. Vol. 167. P. 90, 95.