

Санкт-Петербургский
государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ. СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Н.А. Яицкий, чл.-кор. РАМН, проф.,
С.В. Васильев, д-р мед. наук, проф., З.Д. Чания,
В.К. Ковалев, А.С. Васильев, канд. мед. наук

В связи с возросшими требованиями пациентов и врачей к уровню и качеству жизни и появлению новых технических возможностей изменяется структура сфинктеросохраняющих операций в лечении рака прямой кишки.

В настоящее время проблема лечения рака прямой кишки по-прежнему остается весьма актуальной. Это связано с рядом факторов, среди которых два имеют ведущее значение.

Один из них – значительное увеличение заболеваемости и смертности. За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки во всем мире, в том числе и в нашей стране. Наиболее отчетливо эта тенденция заметна в развитых районах России, в частности в Северо-Западном регионе. Так, заболеваемость раком прямой кишки за 20 лет увеличилась в 3,5 раза и к 1980 г. достигла 8 на 100 000 населения [4]. По данным В.М.Мерабишвили [3], произошла структурная перестройка причин смерти от злокачественных опухолей. На третьем месте находится смертность от рака толстой кишки. Весьма тревожные данные, предоставленные Санкт-Петербургским канцер-регистром, приводятся в табл. 1.

Комментарии здесь излишни. При этом 21,7% рака ободочной кишки и 22,5% рака прямой кишки выявляются в IV стадии заболевания, что и отражалось в конечном итоге в высокой смертности от этой патологии. Следует отметить, что рак прямой кишки относится к опухолям визуальной локализации.

Второе обстоятельство касается внедрения в практику эффективных способов оперирования, которые могли бы улучшить отдаленные и функциональные результаты лечения и вернуть пациентов в прежнюю социальную среду. Наряду с принципами онкологической радикальности на первый план выходит проблема сохранения естественного замыкательного аппарата прямой кишки, что, непосредственно отражается на процессах социально-психической адаптации и трудовой реабилитации больных.

В связи с возросшими требованиями пациентов и врачей к уровню и качеству жизни и появлению новых технических возможностей изменяется структура сфинктеросохраняющих операций в лечении рака прямой кишки. Поэтому разработки различных оптимальных хирургических вмешательств, которые предполагают сохранение естественного замыкательного аппарата прямой кишки и первичное восстановление кишечной непрерывности, проводятся отечественными и зарубежными хирургами [1, 2, 5, 18, 20].

Хирургическое вмешательство при раке прямой кишки в настоящее время остается основным методом лечения этого тяжелого заболева-

Таблица 1

Динамика показателей онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга (на 100 000)

Злокачественные новообразования	Годы				% прироста
	1990	1995	2000	2001	
Пищевода	9,1	8,1	6,6	6,5	- 28,6
Желудка	50,6	45,2	40,2	39,0	- 22,9
Ободочной кишки	19,2	21,0	24,2	21,2	+ 10,4
Прямой кишки	19,2	21,0	24,2	21,2	+ 10,4

ния. При раке прямой кишки, локализованном в нижнеампулярном и анальном отделах, радикальной операцией является брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу. Это вмешательство предусматривает удаление запирающего аппарата прямой кишки и формирование постоянной колостомы на передней брюшной стенке без перспектив дальнейшего естественного пассажа каловых масс. Создание искусственного запирающего аппарата или формирование нового сфинктера из близлежащих мышечных структур выполняется достаточно редко, а функциональные результаты далеки от желаемых.

Сфинктеросохраняющие оперативные вмешательства применяют в лечении рака прямой кишки, если опухоли располагаются на расстоянии 5–6 см и выше от переходной складки анального канала. Онкологическая допустимость этих оперативных вмешательств доказана многочисленными работами хирургов и онкологов [6, 8, 11, 14, 17, 20]. Согласно этим работам, вопрос о нижней границе резекции при раке прямой кишки в ситуациях, когда возможны сфинктеросохраняющие операции, решается индивидуально. Однако около 90% больных имеют опухоли, при которых нижняя граница инвазии по кишечной стенке не превышает 1,5 см, так что удаление 2–3 см стенки кишки дистальнее нижнего полюса опухоли оказывается с онкологической позиции достаточным. Таким образом, можно выполнять сфинктеросохраняющие операции при расположении нижнего полюса опухоли на 5 см и выше от анокутанной линии. При этом выживаемость и частота местных рецидивов после сфинктерсберегающих операций практически такая же, как и после брюшно-промежностной экстирпации. Поэтому при опухолях, расположенных в средней трети прямой кишки, рекомендуется производить низкую переднюю резекцию, если опухоль не имеет признаков местного распространения. Стремление к лучшим функциональным результатам при выполнении передней резекции прямой кишки не идет в разрез с принципами онкологического радикализма.

Особо важное значение при выполнении сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств име-

ло широкое внедрение в практику онкологии прямой кишки концепции мезоректумэктомии [10, 21]. Исследование основывалось на предположении, что неадекватное удаление клетчатки вокруг прямой кишки дистальнее линии резекции способствует развитию тазового рецидива. Было определено, что опухолевые клетки встречаются в мезоректуме до 4 см ниже уровня опухоли. Поэтому полная мезоректумэктомия должна выполняться ниже уровня резекции на 3–4 см при локализации опухоли в средне- и нижнеампулярном отделах прямой кишки.

В обзорной статье, посвященной мобилизации прямой кишки, Р. Шарпиус и соавт. [9] утверждают, что техника, используемая для радикальной резекции, должна сопровождаться правильной мобилизацией вдоль анатомических пространств с сохранением гипогастральных нервов и без повреждения периректальной фасции для снижения риска трансекции опухоли.

Важное значение сохранения гипогастрального сплетения и нервов для улучшения функций тазовых органов было подтверждено Н.А. Яицким и соавт. 2001 г. [7].

Брюшно-промежностные экстирпации, производимые при низко расположенных ампулярных раках, являются калечащими операциями. Брюшно-анальные резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал – функционально более привлекательные операции по сравнению с экстирпациями, однако функция удержания каловых масс и газов после них обычно страдает. При низких передних резекциях такие нарушения встречаются реже.

В то же время формирование низких колоректальных и наданальных анастомозов (длина культи прямой кишки менее 5 см), получивших широкое распространение после внедрения в хирургическую практику «прямого» колоанального анастомоза по А. Parks [19] и современных сшивающих аппаратов, сопряжено с различными нарушениями акта дефекации:

- частые (до 6 раз в сутки и более) акты дефекации;
- многомоментное, длительное и неполное опорожнение кишечника;

- императивные позывы на дефекацию;
- различной степени выраженности явления анальной инконтиненции.

В мировой литературе этот симптомокомплекс получил название «синдром низкой передней резекции».

Ведущим патогенетическим звеном подобных функциональных нарушений является частичное или полное удаление ампулы прямой кишки с утратой её резервуарной функции, а возникновение анальной инконтиненции при этом происходит уже вторично. Очевидно, что подобное состояние значительно ухудшает качество жизни оперированных пациентов.

Испытывая неудовлетворенность функциональными результатами, хирурги разных стран ведут активный поиск путей создания условий для улучшения функций толстой кишки в отдаленные сроки после операции. С целью восстановления резервуарной функции утраченной прямой кишки было предложено создание тазового толстокишечного резервуара из двух петель низведенной кишки в форме латинской буквы J. В 1986 г. F. Lazorthes и R. Parc, независимо друг от друга, сообщили о первом опыте формирования тазового толстокишечного резервуара из двух петель низведенной кишки в форме буквы «J» при брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака (рис. 1).

На протяжении последнего десятилетия отечественными и зарубежными авторами неоднократно сообщалось о преимуществах резервуарного анастомоза над прямым, однако оценки функцио-

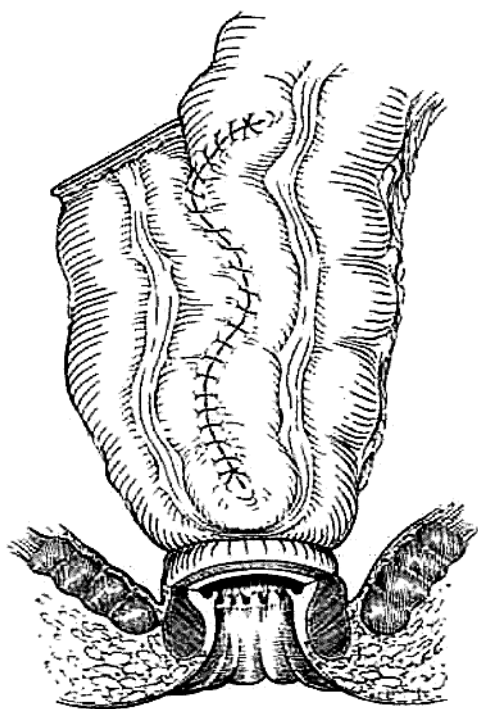


Рис. 1. Общий вид толстокишечного J-резервуара

нальных результатов, особенно в отдаленные сроки после данного вмешательства, противоречивы. Большинство авторов сообщают о восстановлении функции накопления и удержания у этой категории больных, отмечая, что отрицательной стороной созданных резервуаров является возникновение эвакуаторных нарушений, проявляющихся запорами в отдаленном периоде. В этой связи в литературе дискутируется вопрос о длине и соответственно объеме резервуара. Было доказано, что длина резервуара 5 см является оптимальной.

Однако не только размеры имеют значение в функционировании резервуара. Способ формирования неоректум и его форма также оказывают влияние на отдаленные функциональные результаты. Экспериментальные [16], а затем и клинические данные [15] были представлены в работах о поперечном анастомозе (колопластика). Существенных различий в функциональном отношении с J-резервуаром выявлено не было. То же самое можно сказать и о мини-резервуаре с анастомозом «бок-в-конец» [11].

В конечном итоге, функциональные результаты после резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара, по данным большинства авторов, занимающихся этой проблемой, оказались более предпочтительными по сравнению с функцией прямой кишки у больных, которым был сформирован обычный анастомоз по типу «конец-в-конец». Сформированный толстокишечный резервуар, по сути, представляет собой расширение дистального отдела низведенной кишки. В то же время это образование не только служит накопителем кишечного содержимого, но и характеризуется сложными анатомо-функциональными связями. До настоящего времени остаются неясными многие вопросы этого оперативного вмешательства, а функциональные результаты не всегда удовлетворяют запросам пациента и врача. Эти обстоятельства послужили основанием провести собственное исследование, направленное на изучение непосредственных и отдаленных результатов формирования толстокишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки, а также провести сравнительную их оценку с результатами оперативных вмешательств, завершаемых прямыми анастомозами при опухолях той же локализации.

Материалом для исследования послужили данные о 135 больных опухолевыми заболеваниями ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки, которые лечились в клинике кафедры хирургических болезней с курсом колопроктологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова в период с 1996 по 2000 гг. Всем больным были вы-

полнены сфинктеросохраняющие оперативные вмешательства. Характер оперативных вмешательств представлен в табл. 2.

Пациенты, которым была выполнена ПРПК с J-резервуаром и БАР по Парксу с J-резервуаром, составили основную группу. Всего было выполнено 46 подобных операций. В контрольную группу включены 89 больных, которым была выполнена ПРПК с прямым анастомозом.

Распределение больных по основным клиническим признакам: пол, возраст, наличие и структура сопутствующих заболеваний в сравниваемых группах было одинаковым.

Распределение больных в зависимости от гистологического строения опухоли представлено в табл. 3.

Показанием к операции у больных с ворсинчатой аденомой являлись размеры опухоли более 3 см в диаметре и безуспешность предыдущего эндоскопического лечения. Гистологическая структура опухоли прямой кишки оказывала существенное влияние не только на выбор типа оперативного вмешательства, но и на объем удаляемых тканей.

Степень гистологической дифференцировки опухоли является важным фактором прогноза заболевания, который влияет на план лечения. Более двух третей числа всех опухолей в основной и контрольной группах больных составили аденокарциномы высокой степени дифференцировки (73% и 68% соответственно). Следующими по частоте были умереннодифференцированные аденокарциномы (20% и 24% соответственно). Аденокарциномы низкой степени дифференцировки составили 7% в основной группе и 8% – в контрольной.

По анатомической форме роста большую часть (66%) составили опухоли со смешанной формой роста, в 34% выявлена экзофитная форма.

Для оценки степени распространения опухоли и стадии была использована Международная клиническая классификация TNM в соответствии с ее пятой редакцией (1997 г.). Распределение больных в зависимости от стадии опухоли по TNM представлено в табл. 4.

В основной и контрольной группах преобладали пациенты, имеющие стадию T3N0M0 – 63,5% и 53,6% соответственно.

В контрольной группе у 13 пациентов (15,5%) были выявлены отдаленные метастазы. Наиболее часто они локализовались в печени (9 наблюдений). В 2 случаях метастазы были обнаружены в большом сальнике, в 1 случае – в брыжейке толстой кишки, у одного пациента на дооперационном этапе метастазы были выявлены в легком.

При наличии отдаленных метастазов были выполнены паллиативные оперативные вмешательства, при которых производилось удаление первичной опухоли и метастатического очага.

Дальнейшее лечение больных с отдаленными метастазами проводилось в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и на кафедре хирургической гепатологии СПбГМУ на базе ЦНИРРИ. Такой комплексный подход позволил существенно увеличить продолжительность и качество жизни этих пациентов.

Чрезвычайно важным фактором, определяющим возможность выполнения сфинктеросберегающего вмешательства, является локализация опухоли в прямой кишке.

У больных обеих групп опухоль располагалась в средне- и нижеампулярном отделах прямой

Таблица 2
Распределение больных по характеру оперативного вмешательства

Виды операций	Число больных	
	Абс.	%
Передняя резекция прямой кишки с формированием анастомоза «конец–в–конец»	89	65,9
Передняя резекция прямой кишки с формированием J-резервуара	36	26,7
Брюшно–анальная резекция по Парксу с формированием J-резервуара	10	7,4

Таблица 3
Распределение больных по гистологическому строению опухоли

Гистологическая структура опухоли	Основная группа (n=46)		Контрольная группа (n=89)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Ворсинчатая аденома	5	11	5	6
Железистый рак (аденокарцинома)	41	89	84	94
В с е г о	46	100	89	100

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от стадии опухоли по TNM

Стадия по TNM	Основная группа (n=41)	Контрольная группа (n=84)
T1N0M0	1(2,4%)	–
T2N0M0	9(21,9%)	11(13,1%)
T3N0M0	26(63,5%)	45(53,6%)
T3N1M0	3(7,4%)	7(8,3%)
T3N0M1	–	3(3,6%)
T3N1M1	–	3(3,6%)
T4N0M0	1(2,4%)	3(3,6%)
T4N1M0	1(2,4%)	5(5,9%)
T4N0M1	–	3(3,6%)
T4N1M1	–	4(4,7%)
Всего	41(100%)	84(100%)

кишки. К нижеампулярному отделу мы относим опухоли, располагавшиеся на высоте до 6 см от анокутанной линии, к среднеампулярному – от 6 до 10 см, к вышеампулярному – от 10 до 15 см. В зависимости от локализации нижнего края опухоли в прямой кишке все пациенты были разделены на две группы: а) с локализацией в нижеампулярном отделе и б) с локализацией в среднеампулярном отделе.

В последние годы, после ряда публикаций отечественных и зарубежных авторов и проведения собственных исследований, нами было установлено, что для достижения онкологической радикальности достаточно отступить от нижнего края опухоли на 2–3 см, при условии адекватного иссечения мезоректальной клетчатки. Это позволило расширить показания к сфинктерсберегающим операциям при локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки.

При операциях на прямой кишке в нашей клинике с 1995 г. используются одноразовые циркулярные сшивающие аппараты американской фирмы «Ethicon» и «AutoSuture». Их применение позволило осуществлять предельно низкие передние резекции прямой кишки с формированием первичного анастомоза и сохранением сфинктерного аппарата. Эти операции связаны с утратой ее резервуарной функции, что в ряде случаев сопровождается ухудшением функциональных результатов операций. В связи с этим стали формироваться толстокишечные резервуары.

Динамический контроль за больными в отдаленном послеоперационном периоде проводился по принципам наблюдения за онкологическими больными.

Для проведения обследования пациенты регулярно приглашались в клинику. В результате об-

следования давалась субъективная и объективная оценка качества жизни. Субъективная оценка формировалась на основании анализа анкеты, которую заполняли все обследуемые. Объективная оценка основывалась на результатах аноректальной манометрии на отечественном аппарате «Колодинамик-3», который позволяет проводить исследование резервуарной, замыкательной и эвакуаторной функции, ректороманоскопии, проктографии, ультразвукового исследования, баллонной и солевой проб.

Непосредственные результаты

Без осложнений послеоперационный период протекал у 37 больных основной группы (80,5%) и у 69 (77,5%) больных контрольной группы.

Осложнения возникли у 9 больных основной группы (19,5%) и 20 больных контрольной группы (22,5%). Различия не достигают статистической значимости ($p > 0,05$). Гнойно-септические осложнения возникли у 7 (15,2%) больных основной группы и 21 (23,6%) больного контрольной. Частота несостоятельности колоректального анастомоза в основной группе составила 6,5%, а в контрольной – 13,5%. Различия статистически достоверно ($p < 0,05$). Частота возникновения таких осложнений, как спаечная кишечная непроходимость, атония мочевого пузыря и прочие, в обеих группах существенно не различались.

В основной группе послеоперационной летальности не было; в контрольной группе 2 больных (2,2%) умерли от перитонита.

Отдаленные результаты

Динамика годовой выживаемости в обеих группах существенно не различалась (рис. 2.). Пятилетняя выживаемость в основной группе соста-

вила 65,3%, в контрольной – 63,5%. Различие статистически незначимо ($p>0,05$).

Изучение отдаленных функциональных результатов у больных исследуемых групп осуществлялось путем анкетирования и аноректальной манометрии в сроки 3, 6, 12 мес после операции.

Функциональные результаты больных основной и контрольной групп, по данным анкетного опроса, представлены на рис. 3 и 4.

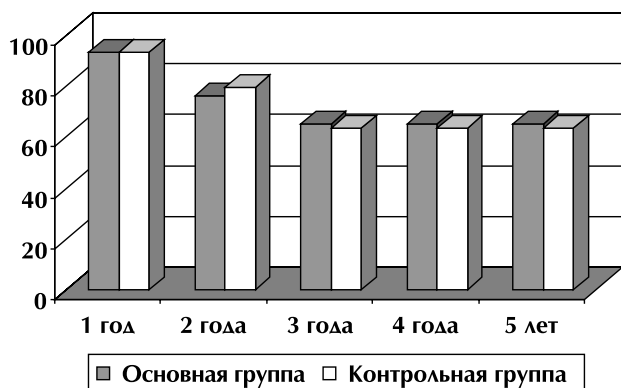


Рис. 2. Выживаемость больных основной и контрольной групп.

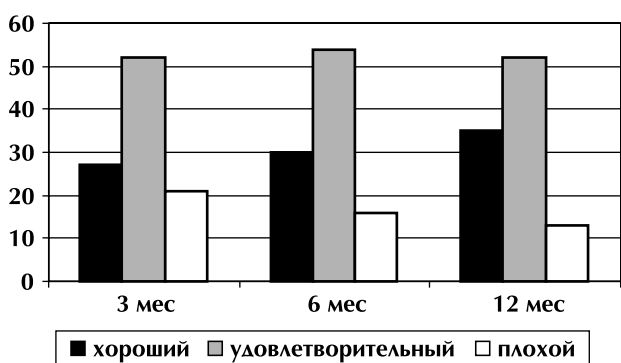


Рис. 3. Сравнительная оценка функциональных результатов больных основной группы, по данным анкетного опроса, через 3, 6, 12 мес после операции.

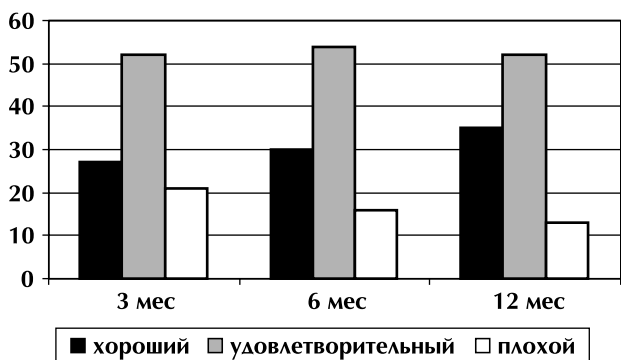


Рис. 4. Сравнительная оценка функциональных результатов больных контрольной группы, по данным анкетного опроса, через 3, 6, 12 мес после операции.

В группе больных с резервуарами количество плохих результатов сократилось с 21% спустя 3 мес до 13% через 12 мес после операции. В то же время количество хороших и удовлетворительных результатов увеличилось с 79% до 87%. В контрольной группе процессы реабилитации не имели статистически значимых отличий по сравнению с основной группой, однако следует отметить тенденцию к более полноценному восстановлению функций толстой кишки у больных основной группы. Сравнительная оценка функциональных результатов больных контрольной группы, по данным анкетного опроса, в различные сроки после операции представлена на рис. 4.

Данные анкетирования коррелировали с данными аноректальной манометрии, которую проводили на аппарате отечественного производства «Колодинамик-3».

Изучалась резервуарная функция толстой кишки (ректонометрия), замыкательная функция удерживающего аппарата (профилометрия). Оценку эвакуаторной функции проводили по способности эвакуации латексного баллона из дистальных отделов толстой кишки и по результатам солевой пробы.

При исследовании резервуарной функции толстой кишки физиологический объем первого позыва к концу первого года после операции у больных основной группы стал незначительно ниже нормы (104 ± 46 мл), тогда как в контрольной группе даже к 12 месяцам этот же показатель был более чем в 2 раза ниже нормы (68 ± 23 мл).

Показатели резервуарно-накопительной способности низведенной кишки в различные сроки после операции представлены в табл. 5.

Физиологический объем императивного позыва был существенно выше у больных основной группы уже через 3 мес после операции. При этом у больных с резервуаром была выявлена более выраженная тенденция к увеличению этого объема (315 ± 107 через 12 мес после операции в основной группе, 189 ± 65 у больных контрольной группы за этот же период). Это может говорить о лучшей адаптационной способности создаваемой конструкции.

При исследовании замыкательной функции удерживающего аппарата среди больных основной группы через 12 мес после операции наблюдалось полное восстановление непроизвольного компонента анального держания, в то время как в контрольной группе этот показатель был достоверно ниже ($41\pm12,3$ – в основной группе, $30\pm11,6$ – в контрольной).

Данные исследования замыкательной функции удерживающего аппарата в различные сроки после оперативного вмешательства среди больных основной и контрольной групп представлены в табл. 6.

Таблица 5

Средние величины физиологического объема первого и императивного позывов

Сроки после операции, мес	Основная группа	Контрольная группа
Физиологический объем первого позыва (мл)		
3	68±25	35±12
6	76±31	48±18
12	104±46	68±23
Физиологический объем императивного позыва (мл)		
3	228±106	153±51
6	255±112	181±59
12	315±107	189±65

Таблица 6

Показатели анальной манометрии (в мм водн. ст.) в различные сроки после операции

Сроки после операции, мес	Основная группа	Контрольная группа
Давление в анальном канале в покое		
3	16±5,3	14±5,1
6	21±9,1	25±10,4
12	41±12,3	30±11,6
Давление в анальном канале при волевом сокращении		
3	51±13,6	50±13,2
6	55±14,1	51±13,4
12	62±18,4	59±16,7

Разница показателей давления в анальном канале при волевом сокращении среди пациентов основной и контрольной групп в разные сроки после операции оказалась статистически незначимой.

Толстокишечный резервуар позволяет уменьшить неблагоприятное влияние повышенного внутрикишечного давления на внутренний сфинктер, способствуя раннему восстановлению его функциональной активности.

Таким образом, применение резервуарной техники позволяет практически восстановить резервуарную и замыкательную функции прямой кишки после ее резекции.

Обсуждение

В целом количество послеоперационных осложнений в обеих группах было примерно одинаковым (разница их была статистически незначимой). Число случаев несостоятельности анастомоза было достоверно выше в контрольной группе. В основной группе несостоятельность анастомоза возникла в 3 случаях (8,1%), в контрольной – в 12 (13,5%) случаях. На наш взгляд, это связано с лучшими условиями кровообращения в боковой стенке кишки, используемой для анастомоза при формировании резервуара, чем в торцевом отделе пе-

ресеченной кишки при наложении прямого анастомоза.

Пятилетняя выживаемость составила 65,3% у больных с резервуарным анастомозом и 63,5% у больных с передней резекцией прямой кишки, завершённой прямым анастомозом. Полученные данные пятилетней выживаемости соответствуют данным других авторов, занимающихся проблемой лечения рака прямой кишки.

Сведения, полученные при анкетировании больных в разные сроки после операции, свидетельствуют о том, что отдаленные функциональные результаты после резекции прямой кишки с формированием толстокишечного J-образного резервуара лучше, чем после передней резекции прямой кишки, завершённой прямым анастомозом.

Данные анкетирования коррелировали с результатами аноректальной манометрии. Функции накопления и удержания в значительной мере страдали у больных контрольной группы по сравнению с больными, которым было выполнено формирование толстокишечного резервуара.

При динамическом наблюдении выявлено, что после резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара в ряде случаев воз-

никают эвакуаторные нарушения, проявляющиеся запорами.

Паллиативные сфинктерсберегательные операции были выполнены 13 больным (15,5%) контрольной группы. Комплексное химиотерапевтическое лечение в сотрудничестве с ЦНИРРИ Минздрава РФ и НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Минздрава РФ позволило добиться улучшения качества и продолжительности жизни значительной части этой категории пациентов.

Следует остановиться на важных особенностях выполнения передней резекции прямой кишки с формированием J-образного резервуара.

Необходимо обращать особое внимание на то, чтобы при низведении колотрансплантата в малый таз не было натяжения перемещаемого участка толстой кишки, а также натяжения и сдавления сосудов брыжейки, так как эти факторы влияют на кровоснабжение трансплантата, что может способствовать несостоятельности анастомозов.

С целью профилактики тонкокишечной непроходимости в тех случаях, когда требуется мобилизация левого фланга толстой кишки, целесообразна мобилизация связки Трейтца.

Иссечение мезоректальной клетчатки единым блоком с удаляемым участком кишки является обязательным условием обеспечения радикальности вмешательства.

Дальнейшая лечебная тактика, включающая лучевую и противоопухолевую лекарственную терапию, определяется результатами окончательного морфологического исследования удаленного препарата и участков кишки, извлеченных из циркулярного сшивающего аппарата.

Кисетный шов культи прямой кишки, на наш взгляд, создает условия для большей абластичности резекции. Использование инструмента для наложения кисетного шва и двойной прямой иглы Prolen 2/0 длиной 70 см значительно облегчает эту

процедуру, особенно в условиях глубокого и узкого малого таза.

Важное значение имеет интраоперационное отмывание культи прямой кишки. Эта манипуляция проводится для снижения риска имплантационного метастазирования и развития в дальнейшем местного рецидива рака.

Установку пресакрального дренажа предпочтительнее выполнять перед формированием анастомоза.

Вмешательство завершается пробой на герметичность анастомозов. В случаях, когда возникают сомнения в герметичности сформированного анастомоза и при расположении его в 2–3 см от зубчатой линии, целесообразно наложение превентивной илеостомы по Торнболлу.

Приведенные нами результаты клинических исследований позволяют рекомендовать разработанные методики для более широкого применения при лечении больных опухолями дистальных отделов прямой кишки. Такие операции целесообразно проводить в специализированных хирургических или проктологических учреждениях.

Заключение

– Сфинктеросохраняющие операции относятся к сложным вмешательствам, которые рекомендуются выполнять в специализированных колопроктологических и онкологических отделениях.

– Формирование толстокишечного J-резервуара при операциях по поводу опухолей дистальных отделов прямой кишки улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, а также качество жизни оперированных пациентов.

– Количество послеоперационных осложнений при анастомозах «конец-в-конец» и при формировании J-резервуаров практически одинаково. При этом частота возникновения несостоятельности анастомоза достоверно меньше в группе больных с резервуарами.

Литература

1. 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.
2. 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.
3. Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т., Цветкова Т.Л. и др. Смертность населения Санкт-Петербурга от злокачественных опухолей. Актуальные вопросы онкологии // *Материалы международного симпозиума*. – Санкт-Петербург, 14–17.05. – СПб., 1996 – С. 76–78.
4. Напалков Н.П., Мерабишвили В.М., Церковный Г.Ф., Преображенская М.Н. Заболеваемость населения СССР злокачественными новообразованиями за период с 1970 по 1980 гг. // *Вопр. онкол.* – 1982. – Т. 28, №10. – С. 26–71.
5. Одарюк Т.С., Еропкин П.В., Щельгин Ю.А. и др. Улучшает ли формирование тазового толстокишечного резервуара функциональные результаты брюшно-анальной резекции прямой кишки? // *РЖГТК*. – 1996. – №1. – С. 83–88.
6. Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Правосудов И.В. и др. Современные подходы к радикальному хирургическому и комбинированному лечению рака прямой кишки // *Вестн. хир.* – 1997. – Т. 156, №6. – С. 27–30.

7. Яицкий Н.А., Нечай И.А., Петришин В.Л. Функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки и качество жизни оперированных больных. – СПб, 2001. – 40 с.
8. Яицкий Н.А., Седов В.М. Опухоли кишечника. Руководство для врачей. – СПб., 1995.
9. Chapius P., Bokey L., Fahrer M. et al. Mobilization of the rectum. Anatomic concepts and the bookshelf revisited// *Dis. Colon Rectum*. – 2002. – Vol. 45, №1. – P. 1–9.
10. Heald R.J., Husband E.M., Ryall R.D.–H. The mesorectum in rectal cancer surgery – the clue to pelvic recurrence?// *Brit. J. Surg.* – 1982. – Vol. 69. – P. 613–616.
11. 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.
12. Konn M., Morita T., Hada R. et al. Survival and recurrence after low anterior resection and abdominoperineal resection for rectal cancer: the results of a long –term study with a review of the literature// *Surgery Today*. – 1993. – Vol. 23, №1. – P. 21–30.
13. Lazorthes F., Fages P., Chiotasso P. Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and coloanal anastomosis for carcinoma of the rectum // *Brit. J. Surg.* – 1986. – Vol. 73. – P. 136–138.
14. Liguori G., Roseano M., Balani A., Turolfo A. [Low anterior resection in the curative surgical treatment of rectal cancer]. [Italian]. La resezione anteriore bassa nel trattamento chirurgico curativo del cancro del retto// *Ann. Ital. di Chirurgia*. – 1992. – Vol. 63, N 3. – P. 271–277.
15. 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.
16. 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.
17. Northover J.M.A., Arnott S., Jass J.R., Williams N.S. Colorectal cancer// *Oxford Textbook of Oncology*. – 2001. – Vol. 2 Second edition. – P. 1545–1589.
18. 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.
19. Parks A.G. Transanaltechnique in low rectal anastomosis // *Proc. roy. Soc. Med.* – 1972. – Vol. 65. – P. 47–48.
20. 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.
21. Scott N., Jackson P., Al–Jaberi T. et al. Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumor spread in the mesorectum distal to rectal cancer?// *Brit. J. Surg.* – 1995. – Vol. 82. – P. 1031–1033.