

В. Л. Денисенко

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»

Отмеченное в последнее время увеличение частоты возникновения доброкачественных опухолей прямой кишки имеет большое клиническое и социальное значение. По мнению многочисленных авторов, рак прямой кишки чаще развивается из доброкачественных новообразований, что обостряет значение проблемы их своевременного распознавания и адекватного лечения. Это направление является действенным путём профилактики злокачественных колоректальных новообразований. Примененная нами трансанальная эндомикрохирургия позволила проводить удаление ворсинчатых новообразований и начальных форм рака прямой кишки. Метод позволяет минимизировать количество осложнений, сократить сроки как стационарного, так и амбулаторного лечения.

Ключевые слова: *толстокишечная непроходимость, трансанальная эндомикрохирургия.*

V.L.Denisenko
APPLICATION OF TRANSRECTAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY AT TREATMENT OF TUMOURS OF THE RECTUM

The augmentation of frequency of occurrence of good-quality tumours of a rectum noted recently has the big clinical and social value. According to numerous authors, the cancer of a rectum develops from good-quality neoplasms that aggravates value of a problem of their timely recognition and adequate treatment is more often. This direction is effective by preventive maintenance of malignant colorectal neoplasms. Applied by us transrectal endoscopic microsurgery has allowed to spend excision of fleecy neoplasms and initial forms of a cancer of a rectum. The method allows to minimise quantity of complications, to reduce terms both stationary, and an out-patient treatment.

Key words: colic impassability, transrectal endoscopic microsurgery.

Отмеченное в последнее время увеличение частоты возникновения доброкачественных опухолей прямой кишки имеет большое клиническое и социальное значение. По мнению многочисленных авторов, рак прямой кишки чаще развивается из доброкачественных новообразований, что обостряет значение проблемы их своевременного распознавания и адекватного лечения. Это направление является действенным путём профилактики злокачественных колоректальных новообразований. Примененная нами трансанальная эндоминокрохирургия позволила проводить удаление ворсинчатых новообразований и начальных форм рака прямой кишки. Метод позволяет минимизировать количество осложнений, сократить сроки как стационарного, так и амбулаторного лечения.

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие отмечается рост доброкачественных колоректальных опухолей (полипов, ворсинчатых образований). В данное время их выявление не вызывает существенных трудностей. Большая часть доброкачественных опухолей прямой кишки не представляют угрозы для жизни, но основное клиническое и социальное значение их определяется высокой вероятностью малигнизации. Эта сторона проблемы доброкачественных новообразований прямой кишки приобретает все большее значение. Сложность проблемы во многом обусловлена бессимптомным течением этих заболеваний. Сведения о распространенности доброкачественными новообразованиями, многочисленные аспекты клинических проявлений и лечения можно найти в литературных источниках (Ю.М. Милитарев, А.С. Артюхов, И.М. Игнатов, В.Л. Ривкин, А.М. Никитин, Л.Л. Капуллер, В.Д. Федоров) [5]. По мнению большинства авторов, рак прямой кишки чаще развивается из доброкачественных полипов, что обостряет значение проблемы своевременного распознавания и лечения доброкачественных опухолей прямой кишки. Их своевременное выявление и удаление является действенным путем профилактики злокачественных новообразований [1, 2].

Наличие доброкачественных опухолей прямой кишки у пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией привело к поиску малотравматичных и радикальных методов лечения опухолей прямой кишки. G. Buess в 1983 г. первым внедрил в клинику трансанальную эндоскопическую микрохирургию (ТЭМ) и впервые опубликовал результаты о применении нового метода трансанального удаления доброкачественных опухолей прямой кишки с использованием системы для обеспечения микрохирургических манипуляций-ТЕМ (Transanal endoscopic microsurgery). G. Buess применял специальный операционный ректоскоп со стереоскопической оптикой и микрохирургическими инструментами, при помощи которых возможно удаление опухолей ниже-и среднеампулярного отделов прямой кишки вместе с подслизистым слоем [6, 7, 8, 9]. Данным методом можно удалить опухоли более 3 см в диаметре, а также стелющиеся и малигнизированные ворсинчатые новооб-

разования [10]. Трансанальная эндоминокрохирургия может служить альтернативой методам локального и интраабдоминального удаления опухолей. Эта методика не приводит к таким осложнениям, как формирование каловых свищей, абсцессов параректальной клетчатки, остеомиелита крестца, встречающихся после локальной хирургии [6, 7, 8, 9]. Классические методы оперативного лечения рака прямой кишки-это передняя резекция прямой кишки, экстирпация прямой кишки, операция Гартмана (удаление части прямой кишки с опухолью и выведением вышележащего отдела толстой кишки на переднюю брюшную стенку). Выбор метода лечения обусловлен, прежде всего, расположением опухоли над наружным анальным отверстием. Необходимо также отметить, что до 40% операций на прямой кишке заканчиваются формированием колостомы. А такая операция как экстирпация прямой кишки (при низком расположении рака) является поворотным моментом в жизни пациентов, поскольку заканчивается формированием постоянной стомы и приводит к инвалидизации. Учитывая вышесказанное, альтернативой традиционным методам оперативного лечения при ранних стадиях рака следует считать трансанальную эндоскопическую микрохирургию (ТЭМ).

Использование трансанальной эндоминокрохирургии позволило в последние годы проводить радикальное хирургическое лечение начальных (T₁-T₂) форм рака прямой кишки [8, 9].

Толстокишечная непроходимость является ведущим осложнением рака толстой и прямой кишки и возникает у 26,4% таких пациентов. Эндоскопическая реканализация опухоли толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью, позволяет у большинства пациентов (64%) устранить кишечную непроходимость и тем самым отсрочить выполнение экстренной операции [1, 2, 3, 4].

Все вышеописанное говорит о необходимости внедрения трансанальной эндоминокрохирургии в колопроктологию, как методики, зарекомендовавшей себя за рубежом в качестве самостоятельного и эффективного способа лечения доброкачественных и отдельных форм злокачественных колоректальных новообразований [5, 8, 9].

Для определения показаний к ТЭМ-операции наибольшее значение имеет определение степени прорастания злокачественной опухоли слоёв прямой кишки (по классификации опухолей TNM это отвечает показателю T), которая выявляется с помощью трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Следует отметить, что с момента внедрения в практику высокочастотных ультразвуковых датчиков, ТРУЗИ является наиболее информативным методом обследования стенок прямой кишки и параректальной клетчатки, а также незаменимым методом установления стадии злокачественной опухоли перед операцией.

Учитывая результаты применения трансанальной эндоминокрохирургии за рубежом при лечении опухолей пря-

мой кишки можно говорить о высокой эффективности данного метода, позволяющей уменьшить экономические затраты и улучшить качество жизни пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении опухолей прямой кишки.

Материал и методы

Выделено две группы больных – контрольная и основная.

В контрольной группе больных оперировано 4 пациентов с доброкачественными опухолями прямой и толстой кишки. Возраст пациентов в контрольной группе варьировался от 54 до 81 года. У одного пациента выявлена кишечная непроходимость. После обследования всем 4 пациентам была произведена лапаротомия с вскрытием просвета кишки и удалением опухоли. Трём пациентам наложены кишечные двухрядные швы. Одному пациенту выведена колостома. При гистологическом исследовании выявлены гигантские ворсинчатые опухоли.

В основной группе больных хирургическое лечение опухолей проводили с использованием трансанальной эндоскопической микрохирургии. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения у 6 (3 мужчины и 3 женщины) больных основной группы с опухолями прямой кишки, находившихся на лечении в проктологическом отделении УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» с марта по май 2010 года. Возраст пациентов варьировался от 51 до 84 лет. Шести пациентам, были выполнены: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, cito-, гистологическое исследование. В 5 случаях при гистологическом исследовании выявлена тубулярная аденома. В 1 случае была выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. Все пациенты при проведении операции находились в положении на спине с ногами разведенными в стороны на специальных подставках. Оперативные вмешательства во всех случаях выполнены под эндотрахеальным наркозом. Осуществляли дивульсию анального сфинктера, после чего вводили тубус операционного ректоскопа в просвет прямой кишки. Методика проведения ТЭМ-операций включала в себя следующие этапы. В просвет прямой кишки вводили специальный аппарат – операционный проктоскоп, к которому присоединяли инструменты для раздувания кишки углекислым газом и освещали стенки кишки. К проктоскопу присоединяли видеокамеру, с помощью которой выводили изображение на монитор, увеличивая его в 5 раз. Удаляли опухоль под контролем зрения с помощью специальных эндоскопических инструментов, которые также вводили в операционный проктоскоп через рабочие каналы. Производили ревизию стенок прямой кишки на протяжении 15-16 см от уровня перианальной кожи. В месте расположения опухоли создавали экспозицию и фиксировали ректоскоп с помощью специального штатива к операционному столу. С помощью электрокоагулятора маркировали границы иссечения. При этом отступали от опухоли на 3-5 мм. Производили иссечение опухоли в пределах маркированной границы единым комплексом с подслизистым слоем. Рану промывали 0,05%-раствором хлоргексидина. Дефект слизистой восстанавливали в поперечном направлении непрерывным швом, используя Polysorb 3/0, затем извлекали операционный ректоскоп и вводили в просвет прямой кишки тампон с мазью «Левомеколь».

Результаты и обсуждение

В контрольной группе пациенты обследованы в сроки от 1 до 24 месяцев со дня операции. Рецидив заболевания

выявлен в одном случае с последующим эндоскопическим удалением опухоли. Операции продолжались от 90 до 120 минут. Все пациенты начали вставать только на 4-е сутки после операции. У одного пациента на 2-е сутки повысилась температура тела до 38,4 °С. После назначения цефотаксима температура тела нормализовалась на 5-е сутки. В послеоперационном периоде у всех пациентов назначались наркотические анальгетики на протяжении 2-х суток. Продолжительность лечения в стационаре составила в среднем до 14,2±2,1 койко-дней.

Все пациенты основной группы обследованы в сроки от 1 до 8 месяцев со дня операции. Признаков рецидива заболевания не обнаружено. При оценке функции запирающего аппарата прямой кишки спустя 1 месяц после операции достоверной статистической разницы по сравнению с данными предоперационной профилометрии не выявлено.

Полученные предварительные результаты позволяют нам оценить методику трансанальной эндомикрохирургии как достаточный эффективный способ лечения крупных доброкачественных эпителиальных новообразований прямой кишки. Основными преимуществами метода являются: возможность удаления новообразования в пределах адекватных границ резекции, щадящий для пациента характер вмешательства, отсутствие изменения функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, низкий уровень экономических затрат на пациента, связанный с укорочением до минимума послеоперационного койко-дня.

Операции продолжались от 60 до 90 минут. У одного пациента, подвергшегося трансанальной эндоскопической микрохирургии по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки, на 2-е сутки после операции отмечали повышение температуры тела до 38 градусов. На 5-е сутки после введения ципрофлоксацина температура тела нормализовалась. В послеоперационном периоде у всех пациентов анальгетики не применяли. Продолжительность лечения в стационаре составила в среднем до 9,1±0,5 койко-дней.

Необходимость удаления доброкачественных опухолей прямой кишки, в первую очередь, обусловлена риском их малигнизации. Традиционные методики оперативного лечения больных с новообразованиями прямой кишки представлены петлевой эндоскопической электроэксцизией, локальным трансанальным иссечением и трансабдоминальной резекцией прямой кишки. Выбор метода хирургического лечения зависит от морфологии новообразования, локализации, гистологической структуры и степени инвазии образования в стенку кишки. Учитывается также возраст и соматический статус больного. Хирургическая тактика в отношении доброкачественных новообразований и начальных форм рака прямой кишки до сих пор окончательно не определена [8; 9].

Преимуществом методики трансанального иссечения новообразований прямой кишки с использованием анальных ретракторов является возможность более радикального удаления опухоли, однако ее применение ограничено ниже-, отчасти среднеампулярным отделом прямой кишки. Использование трансабдоминального доступа позволяет адекватно удалить крупные ворсинчатые новообразования, расположенные в средне-и верхнеампулярных отделах прямой кишки. Однако большинство пациентов, у которых обнаруживаются крупные аденомы, лица пожилого и старческого возраста с сопутствующими, нередко тяжёлыми, заболеваниями. Последние могут затруднить

течение оперативного вмешательства и послеоперационного периода, привести к развитию анестезиологических осложнений вплоть до летального исхода [15].

Таким образом, применение эндоскопической реканализации опухоли ректосигмоидного отдела прямой кишки позволяет у большинства пациентов устранить явление толстокишечной непроходимости и отсрочить выполнение экстренной операции. Использование трансанальной эндомикрохирургии позволило в последние годы проводить удаление ворсинчатых новообразований и начальных (T_1 - T_2) форм рака прямой кишки. Данный метод может быть предложен для лечения обтурирующих опухолей ректосигмоидного отдела прямой кишки в качестве начального малоинвазивного хирургического пособия, способствующего быстрому разрешению явлений толстокишечного илеуса и эффективной подготовке пациента к радикальной операции. Он характеризуется минимальным количеством осложнений, отсутствием летальности. В описанных ситуациях метод оптимален для радикального удаления доброкачественных образований прямой кишки, позволяя минимизировать травматичность вмешательства, сократить сроки как стационарного, так и амбулаторного лечения. Операция отвечает онкологическим принципам хирургического лечения рака прямой кишки в I-II стадии заболевания, при иссечении опухолевого комплекса блоком в пределах визуально неизменных тканей, а в краях препарата не отмечается опухолевого роста при гистологическом исследовании.

Литература

1. Александров, Н. А. Неотложная хирургия при раке толстой кишки // Н. А. Александров, М. И. Лыткин, В. Н. Петров. Минск: Беларусь, 1980.
2. Алиев, С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза / С. А. Алиев // Вестн. хир. Т. 175. № 6. С. 34 – 39.
3. Амелин, В. М. Хирургическая тактика обтурационной толстокишечной непроходимости / В. М. Амелин. // Рос. мед. журн. 1998. Т. 42. № 6. С. 34 – 37.
4. Ерюхин, И. А. Механизмы формирования эндотоксикоза при перитоните / И. А. Ерюхин, М. Д. Ханевич // Труды Военно-медицинской академии. СПб., 1994. С. 128 – 132.
5. Клиническая оперативная колопроктология / под ред. В. Д. Федорова, Г. И. Воробьёва, В. Л. Ривкина. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
6. Buess, G. Technique of microsurgery / G. Buess, K. Kipfmuller, D. Hack // Surg. Endosc. 1988. V. 2 (71). P. 33 – 42.
7. Buess, G. Clinical results of transanal endoscopic microsurgery / G. Buess, K. Kipfmuller, R. Ibalde // Surg. Endosc. 1988. V. 2 (245). P. 45 – 53.
8. Buess, G. Minimal invasive surgery in the local treatment of rectal cancer / G. Buess, B. Mentges, K. Mawhecke // Int.J. Colorectal Dis. 1991. V. 6 (77). P. 123 – 127.
9. Buess, G. Die transanale endoskopische Rectumoperation / G. Buess, R. Theiss, F. Hutterer // Erprobung einer neuen Methode im Tierversuch, Leber Magen Darm. 1983. V. 13. P. 73 – 77.
10. Dickinson, A. J. Long-term survival after endoscopic transanal resection of rectal tumours / A. J. Dickinson [et al.] // Br.J. Surg. 1993. V. 80. P. 1401 – 1404.

Поступила 11.04.2011 г.