

# Роль лимфодиссекции и механических сшивающих аппаратов в хирургическом лечении рака прямой кишки

Абдужаптаров С.Б., Наврузов Б.С., Акбаров Э.Т., Исламов Х.Д.  
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз,  
Научный Центр колопроктологии МЗ РУз

## Цель исследования

- изучить возможности выполнения одномоментных радикальных операций при раке прямой кишки с применением лимфодиссекций и наложения низких и ультранизких колоректальных анастомозов.

## Материал и методы

У 35 пациентов раком прямой кишки выполнены радикальные операции с лимфодиссекцией в объеме Д2 и Д3 в зависимости от высоты расположения опухоли. Восстановительный этап операции выполнялся с применением низких и ультранизких колоректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы Эतिकон. Результаты: Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Сроки наблюдения составили 1 год. Рецидив и метастазов не отмечено. Заключение: Предварительные данные позволяют сделать выводы о целесообразности выполнения данных типов операций с применением циркулярно-сшивающих аппаратов и лимфодиссекцией.

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

## Актуальность

Злокачественные опухоли прямой кишки характеризуются медленным ростом. Соответственно и метастазирования по лимфатическим путям возникают после достижения опухоли определенных размеров. Лимфодиссекция при хирургическом лечении рака прямой кишки играет ведущую роль в прогнозировании дальнейшего течения опухолевого процесса. Основываясь на этой особенности рака прямой кишки, расширения объема лимфодиссекции может снизить показатели рецидивирования опухоли [2;3]. Различают три типа лимфодиссекции при раке прямой кишки: ограниченная, стандартная и расширенная. Показатели 5-ти летней выживаемости при стандартной и расширенной лимфодиссекции у разных авторов имеют различие. Основными недостатками расширенных лимфодиссекций является нарушение мочеполовой функции пациентов, которые доходят до 45-50% случаев [1;4;5].

Наложение так называемых «низких» и «ультранизких» колоректальных анастомозов после резекции прямой кишки имеют свои показания и противопоказания. Если при «низких» резекциях прямой кишки еще можно выполнять ручной способ наложения колоректальных анастомозов, то после «ультранизких» резекциях становится очевидным невозможность выполнения данного способа. Разработанные циркулярно-сшивающие аппараты, где головка степлера повторяет ход прямой кишки, позволяет наложить колоректальные анастомозы на короткой культе.

Морфологические исследования большинства авторов обосновали с точки зрения онкологического радикализма возможность «ультранизких» колоректальных анастомозов [7;9]. Данный факт является важным не только с точки зрения уменьшения этапности лечения в хирургии рака прямой кишки, но также несомненным социальным и экономическим фактором.

## Материал и методы исследования

В отделение колопроктологии РОНЦ МЗ РУз у 35 пациентов раком прямой кишки выполнена низкая и ультранизкая резекция прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (Д2, Д3). Лимфодиссекция в объеме Д2 подразумевает удаление следующих лимфоколлекторов: параректальные, по ходу нижнебрыжечных сосудов, по ходу общей и внутренней подвздошных сосудов. При лимфодиссекции в объеме Д3 дополнительно проводится удаление лимфоузлов в бассейне запирающей ямки.

Стадия Т3-4 N0 M0 было у 17 пациентов, Т3-4 N1 M0 - у 13 больных. Мужчин было 12, женщин – 18. Возраст больных составил 62,4±4,6 лет.

Для включения в данное исследование, нами определены следующие критерии: расположение опухоли прямой кишки на высоте 5-16см от края зубчатой линии; морфологически верифицированный диагноз аденокарциномы; стадия опухолевого процесса должна соответствовать II-III стадии по Duks.

Кишечный тракт восстанавливался путем применения коло-ректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы «Ethicon» с рабочим объемом головки 29,31 и 33. После наложения колоректального анастомоза для декомпрессии кишечника проводили трансанальную интубацию толстой кишки. У 25 пациентов оперативное лечение проводилось одноэтапно, а у 10 больных операция разделена на два этапа в следствии наличия у пациентов явлений кишечной непроходимости. Первым этапом проводили «низкую» или «ультранизкую» резекцию прямой кишки с выведением колостомы. Через 8-12 месяцев проводился реконструктивно-восстановительный этап с наложением колоректальных анастомозов циркулярно-сшивающими аппаратами. Проводился морфологические и иммуногистохимические исследования (окраска на цитокератины), следующих групп лимфоузлов, удаленных во время операции: параректальные, по ходу подвздошных сосудов, нижнебрыжечных сосудов, из запирающей ямки.

Больным в зависимости от высоты расположения опухоли прямой кишки проводили низкую или ультранизкую резекцию с наложением колоректального анастомоза. Если высота расположения опухоли прямой кишки соответствовала от 11 до 16см (19 пациентов), выполнялся низкая резекция прямой кишки со стандартной лимфодиссекцией. При расположении опухоли от 5 до 10см (16

больных) проводили ультразвуковую резекцию прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией

### Результаты и обсуждение

При изучении непосредственных и ближайших результатов оперативного лечения получены следующие: продолжительность всей операции составило  $180 \pm 25,6$  мин. При этом, этап лимфодиссекции при проведении стандартном ее варианте составило  $42,5 \pm 8,4$  мин, при расширенном варианте –  $64,3 \pm 6,3$  мин. Кровопотеря составила  $256 \pm 35,7$  мл.

При морфологическом исследовании макропрепаратов во всех случаях выявлена аденокарцинома кишечника различной степени дифференцировки: у 16 пациентов средне-дифференцированная, у 17 больных высокодифференцированная аденокарцинома. Большое значение имело изучение лимфатических узлов для прогнозирования и определения дальнейшей тактики лечения (химио- или лучевой терапии).

При этом у 3 пациентов выявлены метастазы до 3-х лимфатических узлов (N1). У 2 больных в более 3-х лимфоузлах выявлены метастатические изменения (N2). Используя иммуногистохимический метод (окраска на цитокератины лимфатических узлов - по методике фирмы Дако), дополнительно в 7 случаях выявлены метастазы в лимфатических узлах. Это говорит о высокой информативности данной методики при изучении метастатического поражения лимфатических узлов. При исследовании радикальности оперативного лечения остаточных опухолевых клеток в зонах разреза не выявлено. У больных с метастазами в лимфатических узлах в адьювантном режиме проведено химиотерапия по схеме FOLFOX-4.

Осложнений со стороны колоректальных анастомозов отмечено у одного больного, у которого отмечены явления частичной несостоятельности колоректального анастомоза, который купирован путем проведения консервативных мероприятий. У одной больной через 3 месяца после операции возник рецидив опухоли в зоне колоректального анастомоза. Больная повторно госпитализировано и произведено экстирпация прямой кишки с колоректальным анастомозом и выведением одноствольной колостомы. Больная в настоящее время получает в адьювантном режиме химиотерапию.

### Выводы

1. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 5-10 см и при отсутствии явлений кишечной непроходимости операции выбора может быть передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией в объеме Д3 и наложением «ультранизкого» сигма-ректального анастомоза.

2. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 11-16 см рекомендуется выполнение передней резекции со стандартной лимфодиссекцией в объеме Д2 и наложение «низкого» сигма-ректального анастомоза.

3. Необходимо иммуногистохимические исследования групп лимфоузлов для определения прогноза заболевания и определении тактики лечения.

### Список литературы

1. 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.
2. Лаерик А.С., Ващенко А.Е., Беляский Л.С., Тывончук А.С «Новые технологии в реконструктивной хирургии желудочно-кишечного тракта» // *Съезд хирургов Украины, 19—и: Материалы*. Харьков, 2000, С. 88-89.
3. 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; 54-60.
4. 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-на-Дону 2001; 121.
5. Мысливцев С.В. Разработка и клиническая апробация аппарата для колоректального компрессионного анастомоза: Дис... канд. мед. наук. Тюмень 2000; 150.
6. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. -Москва.-2005.-с345.
7. Царков П.В., Одарюк Т.С., Сергеева О.Н. Лимфаденэктомия при раке прямой кишки. —Хирургия.-№3.-2000.-С.54-59.
8. Takahahi T.,Veno M.,Azekura K., Ota H. The lymphatic spread of rectal cancer and effect of dissection. Japanese contribution and experience. In: Soreide O.,Norstein J.Rectal cancer surgery.Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1997.164-180
9. Wullstein C., Gross E. Compression anastomosis (AKA-2) in colorectal surgery: results in 442 consecutive patients. Br J Surg 2000; 87: 8: 1071-1075