

© О.А. Біленко, А.Г. Лурін, А.О. Машуков, О.М. Згура, 2013

УДК 616.351-006.6-089

¹О.А. БІЛЕНКО, ²А.Г. ЛУРІН, ¹А.О. МАШУКОВ, ²О.М. ЗГУРА

¹Одеський національний медичний університет, кафедра онкології, Одеса;

²Одеський обласний онкологічний диспансер, Одеса

ПОРІВНЯННЯ СТУПЕНЯ АНАЛЬНОЇ КОНТИНЕНЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ СФІНКТЕРЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА РАК НИЖНЬОАМПУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ ПРЯМОЇ КИШКИ

У статті розглянуті різноманітні варіанти хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки. У 2009–2012 рр. в абдомінальному відділенні обласного онкологічного диспансеру виконано 297 операцій у хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки, у 216 (72,7 %) випадках операції мали сфінктерзберігаючий характер. У 130 пацієнтів була виконана черевно-анальна резекція прямої кишки, 86 хворим – низька передня резекція. Дані зіставлення показників калового тримання за Wexner після черевно-анальної та низької передньої резекції дозволили встановити статистично розбіжність між групами хворих ($p=0,039$) і визнати другий тип оперативного втручання більш функціонально прийнятним.

Ключові слова: рак прямої кишки, анальна інконтиненція, черевно-анальна резекція прямої кишки, передня резекція

Вступ. Ефективність хірургічного етапу лікування хворих на рак прямої кишки визначається не тільки віддаленими результатами лікування, але і забезпеченням соціально прийнятної якості життя, яка в значній мірі визначається контролем калового тримання. Найбільш актуальна ця проблема для хворих, що перенесли операцію при нижньоампулярному раку прямої кишки, коли, з тих або інших причин, не вдається зберегти сфінктерний апарат і операція закінчується формуванням постійної колостоми, з подальшою глибокою інвалідизацією хворого.

З метою поліпшення якості життя в даний час обґрунтовано використання різних варіантів сфінктерзберігаючих операцій при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки [3], проте функціональні результати таких операцій не можна назвати цілком задовільними [2]. Таким чином, вивчення раціональних методик хірургічного лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки, що поєднують онкологічний радикалізм і відновлення функції тазового тримання, є актуальним завданням сучасної хірургії.

Мета дослідження. Вивчення контролю анальної континенції вказаної категорії хворих після різних варіантів сфінктерзберігаючих операцій.

Матеріали та методи. У 2009–2012 рр. у абдомінальному відділенні ООД виконано 297 втручань у хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки, у 216 (72,7 %) з них операції мали сфінктерзберігаючий характер. У 130 випадках була виконана черевно-анальна резекція прямої кишки з демукозацією анального каналу і зведенням сигмоподібної, низхідної або попере-

ноободової кишки, залежно від судинної архітекτονіки брижі товстої кишки. Післяопераційна летальність у цій групі склала 1,0 % (померло 3 хворих). 86 хворих перенесли низьку передню резекцію (до цього типу втручань ми віднесли спостереження, коли сигморектальний анастомоз знаходився на рівні до 6 см від краю анального каналу). Можливість формування колоанального анастомозу при низькій передній резекції часто обмежується довжиною куки прямої кишки і особливостями анатомії тазу. У цих випадках ми використовували методику наданальної резекції, яку використовують у Донецькому обласному протипухлинному центрі [1], коли коротка кука прямої кишки евагується в промежину, через неї зводиться сигмоподібна, або ободова кишка, з подальшим формуванням низького колоанального анастомозу, який потім вправляється в пресакральний простір. Дана методика розглядається нами як один із варіантів низької передньої резекції прямої кишки. Наданальна резекція була виконана у 47 хворих, у післяопераційному періоді померли 2 хворих. У 39 пацієнтів «низький» сигморектальний анастомоз був сформований з використанням циркулярного степлера «Ethicon Endosurgery», при цьому помер 1 хворий. Післяопераційна летальність у групі пацієнтів, що перенесли низьку передню резекцію, склала 1,2 %. Відмінність післяопераційної летальності у групах хворих, що перенесли черевно-анальну резекцію і низьку передню резекцію, статистично не вірогідна ($P=0,0078$).

Ступінь тримання калу при різних варіантах сфінктерзберігаючих операцій оцінювався мето-

дом анкетування за сумарною шкалою, розробленою S. Wexner (1993) [цитуються по 2]. Оцінювались наступні параметри (табл. 1): частота випад-

ків нетримання газів, рідкого і щільного калу, носіння гігієнічних прокладок, зміни способу життя, пов'язані з ослабленням утримуючих функцій.

Таблиця 1

Розрахунок показника тримання калу по Wexner

Тип нетримання	Частота				
	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Постійно
Щільного калу	0	1	2	3	4
Рідкого калу	0	1	2	3	4
Газів	0	1	2	3	4
Носіння прокладок	0	1	2	3	4
Зміна способу життя	0	1	2	3	4

Ніколи – 0; рідко – менше 1 разу на місяць; іноді – більше 1 разу на місяць, але менше 1 разу на тиждень; часто – більше 1 разу на тиждень, але менше 1 разу на день; постійно – 1 або кілька разів на день.

За приведеною сумарною шкалою рівень тримання калу може бути оцінений в діапазоні від «0» – повне тримання, до «20» – повне нетримання калу.

Анкетування по Wexner було проведене в різні терміни спостереження у 39 хворих, що перенесли черечно-анальну резекцію, і у 31 пацієнта, якому була виконана «низька» передня резекція з приводу раку нижньоампулярного відділу прямої кишки. Обстеження проводилося у терміни 1, 3, 6, 12 місяців після операції. У 13 із 31 хворого, яким

була проведена «низька» передня резекція, операція супроводжувалася формуванням протективної колостоми. У цих пацієнтів початком відліку був момент усунення колостоми.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати дослідження, що проводиться з використанням Wexner з урахування термінів спостереження після операції, представлені в таблиці 2.

При анкетному вивченні рівня калового тримання об'єктивні результати в обох групах хворих були в соціально прийнятних межах.

Таблиця 2

Показники рівня калового тримання по Wexner з урахуванням виду операції і термінів спостереження

Вид операції	Терміни спостереження (місяці)			
	1 місяць	3 місяці	6 місяців	12 місяців
Черечно-анальна резекція (n = 39)	12	10	10	8
Низька передня резекція (n=31)	4	2	1	1

Після черечно-анальної резекції адаптаційні процеси продовжувалися протягом 12 місяців. У перші 6 місяців спостереження відзначалась відсутність безконтрольної дефекації, але зберігалось калове забруднення промежини, мацерація, необхідність використання прокладок. До 12-го місяця спостереження значно розширювався діапазон соціальної активності у зв'язку з відновленням відчуття наповнення зведеної кишки, можливості утримувати кал впродовж 5–10 хвилин при появі імперативного позиву на дефекацію. Ритм дефекації – 5–6 разів на добу. Показник рівня калового тримання по Wexner через 12 місяців після операції – 8 балів.

Після низьких передніх резекцій діапазон соціальної активності був вищий, адаптаційні процеси завершувалися до шостого місяця спостережень. У пацієнтів була відсутня безконтрольна дефекація, не було калового забруднення промежини, наго-

лошувалося виразне формування позиву на дефекацію, можливість утримувати кал при імперативних позивах. Середній ритм дефекації – 2–5 разів на добу. Показники рівня калового тримання по Wexner впродовж усього періоду спостереження – на верхніх межах соціально прийнятних показників (через 12 місяців після операції – 1 бал по Wexner score).

Висновки. 1. Сумарна шкала Wexner є методом об'єктивної оцінки функції тазового тримання у хворих після сфінктерзберігаючих операцій при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки.

2. Аналіз результатів дослідження дозволив установити, що розглянуті методики хірургічного лікування нижньоампулярного раку прямої кишки забезпечують соціально прийнятний рівень калового тримання (не вище 9 балів по Wexner).

3. Зіставлення показників рівня калового тримання по Wexner після черевно-анальної і низької передньої резекції дозволили встановити статистично значущу відмінність між цими групами хворих ($8,89 \pm 0,41$ і $1,44 \pm 0,69$, $p=0,0039$) і, отже, визнати другий тип втручання більш функціонально прийнятним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Башеев В.Х., Золотухин С.Э. Брюшно-наданальная резекция в лечении рака прямой кишки / В.Х. Башеев, С.Э. Золотухин, Г.Г. Псарас, О.Е. Ефимочкин и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. — Минск, 2004. — № 2. — С. 122—123.
2. Шкала для оценки уровня калового недержания (Шкала Векснера). — Режим доступа: <http://www.proctology.dn.ua>
3. Яцкий Н.А. Опухоли толстой кишки / Н.А. Яцкий, В.М. Седов, С.В. Васильев // МЕДпресс-информ. — Москва. — 2004. — 371 с.

¹О.А. BILENKO, ²A.G. LURYN, ¹A.O. MASHUKOV, ²O.M. ZGURA

¹*Odesa National medical University, Department of Oncology, Odesa;*

²*Odesa Regional Clinical Oncological Hospital, Odesa*

COMPARISON OF DEGREE ANAL CONTINENCE AT DIFFERENT VARIANTS OF SPHINCTER-SPARING OPERATIONS FOR PATIENTS WITH CANCER OF LOWER-RECTAL DEPARTMENT OF RECTUM

Main approaches to rectal cancer surgical management are listed in the paper. During the 2009-2012 period in the surgical clinic of OOOD 297 surgical procedures in the distal rectal carcinoma patients have being performed. In 216 (72,7 %) cases sphincter-sparing technology was utilized. Pull-down procedure is done in 130 patients, low anterior resection – in 86 cases. Comparising data of anal continence by Wexner between two groups has exhibited the second technology is better functionally.

Key words: rectal cancer, anal continence, low anterior resection

Стаття надійшла до редакції: 11.03.2013 р.