

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ХОЛЬМ

Авлукова Софья Сергеевна

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Евгения Антоновича Вагнера, РФ, г. Пермь

Волкова Ульяна Вячеславовна

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Евгения Антоновича Вагнера, РФ, г. Пермь

Хрулев Лев Валентинович

врач-ординатор первого года обучения, Пермский государственный медицинский университет, РФ, г. Пермь

Некрасова Людмила Владимировна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии, Пермский государственный медицинский университет имени академика Евгения Антоновича Вагнера, РФ, г. Пермь

CLINICAL CASE OF HOLM RECTAL EXTIRPATION

Ulyana Volkova

Student of Perm State Medical University named after Academician Evgeny Antonovich Wagner, Russia, Perm

Sofya Avlukova

Student of Perm State Medical University named after Academician Evgeny Antonovich Wagner, Russia, Perm

Lev Khrulev

First year resident physician, Perm State Medical University, Russia, Perm

Ludmila Nekrasova

Supervisor, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Normal, Topographic and Clinical Anatomy, Operative Surgery, Perm State Medical University named after Academician Eugene Antonovich Wagner, Russia, Perm

Аннотация. В данной статье сравниваются варианты хирургического лечения ЗНО прямой кишки. Представлен клинический случай брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по Хольм.

Abstract. This article compares the surgical treatment options for rectal MND. A clinical case of abdominoperitoneal extirpation of the rectum according to Holm is presented.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-промежностная эксирпация прямой кишки по Хольму, аденокарцинома, колостомия.

Keywords: rectal cancer, Holm abdominoperitoneal extirpation of the rectum, adenocarcinoma, colostomy.

Введение:

Рак прямой кишки – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализуемая в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом [3]. В России рак прямой кишки находится на третьем месте в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта и на седьмом в общей структуре онкологической заболеваемости [4].

Чаще всего колоректальный рак диагностируется в нижне-, средне-, верхнеампулярных отделах по 21-29%, 23-33% и 22-25% соответственно. Реже поражается ректосигмоидный отдел 7-9%, поражение всей ампулы наблюдается в 5-9% случаев, анального канала – 1-6%.

Клинически ректальный рак проявляется непостоянными схваткообразными болями в нижней части живота, патологическими кровянистыми или гнойными выделениями во время акта дефекации. Также больные могут отмечать ощущение инородного тела, запоры, тенезмы и стремительное похудание. Бессимптомное течение колоректального рака встречается у 2% больных [7].

При всех достижениях в области лучевой терапии основным методом лечения пациентов с ЗНО прямой кишки остается хирургический. Еще в 1908 г. Е. Miles предложил оригинальную методику удаления прямой кишки вместе с ее запирательным аппаратом, которая на протяжении длительного времени оставалась «золотым стандартом» лечения рака прямой кишки. Такая операция выполнялась одним хирургом. Абдоминальный и промежностный этапы выполнялись последовательно, при этом промежностный этап проводился в положении пациента на боку [6]. Однако после применения данной методики отмечалось возникновение большого количества локальных рецидивов, основной причиной, которых являлось распространение опухоли на окружающие ткани в тех местах, где отсутствует «барьер» в виде мезоректальной клетчатки. При выполнении стандартной БПЭ препарат обычно имеет сужение в области нижнего края мезоректальной клетчатки, где мышцы тазового дна вплотную прилегают к стенке кишки, вследствие чего линия циркулярного края резекции может проходить вплотную к опухоли, следовательно высока вероятность опухолеположительного края резекции [2].

В 2007 году Т. Holm предложил методику экстралеваторной брюшно-промежностной эксирпации (ЭлБПЭ) прямой кишки. Данная методика была разработана для снижения частоты локальных рецидивов. В отличие от оригинального описания Holm предложил выполнение промежностного этапа лежа на животе в так называемом положении «полусогнутого перочинного ножа» [5]. При выполнении этого этапа диссекция проводится кнаружи от мышц, поднимающих задний проход, с пересечением последних у места прикрепления к костям таза. Так обеспечивается более надежное достижение опухоленегативной циркулярной границы резекции и снижается риск перфорации стенки кишки [2].

В настоящее время БПЭ по Хольму широко используется в клинической практике. По результатам рандомизированного исследования 2012 года отмечается снижение частоты локальных рецидивов с 18,8 до 2,8% при выполнении ЭлБПЭ по сравнению с традиционной БПЭ. Именно поэтому методика Holm все чаще используется для лечения рака прямой кишки

[1].

Цели и задачи: анализ клинического случая брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по Холъм. Оценка эффективности проведенной операции.

Материалы и методы: данные истории болезни пациентки, проходившей плановое лечение в «Пермский краевой онкологический диспансер».

Результаты: Пациентка А. 66 лет, поступила в Пермский краевой онкологический диспансер с жалобами на периодические кровянистые выделения из прямой кишки.

Из анамнеза: Пациентка отмечает ухудшение состояния с 2023 года, когда стала замечать периодические кровянистые выделения из прямой кишки. С жалобами пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства, где была обследована. По результатам колоноскопии у пациентки была обнаружена опухоль прямой кишки, по данным биопсии установлено – аденокарцинома LG верхнеампулярного отдела прямой кишки. В декабре 2023 года последовала плановая госпитализация в ГКБ №2 для выполнения сигмостомии. С результатами биопсии пациентка была направлена в поликлинику ПКОД. По результатам врачебной комиссии от января 2024 года пациентке рекомендована предоперационная ДЛТ+ХТ. После прохождения пациенткой ДЛТ с РМ, собрана врачебная комиссия, где было рекомендовано оперативное лечение в отделении абдоминальной онкологии в объеме БПЭПК. Пациентка дообследована, госпитализирована планово.

Данные медицинских обследований:

Патолого-гистологическое исследование биопсийного материала – аденокарцинома LG верхнеампулярного отдела прямой кишки.

КТ органов малого таза – стенки прямой кишки утолщены до 12 мм, параректальная клетчатка инфильтрирована. Заключение: КТ признаки tr прямой кишки.

КТ органов грудной клетки – диффузные изменения поджелудочной железы по типу атрофии, паравикальные кисты в обеих почках, дивертикулез нисходящей ободочной кишки без признаков воспаления.

Оперативное лечение:

Эндотрахеальный наркоз + ЭДБ. Катетеризация мочевого пузыря катетером Фолли № 18.

Осмотр per rectum: в тотчас за зубчатой линией, имеется плотная, малосмещаемая опухоль, распространяющаяся в краниальном направлении на среднеампулярный отдел. Ранее сформированная сигмостома ушита. Средне-, ниже-срединная лапаротомия с обходом пупка справа. Вход в брюшную полость свободный, выпота нет. При ревизии органов брюшной полости: верхний полюс опухоли прямой кишки определяется по правой стенке на уровне тазовой брюшины, отдаленных метастазов в печени, на аорте и по брюшине, грубой органической патологии не выявлено. Сигмостома сформирована на уровне средней/3 сигмы. Вскрыта брюшина малого таза, медиально продлевая разрез от мыса крестца до нижнего края ДПК, латерально вдоль левого бокового канала. Выделена нижняя брыжеечная артерия, клетчатка с ее устьем с 252 группой лимфоузлов удалена в препарат №1. НБА пересечена и лигирована тотчас после отхождения левой ободочной артерии.

Сигмовидная кишка отсечена дистальнее стомы на 5 см, погружена в кисетный шов Викрил 3-0. Культи розового цвета, ишемии не выявлено. НБВ пересечена и лигирована ниже связки Трейца. Брыжейка сигмовидной кишки пересечена коагуляцией. Ранее сформированная стома оставлена. В пределах эмбрионального слоя мобилизована прямая кишка до леваторов. При этом ветви гипогастральных нервов, мочеточники визуализированы, ход их прослежен, нервы оттеснены латеральнее циркулярной границы резекции. Толстая кишка сразу над опухолью пересечена при помощи линейного степлера и удалена для удобства дальнейшей мобилизации №2. Оставшаяся часть прямой кишки оставлена в малом тазу. Тазовая брюшина восстановлена полностью.

Контроль гемостаза – сухо. Операционный материал весь в наличии. Срединная рана послойно ушита наглухо. Колостома расшита. Асептическая повязка. Брюшной этап закончен.

Анус ушит. Анодерма рассечена. Промежность расшита. Копчик не отсечён. Вход в полость таза. Последовательно пересечены клетчатка и леваторы. Прямая кишка с опухолью удалена в пределах неизменённых тканей. Дренирование пресакрального пространства силиконовой трубкой через контраппертуру в промежности. Промежность ушита послойно, наглухо. Наложена асептическая повязка.

Осложнений по ходу оперативного вмешательства нет.

По результатам ПГИ операционного материала: Аденокарцинома прямой кишки, прорастание мышечного слоя стенки, без инвазии в мезоректум. Степень регрессии опухоли по системе Mandard после предоперационного курса ДЛТ+РМ-TRG2.LV0.PN0.

В краях резекции опухолевого роста нет. Метастазов в лимфатических узлах клетчатки сосудистой ножки нет. В присланном отдельно фрагменте клетчатки лимфатических узлов, опухолевой ткани нет.

Ранний послеоперационный период проходил в отделении реанимации, где проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, обезболивание. Дальнейшее лечение проводилось в общей палате.

В послеоперационном периоде после удаления дренажа из малого таза отмечалась гипертермия до 37,8 С. Анализ крови без воспаления.

Пациентка была выписана на 15 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение:

В статье представлен клинический случай лечения ректального рака путем экстирпации прямой кишки по Хольм с предшествующей дистанционной лучевой терапией и радиомодификацией. Проведение данной операции привело к наиболее благоприятному исходу для пациентки. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что операция по Хольм является наиболее оптимальным вариантом лечения у большинства пациентов с ЗНО прямой кишки.

Список литературы:

1. А.А. Доманский, А.М. Карачун, К.К. Лебедев. Вариант закрытия дефекта промежности после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. // Поволжский онкологический вестник. 2014. №4.
2. А.А. Доманский, А.М. Карачун, К.К. Лебедев. Пластическое закрытие дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (практические рекомендации). // Поволжский онкологический вестник. 2015. №1.
3. Д.М. Дубовиченко, М.Ю. Валькова, В.М. Мерабишвили, А.А. Карпунов, А.М. Щербаков, Л.Е. Валькова, А.Ю. Панкратьева. Заболеваемость и смертность от рака прямой кишки (обзор литературы и собственное исследование) // Вопросы онкологии, 2019. №6 (65).
4. Д.М. Дубовиченко, М.Ю. Валькова, В.М. Мерабишвили, А.А. Карпунов, А.М. Щербаков, Л.Е. Валькова, А.Ю. Панкратьева. Эпидемиологическая оценка выживаемости при раке прямой кишки: обзор литературы и собственное исследование // Вопросы онкологии, 2020. №1 (66).
5. И.А. Бакасов, Д.В. Сидоров, М.В. Ложкин, Н.А. Гришин, А.А. Троцкий. Лапароскопическая экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2020. №2 (9).

6. И.А. Калашникова, Е. А Хомяков. Ведение ран промежности после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (опыт применения метода локального отрицательного давления). // Хирургия. 2016. №4.

Лапароскопическая экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2020. №2 (9).

7. Фатыхова Ч.А., Кутявин Н.А., Маратканов Н.В., Стяжкина С.Н., Хайруллин А.А. Клинический случай ведения и лечения пациента с злокачественным новообразованием прямой кишки. // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». 2021. № 5.