

# Хирургическое лечение рака прямой кишки

Работу выполнил:  
студент 4 курса,  
педиатрического  
факультета, Якунин А.  
А.

# Предоперационная подготовка

- Сбор анамнеза, физикальный осмотр
- Клинический анализ крови, биохимия крови с исследованием функции печени и почек
- Онкомаркеры РЭА и Са-19.9
- Ректоскопия, колоноскопия
- МРТ (оценка мезоректальной фасции и л/у таза)
- УЗИ брюшной полости
- R-исследование органов дыхания

# Практическая подготовка за 18-20 ч. до операции

## Назначение слабительных средств:

- Сульфат магния 15% р-р 6-8 раз в день
- Лаваж-раствор 3 л. По 200 мл каждые 20-30 мин.

## Антибактериальная терапия

# Классификация

- Сфинктерсохраняющие:

- ✓ Передняя резекция
- ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы

- Сфинктеруносящие:

- ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
- ✓ Операция Гартмана
- ✓ Эвисцерация таза

# Принципы хирургии рака прямой кишки

## КИШКИ

1. Мобилизация прямой кишки проводится острым путем с соблюдением принципов тотальной или частичной мезоректумэктомии
2. Дистальная граница резекции должна составлять по стенке кишки – не менее 2 см, по клетчатке – не менее 5 см.
3. Необходимо сохранять преаортальное и нижнебрыжеечное вегетативные нервные сплетения
4. Нижняя брыжеечная артерия должна быть лигирована под местом отхождения левой ободочной артерии

# В отделении онкопроктологии РОНЦ РАМН им Н.Н.Блохина принята следующая классификация отделов прямой кишки

- 4,1 – 7,0 см – нижеампулярный отдел
- 7,1 – 10,0 см – среднеампулярный отдел



# В отделении онкопроктологии РОНЦ РАМН им Н.Н.Блохина принята следующая классификация отделов прямой кишки

- 10,1 – 13,0 см – верхнеампулярный отдел
- 13,1- 16,0 см – ректосигмоидный отдел



# Классификация

- Сфинктерсохраняющие:
  - ✓ Передняя резекция
  - ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы
- Сфинктеруносящие:
  - ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
  - ✓ Операция Гартмана
  - ✓ Эвисцерация таза



# Передняя резекция

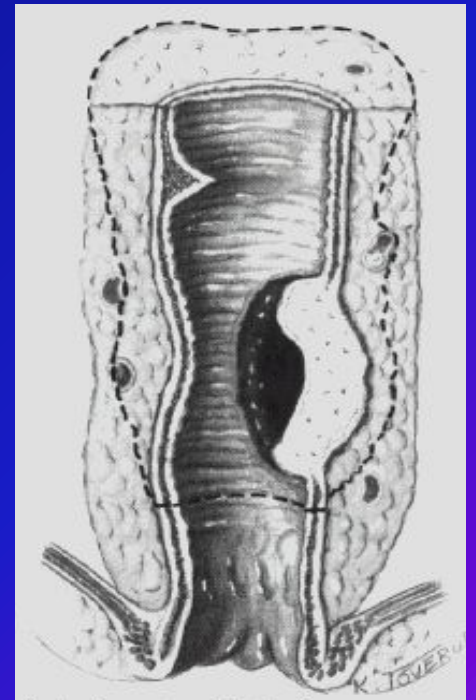
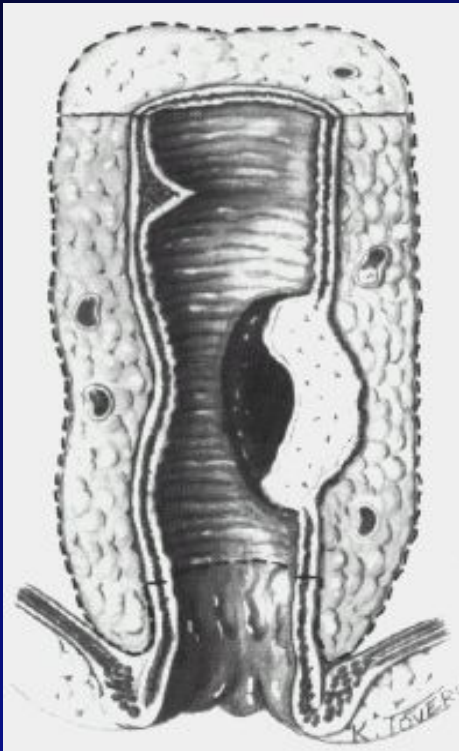
**Показана** при расположении опухоли в ректосигмоидном отделе, на 13.1-16.0 см и выше от края заднего прохода.

Низкая передняя резекция выполняется при локализации на 7.1-10 см от перианальной кожи.

По сравнению с передней резекцией при низкой передней резекции удаляется большей тканей, включая почти всю прямую кишку, ее брыжейку (мезоректум) вплоть до мышц анального сфинктера.

Тотальная мезоректумэктомия в настоящее время является стандартом лечения опухолей прямой кишки, которые располагаются в ее нижнем отделе (хирургическая техника - ТМЕ). При этом методе хирургического лечения частота возврата заболевания (рецидив) минимален. Данный метод применяют при T1-2 N0.

# Технические особенности Total mesorectal excision (TME)



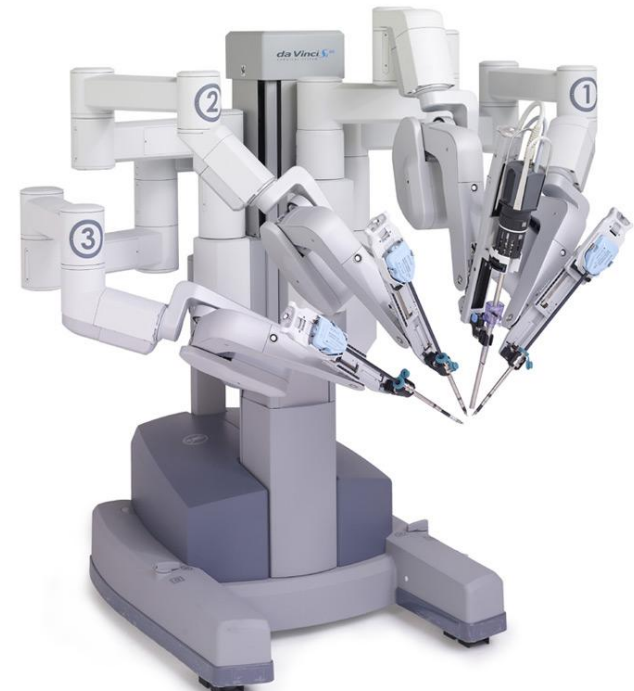
*Стандартная техника  
выделения мезоректума*

*Адекватная TME*

# Хирургия Da Vinci

Низкая передняя резекция da Vinci обеспечивает точное удаление раковой ткани, а также следующие потенциальные преимущества по сравнению с открытой хирургией:

- меньшая кровопотеря
- меньшая боль
- короткая госпитализация
- быстрое восстановление функции кишечника <sup>3</sup>
- быстрое возвращение к нормальной диете
- быстрое выздоровление <sup>3</sup>
- малый разрез для минимальных рубцов



# Классификация

- Сфинктерсохраняющие:
  - ✓ Передняя резекция
  - ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением СИГМЫ
- Сфинктеруносящие:
  - ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
  - ✓ Операция Гартмана
  - ✓ Эвисцерация таза

# Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки

**Показана** при расположении опухоли выше 7.1-10.0 см от ануса, при отсутствии прорастания в клетчатку, без метастазов в регионарные лимфатические узлы (T1-2 N0).

Брюшной этап операции – мобилизация прямой и сигмовидной кишки, чтобы без натяжения сосудов можно было опустить сигму в малый таз.

Анальный этап операции – растяжение сфинктера заднего прохода, протягивание через него мобилизованной прямой кишки вместе с опухолью и ее удаление; оставляют избыток кишки, выступающий на 5-6 см из заднего прохода, либо подшивают проксимальный конец к слизистой анального отдела.

Если имеет место прорастание рака во внутренний мышечный слой с поражением внутреннего сфинктера, производят его моделирование из серозно-мышечного слоя низведенной ободочной кишки.

# Классификация

- Сфинктерсохраняющие:

- ✓ Передняя резекция
- ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы

- Сфинктеруносящие:

- ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
- ✓ Операция Гартмана
- ✓ Эвисцерация таза

# Брюшно-промежностная экстирпация по Кеню-Майлсу

- Показана при низкорасположенных опухолях (менее 4.1 см от ануса) с наложением одностольной колостомы в левой повздошной области. Выполняется при прорастании рака в клетчатку, с наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах (T3-4 N0-2).
- Брюшной этап операции – мобилизация и пересечение сигмовидной кишки с наложением стомы в левой повздошной области. Зашивают дистальный конец, после чего мобилизованную прямую кишку вместе с опухолью погружают в малый таз.
- На промежности двумя овальными разрезами окаймляют задний проход и удаляют кишку вместе с опухолью.

# Реконструктивно-пластические операции

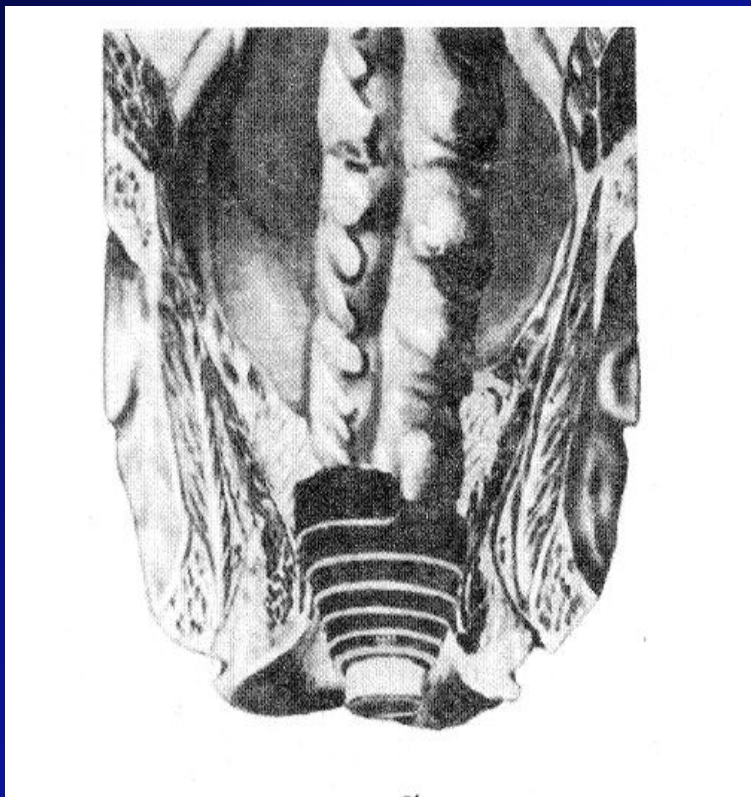
- Низведение ободочной кишки в рану промежности и формирование промежностной колостомы с наложением искусственного гладкомышечного жома
- Создание толстокишечного тазового S- или W-образного резервуара в области промежностной колостомы.
- Данные модификации можно выполнить лишь в том случае, если рак не прорастает в окружающую клетчатку, не дает регионарных и отдаленных метастазов (T1-2 N0).



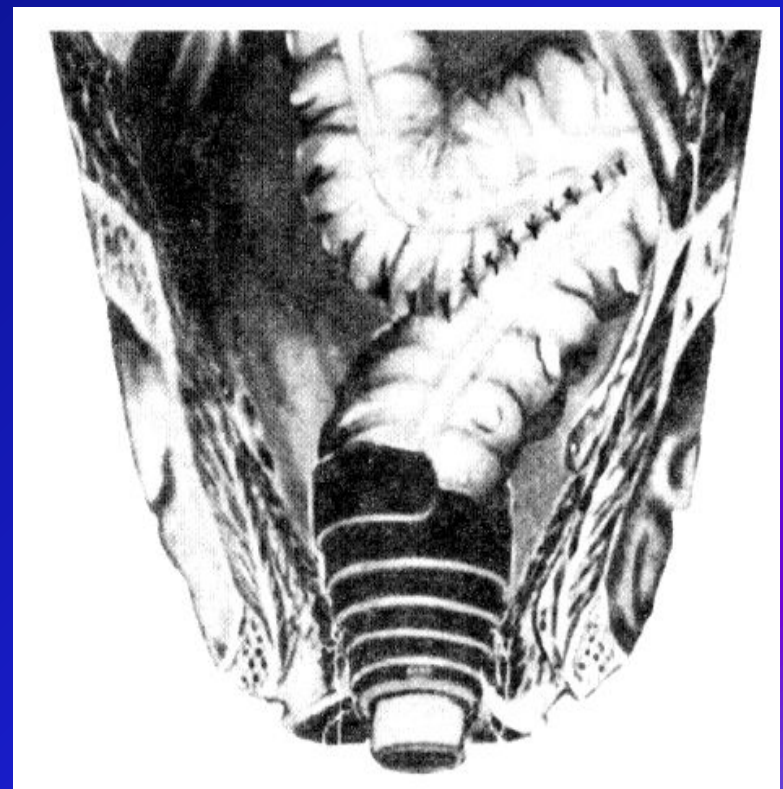
# Реконструктивно-пластические операции

*Формирование неосфинктера из гладкомышечной манжетки*

**Без толстокишечного резервуара**



**С формированием резервуара**



# Классификация

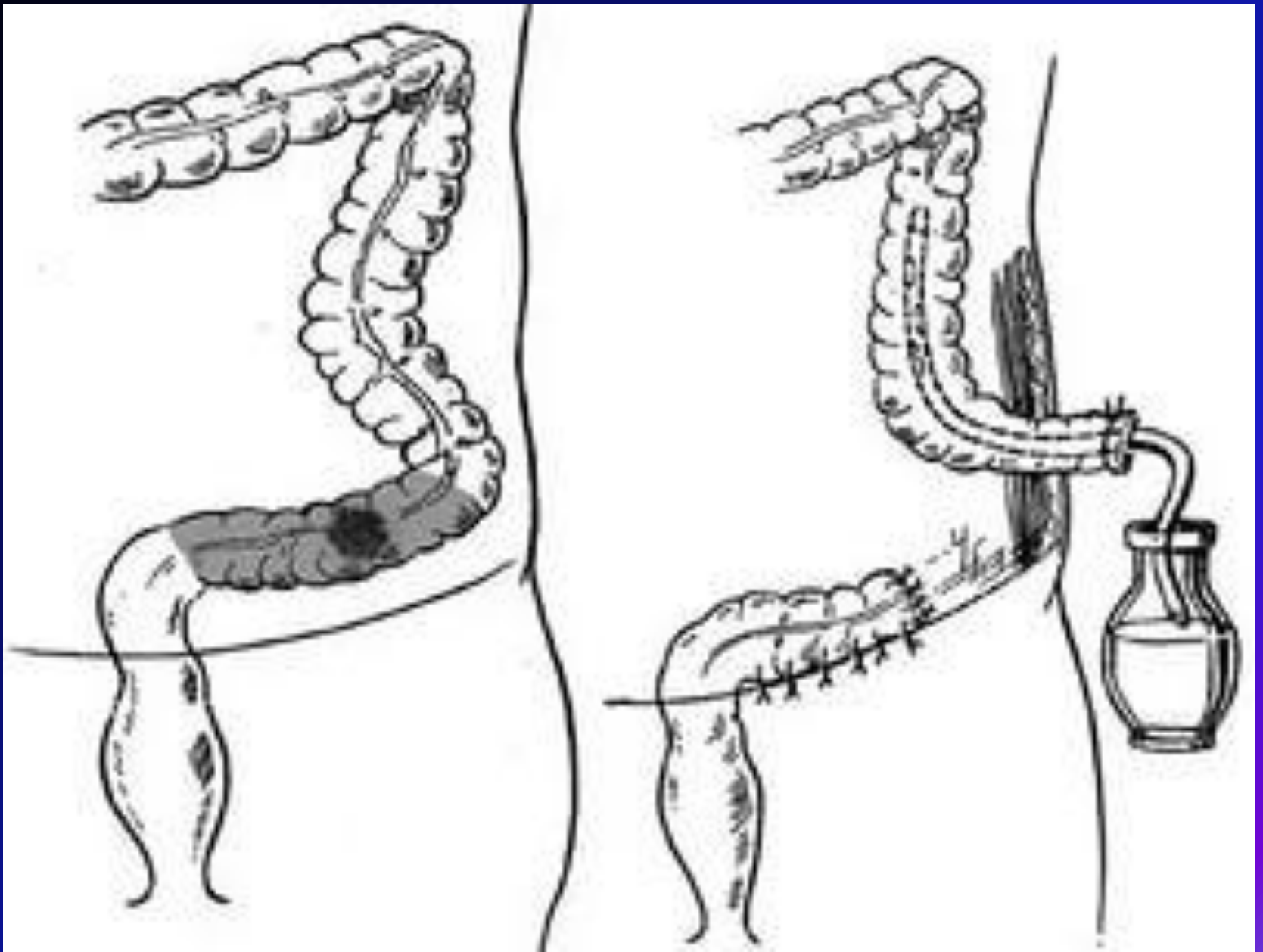
- Сфинктерсохраняющие:
  - ✓ Передняя резекция
  - ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы
- Сфинктеруносящие:
  - ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
  - ✓ **Операция Гартмана**
  - ✓ Эвисцерация таза

# Операция Гартмана

- При локализации нижнего полюса опухоли не менее 10 см от заднего прохода. Показана лицам старше 65-70 лет с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, препятствующими выполнению резекции.

## Сущность операции:

- Внутрибрюшное удаление пораженного отдела прямой кишки,
- Ушивание оставшейся части ее наглухо,
- Восстановление над ней целостности тазовой брюшины,
- Формирование одноствольной колостомы.



# Классификация

- Сфинктерсохраняющие:

- ✓ Передняя резекция
- ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы

- Сфинктеруносящие:

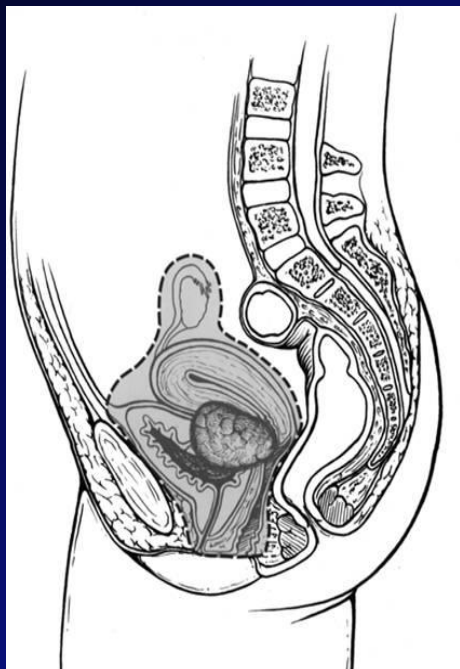
- ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
- ✓ Операция Гартмана
- ✓ Эвисцерация таза

# Эвисцерация таза

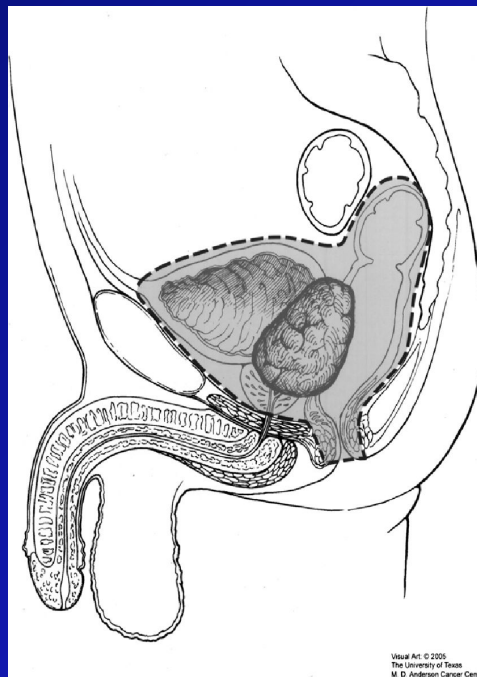
Радикальное хирургическое вмешательство при котором удаляется мочевого пузырь, уретра, влагалище, маточные трубы, матка, шейка матки, прямая кишка, анус, простата (у мужчин) и в некоторых случаях вульва.

**Показана** при местно-распространенных опухолях с прорастанием в заднюю стенку мочевого пузыря, семенные пузырьки и т.д.  
(T4 N0-2)

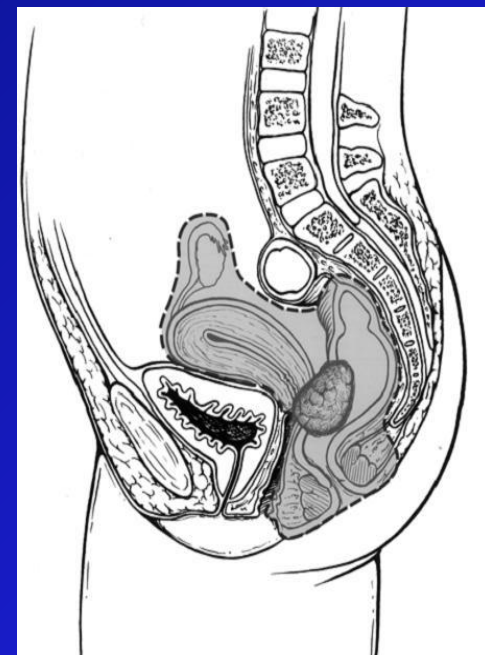
# Классификация



Передняя  
эвисцерация



Тотальная  
эвисцерация



Задняя  
эвисцерация

# Лимфаденэктомия при раке прямой кишки

---

- Восходящее метастазирование: параректальные, верхние ректальные и нижние брыжеечные узлы
- Латеральное метастазирование: средние ректальные, запираательные, внутренние подвздошные и общие подвздошные узлы
- Нисходящее метастазирование: паховые лимфатические узлы

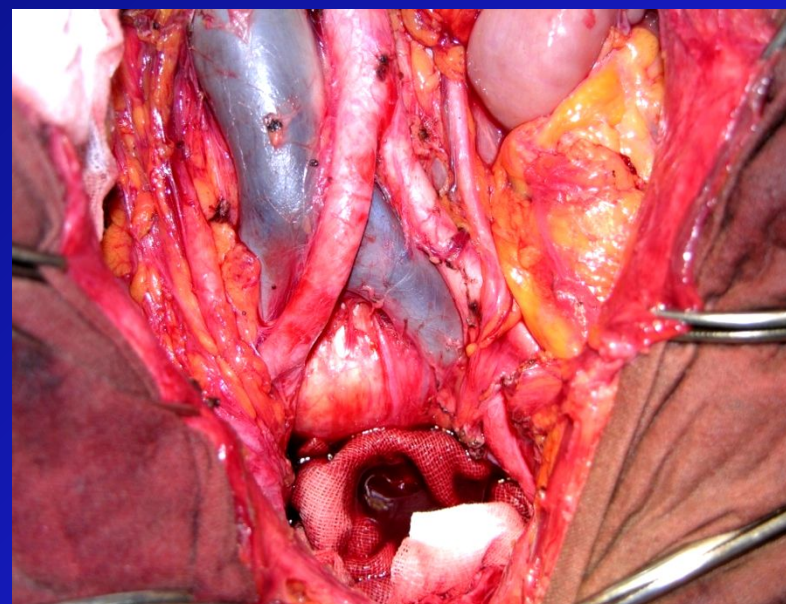


# ВАРИАНТЫ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ

---

**I. ОГРАНИЧЕННАЯ = тотальная мезоректуэктомия (ТМЕ)**

**II. СТАНДАРТНАЯ  
= ТМЕ +  
удаление л\у по ходу  
аорты и  
подвздошных  
артерий**



**III. РАСШИРЕННАЯ = СТАНДАРТНАЯ  
ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ + удаление л\у  
запирательного отверстия**

# Отдаленные результаты лечения

- Общая 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения рака прямой кишки колеблется в пределах от 34 до 70% (наличие и отсутствие метастазов соответственно)
- Зависит от стадии: 1 – 80%, 2 – 75%, 3a – 50%, 3b – 40%

**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!**