

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

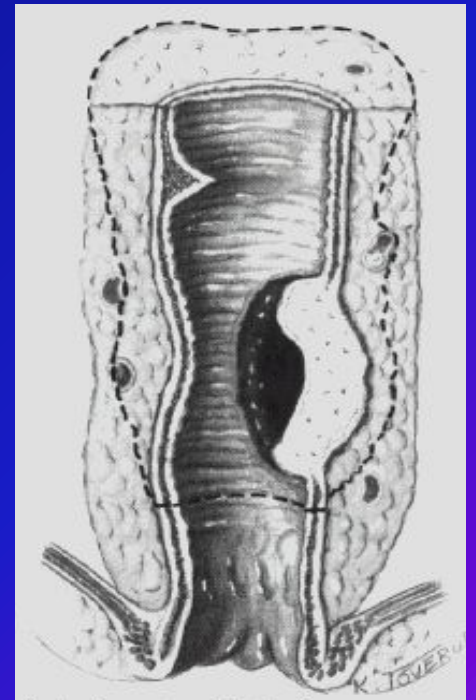
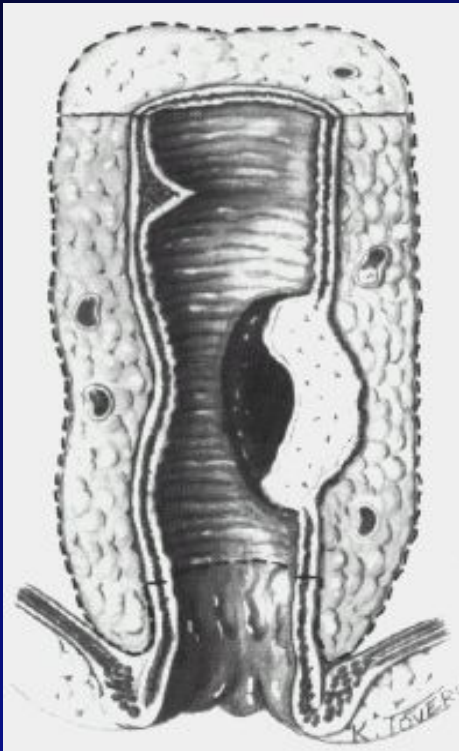
Показана при расположении опухоли в ректосигмоидном отделе, на 13.1-16.0 см и выше от края заднего прохода.

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)



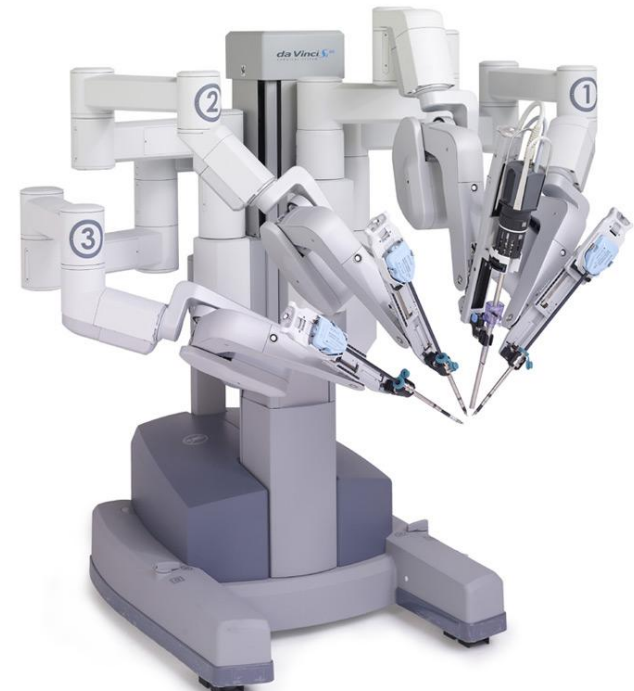
*Стандартная техника
выделения мезоректума*

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 ³
- быстрое возвращение к нормальной диете
- быстрое выздоровление ³
- 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.

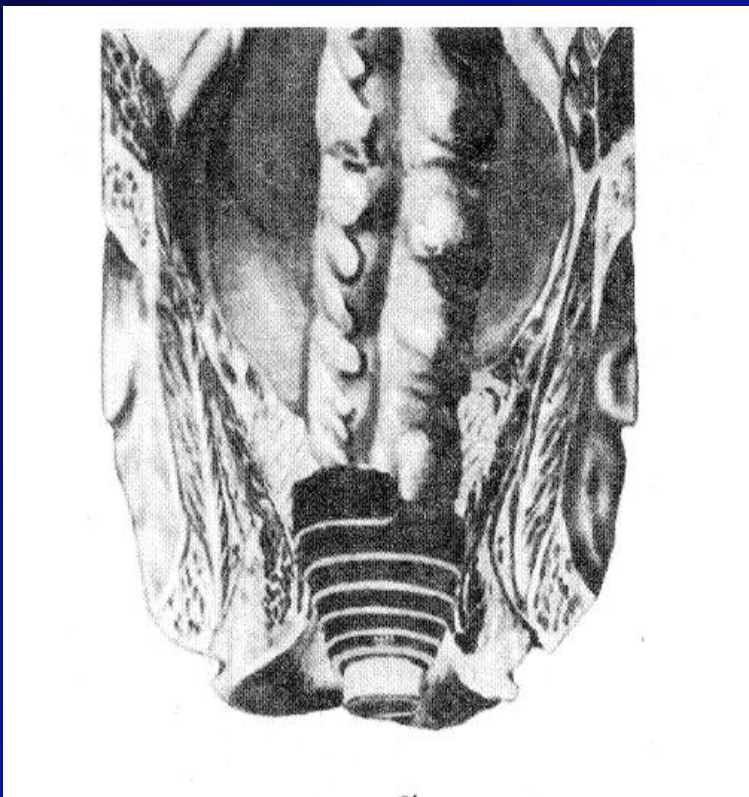
Реконструктивно-пластические операции

- 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).

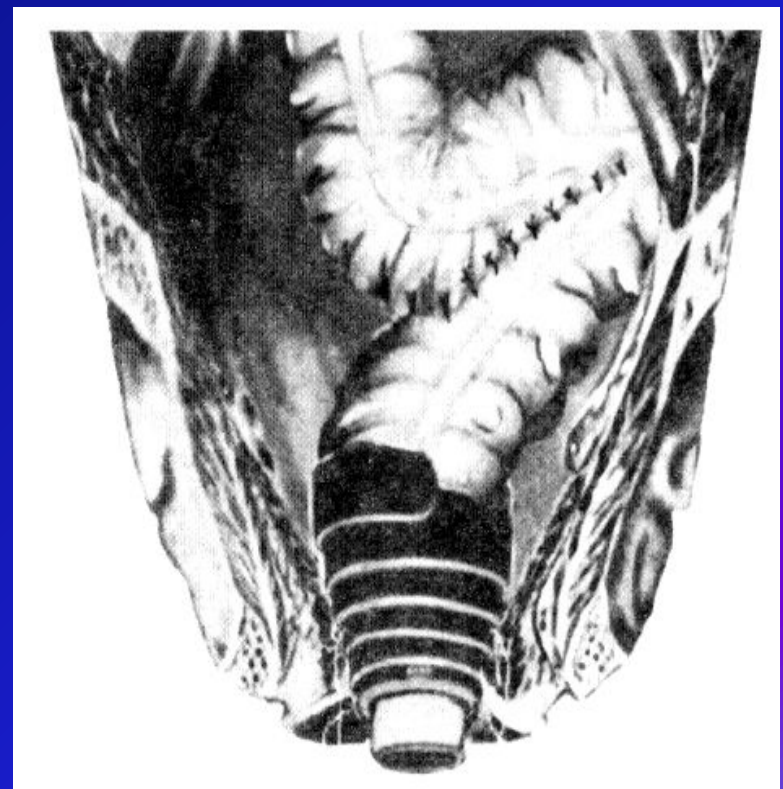
Реконструктивно-пластические операции

Формирование неосфинктера из гладкомышечной манжетки

Без толстокишечного резервуара



С формированием резервуара



Классификация

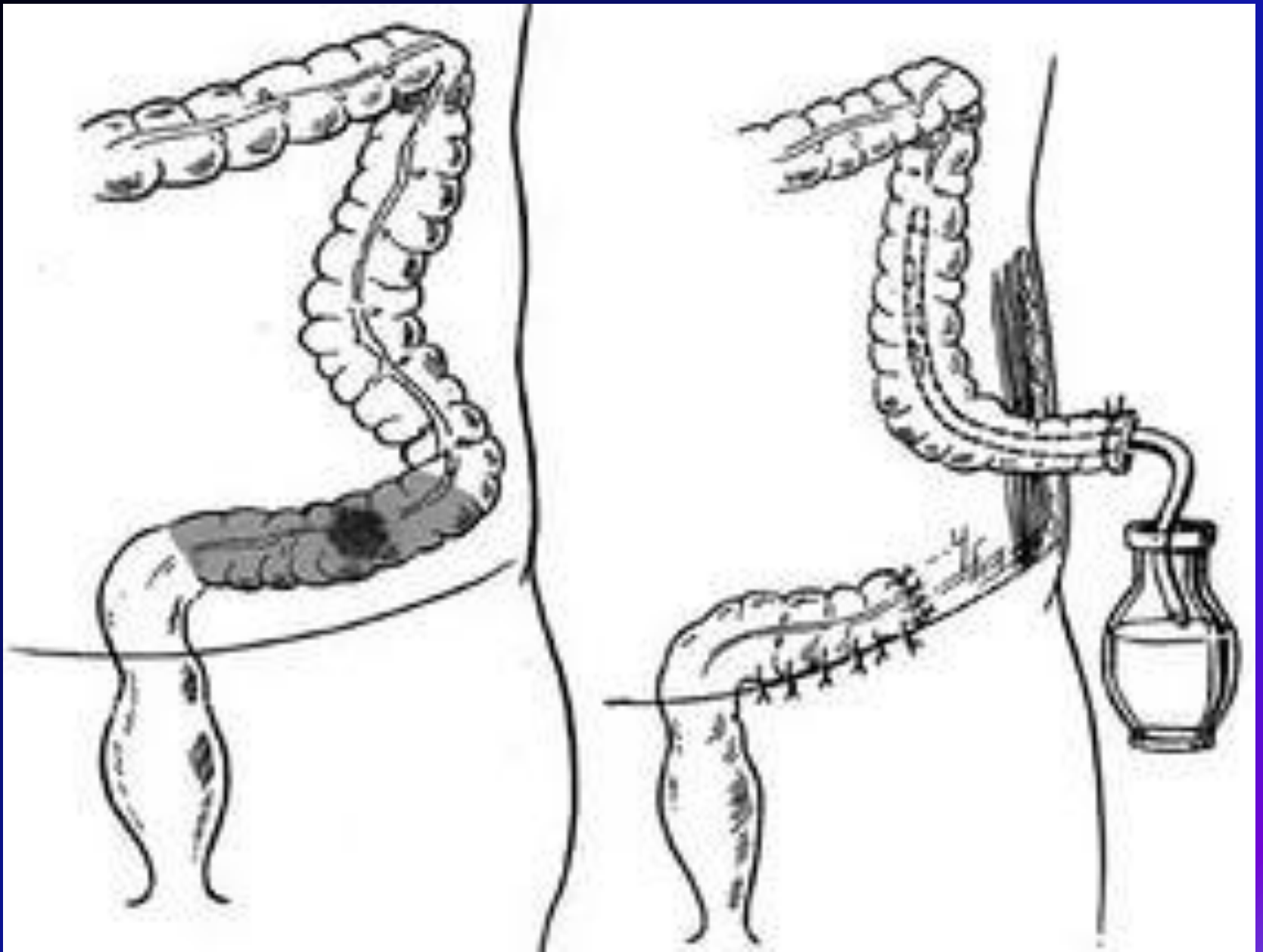
- Сфинктерсохраняющие:
 - ✓ Передняя резекция
 - ✓ Брюшно-анальная резекция с низведением сигмы
- Сфинктеруносящие:
 - ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
 - ✓ **Операция Гартмана**
 - ✓ Эвисцерация таза

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:

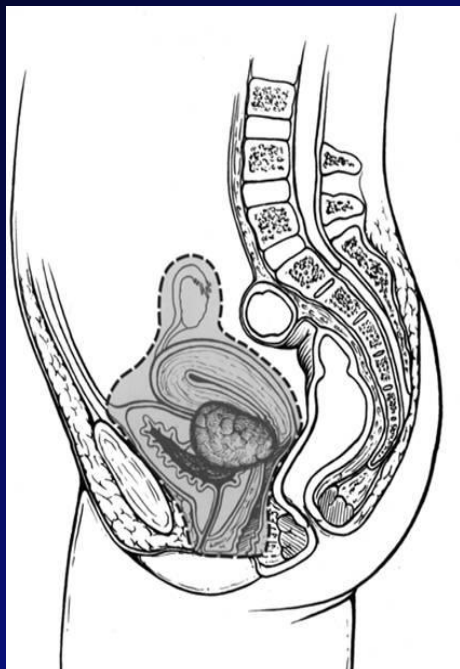
- ✓ Брюшно-промежностная экстирпация
- ✓ Операция Гартмана
- ✓ Эвисцерация таза

Эвисцерация таза

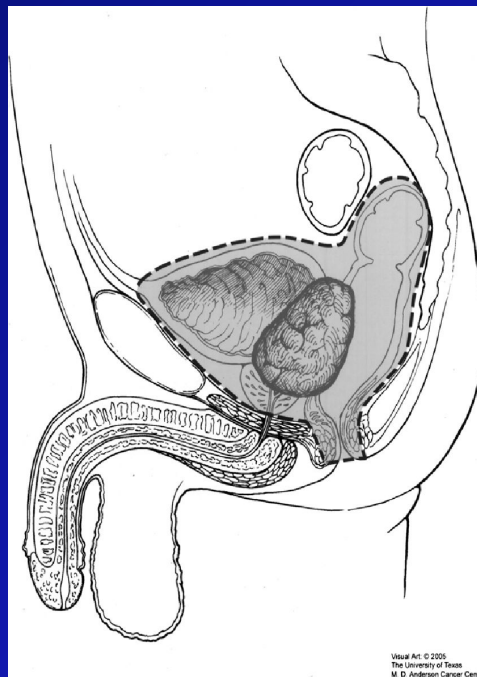
Радикальное хирургическое вмешательство при котором удаляется мочевого пузырь, уретра, влагалище, маточные трубы, матка, шейка матки, прямая кишка, анус, простата (у мужчин) и в некоторых случаях вульва.

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

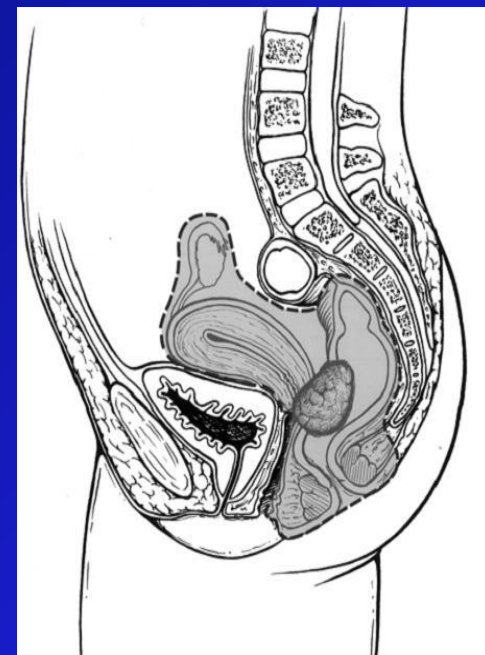
Классификация



Передняя
эвисцерация



Тотальная
эвисцерация



Задняя
эвисцерация

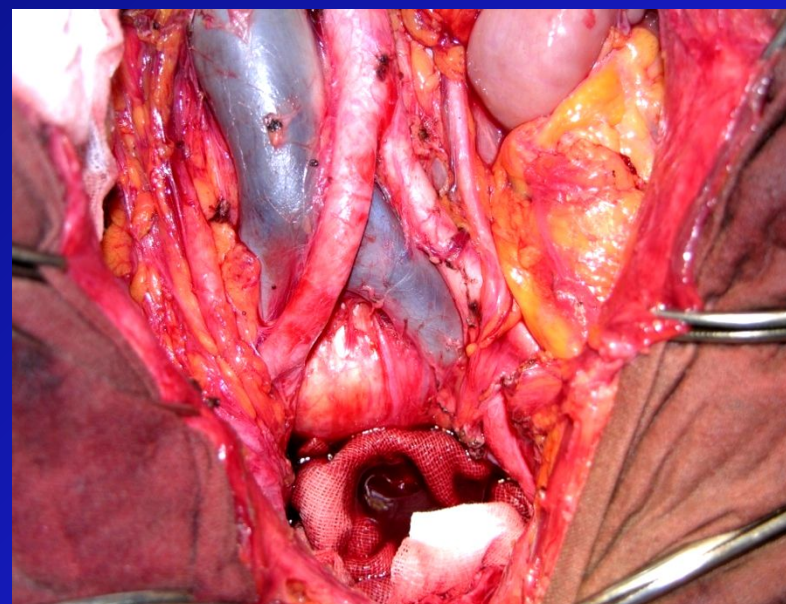
Лимфаденэктомия при раке прямой кишки

- **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!**