

С.Ю. Кравчук
Р.В. Сенютович
В.П. Унгурян

Буковинський державний медичний
університет, м.Чернівці

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА ЇХ УСУНЕННЯ

Ключові слова: рак, сечостатева система, операція, функціональні порушення.

Резюме. Представлений огляд сучасної зарубіжної літератури стосовно діагностики та лікування функціональних порушень тазових органів після радикальних операцій на прямій кишці з приводу раку.

Загальноприйнятою думкою хірургів, що займаються оперативним лікуванням раку прямої кишки, є та, що якість життя після органозберігаючих операцій є кращою. Однак є і дані про те, що функціональні результати як органозберігаючих операцій, так і екстирпацій прямої кишки з часом стають майже однаковими [17, 20].

Безумовно, оптимальні локальні втручання, однак вони можуть бути проведені тільки при T₁ стадії, високодоференційованих карциномах (G₁-G₂), відсутності ураження регіональних лімфатичних вузлів [7, 10]. Передумовою для зменшення функціональних порушень з боку сечостатевої системи є проведення операції зі збереженням автономних нервових сплетень [2, 3].

Патофізіологічні аспекти синдрому передньої резекції (anterior resection syndrome) – це, перш за все, втрата резервуарної функції прямої кишки. Заміна прямої кишки сигмоподібною або низхідною ободовою кишкою не може пов-

© С.Ю. Кравчук, Р.В. Сенютович, В.П. Унгурян, 2005

ністю компенсувати втрачену ампулу. Виходом з цієї ситуації може бути створення мішка (pouch) – “ампули” прямої кишки з товстої кишки [2, 3].

При глибоких анастомозах випадає інгібуючий ректоанальний рефлекс, який реалізується через м'язові сплетення і, таким чином, переривається при пересіченні прямої кишки [21]. Цей рефлекс має особливе значення для нормального випорожнення і тримання [14].

Відрядно, що протягом часу цей рефлекс може частково відновитися. Не виключено, що в патогенезі нетримання калу після органозберігаючої операції має значення розширення анального каналу, пов'язане з методикою накладання механічного шва [5, 7].

Ще один механізм – руйнування кавернозного тіла прямої кишки при глибоких резекціях. Саме кавернозні тільца забезпечують тиск в анальному каналі до 9 мм рт.ст. [12].

Клінічні прояви “anterior resection syndrome” включають болі, тенезми, порушення евакуації з частим випорожненням невеликими кількостями калових мас, т.зв. анальне нетримання [1].

Лікування

Сьогодні немає усталених методів лікування тенезмів та частих фракціонованих випорожнень. Якщо через 1-2 роки покращання не настає, його не слід очікувати і в подальшому. Для покращання стану хворого застосовують різні медикаментозні та дієтичні засоби.

Якщо з'явилися болі, слід виключити рецидив або гнійно-запальний процес у малому тазу. Якщо ці причини усунені, застосовують класичні схеми протибольової терапії, а при її неуспіху – черезшкірну нервову електростимуляцію (TENS).

При нетриманні випорожнень використовують різні ліки для утворення сформованих калових мас. Починають з дієтичних засобів, збільшення баластних речовин в їжі. Далі застосовують такі медикаменти, як Тінстуга орії, Лоперамід [6], Kaolin. Для зняття депресивного синдрому використовують амітриптинти з групи трициклічних антидепресантів [19].

Особливе значення займає гімнастика м'язів тазового дна на основі зворотнього зв'язку (biofeedback). На західному ринку з цією метою випущені численні прилади. Один сенсор вводиться у відхідниковий канал як зонд; він вимірює тиск у каналі і фіксує електричну активність сфінктера. Використовуючи ці дані, пацієнти навчаються самостійно активувати м'язи, що закривають задній прохід. Інші варіанти приладів надають можливість стимулювати замикальні м'язи. Цим методом можна покращити тримання у половині або 2/3 хворих. Однак деякі дослідники оцінюють цю методику як неефективну [15].

Для покращання тримання застосовують анальні тампони. Це одноразові пристосування, які розкриваються у відхідниковому каналі. Однак виведення тампона з прямої кишки досить неприємна процедура. Багато хворих застосовують т.зв. превентивні анальні іригації, штучно викликають випорожнення кишечника, що позбавляє їх від інших проблем [11].

У тяжких випадках застосовують пластику нижнім м'язом стегна [20], створюють штучний сфінктер [12], який вводять у підшкірну клітковину і за потреби включають і виключають підшкірну помпу. Небезпека цих методів – гнійні процеси. Ще одна альтернатива – імплантація стимуляторів, що діють на корінці сакральних нервів [14].

Особливу увагу привертають стенози після передніх резекцій. Звичайно для лікування застосовують бужування, ендоскопічне розсічення стенозу за допомогою ендоскопічної мікрохірургічної техніки (TEM) [9].

Порушення функцій сечового міхура після операцій на прямій кишці виникають у 40-70% [4, 8]. Ерекційна дисфункція навіть при виконанні нервозберігальних операцій розвивається у 10-20% [4].

Для ліквідації затримки сечі серед медикаментозних засобів застосовують парасимпатоміетики, такі як Myocholine або Doryl, α -блокатори (Omnipic, Alna). При ерекційній дисфункції корисною може виявитись застосування Sildenafil (Viagra).

Література. 1. Brown S.R., Seow-Choen F. Preservation of rectal function after low anterior resection with formation of a neorectum // *Dis Colon Rectum*. – 2000. – 19. – P. 376-385. 2. Fürst A., Suttner S., Agha A. et al. Colonic J-pouch vs. colooplasty following resection of distal rectal cancer: early results of a prospective, randomized, pilot study // *Dis Colon Rectum*. – 2003. – 46. – P.1161-1166. 3. Hallbook O., Pahlman L., Krog M. et al. Randomized comparison of straight and colonic J pouch anastomosis after low anterior resection // *Ann. Surg.* – 1996. – 224. – P.58-65. 4. Havenga K., Enker W.E., McDermott K et al. Male and female sexual and urinary function after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for carcinoma of the rectum // *J. Am. Coll. Surg.* – 1996. – 182. – P. 495-502. 5. Ho Y.H., Tan M., Leong A. et al. Anal pressures impaired by stapler insertion during colorectal anastomosis: a randomized, controlled trial // *Dis Colon Rectum*. – 1999. – 42. – P.89-95. 6. Jafri S., Pasricha P.J. Agents used for diarrhea, constipation and inflammatory bowel disease: agents used for biliary and pancreatic disease. In: Hardman JG, Limbird JE, eds. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics, 10th edn. McGraw-Hill, New York., 2001. – P.1037-1058. 7. Jehle E. C., Haehnel T., Starlinger M.J., Becker H.D. Level of the anastomosis does not influence functional outcome after anterior rectal resection for rectal cancer // *Am. J. Surg.* – 1995. – 169. – P.147-52; discussion – P. 152-153. 8. Junginger T., Kneist W., Heintz A. Influence of identification and preservation of pelvic autonomic nerves in rectal cancer surgery on bladder dysfunction after total mesorectal excision // *Dis Colon Rectum*. – 2003. – 46. – P.621-628. 9. Kato K., Saito T., Matsuda M. et al. Successful treatment of rectal anastomotic stenosis by transanal endoscopic microsurgery (TEM) using the contact Nd: YAG laser // *Surg. Endosc.* – 1997. – 11. – P.485-487. 10. Kreis M.E., Jehle E., Haug V. et al. Functional results after transanal endoscopic microsurgery // *Dis Colon Rectum*. – 1996. – 39. – P.1116-1121. 11. Krogh K., Kvitzau B., Jorgensen T.M. Treatment of anal incontinence and constipation with transanal irrigation // *Ugeskr. Laeger.* – 1999. – 161. P. 253-256. 12. Lehur P.A., Roig J.V., Duinslaegger M. Artificial anal sphincter: prospective clinical and manometric evaluation // *Dis Colon Rectum*. – 2000. – 43. – P. 1100-6. 13. Matzel K.E., Kamm M.A., Stosser M. et al. Sacral spinal nerve stimulation for faecal incontinence: multicentre study // *Lancet.* – 2004. – 363. – P.1270-1276. 14. Miller R., Bartolo D.C., Cervero F., Mortensen N.J. Anorectal samplings comparison of normal and incontinent patients // *Br. J. Surg.* – 75. – P.44-47. 15. Norton C., Chelvanayagam S., Wilson-Barnett J. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence // *Gastroenterology.* – 2003. – 125. – P.1320-1329. 16. Norton C., Hoske G., Brazzelli M. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2000. – CD00. – P. 2111. 17. Pachter J., Wille-Jorgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy // *The Cochrane Database of systematic reviews.* Issue 2. Art. – 2005. – No.: C0004323. pub 3. 001:10/1002/14651858. 18. Rongen M.J., Uludag O., El Naggar K. et al. Long-term follow-up of dynamic graciloplasty for fecal incontinence // *Dis Colon Rectum*. – 2003. – 46. – P.716-721. 19. Santoro G.A., Eitan B.Z., Pryde A.,

Bartolo M.S. Open study of low-dose amitriptyline in the treatment of patients with idiopathic fecal incontinence // *Dis Colon Rectum*. – 2000. – 43. – P.1676-1682. 20. *Schmidt C.E., Bestmann B., Küchler T.* et al. Prospective evaluation of quality of life of patients receiving either abdominoperineal resection or sphincter-preserving procedure for rectal cancer // *Dis Colon Rectum*. – 2005. – 12. – P. 117-123. 21. *Sun W.M., Read N.W., Miner P.B.* et al. The role of transient internal sphincter relaxation in fecal incontinence // *Int. J. Colorect. Dis.* – 1990. – 5. – P. 31-36.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТАЗОВЫХ
ОРГАНОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И ИХ УСТРАНЕНИЕ**

С.Ю. Кравчук, Р.В. Сениотович, В.П. Унгуриян

Резюме. Представлен обзор современной зарубежной литературы относительно диагностики и лечения функци-

ональных нарушений тазовых органов после радикальных операций на прямой кишке по поводу рака прямой кишки.

Ключевые слова: рак, мочеполовая система, операция, функциональные нарушения.

**THE NEW ASPECTS IN TREATMENT OF
FUNCTIONAL INFRINGEMENTS OF THE PELVIS
ORGANS AFTER OPERATIVE TREATMENT OF THE
RECTAL CANCER**

R.W. Seniutowych, S.Y. Kravchuk, W.P. Ungurian

Abstract. The bibliographic review of the modern foreign literature concerning diagnostics and treatment of functional infringements of the pelvis organs after radical operations on the rectum in case of cancer have been reviewed.

Key words: cancer, urinogenital system, operation, functional infringements.