

Случай из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.351-089.844

Царьков П.В., Тулина И.А., Леонтьев А.В., Пузаков К.Б., Журковский В.И. СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ДИСТАЛЬНОЙ САКРУМЭКТОМИЕЙ

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

♦ **Описанное наблюдение — демонстрация сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки с дистальной сакрумэктомией при местно-распространенном раке прямой кишки с изолированным вовлечением дистальной части крестца и отсутствии данных о поражении сфинктера.**

Ключевые слова: сфинктеросохраняющая резекция прямой кишки; дистальная сакрумэктомия; местно-распространенный рак прямой кишки.

Для цитирования: П.В. Царьков, И.А. Тулина, А.В. Леонтьев, К.Б. Пузаков, В.И. Журковский. Сфинктеросохраняющая резекция прямой кишки с дистальной сакрумэктомией. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(5): 277—280.
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-5-277-280

Для корреспонденции: Леонтьев Александр Владимирович ассистент кафедры колопроктологии и эндоскопической хирургии ИПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» 119991, Москва. E-mail: Leontyev@proctosite.ru

Tsarkov P.V., Tulina I.A., Leontyev A.V., Puzakov K.B., Zhurkovskiy V.I.

THE SPHINCTER-PRESERVING RESECTION OF RECTUM WITH DISTAL SACRUMECTOMY

The I.M. Sechenov first Moscow state medical university, 119992, Moscow, Russia

♦ **The described observation is demonstration of sphincter-preserving resection of rectum with distal sacrumectomy under locally widespread cancer of rectum with isolated involvement of distal portion of sacrum and absence of data proving affection of sphincter.**

Keywords: sphincter-preserving resection of rectum; distal sacrumectomy; locally widespread cancer of rectum.

For citation: Tsarkov P.V., Tulina I.A., Leontyev A.V., Puzakov K.B., Zhurkovskiy V.I. The sphincter-preserving resection of rectum with distal sacrumectomy. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2016; 22(5): 277—280 (In Russ.). DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-5-277-280

For correspondence: Aleksandr V. Leontyev, assistant of the chair of coloproctology and endoscopic surgery The I.M. Sechenov first Moscow state medical university, 119992, Moscow, Russia. E-mail: Leontyev@proctosite.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 10.05.16

Accepted 24.05.16

*Когда вам покажется, что цель недостижима,
не изменяйте цель — изменяйте свой план действия*
Конфуций

Введение

Местно-распространенные формы рака прямой кишки составляют 6—20% всех первичных опухолей этой локализации [1—3]. Сегодня МРТ малого таза позволяет с высокой степенью достоверности до операции выявить вовлечение в процесс соседних структур и органов, наметить безопасную циркулярную линию резекции [3].

Одно из частных случаев местного распространения — прорастание или прилегание опухоли прямой кишки к пресакральной фасции. Клинически это проявляется ограничением подвижности опухоли, что считается признаком ее неудаляемости из-за невозможности достичь отрицательного края резекции при использовании стандартной мезоректумэктомии [3—5]. Использование химиолучевой терапии в качестве способов уменьшения размеров опухоли и ее стадии с целью выполнения в дальнейшем стандартной операции эффективно лишь у половины пациентов [6, 7]. У большинства оставшейся половины больных радикальное

удаление опухоли признается неосуществимым. В то же время в ряде исследований показано, что выполнение брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с частичной резекцией крестца позволяет достичь R₀ резекции и обеспечить 56% 5-летнюю выживаемость [2]. Однако данный объем оперативного вмешательства предполагает формирование постоянной колостомы, что резко снижает качество жизни [8]. В некоторых случаях это приводит к отказу больных от оперативного лечения, уменьшая их шансы на выживание.

В доступной литературе нет данных о возможности выполнения сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки с дистальной сакрумэктомией при местно-распространенном раке прямой кишки с вовлечением пресакральной фасции.

Цель настоящего сообщения — демонстрация возможности выполнения радикальной сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки при местно-распространенном раке с вовлечением пресакральной фасции.

Клиническое наблюдение

Пациент С., 47 лет, ИМТ 24,8 кг/м², в течение года жаловался на запоры, примесь крови и слизи в кале, общую слабость, затем отметил снижение массы тела на 10 кг за полгода. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился. В ноябре 2015 г. в связи с развитием клинической картины частичной обтурационной толстокишечной непроходимости в экстренном порядке госпитализирован в одну из Московских больниц скорой медицинской помощи. Явления кишечной непроходимости были разрешены консервативно. При обследовании выявлен местно-распространенный рак прямой кишки на 7 см от ануса с инвазией в 5 крестцовый позвонок и копчик. По данным гистологического исследования, диагностирована умеренно дифференцированная аденокарцинома. Проведенное МРТ малого таза показало, что распространенность процесса соответствует стадии T4N2 (рис. 1 на 3-й странице обложки).

Проведенная КТ органов брюшной полости и грудной клетки отдаленных метастазов не выявила. Уровень маркеров опухолевого роста не превышал нормальные значения. В общем анализе крови отмечали снижение уровня гемоглобина до 110 г/л. По данным биохимического анализа крови, белково-энергетических, электролитных, почечных нарушений не выявлено. Пациент до начала лечения был анкетирован при помощи опросников DAN-PSS, IEF, UDI. Нарушений мочеполовой функции не выявлено.

В рамках междисциплинарного онкологического консилиума больному рекомендовано проведение предоперационной химиолучевой терапии. В течение месяца в отделении лучевой терапии МНИОИ им. П.А. Герцена ему была проведена химиолучевая терапия: 5 ФУ по 500 мг № 5 в/в капельно СД 2500 мг, цисплатин 40 мг СОД 160 мг + ДЛТ по схеме СДФ по 4 Гр 1 раз в неделю в дни введения цисплатина, в другие 4 дня — по 2 Гр, МЛК, до СОД 48 Гр. Не отмечено сколько-нибудь выраженных токсических реакций после проведенного лечения. В процессе наблюдения не отмечали выраженной динамики опухоли, в связи с чем через 4 нед проведено повторное МРТ исследование (рис. 2 на 3-й странице обложки).

С учетом отсутствия выраженного эффекта от химиолучевой терапии и сохраняющихся данных о инвазии мезоректальной клетчатки на уровне 5 крестцового позвонка и пораженных лимфатических узлов повторный онкоконсилиум признал целесообразным отказаться от дальнейшего наблюдения в пользу выполнения радикального хирургического вмешательства. Пациенту была предложена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, от которой он отказался из-за нежелания жить с постоянной колостомой. Учитывая молодой возраст пациента и его негативное отношение к формированию постоянной стомы, принято решение о выполнении сфинктеросохраняющей операции: 08.02.2016 пациенту выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с параортальной лимфаденэктомией, резекцией 5 крестцового позвонка и копчика с формированием колоректального анастомоза и превентивной илеостомы по Торнболлу с использованием комбинированного абдоминотранссакрального доступа.

Ход операции

Под комбинированной анестезией в положении больного на спине с разведенными в стороны полусогнутыми

ногами выполнена срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выпота не обнаружено, данных о метастатическом поражении органов брюшной полости не выявлено. Верхний полюс опухоли определялся на уровне тазовой брюшины. При пальпации основная масса опухоли, располагающаяся ниже уровня тазовой брюшины, была мало смещаемая относительно крестцовой кости.

Выполнено рассечение брюшины слева от основания брыжейки сигмовидной кишки с последующим выделением мезоколон до левой боковой поверхности аорты. При этом визуализирован левый мочеточник, голадные сосуды и сохранена целостность висцеральной фасции. Далее выполнено рассечение брюшины справа от основания брыжейки сигмовидной кишки, начиная от уровня бифуркации аорты вверх до нижнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки. Далее брюшина рассечена по ходу двенадцатиперстной кишки влево до нижней брыжесечной вены (НБВ) и параллельно расположенной ей левой ободочной артерии (ЛОА). Идентифицированы правый и левый спланхические нервы у места их слияния и образования верхнего гипогастрального сплетения. Начиная от этого уровня по направлению к нижнегоризонтальной ветви выполнена парааортальная лимфодиссекция со скелетизацией ствола НБА ниже уровня отхождения левой ободочной артерии. Произведена «низкая» коагуляция и пересечение НБА с использованием Ligasure. Подобным образом на указанном уровне скелетизирована и пересечена НБВ. Мобилизация левого изгиба ободочной кишки не производилась в связи с достаточной для низведения и формирования анастомоза длиной сигмовидной кишки. На 15 см выше опухоли сигмовидная кишка была очищена от брыжейки, брюшины и жировых подвесков и пересечена между кистным аппаратом и прямым зажимом. В просвет проксимальной культи установлена головка от циркулярного швующего аппарата диаметром 29 мм. Далее с использованием тракции и контртракции начато выделение прямой кишки с сохранением верхнего гипогастрального сплетения и уходящих в таз правого и левого гипогастральных нервов. Следует отметить, что сразу после разделения гипогастрального сплетения на указанные нервы были рассечены прегипогастральная и париетальные фасции, расположенные над крестцовой костью, и выделение по задней поверхности стало носить экстрафасциальный характер. Мобилизация задней поверхности прямой кишки продолжилось до уровня 5 крестцового позвонка, где указанные фасции образуют фасцию Вальдейера, которая была фиксирована к опухоли. Дальнейшая мобилизация прямой кишки в указанном слое могла привести к слишком близкому «подхождению» к опухоли, ее разрушению или непреднамеренной перфорации. Выделение прямой кишки продолжено по ее передней поверхности между фасцией Денонвиллье и собственно фасцией прямой кишки до уровня кишечной шеи. Затем мобилизованы боковые поверхности прямой кишки с опухолью с сохранением гипогастральных нервов и тазовых сплетений с обеих сторон до уровня окончания мезоректальной клетчатки. На этом абдоминальный этап мобилизации был завершен. В правой мезогастральной области сформирована превентивная илеостома по Торнболлу. Через контрапертуру в левой подвздошной области установлен дренаж в полость малого таза. Лапаротомная рана ушита. На этом абдоминальный этап операции был завершен.

Случай из практики

Пациент был перевернут на живот с разведенными в стороны полусогнутыми ногами в позицию перочинного ножа (jack knife). Выполнен линейный разрез кожи и подкожной клетчатки по межъягодичной складке от проекции 4 крестцового позвонка до уровня на 1,5 см выше анального отверстия. Подкожная жировая клетчатка отделена от задней поверхности крестца по ходу кожного разреза до его боковых границ. На этом уровне с обеих сторон от боковых поверхностей крестцовой кости мобилизованы заднемедиальные порции больших ягодичных мышц. Фасция, покрывающая заднюю поверхность крестца, отделена от его надкостницы и поднята в краниальном направлении. Далее выполнен продольный разрез копчиково-анальной связки, начиная от дистальной части копчика до уровня верхнего края пуборектальной петли. Острым путем выделена задняя поверхность «кишечной шеи» до соединения с выделенными на этом уровне со стороны живота участками прямой кишки. При помощи электрокоагуляции были рассечены крестцово-остистые связки с обеих сторон. Трансакральный доступ был соединен с абдоминальным, что позволило завести пилу Джигли при помощи проводника за крестец на уровне выше точки фиксации опухоли к фасции Вальдейера. Выполнена дистальная сакрумэктомия на уровне 5 крестцового позвонка (рис. 3 на 3-й странице обложки).

Прямая кишка «вывихнута» в промежностную рану, пересечена в 3 см ниже опухоли над анальным сфинктером при помощи линейного сшивающего аппарата (рис. 4 на 3-й странице обложки). Под визуальным контролем при помощи циркулярного сшивающего аппарата диаметром 29 мм сформирован аппаратный сигмоанальный анастомоз конец в конец. Проведена воздушная проба на герметичность, анастомоз состоятелен. Промежностная рана послойно ушита край в край. Для восстановления целостности тазового дна использованы фасция, покрывающая заднюю поверхность удаленной части крестцовой кости и копчика, и ранее рассеченная копчиково-анальная связка с мышцами леватора.

Операционный препарат

Макропрепарат представлен прямой и фрагментом сигмовидной кишки, сосудистая ножка длиной 12 см, мезоректальная фасция сохранена на всем протяжении. По задней поверхности препарата имелись резецированные единым блоком копчик и фрагмент 5 крестцового позвонка размером 4 × 4 × 1 см (рис. 5 на 3-й странице обложки). При морфологическом исследовании на серийных поперечных срезах операционного препарата выявлена опухоль, имеющая смешанный характер роста, стенозирующая просвет кишки менее чем на 50%, протяженностью 5 см. Нижний край опухоли располагался на 3 см выше дистального края резекции. Опухоль прорастала через все слои стенки кишки, врастая в окологлишечную клетчатку на глубину до 0,5 см.

При микроскопическом исследовании удаленной с опухолью прямой кишки выявлены клетки аденокарциномы и химиолучевой патоморфоз III—IV степени, субтотальный регресс опухоли. В прилежащей клетчатке между опухолью и костными структурами выявлены участки разрастания соединительной ткани с формированием полей фиброза. Проксимальный и дистальный края, латеральная линия резекции были без опухолевого роста. В 1 из 7 лимфоузлах 1-го порядка выявлены признаки метастатического поражения в виде комплексов

атипичных клеток с дистрофическими изменениями в полностью фиброзированном лимфоузле. В лимфатических узлах 2-го и 3-го порядка метастазы рака не выявлены.

Послеоперационный период

Послеоперационный период протекал гладко, однако была диагностирована серома подкожной клетчатки промежностной раны, что повлекло ее длительное заживление. Нарушения функции тазовых органов в послеоперационном периоде у пациента не выявлено. По данным опросников DAN-PSS, IEF, UDI, после операции у больного не обнаружено нарушения мочеиспускания и сексуальной функции. После операции пациент получил 3 курса полихимиотерапии по схеме FOLFOX 6. Токсических реакций не отмечено. В настоящее время планируется проведение реконструктивно-восстановительной операции по восстановлению непрерывности кишечника с ликвидацией двустольной илеостомы.

Обсуждение

Предложенная Хилдом концепция удаления прямой кишки в пределах ее эмбрионального слоя — мезоректумэктомии — существенным образом изменила результаты лечения рака этого органа [9, 10]. Однако при опухолях, прорастающих мезоректальную фасцию или соседние органы и структуры, следование стандартному мезоректальному плану выделения неизбежно приведет к компрометации циркулярной границы резекции. Во избежание этого, а также с целью снижения частоты местных рецидивов в мире широко используется химиолучевая терапия, которая у половины таких больных ведет к уменьшению опухолевой массы и позволяет выполнить стандартную операцию. Кроме того, частота рецидивов при проведении предоперационной химиолучевой терапии с последующим выполнением мезоректумэктомии может быть снижена до 2,4% [11]. Однако лечение местно-распространенных форм рака прямой кишки представляет более сложную задачу. Несмотря на скрининговые программы, направленные на раннюю диагностику рака прямой кишки, впервые выявленные местно-распространенные опухоли составляют от 6 до 20% первичного рака прямой кишки [1—3]. Существует мультидисциплинарный консенсус по поводу необходимости проведения таким пациентам предоперационной химиолучевой терапии с последующей возможностью радикального хирургического лечения [6, 12, 13]. Таким образом обеспечено снижение частоты местных рецидивов с 40 до 10% и увеличение 5-летней выживаемости с 50 до 75% за последние 40 лет [13, 14]. Однако не у всех пациентов проведенное предоперационное химиолучевое лечение приводит к уменьшению опухоли до таких размеров, чтобы сфинктеросохраняющая тотальная мезоректумэктомия могла быть выполнена с сохранением принципов онкологического радикализма. Тогда единственным шансом на выздоровление для больного становится удаление всех пораженных органов единым блоком [14, 15]. С другой стороны, возможность выполнения данного рода операций с сохранением онкологической радикальности во многом зависит от профессионализма хирурга и технического оснащения операционной. В настоящее время выполнение комбинированных резекций прямой кишки с соседними органами в специализированных клиниках не представляется затруднительным. Однако в случае вовлечения

крестца в опухолевый процесс выполнение радикальных сфинктеросохраняющих операций представляется невозможным. Таким пациентам выполняются лишь паллиативные хирургические вмешательства, без удаления пораженного органа. Радикальное хирургическое лечение таких опухолей требует расширенных операций с удалением части крестца единым блоком [16—18]. В лучшем случае пациенту может быть предложена инвалидизирующая операция — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с сакрумэктомией. В данном случае больного ждет пожизненное носительство стомы, что резко снизит качество его жизни. Несмотря на инвалидизирующий характер данного вида радикального хирургического лечения местно-распространенного рака прямой кишки, 5-летняя выживаемость в этом случае достигает 56% [2]. Эти результаты могут быть сопоставимы с результатами лечения больных локализованными формами рака прямой кишки после выполнения стандартной тотальной мезоректумэктомии. [9, 14]. Однако не все хирурги имеют необходимые навыки для выполнения данных хирургических вмешательств. Высокая разрешающая способность МР-исследования органов малого таза является наиболее точным инструментом для стадирования рака прямой кишки и планирования оперативного лечения при местнораспространенных формах. При помощи МРТ можно диагностировать вовлечение крестца в опухолевый процесс, которое не удается выявить при КТ или ультразвуковом исследовании [1, 15].

В данном случае клиническое наблюдение показывает возможность выполнения сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки с резекцией 5 крестцового позвонка единым блоком при местнораспространенном раке прямой кишки с вовлечением пресакральной фасции V крестцового позвонка. С одной стороны, данный вид оперативного вмешательства не противоречит современным принципам онкологического радикализма, а с другой стороны, позволяет сохранить сфинктерный аппарат прямой кишки, тем самым обеспечить качество жизни пациентов.

Заключение

При местно-распространенном раке прямой кишки с изолированным вовлечением дистальной части крестца и при отсутствии данных о поражении сфинктера возможно выполнение сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки с дистальной сакрумэктомией. Это позволяет обеспечить онкологический радикализм данного рода операции и сохранить качество жизни больного.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Beets-Tan R.G., Beets G.L. Rectal Cancer: review with emphasis on MR imaging. *Radiology*. 2004; 232(2): 335—46.
2. Ferenschild F.T., Vermaas M., Verhoef C., Dwarkasing R.S., Eggermont A.M., de Wilt J.H. Abdominosacral resection for locally advanced and recurrent rectal cancer. *Br. J. Surg.* 2009; 96: 1341—7.
3. Poeze M., Houbiers J.G., van de Velde C.J., Wobbes T., von Meyenfheldt M.F. Radical resection of locally advanced colorectal cancer. *Br. J. Surg.* 1995; 82: 1386—90.
4. Gawad W., Fakhr I., Lotayef M., Mansour O., Mokhtar N. Sphincter-saving and abdomino-perineal resections following neoadjuvant chemoradiation in locally advanced low rectal cancer. *J. Egypt. Natl. Canc. Inst.* 2015; 27(1): 19—24.
5. Saklani A.P., Bae S.U., Clayton A., Kim N.K. Magnetic resonance imaging in rectal cancer: A surgeon's perspective. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20(8): 2030—41.
6. Berardi R., Maccaroni E., Onofri A., Morgese F., Torniai M., Tiberi M. et al. Locally advanced rectal cancer: the importance of a multidisciplinary approach. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20(46): 17279—87.
7. Kim N.K., Baik S.H., Seong J.S., Kim H., Roh J.K., Lee K.Y. et al. Oncologic outcomes after neoadjuvant chemoradiation followed by curative resection with tumor-specific mesorectal excision for fixed locally advanced rectal cancer: Impact of postirradiated pathologic downstaging on local recurrence and survival. *Ann. Surg.* 2006; 244(6): 1024—30.
8. Konanz J., Herrle F., Weiss C., Post S., Kienle P. Quality of life of patients after low anterior, intersphincteric, and abdominoperineal resection for rectal cancer — a matched-pair analysis. *J. Colorectal. Dis.* 2013; 28(5): 679—88.
9. Heald R.J., Moran B.J., Ryall R.D., Sexton R., MacFarlane J.K. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978—1997. *Arch. Surg.* 1998; 133(8): 894—9.
10. Heald R.J., Ryall R.D. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet.* 1986; 1(8496): 1479—82.
11. Kapiteijn E., Marijnen C.A., Nagtegaal I.D., Putter H., Steup W.H., Wiggers T. et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345(9): 638—46.
12. Ceelen W.P., Van Nieuwenhove Y., Fierens K. Preoperative chemoradiation versus radiation alone for stage II and III resectable rectal cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; 21(1): CD006041.
13. MacFarlane J.K., Ryall R.D., Heald R.J. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet.* 1993; 341: 457—60.
14. Minsky B.D. Adjuvant therapy for rectal cancer. ASCO Annual Meeting Educational Book. *Eur. Surg.* 2002; 34(1): 35—9.
15. Wang Q.X., Li S.H., Zhang X., Xie L., Cai P.Q., An X. et al. Identification of locally advanced rectal cancer with low risk of local recurrence. *PLoS One.* 2015; 10(1): e0117141.
16. Bhangu A., Brown G., Akmal M., Tekkis P. Outcome of abdominosacral resection for locally advanced primary and recurrent rectal cancer. *Br. J. Surg.* 2012; 99(10): 1453—61.
17. Hohenberger W., Merkel S., Matzel K., Bittorf B., Papadopoulos T., Göhl J. The influence of abdomino-perineal (intersphincteric) resection of lower third rectal carcinoma on the rates of sphincter preservation and locoregional recurrence. *Colorectal Dis.* 2006; 8(1): 23—33.
18. Wanebo H.J., Marcove R.C. Abdominal sacral resection of locally recurrent rectal cancer. *Ann. Surg.* 1981; 194(4): 458—71.



К статье П.В. Царькова и соавт.

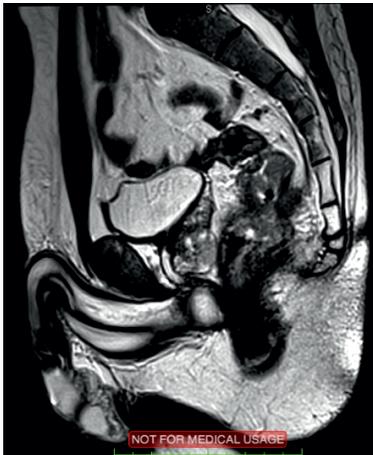


Рис. 1. МРТ малого таза до предоперационной химиолучевой терапии.

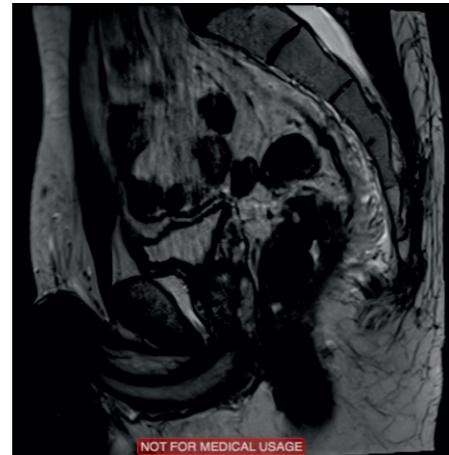


Рис. 2. МРТ малого таза после предоперационной химиолучевой терапии.

Первичная опухоль прямой кишки представлена язвенно-инфильтративным объемным образованием, дистальный край которого располагался на высоте 70 мм от нижнего края наружного анального сфинктера. Протяженность опухоли в краниокаудальном направлении составляла 50 мм, ее проксимальный край располагался выше кармана брюшины. Отмечается инвазивный рост опухоли в мезоректальную клетчатку с краевой инвазией пресакральной клетчатки на уровне 5 крестцового позвонка и множественные лимфоузлы до 4–8 мм в диаметре.

Сохраняется прорастание опухоли мышечного слоя стенки кишки и экстрамуральное распространение опухоли на 20–22 мм. На уровне тела 5 сакрального позвонка определяется краевая инвазия мезоректальной клетчатки на глубину до 3 мм. В мезоректальной клетчатке сохранялось большое количество лимфатических узлов до 4–8 мм в диаметре.

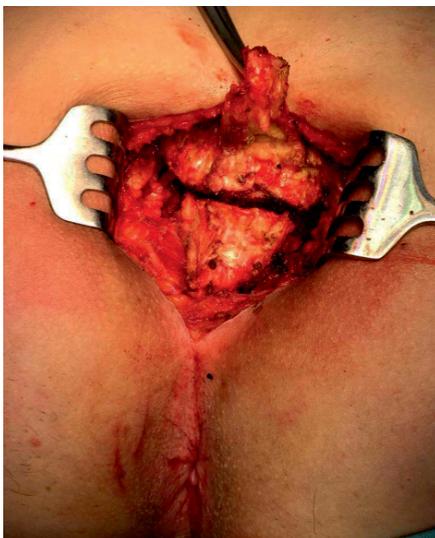


Рис. 3. Вид промежностной раны – уровень резекции 5 крестцового позвонка.

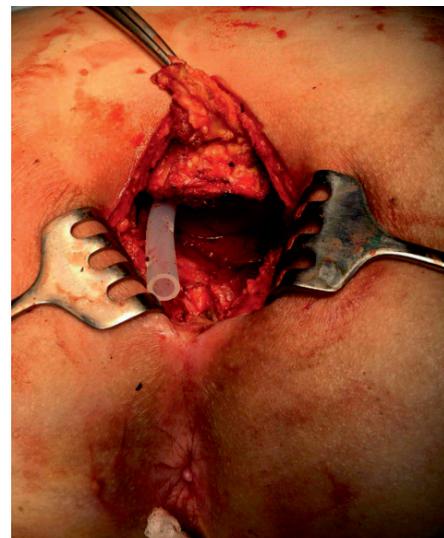


Рис. 4. Вид промежностной раны после удаления резецированной прямой кишки с копчиком и частью 5 крестцового позвонка единым блоком.



Рис. 5. Макропрепарат, представленный фрагментом сигмовидной и прямой кишкой с копчиком и частью 5 крестцового позвонка единым блоком