

УДК 616.351 – 006.6 – 089

ПОСИНДРОМНИЙ ПІДХІД ДО ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ З МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНИМ РАКОМ ПРЯМОЇ КИШКИ

В.В. Бойко, І.В. Криворотько

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України», м.Харків

Реферат. У статті наведений аналіз результатів комбінованого лікування 385 хворих на рак прямої кишки, з них в 202 випадках – із застосуванням етапної тактики й хіміотерапії, удосконалених способів евісцераций таза й реконструктивно-відновних операцій з розширеними лімфодисекціями. Виділено основні синдроми, що спостерігаються при місцево розповсюдженому раку прямої кишки та сформульована концепція хірургічного лікування даної патології. Комбінований підхід до вирішення даної проблеми дозволив збільшити кількість радикальних і циторедуктивних операцій, знизити процент виконання паліативних операцій, зменшити кількість ускладнень: кровотеч та неспроможностей анастомозу.

Ключові слова: місцево розповсюджений рак прямої кишки, комбіновані операції, результати.

Лікування місцево розповсюдженого раку прямої кишки в є однією з найбільш складних і актуальних медичних та медико-соціальних проблем.

На протязі останніх 10 років відзначаються негативні тенденції, що стосуються росту випадків первинної діагностики занедбаного раку прямої кишки, при цьому число хворих на рак прямої кишки III і IV стадії в Україні, країнах Європи й США становить 70 – 80% відносно осіб із вперше встановленим діагнозом [1-5].

Причина незадовільних віддалених результатів лікування хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки – висока частота виникнення рецидивів пухлини й метастазів раку до 80-90% хворих в терміни до 2-х років після операції [2, 4, 6, 7], що в більшості випадків пов'язане з неадекватним обсягом операцій при місцево розповсюджених його формах. Розширені й комбіновані операції при розповсюджених формах раку прямої кишки поєднані з високим ризиком розвитку загальних і місцевих ускладнень: зокрема кровотеч – до 25%, неспроможностей анастомозу – до 14% [8-10], що вимагає розробки нових методів їхньої профілактики й лікування.

Ціль дослідження

Поліпшення результатів лікування хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки шляхом удосконалення способів евісцераций таза й реконструктивно-відновних операцій.

Матеріал та методи

Клінічний розділ дослідження заснований

на аналізі результатів лікування 385 хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки, що перебували на лікуванні в Інституті загальної та невідкладної хірургії АМН України за 10 років, з 1998 по 2007 роки.

Пацієнти з місцево розповсюдженою патологією розділені на 2 групи по строках госпіталізації:

- в 1 групі було 183 пацієнтів, які були госпіталізовані до 2001 року включно;

- в 2 групі 202 пацієнтів, які були госпіталізовані з 2002 по 2007 рік, лікування яких проводилося з використанням вдосконаленої методики лікування.

Діагноз встановлювали на підставі комплексного клініко-інструментального дослідження, що включало пальцеве дослідження прямої кишки, ректоскопію, колоноскопію з прицільною біопсією пухлини, рентгенологічне дослідження прямої кишки, УЗД органів малого таза й черевної порожнини, трансректальне УЗД, КТ органів малого таза. На підставі отриманих даних формулювалася стратегія хірургічного лікування даної патології з виділенням провідного симптомокомплексу.

По даним аналізу спостережень, частота провідних синдромів у хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки представлена на рисунку 1.

Відповідно до міжнародної класифікації ESMO (2002), до розповсюджених форм відносять пухлини прямої кишки, які інфільтрують підсерозну основу або тканини, які прилежать до позаочеревних ділянок кишки (стадія II або $T_3N_0M_0$), також пухлини, які поширюються за межі прямої кишки на інші органи й (або) вісцеральну очеревину (стадія II або $T_4N_0M_0$), також різні стадії первинної пухлини, частіше T2-T4 при наявності регіонарних метастазів у лімфатичні вузли (стадія III або $T_2N_{1-2}M_0, T_3N_{1-2}M_0, T_4N_{1-2}M_0$), також будь-який ступінь інвазії в кишку T (частіше $T_{2-4}N_{1-2}$) при наявності віддалених метастазів (M_1).

Проведені нами раніше [2, 6] експериментальні дослідження на 124 тваринах – щурах лінії Вістар по дослідженню біологічної й механічної міцності кишкового шва дозволили висунути припущення, що при розширених

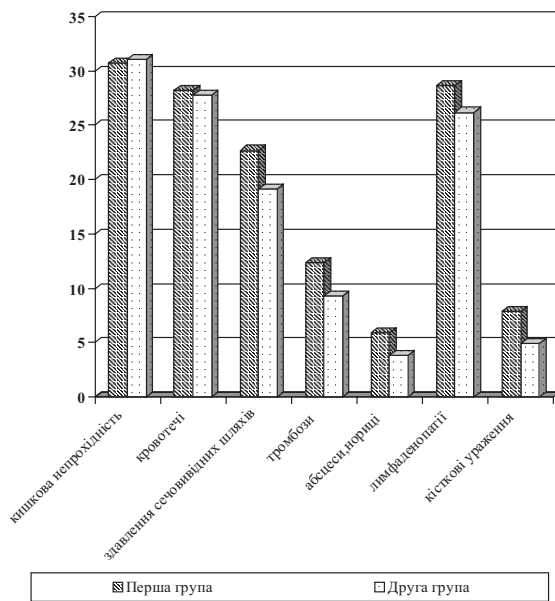


Рис 1. Частота спостереження різних синдромів при місцево розповсюдженому раку прямої кишки

оперативних втручаннях, що вимагають великої мобілізації органа й перев'язки декількох, у тому числі й колатеральних артеріальних стовбурів, міжкишкові анастомози перебувають в умовах уповільненої регенерації й високого ризику місцевих гнійних ускладнень і неспроможності. У зв'язку з цим, сформульовані підходи до застосування розширених і комбінованих операцій у хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки із застосуванням методів захисту механічної й біологічної міцності анастомозів.

Дана концепція покладена в основу розробленого способу хірургічного лікування місцево розповсюдженого раку прямої кишки.

Розроблений спосіб хірургічного лікування полягає в наступному:

– Діагностика наявності пухлини, її гістологічної верифікації, локалізації (в анальному, ампулярном або супраампулярном відділі), обчислення об'єму пухлини й площі інвазії в стінку прямої кишки й сусідні органи. Діагностика стадійності Т, наявності й кількості уражених лімфовузлів (N_{0-2}) і віддалених метастазів (M_1 або M_0).

– Виконання неоадьювантної хімотерапії, що включає внутрішньоартеріальну регіонарну хіміоемболізацію гілок внутрішньої клубової артерії (міхурової, маткової) при наявності інвазії в сусідні органи з метою зупинки кровотечі, додатковій редукції пухлинної тканини й створення умов інтраопераційного гемостазу («суха пухлина») (Патент України на корисну модель. «Процес лікування місцеворозповсюд-

женого раку прямої кишки» / Автори: Авдосьєв Ю.В., Криворотько І.В., Лазирський В.О. Заява на патент 2008 №1139 пріоритет 19.09.2008).

– Оцінка ступеня регресії пухлини під впливом проведеної терапії й перспективи виконання одного з видів оперативного втручання (радикальне, паліативне, симптоматичне, циторедуктивне).

– Виділення провідного синдрому захворювання й вибір алгоритму лікування рака прямої кишки з урахуванням наявних ускладнень і можливих ризиків оперативного лікування.

– Застосування етапної анестезіологічної тактики залежно від обсягу оперативного лікування, яке планується, й наявності факторів ризику загальних і місцевих ускладнень.

– Застосування 2-х і трьох – етапної хірургічної тактики для ліквідації ускладнень основного захворювання й підготовки хворого до радикального оперативного втручання (Патент України на корисну модель за №36309 «Процес лікування хворих жіночої статі з пухлинами малого таза» / Автори: Бойко В.В., Криворотько І.В., Далавурак В.П., Османов Р.І., Лихман В.М., заява на патент за № у 200804822, пріоритет від 14.04.2008, опубліковано 27.10.2008 р., Бюл. № 20.)

– Застосування часткових звисцераций таза з розширеними лімфодисекціями з непорушним постулатом абластичності резекції сусідніх органів.

– Застосування нових методів закриття порожнини таза, відведення сечі та калу для більш повноцінної соціальної адаптації пацієнтів, які перенесли евісцерацию (Патент України на корисну модель за № 30069. «Спосіб відновлення цілісності просвіту шлунково-кишкового тракту». / Автори: Бойко В.В., Євтушенко Д.О., Криворотько І.В., Грома В.Г., заява на патент за № у 200711383, пріоритет від 03.12.2007, опубліковано 11.02.2008, Бюл № 3. Патент України на корисну модель за № 30084. «Спосіб реконструкції товстої кишки після накладання колостоми». / Автори: Бойко В.В., Криворотько І.В., Грома В.Г., Євтушенко Д.О., Макотринський О.В., заява на патент за № у 200711675, пріоритет від 15.01.2008, опубліковано 11.02.2008, Бюл №3.

Характеристика хворих, що перебували на лікуванні в ІЗНХ АМН України за 10 років, представлена в таблиці 1.

Співвідношення чоловіків і жінок було приблизно однаковим (1,2/1), середній вік госпіталізованих склав $57,4 \pm 3,2$ роки.

Високодиференційована аденокарцинома відзначена в 45 хворих (11,68%), помірnodифе-

Таблиця 1

Розподіл хворих по стадіях раку прямої кишки в групах

Стадія	1 група	2 група
T ₃ N ₀ M ₀	75 40,1%	77 38,1%
T ₄ N ₀ M ₀	62 33,8	65 32,2%
T ₂₋₄ , N ₁₋₂ M ₀ III	36 19,6%	46 27,7 %
T ₂₋₄ N ₁₋₂ M ₁ IV	10 5,5%	14 7%
УСЬОГО	183 100%	202 100%

Таблиця 2

Гістологічні форми раку прямої кишки в групах хворих

Гістологічні форми розповсюдженого раку прямої кишки	1 група		2 група	
	В	%	В	%
Високодиференційована а/карцинома	21	11,5	24	11,9
помірнодиференційована а/карцинома	105	57,4	119	58,9
низькодиференційована аденокарцинома	42	22,9	49	24,3
плоскоклітинний рак	5	2,7	3	1,5
Саркоми	4	2,2	2	0,9
Недиференційований рак	6	3,2	5	2,5
УСЬОГО	183	100 %	202	100%

ренційована – в 224 хворих (58,2 %), низькодиференційована – в 91 (23,6%), недиференційований рак мав місце в 11 (2,85 %) хворих (таб. 2).

Серед інших, більш рідкісних форм раку були відзначені: плоскоклітинний рак – 8 хворих (2,07%), саркоми прямої кишки – 6 хворих (1,55%).

Весь отриманий у результаті проведеного дослідження цифровий масив даних оброблявся методами математичної статистики з використанням варіаційного аналізу. У роботі використана програма Біостатистика (McGraw Hill, USA), 1998, версія 4.03.

Результати та обговорення

Вид і кількість виконаних оперативних втручань хворим при різних стадіях раку прямої кишки представлені в таблиці 3.

Були розроблені способи операцій при місцево розповсюдженому раку прямої кишки. При поширенні пухлини на навколишні органи й тканини після передопераційної неoadьювантної хімотерапії в строки через 1-3 доби були виконані операції розширеної передньої резекції прямої кишки. Локалізація пухлини в середньо – і нижньомпулярном відділі прямої кишки з поширенням на матку, верхню третину піхви або яєчники спостерігалася в 25

хворих. Їм виконані розширені екстирпації прямої кишки з резекцією органів, залучених у пухлинний процес.

Слід зазначити, що поширення пухлини прямої кишки на сечовий міхур у жінок спостерігалася в рідкісних випадках (9 спостережень) і тільки при наявності попередніх операцій на геніталіях (тубооваріектомія з приводу позаматкової вагітності в анамнезі – 2 хворих), надпівхова гістеректомія з приводу фіброміоми матки (5 хворих) або залучення в пухлинний процес навколишніх тканин при наявності некрозу пухлини й формуванні сечоміхурно-прямокишкової нориці (2 хворих).

Рентгеномографічна картина сечоміхурно-прямокишкової нориці, що формується, представлена на рисунку 2.

Як правило, в інфільтрат втягувалися дугласов простір і стінки прилеглих органів, що утруднювало визначення межі між пухлиною й абсцесом до операції.

Крім того, ураження пухлиною сечових шляхів у жінок локалізувалося переважно в області дна й верхівки (в 8 хворих), тоді як ураження уретри й сечопузьричного трикутника було відзначено тільки в 1 жінки.

Залучення сусідніх тканин й органів у пух-

Таблиця 3

Види оперативних втручань, виконаних у хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки

Види операцій	1 група	2 група
Одномоментна передня резекція прямої кишки	31	33
Черевнево-анальна резекція	30	46
черевно-промежинна екстирпація (одномоментна)	42	51
Двохетапна резекція прямої кишки (стома, резекція)	37	11
Двохетапна ЧПЕ (стома, екстирпація)	32	18
евісцерації та комбіновані операції	7	21
з них двоетапні	6	12
Відновлювальний етап (десцендо-ректоанастомоз)	16	31
Паліативні операції (сигмостомії й ін.)	34	24
Циторедуктивні операції	21	47
УСЬОГО	256	294

линний процес спонукало до виконання розширених оперативних втручань із резекцією сусідніх органів.

Для профілактики синдрому «малого сечового міхура» застосовувалася пластика його стінки детубуляризованим ізольованим сегментом тонкої кишки, що виявився прекрасним пластичним матеріалом для відновлення дефекту вилученого органа.

Залучення в пухлинний процес сечоміхурового трикутника з синдромом стиснення нижніх сечових шляхів спостерігалось в 23 пацієнтів зі стадією $T_4A_2N_{1-2}M_0$. З огляду на анатомічні особливості малого таза, дана ступінь інвазії зустрічався переважно в чоловіків (22 пацієнта, у жінок – 1 випадок).

При такій локалізації пухлинного процесу

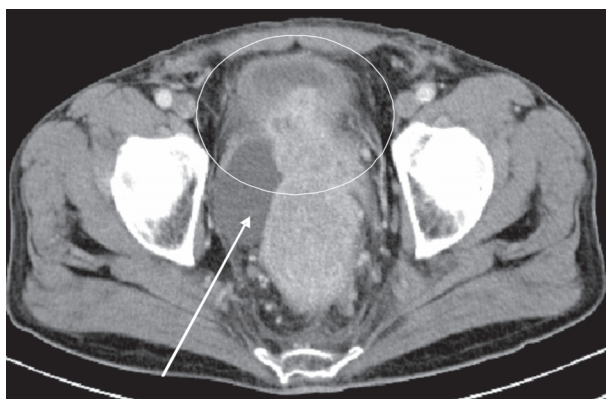


Рис. 2. КТ хворої С., 64 роки. Інвазія пухлини в праву стінку й у порожнину сечового міхура. Відмежований затік у пузирно-прямокишковій ямці ліворуч, що містить рідину, зазначено стрілкою (сечоміхурно-прямокишкова норича, що формується). Бічні стінки сечового міхура потовщені (обведено). Лімфовузли гіперденсивні, не зливаються, менше 4 (запальні зміни). Стадія $T_4N_1M_0$.

треба було виконання розширених операцій – екстирпацій прямої кишки з резекцією уретри, проксимальних відділів сечоводів і передміхурової залози з формуванням анастомозів і штучного сфінктера сечового міхура з апоневрозу прямого м'яза живота (слінгові операції).

Розширені лімфодисекції були виконані у випадках залучення в пухлинний процес регіонарних лімфовузлів, обсяги виконання різних видів розширених лімфодисекцій представлені на рисунку 3.

Результати застосування розробленого способу хірургічного лікування місцево розповсюдженого раку прямої кишки представлені в таблиці 4.

Таким чином, як свідчать дані таблиці, в основній групі досягнуте значне зниження таких тяжких і життєвонебезпечних ускладнень, як кровотечі, неспроможність анастомозу. Застосування анестезіологічної тактики дозволило зменшити кількість тромбоемболічних ускладнень і пневмоній. У свою чергу це призвело до відсутнього й статистично достовірного зменшення практично всіх т.зв. пізніх ускладнень.

Висновки

Таким чином, розробка й впровадження вдосконалених способів евісцерації таза й реконструктивно-відновних операцій з урахуванням морфофункціонального стану товстої кишки, застосування анестезіологічної етапної тактики й хіміотерапії дозволило нам поліпшити результати лікування хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки.

Оцінюючи ефективність розробленої методики, варто вказати на збільшення числа ради-

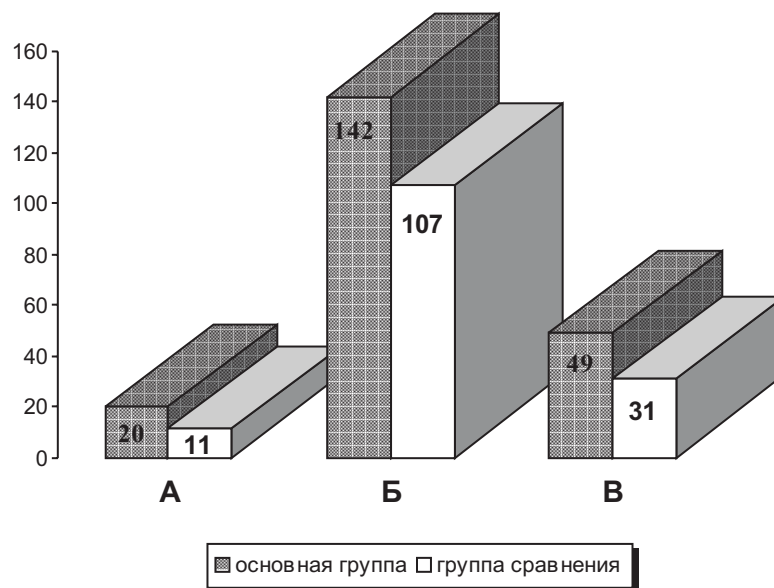


Рис. 3. Види лімфодисекцій, виконаних у хворих із приводу місцево розповсюдженого раку прямої кишки. А – подвздошно-пахвинна лімфодисекція з видаленням біляміхурової клітковини (по М.И.Школьніку) Б – аорто-пахвинна лімфодисекція (по Вертгейму-Майлсу) В – пресакральна лімфодисекція (по Васон Н.)

Таблиця 4

Ефективність застосування розробленого способу лікування місцево розповсюдженого раку прямої кишки

Вид ускладнення	1 група	2 група	Література
Інтраабдомінальні			
-кровотечі	10,9%	11,7%	10-25 %
-неспроможність анастомозу	6,5%	12,1%	6-14%
-Ранні форми ГКН	1,2%	3,5%	1- 3,5%
-Гематоми, абсцеси	3,2%	9,2%	2,1-8,5%
Загальні			
-ТЕЛА, ІМ, інсульти	1%	3,5%	0,5-3,2%
-пневмонії	0,7%	1,5%	0 – 10%
-венозні тромбози	0,5%	1,1%	0 - 2,3%
Пізні ускладнення			
Вид ускладнення	1 група	2 група	Література
-стриктури, стенози	3%	8,5%	3-12,5%
-нориці	0,5%	2,1%	1-5,9%
-пізні форми ГКН	0,2%	0,8%	0-1,1%
-вентральні грижі	1,5%	1,9%	0,5-1,1%

кальних і циторедуктивних операцій, зниження відсотка паліативних операцій, зменшення відсотка грізних ускладнень у вигляді кровотечі й неспроможності анастомозу й загального числа ускладнень на 3,8% і летальності на 1,9%.

ПОСИНДРОМАЛЬНИЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

В.В. Бойко, И.В. Криворотько

Реферат. В статье приведен анализ результатов комбинированного лечения 385 больных раком прямой кишки, из них в 202 случаях – с применением этапной тактики и химиотерапии, усовершенствованных способов эвисцераций таза и реконструктивно-восстановительных операций с расширенными лимфодиссекциями. Выделены основные синдромы, наблюдающиеся при местно распространенном раке прямой кишки и сформулирована концепция хирургического лечения данной патологии. Комбинированный подход к решению данной проблемы позволил добиться увеличения числа радикальных и циторедуктивных операций, снижения процента паллиативных операций, уменьшения числа грозных осложнений в виде кровотечения и несостоятельности анастомоза и общего числа осложнений на 3,8% и летальности на 1,9%.

Ключевые слова: местно-распространенный рак прямой кишки, комбинированные операции, результаты.

SYNDROMAL APPROACH OF COMBINED OPERATIONS IN PATIENTS WITH LOCALLY SPREAD RECTAL CANCER

V.V. Boyko, I.V. Krivorotko

Abstract. In this article were investigated the results of combined treatment in 385 patients and 202 with the step by step tactics for locally spread rectal cancer. There were carried out the main syndroms and the surgical strategy for locally spread rectal cancer. There were found results as statistically significant decreasing complications postoperative bleeding and anastomotic leakage, general loss 3,8% and mortality 1,9%. And also preventive measures of indicated complications were offered.

Key words: locally spread rectal cancer, combined operations, results.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Бармина И.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб). // Рос. онкол. журн. – 2006. – № 6. – С. 40-46.
2. Бойко В.В., Криворотько И.В., Грома В.Г., Евтушенко Д.А., Фролов А.Ю. Морфологические предпосылки развития несостоятельности анастомозов при операциях на прямой кишке // Вісник морфології 2008. – №1. – С. 180-184.
3. Бондарь Г.В., Семикоз Н.Г., Башеев В.Х. и др. Комбинированное лечение рака прямой кишки. // Матер. IX съезда онкологов Украины. – К.: 2006. – С. 129-130.
4. Бондарь Г.В., Борога А.В., Кияшко А.Ю. и др. Внутриартериальная химиотерапия при местно-распространенном раке прямой кишки. Онкология. 2007. – № 9. – С. 196-199.
5. Золотухін С.Є. Розповсюджений рак прямої кишки, шляхи поліпшення лікування. (Автореф. Дис. д-ра мед наук) Донецьк, 2005. – 35с.
6. Криворотько И.В. Закономерности заживления толстокишечного анастомоза на модели ишемизированного толстого кишечника у крыс // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 1 (28). – С.48-52.
7. Тимофеев Ю.М., Матвеев В.Б., Барсуков Ю.А., Фигурин К.М. Тотальные эвисцерации малого таза при местно-распространенном раке прямой кишки // Российский онкологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 25-27.
8. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Е.Л., Сумкіна О.В., Рижов А.Ю., Куценко Л.Б., Євдокименко О.О., Пушкар Л.О. Рак в Україні 2006-2007. Захворюванність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Злоякісні новоутворення прямої кишки. // Бюлетень національного канцер-реєстру. – Київ, 2008. – Випуск № 9. – С. 25-27.
9. Alves A., Panis Y., Pocard M., Trancart D., Regimbeau J.M., Pocard M., Valleur P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. // World J Surg. – 2002. – Vol. 26 (4). – P. 499-502.
9. Bokey E.L., Chapuis P.H., Dent O.F. et al. Factors affecting survival after excision of the rectum for cancer. A multivariate analysis // Dis. Colon and Rectum. – 2007. – Vol. 40, № 1. – P. 3-10.
10. Branagan G., Finnis D., Wessex Colorectal Cancer Audit Working Group. Prognosis after anastomotic leakage in colorectal surgery. // Dis Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48 (5). – P. 1021-1026.
11. Jessup J.M., Stewart A.K., Menck H.R. The National Cancer Data base report on patterns of care for adenocarcinoma of the rectum 1985-1995//Cancer. – 1998. – Vol. 83, № 11. – P. 2408-2418.
12. Konishi T, Watanabe T, Kishimoto J, Nagawa H. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance. // J AM Coll Surg. – 2006. – V. 202 (3). – P. 439-444.