

УДК 616.348-006.6-089:616-006.04

## ОКРЕМІ СТАНДАРТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

*В.І. Русин, С.М. Чобей*

*Ужгородський національний університет*

**Реферат.** Неухильне зростання кількості хворих на рак ободової кишки в Україні, висока частота ускладнених форм, незадовільні результати їх лікування постійно привертають увагу до цієї проблеми як онкологів, так і хірургів, які надають допомогу даному контингенту пацієнтів. У більшій половині випадків лікування хворих на рак ободової кишки здійснюється хірургами загальної практики за ургентними показами, де частота ускладнених форм розвивається у 70% хворих. Мета дослідження. Оптимізація тактики лікування хворих на рак ободової кишки шляхом стандартизованого алгоритму допомоги. Матеріали та методи. В проктологічному відділенні ОКЛ м. Ужгород з приводу раку ободової кишки з 1994 по 2008 роки прооперовано в плановому порядку 279 хворих, в ургентному порядку – 245. Пухлина локалізувалась у лівій половині ободової кишки у 298 (56,9%), у правій половині у 193 (38,8%), попереково-ободовій кишці у 33 (6,3%). Набутий власний досвід та отримані результати дають можливість запропонувати наш протокол лікування хворих на рак ободової кишки в залежності від локалізації пухлини. Все вище сказане відноситься до медичних установ IV рівня акредитації при наявності проктологічних відділень. В практичній медицині III рівень акредитації при лікуванні ускладнених форм раку ободової кишки в залежності від стану пацієнта спасіння життя хворого має бути принесено в жертву радикальності об'єму операції. Через 3-4 тижні після виведення із критичного стану хворий має бути направлений на лікування в онкодиспансер або проктологічне відділення на радикальне хірургічне лікування.

**Ключові слова:** рак товстої кишки, комплексне лікування, стандарти.

Неухильне зростання кількості хворих на рак ободової кишки в Україні, висока частота ускладнених форм, незадовільні результати їх лікування постійно привертають увагу до цієї проблеми як онкологів, так і хірургів, які надають допомогу даному контингенту пацієнтів.

У більшій половині випадків лікування хворих на рак ободової кишки здійснюється хірургами загальної практики за ургентними показами, де частота ускладнених форм розвивається у 70% хворих [1-3, 7].

Ефективність лікування може бути досягнена тільки за умови узгодженого прийняття єдиної доктрини усіма учасниками лікувального процесу.

Поєднання онкологічного та хірургічного аспектів проблеми ускладнює її розв'язання і тим, що від 30% до 60% хворих з раком товстої кишківника мають метастази в печінку [4,5].

Ось чому необхідна чітка орієнтація усіх спеціалістів починаючи з класифікацій до стандартів діагностики, які мають визначити диференційований підхід до лікування в залежності від локалізації та стадії онкопроцесу.

### *Мета дослідження*

Оптимізація тактики лікування хворих на рак ободової кишки шляхом стандартизованого алгоритму допомоги.

### *Матеріал та методи*

В проктологічному відділенні ОКЛ м. Ужгород з приводу раку ободової кишки з 1994 по 2008 роки прооперовано в плановому порядку 279 хворих, в ургентному порядку – 245.

Пухлина локалізувалась у лівій половині ободової кишки у 298 (56,9%), у правій половині у 193 (38,8%), попереково-ободовій кишці у 33 (6,3%).

Основним методом, який забезпечує стійке выздоровлення при раку ободової кишки, є хірургічне втручання з використанням принципів онкологічного радикалізму – зональності і футлярності. Морфологічне дослідження операційного матеріалу має принципове значення, так як дозволяє не тільки верифікувати вид пухлини але дозволяє оцінити справжній ступінь розповсюдження пухлинного процесу і визначити покази до проведення адьювантної хіміотерапії. При цьому обов'язково досліджується і первинна пухлина з глибиною інвазії в шари кишкової стінки, краї резекованої кишки, не менше 8 регіонарних лімфатичних вузлів.

На сьогоднішній день адьювантна хіміотерапія є стандартною процедурою при наявності у хворих метастазів в регіонарні лімфатичні вузли. Лімфатичні вузли, як правило, розташовані в брижі ободової кишки по ходу крупних артеріальних стовбурів. Прийнято виділяти чотири групи лімфатичних колекторів: а) епіколічні – безпосередньо біля стінки кишки; б) параколічні – по ходу судини, яка кровопостаचाє відповідний сегмент; в) проміжний – поруч стовбурів крупних артерій; г) базальні або основні – розташовані коло гирла нижньобрижевої артерії (НБА), ободово-кишкових.

Враховуючи роботи відомих вчених про те, що при операбельному раку товстої кишки пухлинні клітини виявляються в периферичній

крові у 12,5% хворих, а при ускладнених і інкурабельних формах їх число досягає 50%, ініційовані спеціальні інтраопераційні міроприємства які перешкоджають дисемінації ракових клітин по кровоносним судинам [3]. При цьому першим органом мішені цілю метастазів є печінка, другою – легені.

В зв'язку з цим у 37 хворих для профілактики подальшого метастазування інтраопераційно проводилась катетеризація гілки мезентеріальної вени з послідуною селективною дозованою інфузією хіміопрепаратів (фторурацилу – 500 мг/м<sup>2</sup>, гепарину 5000 ОД в 1л 5% розчину глюкози, причому в перший день в суміш додають мітоміцин 10 мг/м<sup>2</sup>) з додатковим введенням 20 мл гептралу в 12-14% розчині глюкози, із швидкістю введення 40-50 мл/год (за допомогою інфузомату). Тривалість інфузій 7 днів.

Післяопераційна системна адювантна хімотерапія проведена у 227 хворих. Котрим проведено загальноприйнятий курс поліхімотерапії через три тижні після оперативного втручання, щоденна внутрішньовенна інфузія 500 мг/м<sup>2</sup> 5-фторурацилу та 25 мг/м<sup>2</sup> лейковорину на 400 мл фізіологічного розчину – 5-6 днів.

При лівобічній локалізації пухлинного процесу у 29 хворих проведена передопераційна внутрішньо-артеріальна поліхімотерапія. Для внутрішньо-артеріальної пролонгованої селективної хімотерапії відбиралися хворі з лівобічною локалізацією пухлини, яким за методом Сельдінгера, катетер проводився у регіонарну до пухлини артерію (в нижню брижову артерію (НБА) або верхню прямокишечну артерію (ВПА)) де після ангиографічного обстеження катетер залишався на 3 (три) доби. За допомогою інфузомату проводилась пролонгована внутрішньо-артеріальна селективна хімотерапія суміші хіміопрепаратів: 500 мг/м<sup>2</sup> 5-фтору-

рацилу, лейковорин 20 мг/м<sup>2</sup>, 5000 ОД гепарину в 1 л. 5-% розчину глюкози на сеанс із швидкістю 100-150 мл за годину.

### Результати та обговорення

Види оперативних втручань при пухлинах товстого кишківника виконаних в плановому порядку представлені в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1 для раку сліпої та висхідної ободової кишок для радикального видалення зон метастазування необхідно виконувати правобічну геміколектомію з резекцією 25-30см тонкої кишки, перев'язкою і пересіченням основних стовбурів здухвинно-ободово-кишечної та правої ободово-кишечної артерії, а також пересічення правої гілки середньо-ободово-кишечної артерії. Подібне втручання ми виконали 58 нашим хворим. При цьому, якщо пухлина розташована в печінковому куті товстої кишки, що ми спостерігали у 50 наших хворих, то рахується необхідним виконувати розширену правобічну геміколектомію з видаленням 2/3 проксимальної частини попереково-ободової кишки. При цьому перев'язують і пересікають у основи здухвинно-ободово-кишечну, праву ободово-кишечну і середню ободово-кишечну артерії.

За останні 10 років наш погляд відносно радикальності втручань при пухлинах печінкового кута та попереково-ободової кишки дещо видозмінився. По-перше для пухлин печінкового кута ободової кишки радикальним втручанням є розширена правобічна геміколектомія. По-друге – при пухлинах попереково-ободової кишки одним радикальним хірургічним втручанням є субтотальна колектомія.

При локалізації пухлини в середній частині попереково-ободової кишки починаючи з 1994 по 2003 роки ми виконали 13 резекцій попереково-ободової кишки. Починаючи з 2004 року оптимальним варіантом радикальності втру-

Таблиця 1  
Види оперативних втручань при пухлинах товстого кишківника виконаних в плановому порядку

Назва оперативного втручання	1994-1998	1999-2003	2004-2008
Правобічна геміколектомія	24	15	19
Розширена правобічна геміколектомія	–	20	30
Субтотальна колектомія	–	3	12
Резекція попереково ободової кишки	7	6	–
Лівобічна геміколектомія	14	13	20
Розширена лівобічна геміколектомія	9	10	12
Резекція сігми	12	25	28
Всього	66	92	121

чання рахуємо субтотальну колектомію, яку ми виконали у 15 хворих. При цьому видаленню підлягають висхідна, поперечна, нисхідна і проксимальна частини сигмовидної кишки з формуванням цекосигмоанастомозу. Такий радикалізм пов'язаний з тим, що метастазування лімфатичним шляхом замикається по лівій гілці середньо-ободової артерії і по дузі Ріола-на може досягнути НБА.

При пухлинах селезінкового кута ободової кишки у 31 хворого нами виконана розширена лівобічна геміколектомія з видаленням дистальної 2/3 частини попереково-ободової та нисхідної до проксимальної частини сигмовидної кишки.

Вивчення закономірностей метастазування при раку нисхідної ободової і сигмовидної кишки показало, що для збереження зональності і радикалізму втручання необхідна лівобічна геміколектомія, яку ми виконали у 47 пацієнтів з обов'язковою перев'язкою і пересіченням НБА.

Локалізація пухлини в середній третині сигмовидної кишки також потребує лівобічної геміколектомії з обов'язковою перев'язкою і пересіченням НБА та верхньо-прямокишечної артерії.

Для забезпечення достатнього радикалізму з приводу раку нижньої третини сигмовидної кишки у 65 хворих ми виконали резекцію сімки з перев'язкою і пересіченням НБА та верхньо-прямокишечною артерією.

Види хірургічних втручань при ускладнених формах рака ободової кишки представлені в таблиці 2.

Вибір об'єму хірургічного втручання та тактику у хворих з невідкладними ускладненнями колоректального рака необхідно проводити в залежності від виду ускладнень, ступеня запущеності пухлинного процесу і важкості загального стану хворого.

1.а. При декомпенсованому обструктивному стенозі з явищами кишкової непрохідності і середньо-важкому, важкому стані хворого необхідно виконувати радикальні багатоетапні хірургічні втручання.

При наявності віддалених метастазів – паліативні операції в об'ємі колостом або обхідних міжкишкових анастомозів. Радикальні одномоментні і паліативні резекції товстої кишки протипоказані.

1.б. При субкомпенсованих явищах стенозу, не дивлячись на інфільтрацію пухлиною навколишніх тканин, можливе виконання радикальних одноетапних і паліативних резекцій товстої кишки.

При вкрай важкому стані хворого, нестабільній гемодинаміці та декомпенсації супутніх захворювань – паліативна операція в об'ємі колостоми.

1.в. При поєднанні кишкової непрохідності з запальним процесом ділянки або кишковою кровотечею, незалежно від ступеня вираженості явищ кишкової непрохідності та наявності інфільтрації пухлиною навколишніх тканин, радикальні одноетапні і паліативні резекції товстого кишківника являються операцією вибору. Як видно з таблиці 2 операція Гартмана виконана у 113 хворих, обхідний анастомоз як паліативна операція у 11 хворих. Первинно одноетапно радикальні операції вдалося виконати тільки у 49,4% випадків.

2.а. При перфорації пухлини товстого кишківника з явищами дифузного перитоніту, інфільтрацією навколишніх тканин, вкрай важкому стані пацієнта та наявності супутніх конкуруючих захворювань в стадії декомпенсації перевага надається багатоетапним втручанням, а при наявності віддалених метастазів – паліативним симптоматичним втру-

Таблиця 2  
Види оперативних втручань при пухлинах товстого кишківника виконаних в ургентному порядку

Назва оперативного втручання	1994-1998	1999-2003	2004-2008
Правобічна геміколектомія	5	9	8
Розширена правобічна геміколектомія	4	5	5
Субтотальна колектомія	–	4	1
Лівобічна геміколектомія	10	11	18
Розширена лівобічна колектомія	3	9	7
Резекція сімки	3	8	10
Обхідний анастомоз	3	6	2
Операція Гартмана	37	35	41
Всього	65	87	92

чанням в об'ємі колостом або обхідних міжкисечних анастомозів.

2.б. При перфорації пухлини товстої кишки з явищами обмеженого перитоніту, не дивлячись на інфільтрацію навколишніх тканин і наявність віддалених метастазів необхідно виконувати резекцію товстої кишки.

2.в. При перифокальному запаленні в зоні пухлини або кишковій кровотечі не дивлячись на інфільтрацію навколишніх тканин і наявність віддалених метастазів, рекомендується виконувати резекцію товстої кишки.

Одноетапні операції при новоутворах правої половини товстої кишки слід закінчувати формуванням первинного анастомозу між здухвинною та попереково-ободовою кишками.

Багатоетапні хірургічні втручання бажано виконувати в об'ємі обхідних ілеотрансверзоанастомозів при правобічній локалізації раку та двостулкових колостом при пухлинах лівих відділів кишки. Другий етап хірургічного втручання можна проводити через 1,5-2 місяці після першої операції.

При декомпенсованих та субкомпенсованих проявах кишкової непрохідності з вздуттям і розширенням петель тонкого кишківника оперативні втручання, незалежно від виду ускладнення і прийнятої хірургічної тактики, необхідно розпочинати з інтубації тонкого кишківника.

При порівнянні кількісних характеристик післяопераційних ускладнень відзначена їхня негативна динаміка: 1994-1998 роки – померли

17 (3,2%) хворих, 1999-2003 роки – 17 (3,2%), 2004-2008 роки – померли 13 (2,5%).

Набутий власний досвід та отримані результати дають можливість запропонувати наступний протокол лікування хворих на рак ободової кишки в залежності від локалізації пухлини (таб. 3.).

Згідно запропонованого протоколу післяопераційна ад'ювантна хіміотерапія рекомендована в післяопераційному періоді як стандартна процедура при наявності метастазів в регіонарні лімфатичні вузли. При лівобічній локалізації пухлини в процесі передопераційної підготовки за 3 доби до втручання можливо виконувати селективну внутрішньоартеріальну пролонговану поліхіміотерапію. При локалізації пухлин в правих відділах та попереково-ободовій кишці – для профілактики можливого метастазування у печінку рекомендована внутрішньопортальна поліхіміотерапія.

Все вище сказане відноситься до медичних установ IV рівня акредитації при наявності проктологічних відділень. В практичній медицині III рівень акредитації при лікуванні ускладнених форм раку ободової кишки в залежності від стану пацієнта спасіння життя хворого має бути принесено в жертву радикальності об'єму операції. Через 3-4 тижні після виведення із критичного стану хворий має бути направлений на лікування в онкодиспансер або проктологічне відділення на радикальне хірургічне лікування.

Протокол лікування хворих на рак ободової кишки в залежності від локалізації пухлини

Таблиця 3

Локалізація пухлини	Хірургічне лікування	Хіміотерапія
Рак сліпої кишки або висхідної частини ободової кишки	Правобічна геміколектомія з резекцією 25-30 см тонкої кишки	Внутрішньопортальна поліхіміотерапія
Рак печінкового кута	Розширена правобічна геміколектомія з видаленням 2/3 проксимальної частини попереково-ободової кишки	Внутрішньопортальна поліхіміотерапія
Рак попереково-ободової кишки	Субтотальна колектомія	Внутрішньопортальна поліхіміотерапія
Рак селезінкового кута	Розширена лівобічна геміколектомія. Видаляється дистальні 2/3 частини попереково-ободової, нисхідна до проксимальної частини сигмовидної кишки	Внутрішньопортальна поліхіміотерапія
Рак нисхідної частини ободової кишки	Лівобічна геміколектомія з обов'язковою перев'язкою НБА	ВА поліхіміотерапія до операції
Верхня та середня частини сігми	Лівобічна геміколектомія з обов'язковою перев'язкою НБА та верхньо-прямокишечної артерії	ВА поліхіміотерапія до операції
Нижня третина сігми	Резекція сігми з обов'язковою перев'язкою НБА та верхньо-прямокишечної артерії	ВА поліхіміотерапія до операції

## ОТДЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*В.И. Русин, С.М. Чобей*

**Реферат.** Неуклонное увеличение количества больных на рак ободочной кишки в Украине, высокая частота осложненных форм, неудовлетворительные результаты их лечения постоянно привлекают внимание к этой проблеме как онкологов, так и хирургов, которые надают помощь данному контингенту пациентов. У большей половине случаев больных на рак ободочной кишки совершается хирургами общей практики за ургентными показаниями, где частота осложненных форм развивается у 70% больных. Цель исследования. Оптимизация тактики лечения больных раком ободочной кишки путем стандартизированного алгоритма помощи. Материалы и методы. В проктологическом отделении ОКБ г. Ужгород по поводу рака ободочной кишки с 1994 по 2008 год оперировано в плановом порядке 279 больных, в ургентном порядке – 245. Опухоль локализовалась в левой половине ободочной кишки в 298 (56,9%), в правой половине в 193 (38,8%), поперечно-ободочной кишке в 33 (6,3%). Приобретенный собственный опыт и полученные результаты дают возможность предложить наш протокол лечения больных раком ободочной кишки в зависимости от локализации опухоли. Все выше сказанное относится к медицинским учреждениям IV уровня аккредитации при наличии проктологических отделений. В практической медицине III уровень аккредитации при лечении осложненных форм рака ободочной кишки в зависимости от состояния пациента спасение жизни больного должно быть принесено в жертву радикальности объема операции. Через 3-4 недели после выведения из критического состояния больной должен быть направлен на лечение в онкодиспансер или проктологическое отделение на радикальное хирургическое лечение.

**Ключевые слова:** рак толстой кишки, комплексное лечение, стандарты.

## STANDARDS OF COMPLEX COLON CANCER TREATMENT

*V.I. Rusyn, S.M. Chobey*

**Abstract.** The increase of the amount of patients with colon cancer in Ukraine, high frequency of the complicated forms, the unsatisfied results of their treatment make this problem actual among both

oncologists and surgeons, who treat this contingent of patients. In most cases patients with colon cancer are treated by the surgeons of general practice by urgent indications, in this case the frequency of complicated forms reaches 70%. The aim of the study. The optimization of treatment approach in patients with colon cancer by the standardized treatment algorithm. Materials and methods. In the proctologic department of Uzhgorod Regional hospital from 1994 to 2008 279 patients with colon cancer underwent planned surgeries and 245 urgent. A tumour was localized in the left half of colon in 298 (56,9%), in a right half – in 193 (38,8%), in transverse colon in 33 (6,3%). Our own experience and obtained results enable to offer our treatment protocol for patients with the colon cancer depending on its localization. All aforesaid concerns the medical establishments of the IV-th accreditation level in the condition of proctologic department presence. In practical medicine of III-d accreditation level in treatment complicated forms of colon cancer depending on patient's state the rescue of life must be brought to the victim of radical surgery extent. In 3-4 weeks after a leading out from the critical condition patient must be referred to treatment in oncologic dispensary or proctologic department for radical surgical treatment.

**Key words:** colon cancer, complex treatment, standards.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Амелин В.Н., Кушин А.А., Гарунов А.Н., Горюшкин Н.Н. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости // Российский медицинский журнал. – 1998. - №6. – С.34-37.
2. Буянов В.В., Маскин С.С. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости // Анналы хирургии. – 1999. - №2. – С.23-31.
3. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Издательство академии наук Венгрии, 1983.-592с.
4. Матвійчик Б.О. Гостра обтураційна непрохідність ободової кишки пухлинного генезу: хірургічна тактика // Клінічна хірургія. – 1997. – 3 -12. – С.88-89.
5. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Современные направления в лечении обтурационной непроходимости толстой кишки // Клінічна хірургія. – 2000. - №11. – С.5-7.
6. Радзіховський А.П., Гордійчук П.І. Діагностичні та хірургічні проблеми раку товстої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю // Шпитальна хірургія. – 1999. - №2. – С.54-56.
7. Русин В.І., Чобей С.М., Мартинич К.І., Паршина Т.В. Лікувальна тактика при ускладненому раку товстої кишки // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2001. – Серія „Медицина”. – Випуск 14. – С.37-39.