

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.351–006.6–089

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, О. В. Совпель, И. В. Совпель

Донецкий областной противоопухолевый центр

PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF THE CANCER RECTI SURGERY

G. V. Bondabr, V. Kh. Basbeyev, O. V. Sovpel, I. V. Sovpel

РЕФЕРАТ

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения 2803 больных, оперированных по поводу рака прямой кишки (РПК) в Донецком областном противоопухолевом центре за период с 2001 по 2010 г. Осложненное течение РПК отмечено у 17,2% больных. Чаще других выполняли брюшноанальную резекцию (БАР) — у 1907 (68,0 ± 1,1)% больных, операции с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного канала — у 2703 (96,4 ± 1,6)%. Интраоперационные осложнения возникли у 259 (9,2 ± 0,7)% больных, послеоперационные — у 392 (14,0 ± 0,6)%, наиболее часто некроз низведенной кишки — у 136 (4,9)%. После радикальных операций показатели пятилетней выживаемости составили (76,2 ± 1,7)%, после паллиативных — (10,6 ± 5,7)%. Принятая в клинике хирургическая доктрина позволяет достичь онкологически эффективного уровня оказания специализированной помощи. Полученные результаты сопоставимы с таковыми в крупных европейских и мировых клиниках, что подтверждает целесообразность применения разработанных хирургических направлений.

Ключевые слова: рак прямой кишки; хирургическое лечение.

SUMMARY

The immediate and follow-up results of treatment of 2803 patients, operated for cancer recti in The Donetsk Regional Antitumoral Center in 2001–2010 yrs, were analyzed. Complicated course of cancer recti was noted in 17.2% patients. In 1907 (68.0 ± 1.1)% patients the most frequent operation of abdominoanal resection was done. In 2703 (96.4 ± 1.6)% patients the primarily restoration of the gut continuity operations were performed. Intraoperative complications have had occurred in 259 (9.2 ± 0.7)% patients, postoperative — in 392 (14.0 ± 0.6)%, most frequently the descended bowel necrosis — in 136 (4.9)%. The indices of a five-years survival after radical operations have constituted (76.2 ± 1.7)%, after palliative operations — (10.6 ± 5.7)%. The surgical doctrine, adopted in the clinic, permit to achieve oncologically effective level of the specialized aid delivery. The results obtained are comparable with such of the main European and Worldwide clinics, what confirms the expediency of surgical trends elaborated.

Key words: cancer recti; surgical treatment.

Хирургическое лечение является основным как самостоятельным методом, так и компонентом комбинированного и комплексного лечения РПК. Современная стратегия значительного расширения показаний к выполнению сфинктеросохраняющих операций (ССО) направлена на улучшение функциональных и реабилитационных факторов при соблюдении принципов онкологического радикализма, в том числе при наличии опухолей, расположенных меньше чем на 6 см от уровня заднепроходно-кожной линии.

Цель работы: изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных РПК в клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 2803 больных РПК, у которых выполнены оперативные вмешательства в объеме радикальных за период с 2001 по 2010 г. Для сравнительного анализа больные распределены на две группы — основную и контрольную в зависимости от использованного комплекса разработанных оригинальных хирургических методов и приемов, направленных на улучшение качества выполнения оперативных пособий, уменьшение частоты возникновения интра- и послеоперационных осложнений. В контрольную группу включены 1304 пациента, оперированных в 2001 – 2005 гг., в основную — 1499 больных, оперированных в 2006 – 2010 гг.

В обеих группах преобладали пациенты в возрасте старше 60 лет — (60,8 ± 1,3)%. Сопутствующие заболевания выявлены у (48,0 ± 1,3)% пациентов, преимущественно сердечно-сосудистой системы. Более чем в 60% наблюдений опухоль локализовалась в средне-, нижеампулярном отделах ПК и заднепроходном канале (*табл. 1*).

Таблиця 1. Локалізація опухолей ПК

Отдел ПК	Число больных в гр уппах					
	контрольной		основной		всего	
	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)
Ректосигмоидный	255	19,6±1,1	238	15,9±0,9	493	17,7±1,0
Верхнеампулярный	338	25,9±1,2	392	26,2±1,1	730	26,0±1,1
Среднеампулярный	360	27,6±1,2	462	30,8±1,2	822	29,3±1,2
Нижнеампулярный	282	21,6±1,1	315	21,0±1,1	597	21,3±1,1
Заднепроходный канал	69	5,3±0,6	92	6,1±0,6	161	5,7±0,6
Итого ...	1304	100	1499	100	2803	100

Таблиця 2. Операции, выполненные у больных по поводу РПК

Операция	Число больных в группах					
	контрольной		основной		всего	
	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)
Экстирпация ПК	28	2,1±0,4	37	2,5±0,4	65	2,3±0,4
БАР	865	66,3±1,3	1042	69,5±1,2	1907	68,0±1,1
БНАР	122	9,4±0,8	106	7,1±0,7	228	8,1±0,7
Операция Дюамеля	12	0,9±0,3	4	0,3±0,1	16	0,5±0,1
Чрезбрюшная резекция ПК	250	19,2±1,1	302	20,1±1,0	552	19,6±0,9
Операция Гартманна	22	1,7±0,4	7	0,7±0,2	29	1,3±0,2
Операция Ин оятова	5	0,4±0,2	1	0,1±0,1	6	0,2±0,1
Итого ...	1304	100	1499	100	2803	100

РПК I стадии диагностирован у (4,6 ± 0,5)% больных, II и III стадии у — (86,4 ± 1,3)%. Метастазы в регионарных лимфатических узлах обнаружены у (26,2 ± 0,9)% больных, отдаленные метастазы — у (9,0 ± 0,7)%.

В большинстве (89%) наблюдений по данным окончательного гистологического исследования диагностирована аденокарцинома разной степени дифференцировки.

Осложненное течение РПК в момент госпитализации отмечено у 17,2% больных. В структуре осложнений наиболее часто выявляли частичную непроходимость кишечника — у (55,5 ± 2,7)% больных. Это осложнение не являлось причиной отказа от выполнения ССО. При наличии гнойно-воспалительных осложнений у больных широко использовали эндолимфатическую антибактериальную терапию (ЭЛ АБТ), применение которой позволяло достаточно эффективно и быстро (в течение 4 — 6 сут) устранить перифокальное воспаление, уменьшить тяжесть интоксикации, что дало возможность более полноценно подготовить больных к плановой операции.

При выборе вида резекции ПК основным критерием считали расстояние опухоли от заднепроходно-кожной линии. В меньшей мере на этот выбор влияли осложнения опухолевого процесса, их выраженность и анатомические особенности строения левой половины толстой кишки, а также технические сложности и интраоперационные осложнения, которые возникают во время выполнения операции.

В период наблюдения отмечено постепенное увеличение частоты выполнения ССО в структуре оперативных вмешательств. Операцией, которую чаще всего выполняли у больных, была БАР ПК — у 1907 (68,0 ± 1,1)% больных. В основном эту операцию осуществляли при локализации опухоли в средне- и нижнеампулярном отделах ПК. При обнаружении ретроградных метастазов в параректальной клетчатке, местно-распространенного опухолевого процесса, возникновении тяжелых интраоперационных осложнений БАР ПК выполняли и при более проксимальной локализации опухоли (табл. 2).

При более высоком расположении опухоли выполняли брюшнонаданальную резекцию (БНАР) ПК и проксимальную резекцию ПК — операцию Дюамеля (ПРД). Оба вида резекции разработаны в клинике и являются наиболее функционально-выгодными в лечении РПК. Если частота выполнения БНАР стабильна в контрольных и основной группах — соответственно (9,4 ± 0,8) и (7,1 ± 0,7)%, то ПРД в хирургии РПК, вероятно, в дальнейшем будет представлять лишь исторический интерес, за 5 лет наблюдения ее применили всего у 4 больных. Внутривентральную резекцию ПК выполняли у всех больных с формированием дубликатурного колоректального анастомоза. Частота выполнения этой операции увеличилась с (19,2 ± 1,1)% — в контрольной группе до (20,1 ± 1,0)% — в основной, суммарно — (19,6 ± 0,9)%. БАР ПК без восстановления непрерывности пищеварительного канала и с формированием колостомы на передней

брюшной стенке выполнена в исключительных ситуациях у 5 больных контрольной и 1 — основной группы, всего у 6 ($0,2 \pm 0,1$)% за 10 лет наблюдения в связи с анатомическими особенностями ангиоархитектоники либо возникновением во время операции осложнений. Таким образом, операции с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного канала выполнены у 2703 ($96,4 \pm 1,6$)% больных, в том числе при локализации опухоли в заднепроедном канале и по поводу запущенных и осложненных форм РПК.

Паллиативные операции выполнены у 253 ($9,0 \pm 0,7$)% пациентов, у 53,7% больных метастазы локализовались в печени.

При невозможности низведения сигмовидной ободочной кишки в заднепроедный канал из-за анатомических особенностей ее строения или особенностей ангиоархитектоники осуществляли расширенную операцию с мобилизацией левого изгиба ободочной кишки и низведением вышележащих отделов. В клинике такая операция выполнена у 190 ($9,7 \pm 1,1$)% из 1190 больных, оперированных с низведением ободочной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе интраоперационные осложнения возникли у 115 ($7,7 \pm 0,7$)%, в контрольной группе — у 144 ($11,0 \pm 0,9$)% больных, всего — у 259 ($9,2 \pm 0,7$)%.

Уменьшение частоты перфорации опухоли и вскрытия параколического абсцесса во время операции в основной группе — у 89 ($5,9 \pm 0,6$)% больных, в контрольной — у 106 ($8,1 \pm 0,8$)% обусловлено более тщательным выполнением манипуляций в этой зоне и внедрением комплексной программы ведения больных при угрозе возникновения такого осложнения, которая предусматривала проведение ЭЛ АБГ — на дооперационном этапе, интраоперационно — дополнительную мобилизацию париетальной брюшины и фиксацию ее листками участка опухоли при угрозе перфорации. В обеих группах возникновение такого осложнения не требовало изменения первоначального плана операции и отказа от первичного восстановления непрерывности пищеварительного канала. После операции больным также проводили ЭЛ АБГ для предупреждения гнойно-воспалительных осложнений. Уменьшение частоты повреждения мочевых путей во время операции в основной группе — у 4 ($0,3 \pm 0,1$)% больных, в контрольной — у 9 ($0,7 \pm 0,2$)% можно объяснить более строгим и четким оперированием "в анатомическом слое" при мобилизации опухоли. Обладая опытом выполнения более 15 000 операций по поводу колоректального рака, клиника является достаточно мощной хирургической школой с традициями подготовки онкохирургов, на-

копленный опыт в последующем реализуется в уменьшении частоты интраоперационных осложнений. В основной группе интраоперационная кровопотеря возникла у 22 ($1,5 \pm 0,3$)% больных, в контрольной — у 24 ($1,8 \pm 0,4$)%. Кроме того, изменился объем интраоперационной кровопотери: если в контрольной группе он составлял 300 мл и более, что у 3 больных явилось причиной отказа от выполнения первично восстановительного вмешательства, в основной группе под термином "кровотечение во время операции" подразумевали любой вариант мобилизации, сопровождающийся даже незначительной кровопотерей — 20 — 50 мл. Уменьшение частоты возникновения кровотечения в основной группе обусловлено совершенствованием хирургической техники, широким внедрением технологий биологической сварки, позволяющих мобилизовать кишку "в сухом поле".

Структура послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах представлена в табл. 3.

При сравнительном анализе частоты послеоперационных осложнений отмечено уменьшение этого показателя в основной группе — у 154 ($10,3 \pm 0,8$)% больных, в контрольной группе — у 238 ($18,3 \pm 1,1$)%.

Наблюдала тенденцию к уменьшению частоты гнойно-воспалительных осложнений. В обеих группах наиболее часто выявляли некроз низведенного на промежность трансплантата, тем не менее, в контрольной группе его диагностировали чаще. После операции пожизненная колостома сформирована у 24 ($0,8 \pm 0,2$)% больных из 2703, у которых первично восстановлена непрерывность пищеварительного канала. У остальных пациентов при возникновении осложнений выполняли либо промежностное, либо абдоминальное низведение трансплантата. Такие значительные различия результатов обусловлены эффективностью разработанной комплексной программы, направленной на профилактику возникновения осложнения и применение хирургически агрессивных методов лечения возникшего некроза трансплантата. Программа включает:

— применение современных методов анестезиологического пособия с непрерывным мониторингом показателей центральной гемодинамики;

— мобилизацию органа в "сухом поле" с использованием биологической сварки мягких тканей и предотвращение кровопотери, сопровождающейся кратковременной централизацией кровообращения и ухудшением кровоснабжения трансплантата;

— математически обоснованный расчет до операции длины трансплантата для низведения, что является фактором профилактики натяжения кишки и необоснованного завышения показаний к выполнению расширенной операции;

Таблица 3. Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Число больных в группах					
	контрольной		основной		всего	
	абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	абс.	% ($\bar{x} \pm m$) *	абс.	% ($\bar{x} \pm m$) **
Нагноение операционной раны	27	9,8±1,8	17	9,9±2,3	44	1,6±0,3
Перитонит	18	6,5±1,5	11	6,4±1,9	29	1,0±0,2
Некроз низведенной кишки	80	29,0±2,7	56	32,6±3,6	136	4,9±0,4
Абсцесс малого таза	29	10,5±1,8	9	5,2±1,7	38	1,4±0,3
Ободочно-влагалищный свищ	3	1,1±0,6	2	1,2±0,8	5	0,2±0,1
Пневмония	18	6,5±1,5	6	3,5±1,4	24	0,8
Орхэпидидимит	6	2,2±0,9	5	2,9±1,3	11	0,4±0,1
Цистит	11	4,0±1,2	8	4,7±1,6	19	0,6±0,1
Панкреонекроз, перфорация язвы ДПК	2	0,7±0,5	2	1,2±0,8	4	0,1±0,1
Непроходимость к ишечника	14	5,1±1,3	9	5,2±1,7	23	0,8±0,3
Инсульт	4	1,4±0,7	4	2,3±1,1	8	0,3±0,1
Кровотечение	6		4	2,3±1,1	10	0,4±0,1
Острая легочная недостаточность	2	0,7±0,5	1	0,6±0,6	3	0,1±0,1
Острая почечно-печеночная недостаточность	6	2,2±0,9	5	2,9±1,3	11	0,4±0,1
Острая сердечная недостаточность, и инфаркт миокарда	16	5,8±1,4	15	8,7±2,2	31	1,1±0,1
Тромбоэмболия легочной артерии	11	4,0±1,2	9	5,2±1,7	20	0,7±0,2
Пневмоторакс	2	0,7±0,5	1		3	0,1±0,1
Псевдомембранозный энтероколит	3	1,1±0,6	2	1,2±0,8	5	0,2±0,1
Несостоятельность швов анастомоза	7	2,5±0,9	4	2,3±1,1	11	0,4±0,1
Несостоятельность швов культи	3	1,1±0,6	—	—	3	0,1±0,1
Мезотромбоз	2	0,7±0,5	2	1,2±0,8	4	0,1±0,1
Итого ...	276	100	172	100	448	-

Примечание. * – в структуре послеоперационных осложнений; ** – от общего числа операций.

– интраоперационное определение сатурации кислорода в стенке кишки, подготовленной для низведения;

– сохранение "сосудистых мостиков" между сигмовидными артериями для улучшения коллатерального кровотока в стенке кишки;

– дополнительную перевязку нижней брыжеечной вены в зоне формирования воротной вены при выполнении расширенной операции;

– при возникновении некроза – хирургически агрессивный контроль осложнения: проведение экстренного (в 1 – 2-е сутки после операции) промежуточного либо абдоминального повторного низведения трансплантата.

Практически двукратное уменьшение частоты несостоятельности швов колоректальных анастомозов в основной группе обусловлено совершенствованием хирургической техники, применением современного атравматичного шовного материала и линейных сшивающих аппаратов. Эффективный контроль интраоперационных осложнений – перфорации опухоли при мобилизации, вскрытия абсцесса, интраоперационного кровотечения, а также комплексная профилактика некроза низведенной кишки являются

факторами, позволяющими значительно уменьшить частоту возникновения после операции абсцессов и гематом малого таза, которые, как правило, являются следствием его неадекватного дренирования. Аналогичная ситуация отмечена при сравнении частоты возникновения перитонита на фоне предшествовавшего гнойно-воспалительного осложнения. Общие осложнения и в основной, и в контрольной группе наблюдали одинаково часто. Уменьшение частоты послеоперационных осложнений, как гнойно-воспалительных, так и общих, обусловило уменьшение послеоперационной летальности: в основной группе после операции умер 21 больной, послеоперационная летальность (1,4 ± 0,3)%, в контрольной группе – умерли 26 больных, послеоперационная летальность составила (2,0 ± 0,4)%. Общая послеоперационная летальность (1,7 ± 0,3)%. В обеих группах летальный исход чаще всего возникал после выполнения БАР. В контрольной группе летальность вследствие прогрессирования гнойно-воспалительных процессов составила 0,69%, общих осложнений – 1,3% (соотношение 1:1,89); в основной группе послеоперационная летальность от общих осложнений составила 0,93%, прогрессирования гнойно-воспалительных процес-

сов — 0,47% (соотношение 1:2). После радикальных операций показатели пятилетней выживаемости составили $(76,2 \pm 1,7)\%$, после паллиативных — $(10,6 \pm 5,7)\%$, медиана выживаемости после паллиативных операций составила 1,1 года, существенно не изменившись в течение десятилетия.

Таким образом, разработанная в клинике хирургическая доктрина лечения злокачественных новообразований ПК позволяет достичь онкологически эффективного уровня оказания специализированной

помощи и выполнять функционально выгодные вмешательства с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного канала у $(96,4 \pm 1,6)\%$ больных с удовлетворительными непосредственными результатами лечения. Отдаленные результаты сопоставимы с таковыми в крупных европейских и мировых клиниках, что подтверждает целесообразность применения разработанных хирургических направлений.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.