

Таблиця 6

Структура ускладнень захворювання та лікування хворих на РШМ, не пов'язаних з урологічною патологією*

Ускладнення	Кількість ускладнень, абс. (%)
Лімфокиста	26 (57,8)
Кровотеча	9 (20,1)
Параметрит	2 (4,4)
Післяопераційний інфільтрат	2 (4,4)
Усього	45 (100)

* У таблицю не включені хірургічні ускладнення, зокрема нагноєння післяопераційної рани, гематоми та ін.

Резюме. Осложнения на органах мочевыделительной системы являются наиболее частым видом осложнения у больных раком шейки матки (РШМ). Распространенный РШМ (стадия Ib и выше) характеризуется высоким риском осложнений как самого заболевания, так и его лечения. Лечение больных РШМ требует участия как минимум трех специалистов — онколога, радиолога и уролога.

Ключевые слова: урогинекология, рак шейки матки, химиолучевая терапия, урологические осложнения, мочевыделительная система.

Summary. Complications on the organs of the urinary system is the most common complications in patients with cervical cancer. Common cervical cancer (stage Ib or above) is a disease that is characterized by a high risk of complications of both the disease and its treatment. Treatment of patients with cervical cancer requires the participation of experts at least three areas — the oncologist, radiologist and urologist.

Keywords: urogynecology, cervical cancer, chemoradiotherapy, urological complications, urinary system.

Ю. І. ЯКОВЕЦЬ^{1,2}, Н. Г. СЕМИКОЗ^{1,2}, М. Л. ТАРАНЕНКО^{1,2}
О. В. ЖИЛЬЦОВ², А. В. РОГАЛЄВ^{1,2}

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²ККЛПЗ «Донецький обласний протипухлинний центр»

ВАРІАНТ ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК З МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧІНКУ І МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

THE OPTION OF PALLIATIVE TREATMENT OF COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH LIVER METASTASES AND OBSTRUCTIVE JAUNDICE

В Україні щороку реєструється понад 15 тис. хворих на колоректальний рак (КРР). Активне виявлення становить лише 6 %, а за останні 12 років спостерігається зниження і цього невисокого показника. Як наслідок — понад 50 % хворих на КРР в Україні помирають у перший рік після встановлення діагнозу. Незважаючи на всі сучасні можливості лікування хворих на КРР у багатьох з них розвиваються рецидиви і метастази. Найчастіше КРР метастазує у печінку (38–60 %), лімфовузли (30–40 %), легені (37–39 %). Рідше віддалені метастази виявляються в яєчниках, надниркових залозах, кістках скелета і головному мозку.

Діагностика метастазів КРР у печінку в сучасних умовах не становить труднощів: як скринінговий метод

© Ю. І. Яковець, Н. Г. Семикоз, М. Л. Тараненко, О. В. Жильцов, А. В. Роголев, 2015

З наведених в табл. 5 і 6 даних видно, що ускладнення на органах сечовидільної системи є найбільш поширеним видом ускладнень у хворих на РШМ. Лікування такого контингенту хворих вимагає від хірурга володіння елементами техніки урологічних операцій, а в деяких випадках навіть участі в операції уролога.

Таким чином, можна зробити висновок, що поширений рак шийки матки (стадія Ib і вище) характеризується високим ризиком ускладнень як самого захворювання, так і його лікування. Особливо часто спостерігається ускладнення на органах сечовидільної системи. У деяких випадках лікування хворих на РШМ вимагає участі як мінімум трьох лікарів — онколога, радіолога і уролога.

використовується УЗД, а для уточненої діагностики — комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія. Точність виявлення метастазів у печінку при КТ досягає 90 %. Необхідно зазначити, що при наявності ракового процесу в печінці часто відбувається залучення її воріт і лімфатичних вузлів печінково-дванадцятипалої зв'язки, що призводить до стиснення жовчних проток і розвитку механічної жовтяниці, яка, у свою чергу, призводить до холестазу, приєднання інфекції, розвитку холангіту, печінкової недостатності. Радикальна операція з видалення первинного осередку і метастазів неможлива. Необхідним є проведення хірургічних заходів щодо купірування механічної жовтяниці — декompресії жовчовивідних шляхів, усунення обтурації, ліквідації жовтяниці, здійснення профілактики виникнення або прогресування печінкової недостатності.

Для купірування механічної жовтяниці пацієнтам дослідної групи виконували такі дії: на першому етапі — черезшкірне черезпечінкове дренування жовчних проток під контролем УЗД, інфузійна, дезінтоксикаційна терапія, другим етапом — лапаротомія, лімфодисекція воріт печінки, катетеризація печінкової артерії з подальшою регіонарною внутрішньоартеріальною поліхіміотерапією на фоні внутрішньоартеріального використання антибіотиків, кортикостероїдів, протизапальних препаратів, в окремих випадках — розчину перекису водню (0,12–0,14 %).

Метою було проаналізувати результати комбінованого лікування, що включає внутрішньоартеріальну поліхіміотерапію (ПХТ) з подальшим курсом ПТ на зону печінки за розробленою нами методикою у хворих на КРР з метастазами в печінку і механічною жовтяницею.

В Донецькому обласному протипухлинному центрі (ДОПЦ) розроблено і впроваджено у клінічну практику варіант комбінованого лікування, що включає катетеризацію печінкової артерії. Метод дозволяє знизити до мінімуму кількість ускладнень, пов'язаних з катетеризацією власної печінкової артерії і внутрішньоартеріальною хіміотерапією з наступним курсом ПТ на зону печінки. Дана методика використана для паліативного лікування 36 хворих, з яких 12 страждали на рак ободової кишки, 16 — сигмоподібної кишки, 8 — прямої кишки, і всі мали метастази в печінку, зокрема в її ворота.

Усіх хворих, включених у дослідження, турбували жовтушність шкірних покривів і склер, свербіж шкіри, постійні тупі болі у правому підребер'ї й епігастрії, що іррадіють у спину, порушення фізіологічних відправлень у вигляді знебарвленого випорожнення, потемніння сечі. У частини хворих підвищилася температура до фебрильних цифр, що може свідчити про приєднання холангіту. При пальпації і перкусії печінки виявлено її збільшення в усіх випадках.

Середній показник білірубину у дослідній групі пацієнтів склав $235,4 \pm 27,6$ мкмоль/л, пряма фракція — $170,2 \pm 23,7$ мкмоль/л, непряма — $65,2 \pm 31,8$ мкмоль/л. У частини хворих підвищена активність амінотрансфераз, лужної фосфатази.

Для відновлення прохідності жовчних шляхів у хворих з метастатичним ураженням печінки в ДОПЦ розроблена нова методика катетеризації власної печінкової артерії для проведення регіонарної хіміотерапії. Проведення регіонарної хіміотерапії дозволяє створити більшу концентрацію протипухлинних лікарських препаратів у печінці, ніж при проведенні системної хіміотерапії. Велика концентрація протипухлинних лікарських препаратів у печінці при проведенні регіонарної хіміотерапії, в порівнянні з системною, підвищує ушкоджуючий ефект хіміопрепаратів на пухлинні клітини при зниженні їх впливу на організм в цілому.

Проводиться верхньосередина лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини. При виявленні метастазів у печінці виділяють праву шлунково-сальникову артерію, за Ескер зі співавт. (1962),

перетинають останню і виконують мобілізацію судини в дистальному напрямку шляхом лігування пристінкових судин до рівня відходження другої пристінкової судини. Розсікають стінку мобілізованої артерії, у просвіт судини вводять катетер. Проводять катетер з правої шлунково-сальникової артерії через шлунково-дванадцятипалу артерію у власну печінкову артерію. Наявність катетера у власній печінковій артерії контролюють пальпаторно. Зазвичай довжина введеного катетера становить 12–14 см. Катетер фіксують у правій шлунково-сальниковій артерії за допомогою лігатури. У круглій зв'язці печінки за допомогою металевого буца з оливою на кінці формують тунель у подовжньому напрямку. На передню черевну стінку через сформований тунель у контрапертурний прокол виводять кінець мобілізованої правої шлунково-сальникової артерії з уведеним в неї катетером. Виведення катетера на передню черевну стінку через круглу зв'язку печінки забезпечує можливість видалення катетера в подальшому (після завершення хіміотерапії) без повторної операції. Виведений катетер на передню черевну стінку фіксують до шкіри, лапаротомну рану зшивають пошарово наглухо.

Перевагою даного способу катетеризації, що забезпечує максимальну терапевтичну концентрацію хіміопрепарату в органі-мішені і в зоні лімфогенного метастазування у ворота печінки, є можливість проведення повторних курсів поліхіміотерапії за відсутності тромболітичних ускладнень.

Курс внутрішньоартеріальної хіміотерапії починали з третього-п'ятого дня після операції, у міру відновлення перистальтики кишечника.

Внутрішньоартеріальну хіміотерапію проводили за модифікованою схемою, розробленою в ДОПЦ. Найчастіше за препарат першої лінії використовувався 5-фторурацил. Комплексне лікування хворих дослідної групи передбачало проведення до чотирьох послідовних курсів внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії. За даними ДОПЦ, найбільш оптимальним є введення хіміопрепаратів за принципом «один день — один препарат». При цьому щодня в режимі безперервної тривалої інфузії з використанням дозаторів лікарських речовин ДШ-07 або 1Ж2/50 вводили добову дозу препарату зі зберіганням курсової дози.

До схеми комплексного лікування дослідної групи пацієнтів була включена ПТ, яку проводили через три тижні після закінчення в/а ПХТ. Опромінення метастатичних вузлів у печінці здійснювали на гамма-терапевтичних установках ТераТрон за розробленою нами методикою: в режимі суперфракціонування дози опромінення з радіосенсибілізацією: 2 рази на день з РОД — 1 Гр через 4 години.

Сеанс ПТ проводили за такою схемою: вранці з переднього поля опромінювали зону печінки в дозі 0,1 Гр, потім — трихвилинна перерва і з того ж переднього поля опромінювали печінку в дозі 0,4 Гр і з заднього поля — 0,5 Гр. Через 4 години печінка опромінювалася із заднього поля в дозі 0,1 Гр, потім трихвилинна перерва, потім 0,4 Гр на зону печінки

із заднього поля і 0,5 Гр — на зону печінки з переднього поля.

Поля опромінення обиралися після топографічної підготовки хворого на підставі даних рентгенологічних, ультразвукових і СКТ-досліджень. Променева терапія проводилася на фоні гепатопротекторної, радіосенсибілізуючої терапії.

Комбіноване лікування, що включає внутрішньоартеріальну ПХТ в басейні власної печінкової артерії з проведенням внутрішньоартеріальної хіміотерапії за новою методикою (3 курси) з наступним курсом ПТ (через 3 тижні) на зону печінки також за розробленою нами методикою було проведено у 36 хворих з метастазами колоректального раку в печінку. Після проведення комбінованого лікування явища обтурації жовчних проток зникли, біохімічні показники

(білірубін, лужна фосфатаза, амінотрансферази) нормалізувалися. Рецидивів її не спостерігалось у жодного з пацієнтів. Ускладнень у післяопераційному періоді не було.

Середня тривалість життя пролікованих за даною методикою пацієнтів — $11,3 \pm 1,3$ міс.

Середній період відновлення жовчодинаміки склав 2,3 міс. (1–4 міс.).

Таким чином, можна судити про те, що запропонований варіант комбінованого лікування, який включає в/а ПХТ з подальшим курсом променевої терапії, є більш ефективним порівняно з іншими методами, оскільки дозволяє отримати не тільки виражений симптоматичний ефект завдяки корекції біохімічних показників, а й поліпшити віддалені результати лікування хворих з метастатичним ураженням печінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Циторедуктивная* хирургия злокачественных опухолей печени: интраартериальная регионарная и гипертермическая интраоперационная интраперитонеальная химиотерапия / Н. Н. Малиновский, А. Н. Северцев, Е. И. Брехов и др. // *Кремлевская медицина : клин. вестн.* — 2000. — № 2. — С. 7–12.
2. *Ганцев Ш. Х.* Онкология : учебник / Ш. Х. Ганцев. — М. : Мед. информ. а-во, 2004. — 516 с. ; ил.
3. *Болезни органов пищеварения и системы крови* / Ф. И. Комаров, А. И. Хазанов, А. В. Калинин и др. ; под ред. Ф. И. Комарова. — М. : Медицина, 1996. — 528 с. ; ил.
4. *Тюляндин С. А.* Практическая онкология: избранные лекции / С. А. Тюляндин, В. М. Моисеенко. — СПб. : Центр ТОММ, 2004. — 784 с.
5. *Шалимов А. А.* Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Нечитайло, Б. В. Доманский. — Киев : Здоров'я, 1993. — 512 с. ; ил.
6. *Gennari L.* Proposal for staging liver metastases // L. Gennari, R. Doci, F. Bozzetti, P. Binami // *Treatment of Metastases. Problems and Prospects.* — London : Taylor and Francis. — 1985. — P. 37–40.
7. *Gennari L.* Proposal for a clinical classification of liver metastases / L. Gennari, R. Doci, F. Bozzetti, P. Binami // *Tumors.* — 1982. — Vol. 68. — P. 443–449.

Резюме. Рассмотрен вариант комбинированного лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень на фоне механической желтухи с применением внутриартериальной ПХТ с последующим курсом лучевой терапии на область печени по разработанным в ДОПЦ методикам. Доказана эффективность предложенного метода по сравнению с известными ранее.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы в печень, механическая желтуха, лучевая терапия, внутриартериальная химиотерапия.

Summary. This paper examines a version of the combined treatment of patients with colorectal cancer and liver metastases in the background of obstructive jaundice with intra-arterial chemotherapy followed by a course of radiotherapy to the area of the liver developed in DOPTS techniques. The efficiency of our proposed method in comparison with the previously existing ones is proved.

Keywords: colorectal cancer, metastases to the liver, jaundice, radiation therapy, intraarterial chemotherapy.