

ДК: 616.351- 006.6 – 089

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

П.І. Гордійчук, А.О. Ключов, К.В. Кошель, С.О.Гринчук

ВИБІР ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО – ПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Київський міський клінічний онкологічний центр, Київ**

Мета. На основі власного досвіду дати визначення місцево-поширеного раку прямої кишки, а саме: це не рухома чи малорухома пухлина, яка вражає два чи більше відділів прямої кишки, проростає за межі ректального фасціального простору з проростанням в навколишні органи і тканини, ускладнена паратуморозним інфільтративно-гнійно-деструктивним процесом з порушенням функції органів малого тазу.

Результати. Серед хворих на злоякісне захворювання прямої кишки місцево-поширений рак складає до 18,21% з післяопераційними ускладненнями у 51,03% випадках. Первинно – відновні хірургічні втручання виконувалися у 62,32%, в комбінованому об'ємі у 59,98% з найчастішим виконанням: - надпівкової ампутації матки з додатками; - резекції сечового міхура чи поєднаної резекції сечового міхура з надпівковою ампутацією матки з додатками. Післяопераційні ускладнення склали - 18,60% з післяопераційною летальністю – 3,25%.

Ключові слова: місцево-поширений рак прямої кишки, діагностика, хірургічне лікування.

Вступ. Хірургічне лікування хворих на рак товстої кишки є актуальною медичною та соціально-економічною проблемою у зв'язку з постійним ростом захворюваності у всьому світі та високими показниками щорічної смертності. Не винятком є Україна, за останнє десятиріччя (2002 – 2012рр) показник захворюваності на рак прямої кишки зріс з 18,0 до 21,3 випадків на 100 тис. населення, а у м. Києві відповідно 16,8 до 22,8 випадків. Приріст захворюваності за вказаний період збільшився на чверть. Одним із важливих питань у діагностиці та лікуванні хворих на рак прямої кишки є місцево-поширений рак, який діагностується від 22 до 49,4% хворих [1,2,5]. Єдиного розуміння та чіткої характеристики місцево-поширеного раку прямої кишки (МПРПК) не існує, так в англійській літературі [6,7,9] його характеризують, як пухлина що проростає за межі м'язового шару прямої кишки ($\geq T3$ чи $N+$) [7,8,10,11], тому, переважна більшість даних хворих відноситься до II чи III ст. захворювання, але їх результати лікування і прогноз неоднорідний і далекий від об'єктивності із-за неоднорідності групи хворих. Колеги ближнього зарубіжжя [3,4] в поняття місцево-поширеного раку прямої кишки вкладають: не рухома або малорухома пухлина, яка проростає всю стінку кишки і розповсюджується на сусідні органи, вражає кишку на протязі 10см.

Тому, дискусії в діагностиці, а потім у виборі тактики лікування з приводу місцево-поширеного раку прямої кишки є актуальними.

Матеріали та методи. За останні п'ять років (2010-2014рр) в абдомінальному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру прооперовано 1323 хворих на рак прямої кишки, серед яких у 241 (18,21%) хворого діагностовано МПРПК. Представлена категорія хворих обстежена відповідно до стандарту існуючого в клініці (клінічне, лабораторне, морфологічне, сонографічне (оглядове, трансректальне), ендоскопічне, рентгенологічне (іригоскопія, комп'ютерна Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л.Шупика 24 (1)/2015

ОНКОЛОГІЯ

томографія, при потребі магнітно-резонансна томографія органів малого тазу, оглядом онкогінеколога, уролога). Характеристика хворих на МПРПК представлена в таблиці 1, яка свідчить про достовірну перевагу хворих жіночої статі над чоловічою, наймолодшому пацієнту було 26 років, найстаршому – 84 роки.

Таблиця 1

Характеристика хворих на місцево-поширений рак прямої кишки

| Чинники | Абс. | (%) |
|---|----------------|-------|
| Стать : | | |
| - чоловіча | 102 | 42,32 |
| - жіноча | 139 | 57,67 |
| Середній вік | 61,59 ±5,82 | |
| Локалізація пухлини: | | |
| - верхньоампулярний – ректосигмоїдний | 49 | 20,33 |
| - середньо - верхньоампулярний | 85 | 35,27 |
| - нижньо -середньоампулярний | 107 | 44,39 |
| Стадії: | | |
| - II - (N ₄ N ₀ M ₀) | 148 | 61,41 |
| - III - (N ₄ N ₁₋₂ M ₀) | 64 | 26,56 |
| - IV - (N ₄ N ₀₋₁₋₂ M _{1(пер±pulm±P1-2)}) | 29 | 12,03 |
| Морфологія пухлини: | | |
| - аденокарцинома | | |
| G – 2 | 111 | 46,06 |
| G – 3 | 41 | 17,01 |
| слизпродукуюча | 79 | 32,78 |
| - плоскоклітинна карцинома | 7 | 2,90 |
| - меланома | 3 | 1,24 |
| Ускладнення МПРПК: | | |
| - обтураційна кишкова непрохідність | 53 | 21,99 |
| - паратуморозні інфільтративно-гнійнозапальні | 37 | 15,35 |
| - деструктивні | | |
| ректо-везикальна нориця | 19 | 7,88 |
| ректо-вагінальна нориця | 14 | 5,81 |

Локалізація пухлини, що призводила до місцево поширеного процесу переважно вражала середньо- та нижньоампулярні відділи прямої кишки, за класифікацією TNM більшість хворих – 61,41% склали другу стадію захворювання, у 12,03% хворих визначено занедбаний пухлинний процес захворювання, серед яких, у 4 хворих діагностовано одиничні метастатичні ураження печінки, у 19 хворих – множинні, а у 6 хворих множинні ураження печінки та легень. Результати морфологічного дослідження пухлини як до операційні, так і післяопераційні визначили достатньо велику кількість – 32,78% випадків слиз продукуючої аденокарциноми різного ступеня диференціації. Незважаючи на важкість самого

місцево-поширеного процесу у 51,03% хворих діагностовано ускладнення, як результат прогресування з порушення функції органів малого тазу. Серед ускладнень, переважно у 70 (29,04%) хворих на МПРПК діагностовано гнійно-деструктивні процеси, а саме: - паратуморозно інфільтративно-гнійнозапальний (у 22 хворих паратуморозні інфільтрати з абсцедуванням в порожнині тазу, у 11 хворих міжпетлеві гнійники в ділянці проростання пухлини в тонку кишку і у 4 хворих гнійний парапроктит); - деструктивний з формуванням нориць – у 19 пацієнтів ректовезикальна і у 14 - ректовагінальна. Субкомпенсована obturаційна кишкова непрохідність при госпіталізації діагностовано у 53 (21,99%) хворих, яким проведені консервативні заходи, у 42 хворих отримано клінічний ефект з її розриванням. Супутні субкомпенсовані захворювання діагностовано у 148 (61,41%) хворих, у переважній більшості хворих з обліком віку та важкості перебігу основної патології вони мала поєднаний характер. Статистична обробка інформації проведена за допомогою програми Statistica Software (Statsoft, Tulsa,OK).

Результати та обговорення. На основі отриманих результатів дослідження є підстави характеристики МПРПК, як: - не рухома чи малорухома пухлина, яка вражає два чи більше відділів прямої кишки, проростає за межі ректального фасціального простору з розповсюдженням в навколишні органи та тканини в переважній більшості ускладнена паратуморозним гнійно-деструктивним процесом з порушенням функції органів малого тазу.

За даними ознаками хворих розподілили на 3 групи: I - група - включено 134 (55,60%) хворий на МПРПК з компенсованою функцією органів малого тазу без гнійно-деструктивних ускладнень. Хворим проведено неoad'ювантний курс хіміопроменевої терапії (ХПТ): фторпірамідини (5-Fu, капецетабін) + променева терапія за класичним фракціонуванням з разовою дозою опромінення від 1,8 до 2,2 Гр до сумарної 44,8 – 49,7Гр з наступним проведеним хірургічним втручанням через 6 тижнів.

II - група – склала 81 (33,61%) хворий на МПРПК ускладнений гнійно-деструктивним процесом, з субкомпенсованим порушенням функції органів малого тазу (кишкового пасажу, циститом, вагінітом та ін.) та з резектабельними метастазами в печінці. Хворим проведена передопераційна підготовка з наступним хірургічним втручанням.

III - група – увійшло 26 (10,79%) хворих (N4 N0-1-2M1 (her±pulg) з МПРПК , яким після проведеної передопераційної підготовки виконане паліативне чи симптоматичне хірургічне втручання по можливості з наступним проведенням паліативних курсів ПХТ. Результати лікування даної групи хворих не втішні, медіана виживаності склала 9,32±3,12 місяці.

Об'єм виконаних хірургічних втручань у хворих на МПРПК в першій та другій групі представлений в таблиці 2. В процесі виконання втручань у 3 хворих I-групи та 11 хворих II-групи були сумнівні в об'ємі R0, це інфільтративні ділянки на бокових стінках крижової кістки та в ділянці замикаючої ямки, з даних ділянок взята біопсія, вони мічені металевими скобками з метою проведення ад'ювантної ХПТ. Первинно – відновні хірургічні втручання частіше виконувалися у хворих I-групи і склали - 72,38%, тоді, як у хворих II-групи – 45,68%, що є статистично достовірною різницею. У 80 (59,70%) хворих на МПРПК I-групи та 49 (60,49%) хворих II-групи хірургічні втручання виконані в комбінованому об'ємі з резекцією сусідніх органів в які проростала пухлина з формуванням нориці чи інфільтрувала стінку.

Перелік хірургічних втручань виконаних у хворих на МПРПК

| Об'єм втручання | Група I (n - 134) абс. (%) | Група II (n - 81) абс. (%) |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Передня резекція прямої кишки | 18 (13,43) | 9 (11,11) |
| комбінована з: | | |
| - резекцією тонкої кишки | 3 (2,24) | 4 (4,94) |
| - резекцією сечового міхура | 15 (11,19) | |
| - надпівхова ампутація матки з додатками (НАМД) | 7 (5,22) | 6 (7,41) |
| - поєднана рез. сечового міхура + НАМД | 4 (2,98) | 2 (2,47) |
| - екстирпація сечового міхура | - | 1 (1,23) |
| - бісегмент чи гемігепатектомією | 2 (1,49) | - |
| Черечно-анальна резекція | 17 (12,68) | 2 (3,07) |
| комбінована з: | | |
| - резекцією сечового міхура | 2 (1,49) | 4 (4,94) |
| - НАМД | 10 (7,46) | 6 (7,41) |
| - поєднана рез. сечового міхура + НАМД | 1 (0,74) | 3 (3,70) |
| - резекцією піхви | 5 (3,73) | - |
| - резекцією передміхурової залози | 5 (3,73) | - |
| - бісегмент чи гемігепатектомією | 1 (0,74) | - |
| Черечно-анальна резекція за Іноятовим | 2 (1,49) | 8 (9,87) |
| комбінована з: | | |
| - резекцією сечового міхура | - | 8 (9,87) |
| - НАМД | 2 (1,49) | - |
| - поєднана рез. сечового міхура + НАМД | 9 (6,41) | - |
| - екстирпація сечового міхура | 2 (1,49) | - |
| Проктотомія | 7 (5,22) | - |
| Черечно-промежинна екстирпація прямої кишки | 10 (7,46) | 9 (11,11) |
| - резекцією сечового міхура | 2 (1,49) | 5 (6,17) |
| - НАМД | 2 (1,49) | 4 (4,94) |
| - поєднана рез. сечового міхура + НАМД | - | - |
| - резекцією піхви | 1 (0,74) | 4 (4,94) |
| - резекцією передміхурової залози | 7 (5,22) | 2 (3,07) |
| Формування двостовбурної колостоми | 0 | 4 (4,94) |

Найчастіше у хворих I-групи виконувалася: - надпівхова ампутація матки з додатками – 15,66%; - резекція сечового міхура – 11,94%; - поєднана резекція сечового міхура з надпівховою ампутацією матки з додатками – 11,19%. У хворих II-групи розподіл виконаних комбінованих втручань наступний: - резекція сечового міхура – 20,98%; - надпівхова ампутація матки з додатками у 19,45% та поєднана резекція сечового міхура з надпівховою ампутацією матки з додатками – 6,7%. Не корегованих інтраопераційних ускладнень у наведеної категорії хворих не спостерігалось. Післяопераційні ускладнення виникли у 22 (16,42%) хворих I-групи та 18 (22,22%) хворих

другої, у переважній більшості випадків були проведені консервативні заходи з позитивним ефектом. Винятком стали 3 хворих першої та 4 хворих другої групи у яких гнійно-запальний процес був не керованим, проведені хірургічні та консервативні заходи без результативні. Післяопераційна летальність серед хворих першої групи склала – 2,23%, а серед хворих другої – 4,94%, що має статистично достовірну різницю. В післяопераційному період з межами від 21 до 35 післяопераційних діб почато проведення ад'ювантної ПХТ: у 93 хворих за схемою Мауо; у 79 хворих за схемою FOLFOX-6 і у 23 хворих за схемою XELOX, хворі отримували від 4 до 6 курсів. У 14 хворих, яким під час виконання хірургічного втручання залишені мітки у зв'язку з сумнівною виконання оперативного втручання в об'ємі R0 після першого курсу ПХТ проведено цикл хіміопроменевої терапії за класичним фракціонуванням.

Висновки. Місцево-поширений рак прямої кишки має характерні клінічні та діагностичні чинники, які дають можливість розподілити хворих за групами, індивідуалізувати тактику лікування з об'ємом хірургічного втручання і об'єктивно визначити прогноз захворювання.

Література

1. Бердов Б.А., Невольских А.А., Еригин Д.В. Лечение местнораспространенного рака прямой кишки // *Вопр. онкол.*-2007. -Т. 53, №5.- С. 578 -583.
2. Комплексное лечение местно-распространенного рака прямой кишки / К.В. Семиконов, А.В. Важенин, Е.Л. Надвикова и др. // *Сибирский онкол. журнал.* – 2008. - № 2. – С. 72 -75.
3. Местнораспространенный рак прямой кишки (Т3-4): поиск оптимального алгоритма лечения / Ю.А. Барсуков, С.И. Ткачев, В.Ф. Царюк и др. // XIII Российский онкол. конгресс. - Москва. – 2009. – С. 115-124.
4. Отдаленные результаты хирургического лечения местнораспространенного рака прямой кишки с использованием экстрафасциального принципа выделения / П.В. Царьков, И.А. Тулина, Д.Р. Федоров и др. // *Новости колопроктологии.* РЖГГК. - 2010. -№ 4. – С. 75 -82.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. –М.: ГНЦ проктологии, 1994. -432с.
6. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A Long – term results of randomized trial comparing preoperative short-course radiotherapy with preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. // *Br. J. Surg.*- 2006. - № 93. –P. 1215-1223.
7. George J. Update on Multidisciplinary Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer / www.fascrs.org. ASCRS. - 2010.
8. Glynne-Jones R., Dunst J., Sebag-Montefiore D. The integration of oral capecitabine into chemoradiation regimens for locally advanced rectal cancer: How successful have we been?// *Ann. Oncol.* – 2006. -№ 17. – P. 361-371.
9. Medical Research Council Rectal Cancer Working Party. Randomized trial of surgery alone versus radiotherapy followed by surgery for potentially operable locally advanced rectal cancer. // *Lancet.* – 1996. -№ 348. – P. 1605-1610.
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines TM Rectal Cancer Version. - 4.- 2011.
11. Trakarsanga A. Treatment of locally advanced rectal cancer. *World J. Gastroenterol.* -2012. – Vol 18. – P. 5526-5532.

П.И.Гордійчук, А.А. Ключов, К.В.Кошель, С.А.Гринчук

Выбор хирургического лечение местно - распространенного рака прямой кишки

**Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика,**

Киевский городской клинический онкологический центр, Киев

Цель. На основе собственного опыта дать определение местно-распространенного рака прямой кишки, а именно: это не подвижная или малоподвижная опухоль, которая поражает два или более отделов прямой кишки, прорастает за пределы ректального фасциального пространства с прорастанием в окружающие органы и ткани, осложненная паратуморозным инфильтративно-гнойно-деструктивным процессом с нарушением функции органов малого таза.

Результаты. Среди больных злокачественное заболевание прямой кишки местно-распространенным раком составляет до 18,21% с паратуморозными осложнениями в 51,03% случаях. Первоначально - восстановительные хирургические вмешательства выполнялись в 62,32%, в комбинированном объеме в 59,98% с выполнением: - надвлагалищной ампутации матки с придатками; - резекции мочевого пузыря или сочетанной резекции мочевого пузыря с надвлагалищной ампутацией матки с придатками. Послеоперационные осложнения составили - 18,60% с послеоперационной летальностью - 3,25%.

Ключевые слова: местно-распространенный рак прямой кишки, диагностика, хирургическое лечение.

P.I.Gordiychuk, A.O.Klyusov, K.V.Koshel, S.O.Hrynychuk

Selection of surgical treatment of locally advanced rectal cancer

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,

Kyiv City Clinical Cancer Center, Kyiv

Aim. The aim of the study was based on personal experience to define locally advanced rectal cancer, it means that it is not moving or slow-moving tumor that affects two or more parts of the rectum, it invades beyond rectal fascial space with germination in surrounding organs and tissues complicated peritumoral infiltrative-suppurative destructive process with dysfunction of the pelvic organs.

Results. Among patients with malignant diseases of the rectum locally advanced cancer makes up 18.21% of postoperative complications in 51.03% of cases. Primary reduction surgery performed at 62.32%, in the combined volume of 59.98% of most common performance: - supravaginal amputation of uterus with appendages; - resection of bladder or combined resection both of bladder and supravaginal amputation of uterus with appendages. Postoperative complications were 18.60% of postoperative mortality rate 3.25%.

Key words: locally advanced rectal cancer, diagnostics, surgical treatment.

Відомості про авторів:

Гордійчук П.І. - д.мед.н., професор кафедри онкології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69.

Ключов А.О. - заочний аспірант кафедри онкології НМАПО імені П.Л.Шупика, лікар хірург онколог Київського міського клінічного онкологічного центру.

Кошель К.В. - завідувач абдомінальним відділенням Київського міського клінічного онкологічного центру.

Гринчук С.О. - в.о. завідувача хіміотерапевтичного відділення Житомирського обласного онкодиспансера.