

*В.Х. Башеев¹, Г.Г. Псарас³, Я.В. Верченко³, М.Г. Мутик², Т.В. Щучкина²,
М.А. Булатова², А.Ю. Телятников²*

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

¹ - Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, Украина

² - Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

³ - Мариупольский городской онкологический диспансер, Украина

Реферат. В статье представлен анализ выполнения 853 паллиативных резекций ободочной кишки. Наиболее частой причиной паллиативного характера выполненных резекций явилось метастатическое поражение печени - 410 (48,07 %). Осложненное течение опухолевого процесса отмечено у 320 (37,51 %) пациентов. Первично-восстановительные операции выполнены в 798 (93,55 %) случаях. Послеоперационные осложнения отмечены в 133 (15,59 %) случаях, из них несостоятельность анастомоза лишь в 11 (1,29 %) наблюдений. 5-летняя выживаемость составила 20,8 (3,11 %), наиболее эффективным способом явилась паллиативная эндолимфатическая химиотерапия по разработанному в клинике способу.

Ключевые слова: распространенный рак ободочной кишки, первично-восстановительные паллиативные резекции, паллиативная химиотерапия

В последние десятилетия сохраняется неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, в частности раком ободочной кишки, который занимает 5-6 место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями [3]. Показатель заболеваемости населения Украины в 2003 г. достиг 24:100 000, что почти в 2 раза превышает уровень 20-летней давности [4]. Летальность на протяжении года от момента установления диагноза рака ободочной кишки сегодня составляет почти 40 %. В этих условиях особую актуальность приобретает поиск новых способов и методов лечения неоперабельных больных распространенным раком ободочной кишки. В последние годы предпринимаются попытки внедрения новых противоопухолевых препаратов (кампто, элоксатин, томудекс и др.) при распространенных метастатических формах рака ободочной кишки с целью проведения паллиативной химиотерапии [5, 13, 14]. Ряд исследователей усматривают увеличение медианы выживаемости, по сравнению с традиционными химиопрепаратами, на 3-4 месяца. Учитывая дороговизну препаратов, незначительное увеличение выживаемости, низкое качество жизни в большинстве случаев колостомированных больных, вряд ли сегодня можно считать данное направление основным и решающим. Имеющиеся немногочисленные исследования, посвященные паллиативным вмешательствам на ободочной кишке, свидетельствуют о не частом, но преимущественном использовании обструктивных операций типа Гартмана [7, 8, 10, 11]. Несомненно, что единственной причиной выбора подобной технически упрощенной, но функци-

онально невыгодной тактики является не только сомнение в целесообразности нерадикальных вмешательств, но и укоренившееся мнение о неизбежности скорого сдавления просвета кишки прогрессирующими опухолевыми тканями в случаях использования первично-восстановительных способов оперативного лечения [1]. Стремление к улучшению качества жизни больных распространенным раком ободочной кишки привело нас к необходимости выбора другого подхода в хирургическом лечении данного контингента больных [9].

Материалы и методы

В исследование включены 853 случая паллиативных резекций ободочной кишки без применения специальной программы предоперационного химиолучевого воздействия, направленной на повышение резектабельности опухолевого процесса (1990-2009 гг.). В большинстве этих наблюдений, предпринимая оперативное вмешательство и предполагая возможность радикального удаления опухоли, мы обнаруживали при интраоперационной ревизии неудалимые местные (регионарные) опухолевые инфильтраты или отдаленные метастазы. У ряда больных, несмотря на четкое диагностирование отдаленного метастатического процесса, мы сознательно предпринимали оперативное вмешательство и выполняли циторедуктивные операции, а в некоторых случаях оперативное вмешательство предпринималось вынуждено, ввиду развития осложнений течения опухолевого процесса.

Характер неудалимых опухолевых очагов в наших наблюдениях был различным. Причины выполнения паллиативных резекций отражены в таблице 1.

Наиболее частой причиной паллиативного характера выполненных резекций явилось метастатическое поражение печени - 410 (48,07 %) случаев, наиболее редким - метастатическая диссеминация в сочетании с местной нерезектабельностью - 173 (20,28 %) .

Исследование материала по основным прогностическим признакам показало полную его идентичность литературным данным. Количественное соотношение мужчин и женщин составило 373 (43,73 %) и 480 (56,27 %). Основной контингент составили лица старших возрастных групп - более 85 %. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста превышал половину наблюдений - 511 (59,91 %) случаев. Наиболее частой локализа-

Таблица 1. Причины паллиативных резекций ободочной кишки

Характер неудаляемого опухолевого процесса	Число случаев	
	абс.	%
Местная распространенность без отдаленных метастазов	270	31,65±1,59
Метастазы в печень	410	48,07±1,71
Местная распространенность и отдаленная метастатическая диссеминация	173	20,28±1,38
Всего	853	100,0

цией явились опухоли левой половины ободочной кишки - 441 (51,70 %) случаев. На долю высокодифференцированных форм пришлось наибольшее количество наблюдений - 497 (58,26 %).

Осложненное течение опухолевого процесса отмечено у 320 (37,51 %) пациентов, причем у некоторых из них отмечено два и более осложнений. Наиболее часто отмечали кишечную непроходимость - 206 (24,15 %) наблюдений, из них частичную - в 167 (19,58 %). В 87 (10,20 %) случаях течение опухолевого заболевания осложнилось перифокальным воспалением, в связи с чем была использована эндолимфатическая антибактериальная терапия.

Сопутствующая патология отмечена у 446 (52,29 %) больных, всего выявлено 760 заболеваний, что связано с наличием у некоторых больных двух и более патологических состояний. Из них наиболее часто встречались сердечно-сосудистые заболевания - 441 (51,70 %).

Таблица 3. Структура и характер осложнений после паллиативных резекций ободочной кишки

Характер послеоперационных осложнений	Количество больных		Удельный вес в структуре осложнений, %
	Абс.	%	
Нагноение послеоперационных ран	21	2,46	13,82
Анастомозит	9	1,06	5,92
Острый инфаркт миокарда	11	1,29	7,24
Плевропневмония	11	1,29	7,24
Острая почечно-печеночная и надпочечниковая недостаточность	6	0,70	3,95
Полиорганная недостаточность	6	0,70	3,95
Перитонит	21	2,46	13,82
Атония желудка	1	0,12	0,66
Атония мочевого пузыря	1	0,12	0,66
Свищи	5	0,59	3,29
Перфорация язвы 12-перстной кишки	1	0,12	0,66
Тромбоэмболия легочной артерии	7	0,82	4,61
Илеофemorальные тромбозы вен ног	5	0,59	3,29
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание	1	0,12	0,66
Острый панкреатит	9	1,06	5,92
Обострение хронических заболеваний мочеполовой системы	6	0,70	3,95
Паретическая кишечная непроходимость	9	1,06	5,92
Несостоятельность швов анастомоза	11	1,29	7,24
Несостоятельность швов 12-перстной кишки	2	0,23	1,32
Абсцессы брюшной полости и малого таза	11	1,29	7,24
ИТОГО	152	17,82	100,00
Количество больных	133	15,59	85,53

Примечание: в графах указаны первичные ведущие осложнения, в ряде случаев повлекшие за собой развитие другой патологии

Таблица 2. Виды паллиативных резекций ободочной кишки

Виды оперативных вмешательств	Число больных	
	абс.	%
Гемиколонэктомия справа	333	39,04
Резекция сигмовидной кишки	283	33,18
Гемиколонэктомия слева	105	12,31
Резекция поперечно-ободочной кишки	36	4,22
Операция Микулича	31	3,63
Операция типа Гартмана	24	2,81
Чрезбрюшная резекция сигмовидной и прямой кишок	36	4,22
Колэктомия	5	0,59
Всего	853	100,0

Лишь в 31 (3,63 %) случае из 853 местное распространение опухоли соответствовало критерию T1-3. В остальных 822 (96,37 %) наблюдениях зарегистрировано обширное местное распространение опухоли в стенке ободочной кишки и за её пределы, соответствующее параметру T4. Ввиду наличия неудаляемых местных или отдаленных опухолевых комплексов после паллиативных резекций мы посчитали нецелесообразным изучение состояния удаленных регионарных лимфатических узлов (критерия N), предполагая незначительное влияние случаев регионарного метастатического поражения на отдаленные результаты лечения в условиях генерализации опухолевого процесса и обязательного послеоперационного специального лечения.

Таблица 4. Отдаленные результаты после паллиативных резекций ободочной кишки

Характер неуда­лимого опухолевого процесса	Абс. кол-во	Выживаемость по годам				Среднее время жизни
		1	2	3	5	
Местная распростра­ненность	270	76,0±5,27	55,2±6,23	44,4±6,29	34,1±6,19	2,81±0,22
Метастазы в печень	410	56,0±5,02	31,3±4,87	21,1±4,42	13,8±3,97	1,81±0,20
Местная и отдаленная распространенность	173	59,0±7,63	31,0±7,38	25,4±7,03	14,2±6,30	1,92±0,21
Всего	853	63,0±3,37	39,0±3,50	29,6±3,33	20,8±3,11	2,16±0,22

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев использованы разработанные в клинике оперативные способы формирования анастомозов. Характер примененных паллиативных вмешательств с удалением опухоли отражен в таблице 2.

Анализ таблицы демонстрирует подавляющее преимущество первично-восстановительных способов операций - 798 (93,55 %). Лишь 55 (6,45 %) использования операции Гартмана и Микулича были обусловлены выраженным осложненным течением опухолевого процесса - полной кишечной непроходимостью или перифокальным воспалением (перитонитом). В 263 (30,83 %) случаях операции носили комбинированный и симуль­танный характер.

Интраоперационные осложнения зарегистрированы в 43 (5,04 %) наблюдениях. Летальных исходов вследствие развития интраоперационных осложнений не было, однако в некоторых случаях они обусловили развитие послеоперационной патологии.

После операций отмечены 133 (15,59 %) случая осложненного течения. Характер послеоперационной патологии отражен в таблице 3. Наиболее частыми явились гнойно-септические осложнения - суммарно 10,9 %. Для купирования воспалительных процессов широко применялась эндолимфатическая антибактериальная терапия [2, 16, 20].

В ряде случаев развившиеся осложнения купировать не удалось, в связи с чем был зарегистрирован летальный исход - 41 (4,81 %). Данный показатель можно считать удовлетворительным, учитывая тяжесть оперированного контингента больных, имеющего, помимо распространенного ракового процесса, более чем в 37 % случаев осложненный характер течения заболевания [2, 12].

Отдаленные результаты лечения изучены у большинства пациентов. Из 812 выписанных из стационара больных, подверженных паллиативному удалению опухоли (все пациенты были охвачены тем или другим видом специального лечения), полную информацию удалось получить о 702 (82,30 %) пациентах.

Отдаленная выживаемость изучалась методом построения таблиц дожития, обязательно учитывалась послеоперационная летальность. Было выделено три группы пациентов в зависимости от характера распространенности неуда­лимого опу­

холевого процесса. Отдаленные результаты лечения представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы, во всех трёх группах получены достаточно высокие показатели двух- и трёхлетней выживаемости. В общей группе они достигают, соответственно, 39,0 % и 29,6 %. Пятилетняя выживаемость приблизилась к 21 %, средняя продолжительность жизни оказалась выше двух лет (25 месяцев).

Лишь в 52 (6,1 %) случаях мы нашли возможность применения, помимо химиотерапии, послеоперационного лучевого лечения (использовалось рекомендованное дробно-протяженное облучение фракциями 2,0-2,5 Гр. до достижения суммарной дозы 40-60 Гр.), что позволило нам пренебречь этим показателем в оценке эффективности послеоперационных методов паллиативной терапии. Основой послеоперационного специального лечения явилась химиотерапия 5-фторурацилом. Препарат вводился как внутривенным, так и эндолимфатическим путем. Разовая дозировка в обоих случаях при проведении курса лечения колебалась в пределах 0,5-1,0 г, суммарная - 4,0-5,0 г. Количество курсов зависело от общего состояния пациентов, наличия осложнений, продолжительности жизни пациентов, возможной стабилизации опухолевого процесса и других факторов, колебалось от 3 до 8. В ряде случаев у ослабленных больных мы переходили на пероральный прием 5-фторурацила по рекомендованным схемам, однако количество таких наблюдений было незначительным. Мы получили следующие результаты после применения двух способов химиотерапии (табл. 5).

У нас нет возможности, как упоминалось ранее, сравнить полученные результаты с литературными данными ввиду отсутствия подобных статистически достоверных исследований. Альтернативным и повсеместным методом лечения при местно-распространенном или диссеминированном раке ободочной кишки можно считать симптоматические вмешательства с последующей химиотерапией, реже с химиолучевым лечением. Имеющиеся малоутешительные результаты средней продолжительности жизни 11 месяцев (при использовании новейших химиопрепаратов - до 14-16 месяцев) вряд ли могут сегодня конкурировать с полученными отдаленными результатами нашего исследования. Наиболее эф­

Таблица 5. Эффективность химиотерапии терапии после паллиативных резекций ободочной кишки

Вид лечения	Абс. кол-во	Выживаемость по годам				Среднее время жизни
		1	2	3	5	
Внутривенная ХТ и др.	577	56,0±4,23	33,9±4,17	25,2±3,92	15,4±3,55	1,92±0,21
Эндолимфатическая ХТ	276	77,3±5,11	49,4±6,19	38,5±6,08	30,5±5,88	2,63±0,22

Примечание: ХТ - химиотерапия

фективной явилась послеоперационная эндолимфатическая химиотерапия, позволяющая достичь более 2,5 года средней продолжительности жизни после паллиативного удаления опухолей ободочной кишки. Полученный результат после эндолимфатической химиотерапии вселяет оптимизм, если дополнительно учесть фактор сохранения высокого качества жизни после удаления опухоли - исключение таких угрожающих осложнений, как кишечная непроходимость, перифокальное воспаление, распад и перфорация опухоли, кровотечение, анемия и др., в большинстве случаев препятствующих проведению химиотерапии даже минимальными дозировками.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать выводы не только в пользу расширения показаний к циторедуктивным вмешательствам, но и к использованию при этом первично-восстановительных способов операций. При выборе метода специальной паллиативной послеоперационной терапии преимущество следует отдать эндолимфатической химиотерапии. Выполнение циторедуктивных резекций ободочной кишки не приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности, показатели составляют 15,59 % и 4,81 %, соответственно, и позволяет получить высокие показатели отдаленной выживаемости: 5-летний порог переступили 20,8 % больных, при этом средняя продолжительность жизни достигла 2,16 года.

V.H. Basheyev, G.G. Psaras, Y.V. Verchenko, M.G. Mutik, T.V. Schuchkina, M.A. Bulatova, A.Y. Telyatnikov

Ways to Improve Results of Palliative Resection of the Colon for Cancer

The work deals with analysis of 853 palliative resections of the colon. The most common cause of palliative nature of the preformed resections turned out to be liver metastases, in 410 cases (48.07 per cent). 320 patients (37.51 per cent) have been diagnosed with complicated course of tumor process. Primary recovery operations have been performed in 798 cases (93.55 per cent). Postoperative complications have been noted in 133 cases (15.59 per cent), while anastomotic dehiscence has been found in 11 cases (1.29 per cent). Five-year survival rate has been 20,8±3,11 per cent. Endolymphatic palliative chemotherapy developed by the clinic has proved to be the most effective method (Arch. Clin. Exp. Med.—2013.—Vol.22, №1. — P. 86-89).

Keywords: common cancer of the colon, primary reconstruction palliative resection, palliative chemotherapy

V.X. Bacheev, G.G. Psaras, Y.V. Verchenko, M.G. Mutik, T.V. Schuchkina, M.A. Bulatova, A.Y. Telyatnikov

Шляхи покращення результатів лікування після паліативних резекції ободової кишки з приводу раку

У статті представлено аналіз виконання 853 паліативних резекцій ободової кишки. Найбільш ча-

стою причиною паліативного характеру виконаних резекцій було метастатичне ураження печінки - 410 (48,07 %). Ускладнений перебіг пухлинного процесу відзначено у 320 (37,51 %) пацієнтів. Первинно-відновні операції виконані в 798 (93,55 %) випадках. Післяопераційні ускладнення відзначені у 133 (15,59 %) випадках, з них неспроможність анастомозу лише в 11 (1,29 %) спостереженнях. 5-річна виживаність склала 20,8 ± 3,11 %, найбільш ефективним способом з'явилася паліативна эндолімфатична хіміотерапія за розробленим у клініці способом (Арх. клініч. експ. мед.—2013.—Т.22, №1.—С. 86-89).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александров В.Б. Рак прямой кишки / В.Б. Александров. - М.: Медицина, 1977. - 294 с.
2. Бондарь Г.В. Хирургическое лечение рака ободочной и прямой кишки у больных старше 70 лет / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, В.Х. Башеев // Хирургия. - 1990. - № 12. - С. 58-61.
3. Двойрин В.В. Статистическая оценка эффективности лечения онкологических больных методом построения таблиц дожития при клинических испытаниях / В.В. Двойрин - М.: Медицина, 1982. - 32 с.
4. Злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки в России в 1980-1996 гг.: заболеваемость, смертность, диагностика, лечение / В.В. Старинский, Л.В. Ременник, Н.В. Харченко, В.Д. Мохина // Российский онкологический журнал. - 1998. - № 6. - С. 4-9.
5. Конев В.Г. Современные химиопрепараты в лечении больных колоректальным раком с метастазами в печени / В.Г. Конев // Онкология. - 2002. - № 1. - С. 62-65.
6. О целесообразности комбинированных операций при метастазах рака прямой кишки в печень / В.Д. Федоров, М.И. Брусиловский, А.М. Гофман, Т.С. Одарюк // Вопросы онкологии. - 1980. - № 4. - С. 84-88.
7. Паллиативные резекции и экстирпации при раке ободочной и прямой кишки / В.И. Кныш, А.Н. Элмурадов, В.С. Ананьев, В.Ф. Царюк // Хирургия. - 1987. - № 9. - С. 97-100.
8. Показатели выживаемости больных раком ободочной кишки с отдаленными метастазами после операции различного объема / И.А. Савина, В.М. Моисеенко, С.В. Васильев, Н.Н. Симонов // Вопросы онкологии. - 2003. - №3. - С. 340-346.
9. Результаты циторедуктивных резекций прямой кишки по поводу неоперабельного рака / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Н.Г. Семикоз, С.Э. Золотухин, Е.И. Осауленко // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. - Минск, 25-28 мая 2004. - Ч. I. - С. 359.
10. Симонов Н.Н. По поводу статьи М.В. Гринева и Ф.Х. Абдусаматова "Оправдана ли циторедуктивная хирургия в лечении колоректального рака IV стадии" (дискуссия) / Н.Н. Симонов // Вопросы онкологии. - 2000. - № 3. - С. 366.
11. Турищев С.Ю. Хирургическое лечение местнораспространенного рака ободочной кишки // Проблемы проктологии: Республканский сборник научных трудов / Под редакцией проф. В.Д. Федорова. - М.: Московский НИИ проктологии, 1986. - Вып. 7. - С. 120-124.
12. Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Ю.В. Думанский, В.П. Звездин // Вестник хирургии. - 1987. - № 12. - С. 35-39.
13. Combination therapy with infusional 5-FU and Tomudex for patients (pts) with advanced colorectal cancer - A phase I study / A. Harstrick, S. Mayer, R. Hilger [et al.] // Ann. Oncol. - 1998. - Vol. 9, Suppl. 14. - P. 35-36.
14. Comparison of oral Capecitabine versus intravenous Fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patients with metastatic colorectal cancer: results of a randomized phase III study / P.M. Hoff, R. Ansari, G. Batist [et al.] // J. Clin. Oncol. - 2001. - Vol. 19, No. 8. - P. 2282-2292.

Надійшла до редакції: 12.07.2013 р.