

**ПЕРСПЕКТИВА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ОПЕРАЦІЙНОГО
РИЗИКУ У ХВОРИХ НА РАК АБДОМІНАЛЬНОЇ
ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРИ КЛІНІКО-ПРОМЕНЕВО-
ЕНДОСКОПІЧНОМУ СКРИНІНГУ**

М.В. Бондаренко, Т.А. Головацька

Інститут Екології та Медицини

Резюме. Проведено дослідження по можливості зниження рівня операційного ризику за рахунок моніторингу групи хворих високого ризику з підозрою на рак абдомінальної локалізації шляхом залучення тимчасово створених комплексних бригад з висококваліфікованих спеціалістів первинної ланки охорони здоров'я та лікарів променевої діагностики і ендоскопістів. Після верифікації раку та визначення рівня операційного ризику проведено оперативне лікування хворих без летальних наслідків. Великий об'єм операцій визначався стадією розповсюдження раку шлунка та товстої кишки, що в подальшому дозволяє прогнозувати відносно задовільний результат, не зважаючи на відсутність післяопераційних ускладнень, раннє метастазування чи рецидиви раку. Перспективним шляхом автори вважають створення нової системи діагностики рапових захворювань.

Ключові слова: діагностика, рак шлунка і товстої кишки, обсяг операцій.

Вступ. Сучасний стан хірургії високого операційного ризику в першу чергу визначається стадією зложісних пухлин абдомінальної локалізації, для корекції яких застосовують, за даними провідних вчених, складні травматичні способи хірургічного лікування, інколи багатоетапні [1, 2, 4]. Такий стан лікування на сьогодні може вважатися незадовільним і пояснюється відсутністю ефективної тактики діагностики абдомінальної патології та способів, що об'єктивізують покази до того чи іншого обсягу операцій, значною кількістю ускладнень [3, 5]. Ці фактори є провідними і при визначенні рівня операційного ризику, способи та методики якого досить динамічно вдосконалюються [6]. Важливе значення в лікуванні

онкохворих посідають різні реабілітаційні програми внаслідок тяжкості патології [7].

Мета дослідження. На основі формування комплексних бригад з кваліфікованих спеціалістів терапевтичного профілю та лікарів променевої діагностики і ендоскопістів визначити ефективність клініко-променево-ендоскопічного скринінгу у хворих з підозрою на рак абдомінальної локалізації, з врахуванням виконаного об'єму операцій.

Матеріали та методи дослідження. Вивчені показники досліджувались на результатах роботи сформованих тимчасово комплексних бригад лікарів для визначення ефективності діагностики раку абдомінальної локалізації в одному з регіонів України. Був проведений розширений клінічний скринінг 735 хворих, у яких на основі скарг, анамнезу та фізикального обстеження була підозра на злюкісні пухлини. Поглиблений клініко-променево-ендоскопічний скринінг проведений у 253 хворих, коли діагноз підозри на рак шлунка та товстої кишки встановили лікарі первинної ланки охорони здоров'я. Для підтвердження та деталізації діагнозу застосували променево-ендоскопічне дослідження на основі якого було встановлено рак шлунка у 84 (33,20%) хворих та рак коло-ректальної локалізації у 40 (15,81%) хворих. Загалом рак шлунка та коло-ректальної локалізації був верифікований у 124 (49,01%) хворих серед пацієнтів з підозрою на рак. При дослідженні були застосовані наступні методи: рентгенографія та рентгеноскопія органів грудної клітки та черевної порожнини, яку проводили на рентген-апараті RYM-20 (Росія, 2002) з електронно-оптичним перетворювачем. УЗД проводили на апараті «Sonoline Versa Pro», фірми Siemens (Німеччина, 2001) датчиками 3,5 – 7,5 мГц. Ендоскопію проводили за допомогою фіброгастроскопів та колоноскопів з волоконною оптикою фірми «Olympus GiF K2» (Японія, 2001) та колоноскопу (Росія, 2003). Верифікацію раку – дослідженням біоптатів за типовими методиками, забір біоптатів згідно онкологічних вимог. Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою пакету прикладних програм Excel на ПК «Acer».

Результати дослідження та їх обговорення. Для зниження рівня операційного ризику провели клініко-променево-ендоскопічний скринінг у 253 хворих з підозрою на рак абдомінальної локалізації, коли діагноз встановили лікарі первинної ланки охорони здоров'я. Рак шлунка встановлено у 84 (33,20%) хворих, рак коло-ректальної

локалізації 40 (15,81%) хворих. Враховуючи, що вибір інтраопераційної тактики за даними ревізії органів черевної порожнини після верифікації раку є основним у виборі об'єму операцій, особливо при супутній ІХС, дослідили вплив обсягу операцій, проведених висококваліфікованими хірургами, залежно від стадії раку шлунка виявленого вперше, на зниження ризику втручань (n=84), (табл. 1). Встановили, що серед способів операції переважала субтотальна РШ – 70,24%, що підтверджує ($p<0,05$) можливість проведення операції даного обсягу хворим високого операційного ризику на рак шлунка $T_3N_0M_0$ – 30 (35,71%) випадків, $T_3N_1M_0$ – 10 (11,90%), $T_xN_0M_0$ – 1 (1,19%), $T_3N_2M_0$ – 3 (3,57%), $T_3N_4M_x$ – 1 (1,19%) випадків. В той же час розширеня субтотальна РШ, проксимальна РШ проведені одиницям. Висока частка вкрай травматичних комбінованих операцій при раку шлунка – 11 (13,09%) і незначна кількість гастректомій – 3 (3,57%) пояснюється низькою операбельністю, необхідністю активно-профілактичної діагностики пухлин шлунка. Вибір обсягу операцій обмежувався двома достовірними факторами ризику: стадією розповсюдження раку та ІХС, яка діагностована у 24 (28,57%) хворих.

В середньому у хворих ФВ ЛШ становила $65\pm1,4\%$ за даними ехокардіографії, були відсутні дані про дискінезію та акінезію ЛШ, що дозволило виключити наявність кардіальних ФР при виборі активно-профілактичної лікувально-діагностичної хірургічної тактики і провести операції без летальних наслідків.

Результати скринінгу раку коло-ректальної локалізації у 40 хворих з супутнією ІХС наступні (табл. 2). Серед оперованих 32 (80,0%) – чоловіки, 8 (20,0%) – жінок. Середній вік хворих 64,3 роки. Клінічні прояви ІХС мали 13 (32,5%) пацієнтів, скриту ІХС, виявлену після стрес-навантаження – 9 (22,5%) хворих. Загалом встановлені кардіальні ураження у 22 (55,0%) випадках, що вірогідно вище за кількість ІХС при раку шлунка ($p<0,05$). Поглиблена діагностика ІХС дозволила встановити в групі середню ФВ ЛШ – $58\pm4\%$, яка достатня для проведення операцій великого об'єму з врахуванням міокардіального резерву. Серед оперованих рак товстої кишки був у 8 (20,0%) хворих, 17 (42,5%) – сигмовидної та 15 (37,5%) – прямої кишки. Спостерігається рівномірне ураження сигмоподібної і прямої кишки, менше випадків раку товстої кишки, мінімальна стадія її ураження – $T_3N_0M_0$, максимальна – $T_4N_1M_0$.

Таблиця 1

Характер об'єму оперативних втручань залежно від стадії раку шлунка

Операція	N	Стадія захворювання (TNM)												%	
		100	200	210	2x0	300	310	3x0	311	320	34x	410	420		
Субtotальна РШ	59	2	8	3	1	30	10	1		3	1			70,24	
Розширенна субtotальна РШ	1						1							1,19	
Проксимальна РШ	1					1								1,19	
Паліативна РШ	3							2	1					3,57	
Проксимальна РШ + резекція н/з стравоходу	1									1				1,19	
Комбінована субtotальна РШ															
+ резекція ободової кишки	7					2						2	2	8,33	
+ резекція сигмовидної кишки	1				1									1,19	
+ ілеотрансверзоанастомоз	2						1		1					2,38	
+ ілеостомія	1					1								1,19	
ГЕ + спленектомія	2						2							2,38	
Розширенна комбінована ГЕ	1						1							1,19	
+ спленектомія															
Гастроентероанастомоз	1										1			1,19	
Пробна лапаротомія	4										3	1		4,76	
Всього	84	2	8	4	1	34	15	3	3	4	1	6	2	1	100,0
(%)	100,0	2,38	9,52	4,76	1,19	40,48	17,86	3,57	3,57	4,76	1,19	7,14	2,38	1,19	

При раку коло-ректальної локалізації виконали ЛГКЕ з надпіхвовою ампутацією матки і придатків у 3 (7,5%) випадках, ЛГКЕ з спленектомією та лівосторонньою нефректомією – 1; ЛІКЕ, резекцію правого придатку – 1; ЛГКЕ, нефростомію – 1; резекцію ободової кишки, РШ – 1; надпіхзову ампутацію матки, операції Гартмана – 1; резекцію сигми і надпіхзову ампутацію матки з придатками – 1. Рак сигмоподібної кишки виявлений на меншій стадії ураження, у порівнянні з іншою локалізацією: мінімальна стадія – $T_1 N_0 M_0$, максимальна – $T_3 N_0 M_0$ і $T_3 N_1 M_x$. Хворим провели резекцію сигмовидної кишки; надпіхзову ампутацію матки з придатками; операцію Гартмана; правосторонню аднексектомію. Розширену резекцію сигмовидної кишки виконали на стадіях – $T_3 N_1 M_1$, $T_4 N_0 M_0$, $T_4 N_1 M_0$. При раку сигмовидної кишки на стадії $T_3 N_1 M_0$ з локалізацією у нижньому відділі провели комбіновану черезпромежинну екстирпацію прямої кишки, резекцію нижньої третьої піхви, операцію Гартмана. Розширену резекція сигмовидної кишки – 5 (12,5%) операцій, переважала серед інших способів хірургічного лікування. Рак прямої кишки оперували на стадії $T_2 N_0 M_0$ – $T_4 N_1 M_0$. Найбільш поширеними втручаннями були черезпромежинна екстирпація прямої кишки, екстирпація матки з придатками та черезпромежинна екстирпація прямої кишки, тубоваріектомія – у 8 (20,0%) хворих. Серед ускладнень виявили у 3 (75%) – нагноєння післяоператійних ран.

Об'єм комбінованих операцій при раку коло-ректальної локалізації

Назва операції	Локалізація і стадія розповсюдження раку (TNM)																							
	Colon				Sigma				Recti															
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
ЛГКЕ, надліховова ампутація матки з придатками	1				2																			
ЛГКЕ, спленектомія, нефротомія		1																						
ПГКЕ, резекція привального придатку					1**																			
ЛГКЕ, нефростомія	1**																							
Резекція ободової кишки, РШ	1*																							
Надліховова ампутація матки, о. Гартмана	1																							
Резекція сигм. ділянки клубової кишки, надліховова ампутація матки з придатками						1*												1*						
ЧАР ПК з низведенням									1*									1*						1
Резекція сигмовидної кишки, надліховова ампутація матки, придатків									1**									1*						
Резекція сигмовидної кишки, екстірапія матки з придатками										3														
Комбінована ЧМЕ ПК, н/з піхви, о. Гартмана									1*															
Операція Гартмана, правостороння адисексектомія									1									1*						
Розширенна резекція сигмовидної кишки										1			2**					1						
О. Гартмана, двостороння адисексектомія									1**															
О. Гартмана, ампутація матки з придатками																				1*				
ЧМР ПК, надліховова ампутація матки з придатками																		1*						
ЧМЕ ПК, екстірапія матки з придатками																		3*					1**	
ЧМА ПК, резекція лівого придатку																			1**					
Резекція сигмовидної кишки, напіховова ампутація матки з придатками																			1*					
ЧМЕ ПК, тубооваректомія																			1*				1*	1***
ЧМЕ ПК, резекція правого придатку																				1				

Примітка: * наявність ІХС – 13 (32,5%), ** ІХС виявлено після стрес-тесту 9 (22,5%), *** стеноз аортального клапану 1 (2,5%), ПК – пряма кишка.

Дослідження обсягу комбінованих операцій хворим на рак коло-ректальної зони показало, що надзвичайно травматичні операції виконані при ураженні сигмоподібної кишки у нижньому відділі та високому ураженні прямої кишки. Розповсюдженість раку дала змогу провести фізіологічні операції лише у 5 (12,5%) хворих. Достовірно ($p < 0,05$) встановили, що одним з факторів пізньої діагностики раку коло-ректальної локалізації була не коригована хірургічно ІХС – у 32,5% спостереженнях.

Особливості лікування хворих на рак шлунка та товстої кишки, що досліджені в первинних та спеціалізованих закладах наступні:

достовірно встановлено, що абдомінальний рак представлених локалізацій, не зважаючи на застосування при скринінгу хворих високодостовірних способів діагностики, на ранніх стадіях не діагностований, що дозволяє стверджувати про актуальну необхідність впровадження активно-профілактичної лікувально-діагностичної хірургічної тактики в сучасну діючу амбулаторно-поліклінічну службу різних форм власності, створення нової системи охорони здоров'я – центрів діагностики доклінічних проявів захворювання та скринінгової медичної служби. Актуальність створення центрів доклінічної медицини визначається значним відсотком складних та неефективних операцій, які проводяться в абдомінальній хірургії. За рахунок відкриття цих центрів прогностично суттєво зміниться вся система надання хірургічної допомоги на користь мініінвазивних малотравматичних технологій зі значним економічним та соціальним ефектом.

Висновки

Моніторинг групи ризику на рак абдомінальної локалізації висококваліфікованими клініцистами із залученням високотехнологічного діагностичного обладнання дозволяє всебічно об'єктивізувати активно-профілактичну лікувально-діагностичну хірургічну тактику для постійного її оновлення та удосконалення за допомогою інноваційних технологій, провідними з яких є мініінвазивні.

Література

1. Бондарь В.Г., Остапенко Ю.В., Бондарь Г.В. Хирургическое лечение распространенного рака дистального отдела желудка // Клінічна хірургія. – 2003. -№ 6. – С.5-7.
2. Грубник В.В., Величко В.В. Развитие лапароскопической технологии в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002. – Т 1. – С. 364-366.
3. Запорожан В.Н., Тарабрин О.А., Симовских А.В. Диагностика и прогнозирование тромбообразования у больных раком желудка // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. –2003. – № 3. –С.29-34.
4. Звягин А. А., Слепнев С. Ю., Курочкина А. И. Оценка тяжести состояния больных с хирургической инфекцией // Анестезиология и реанимация. – 2002. – № 3. – С. 64-67.

5. Иванов А.В., Сахаров А.Б. Профилактика и лечение флегботромбоза глубоких вен нижних конечностей // Хирургия. – 2004. – № 1. – С.4-8.

6. Ивченко В. Д., Нурматова Е. В., Цыбин А. А. Формализация диагностических заключений и понятий в области хирургии и их взаимодействие при разработке экспертной системы // Вестник новых медицинских технологий. – 2001. – Т. 8, № 3. – С. 77-78

7. Игнатьева Н. В. Психологические аспекты хирургических заболеваний и социально-психологическая реабилитация // Вестник университета /Гос. ун-т упр. Сер.: Социология и упр. персоналом. – 2001. – № 1. – С. 117-119.

Summary. *The study on the possibility of reducing operational risk by monitoring high-risk group of patients with suspected abdominal cancer localization by a way involvement temporarily created integrated teams of highly skilled primary health care and medical radiation diagnostics and endoscopists. After verification of cancer and determine the level of operational risk surgical patients conducted without lethal consequences. Much of the operations defined stage distribution of cancer of the stomach and colon, in the future to predict a relatively satisfactory result despite the absence of postoperative complications, early metastasis or recurrence of cancer. Prospective authors believe the new system of diagnosis of cancer.*

Key words: *diagnosis, cancer of stomach and thick intestine, the volume of operations.*

Резюме. *Проведено исследование по возможности снижения уровня операционного риска путем мониторинга группы больных высокого риска с подозрением на абдоминальный рак временно созданными комплексными бригадами высококвалифицированных специалистов амбулаторно-поликлинической службы включая рентгенологов и эндоскопистов. После верификации опухоли и определения уровня операционного риска произведены операции без летальных исходов, при этом объем операций определялся стадией распространения рака желудка и толстой кишки. При этом прогнозируется относительно удовлетворительный результат вследствие раннего метастазирования или рецидива рака. Перспективным путем ранней диагностики рака авторы считают создание центров диагностики заболеваний на доклинической стадии.*

Ключевые слова: *диагностика, рак желудка и толстой кишки, объем операций.*