

А. С. Рабец, С. С. Мовчанский

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. А. В. Жура

2-я кафедра хирургических болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Резюме. Колоректальный рак является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Его осложнения зачастую являются первыми проявлениями заболевания и требуют экстренного оперативного вмешательства. При проведении ургентной операции наилучшие показатели выживаемости наблюдаются при удалении опухоли с последующей специфической химио- и/или лучевой терапией.

Ключевые слова: колоректальный рак, оперативное лечение, выживаемость

Resume. Complication of colorectal cancer is an actual problem of modern abdominal surgery. The first signs of colorectal cancer frequently are his complications, which need emergent surgical treatment. The best survival rate is seen after tumor resection procedures following the specific treatment (chemotherapy and radial therapy).

Keywords: colorectal cancer, surgical treatment, survival

Актуальность. Данные последних лет свидетельствуют о неуклонной тенденции к росту заболеваемости колоректальным раком во всем мире. Рак ободочной и прямой кишки занимает третье место по частоте среди всех злокачественных новообразований. В Республике Беларусь в период с 1980 по 2010 гг. заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 3,9 раза (с 6,5 до 25,6 на 100 тыс. населения) [1].

Осложненный колоректальный рак является актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии, так как в 40% случаев пациенты госпитализируются в общехирургические отделения в экстренном порядке [2]. Более 70% пациентов поступают в стационар с уже запущенными формами (3-4 ст.) данного заболевания [1]. Первыми проявлениями рака ободочной и прямой кишки зачастую являются симптомы его осложнений, что связано с плохой диагностикой данной патологии на ранних стадиях развития онкологического процесса. Наиболее частым осложнением рака данной локализации является острая толстокишечная непроходимость (ОТКН).

После проведения экстренного оперативного вмешательства летальность по различным данным может достигать 50% [2].

Цель: проведение анализа непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения пациентов с осложненным раком толстого кишечника в хирургическом стационаре.

Задачи:

1. Провести анализ структуры заболеваемости колоректальным раком от локализации, вида осложнения, вида хирургического лечения.

2. Определить исход стационарного лечения.
3. Оценить выживаемость пациентов в отдаленном периоде.
4. Изучить последующее амбулаторное лечение, в том числе специфическое (химиотерапия, лучевая терапия).
5. Определить частоту закрытия выведенных стом.

Материалы и методы.

В основу работы положены результаты ретроспективного анализа 216 историй болезни пациентов, оперированных по поводу колоректального рака (КРР), осложненного толстокишечной непроходимостью (ОТКН), кровотечением из опухоли, перфорацией кишки и / или их сочетанием, на базе УЗ ГКБСМП г. Минска в период с 2014 – 2016 гг..

Анализ отдаленных результатов проводился на базах УЗ городских поликлиник г. Минска (12, 20, 26, 29, 31, 35) и в колопроктологическом отделении 3 ГКБ г. Минска.

Возраст пациентов в 65% случаев составлял 60 – 80 лет. Соотношение мужчин и женщин было 1:1,2.

В большинстве случаев у пациентов, поступивших с осложненным колоректальным раком, имелась сопутствующая хроническая патология [2].

Результаты и обсуждение.

Опухолевое образование локализовалось в левой половине толстой кишки у 128 (59%) пациентов, в правой половине – у 72 (33%) и в прямой кишке – у 16 (7%). В сигмовидной кишке опухолевое образование располагалось в 91 (42%) случае, в нисходящей ободочной кишке – 13 (6%), селезеночный изгиб – 24 (11%), в поперечной ободочной кишке – 22 (10%), печеночный изгиб – 18 (8%), восходящая ободочная кишка – 19 (9%), слепая кишка – 13 (6%), прямая кишка – 16 (7%).

При анализе распространенности опухолевого процесса ведущее место занимали запущенные формы (3-4 ст.), 4 стадия опухолевого процесса наблюдалась – в 61 (28,2%) случае, 3 стадия – в 47 (21,8%). В 76 (35%) случаях было недостаточно данных для определения точной стадии опухолевого процесса (T4NxMx, T4NxMO, T4N1Mx). Отдаленные метастазы наблюдались у 61 пациента (28,2%), у 36 из них в печени. Пациенты на 1-ой стадии заболевания не поступали.

Острая толстокишечная непроходимость встречалась в 147 (68%) случаев, ОТКН и перфорация кишки – 36 (17%), прободение опухоли – 30 (14%), кровотечение – 3 (1%).

Оперативное лечение было выполнено всем 216 пациентам, характер вмешательства определялся локализацией опухолевого процесса, стадией развития онкологического заболевания, степенью тяжести состояния пациента. Все оперативные вмешательства представлены в таблице 1.

Таблица 1. Оперативные вмешательства, выполняемые пациентам в связи с осложненным колоректальным раком

Виды оперативных вмешательств	Ко+личе-	Летальност
Оперативные вмешательства на правой половине тол кишки:	72 (33,5%)	9 (12,5%)

Правосторонняя гемиколэктомия	46 (21,3%)	6(13%)
Резекция поперечной ободочной кишки	8 (3,7%)	1 (12,5%)
Наложение обходного анастомоза	12 (5,5%)	1 (8%)
Выведение илеостомы	6 (3%)	1 (16%)
Оперативные вмешательства на левой половине тол- кишки:	128 (59,1%)	37 (29%)
Левосторонняя гемиколэктомия	31 (14%)	3 (10%)
Операция Гартмана	62 (28,7%)	14 (10%)
Субтотальная колэктомия	8 (3,7%)	6 (75%)
Выведение петлевой трансверзо-, сигмостомы	19 (9%)	8 (42%)
Наложение обходного анастомоза	8 (3,7%)	6 (75%)
Оперативные вмешательства на прямой кишке:	16 (7,3%)	4 (25%)
Передняя резекция прямой кишки	1 (0,4%)	-
Операция Гартмана	5 (2,3%)	3 (60%)
Выведение стомы	10 (4,6%)	1 (10%)

После проведения условно радикального вмешательства на правом отделе толстого кишечника в 48 (89%) случаях накладывался первичный анастомоз. После резекции опухоли в левом отделе толстого кишечника приоритетным было выведение стомы – у 95 (94%) пациентов.

Был проведен анализ 57 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в связи с осложненным колоректальным раком и выписавшихся из хирургического стационара.

При операциях на правой и левой половине толстой кишки, в большинстве случаев, есть возможность удаления опухолевого образования. При этом при хирургических вмешательствах на правой половине толстой кишки формирование первичного анастомоза является предпочтительным. После удаления опухоли левой половины толстого кишечника, выведение стомы было преобладающим, в связи с высоким риском несостоятельности при формировании толстокишечного анастомоза в экстренном порядке. Стоит отметить, при локализации опухоли в левой половине толстой кишки, операция Гартмана характеризуется большей летальностью, чем левосторонняя гемиколэктомия, хотя она является менее травматичной.

При оперативных вмешательствах на прямой кишке, часто нет возможности удаления первичной опухоли из-за ее низкой локализации или прорастания в окружающие ткани. Также при резекционных вмешательствах отмечается высокая летальность. Предпочтительной операцией является выведение разгрузочной стомы.

Общая послеоперационная летальность составила – 42 (19,4%). Летальность после проведения оперативного вмешательства на прямой кишке (25%) несколько выше, чем на левой половине толстой кишки (23%) и правом отделе толстого кишечника (11%).

Отдаленные результаты.

Анализ специфического лечения пациентов после проведения оперативного вмешательства в общехирургических отделениях показал:

1. Химиотерапевтическое лечение (ХТЛ) проводилось 40 (70%) пациентов.

2. Основными препаратами являлись (Оксалиплатин, Капецитабин, Ирино-текан, Золендроновая кислота, Фторафур).

3. Лучевая терапия проводилась в 2 (3,5%) случаях.

Прогрессирование процесса отмечалось у 11 (19%) пациентов. Включало рецидив опухоли прямой кишки – 2 (18%), появление отдаленных метастазов в легких, позвоночнике, и печени – 9 (82%).

Анализ кривых выживаемости показал, что у пациентов, получавших ХТЛ и лучевую терапию, медиана продолжительности жизни составляет 19 ± 2 месяца, а у пациентов, не получавших специфическую терапию – 12 ± 2 месяца. Кривые выживаемости представлены на рисунок 1.

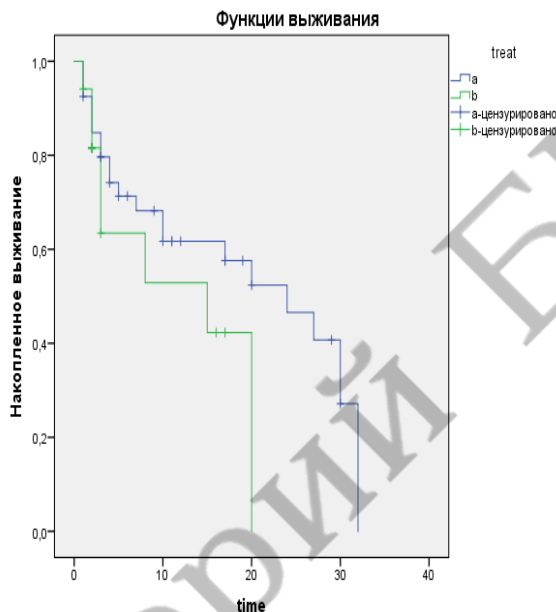


Рисунок 1 – Кривые выживаемости пациентов, получавших специфическое лечение (а) и не получавших (б)

Анализ кривых выживаемости пациентов, в зависимости от локализации процесса, показал, что медиана продолжительности жизни пациентов с поражением прямой кишки составила 6 ± 2 месяца, медиана продолжительности жизни с локализацией процесса в правой половине толстой кишки – 16 ± 3 месяца, левой половины – 20 ± 3 месяца. Столь низкая продолжительность жизни пациентов после оперативного вмешательства на прямой кишке связано с запущенностью процесса (как правило, 4 ст.) и высоким риском последующего прогрессирования процесса (рецидив опухоли). Кривые выживаемости представлены на рисунок 2.

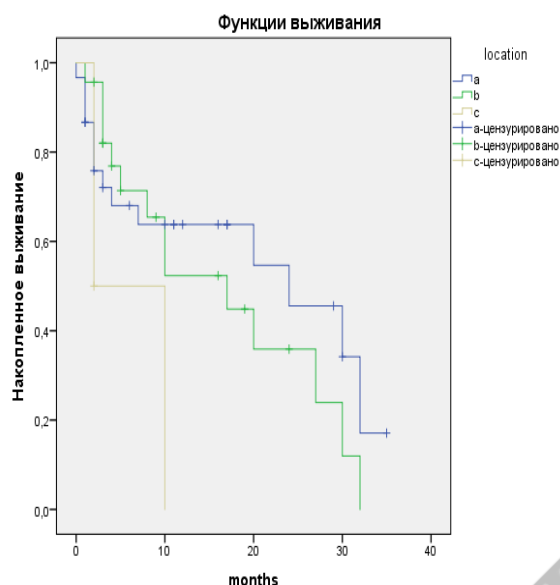


Рисунок 2 – Кривые выживаемости пациентов, в зависимости от локализации процесса, левая половина (а), правая половина (b), прямая кишка (с)

После проведения условно радикальных операций, стома выводилась у 105 (65%) пациентов, последующее закрытие отмечено только 16 (15%) больным, что связано с тяжелым состоянием пациентов и запущенностью онкологического процесса.

После проведения паллиативных операций стома выводилась в 36 (64,3%) случаях, последующее закрытие у 4 (11%) пациентов.

Выводы:

1. Удаление опухоли (при технической возможности) с последующим специфическим лечением (ХТЛ и лучевая терапия) показывает наилучшие результаты хирургического лечения и выживаемости.
2. Предпочтительными экстренными операциями для опухоли правой половины толстой кишки – правосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного анастомоза, для опухоли левой половины толстой кишки – левосторонняя гемиколэктомия или операция Гартмана с формированием стомы или первичного анастомоза.
3. Выведение стомы после резекции кишки, как правило, оказывается перманентным (85%), показания к ее выведению должны быть обоснованы.
4. При невозможности первичного удаления опухоли, операциями выбора для правого отдела является обходной илеотрансверзоанастомоз, для левого отдела и прямой кишки – разгрузочная петлевая стома.

A. S. Rabets, S. S. Mauchanski
ANALYSIS OF RESULTS SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATION
COLORECTAL CANCER

Tutor: Candidate of Medical Science, Associate Professor Zhura A. V.
2nd department of surgical diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Кохнюк В. Т. Рак ободочной кишки в Республике Беларусь: распространенность, диагностика и результаты лечения / В. Т. Кохнюк // Онкологический журнал. – 2013. – № 3. – С. 21 – 26.
2. Результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью и кровотечением / В. А. Осипов, М. А. Абдулаев, А. М. Авдеев и др. // Вестник СПбГУ. – 2014. – № 3. – С. 104 – 117.