



Хирургическое лечение рака прямой кишки

М.А. Кузикеев

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

В данной статье изучены непосредственные результаты хирургического лечения больных раком прямой кишки. Были использованы различные варианты хирургических резекций прямой кишки, которые носили радикальный характер. Частота послеоперационных осложнений составила 20,2%. Проведение неоадьювантной лучевой или химиолучевой терапии не влияет на повышение частоты послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак прямой кишки, лимфаденэктомия, передняя резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

Введение. Проблема рака прямой кишки (РПК) в течение десятилетий продолжает оставаться в центре внимания ведущих российских и зарубежных онкологов, так как стратегической целью лечения рака является полное выздоровление больных с сохранением основной функции толстой кишки – управляемой дефекации [1,2]. К сожалению, при лечении РПК эта цель оказывается недостижимой, так как нередко радикализм операции достигается с большими трудностями. Они связаны с выполнением обширных резекций с потерей запирающего аппарата прямой кишки, развитием непроходимости, перфорации опухоли, кровотечениями и перифокальным воспалительным процессом. Кишечная непроходимость, занимающая первое место в структуре осложнённых форм колоректального рака, является одной из важных проблем в онкологии [3]. Частота этого осложнения колеблется от 15 до 88,9% [4,5]. Одним из путей улучшения эффективности лечения РПК являются неоадьювантная химио- и химиолучевая терапия [6,7].

Целью исследования явилась оценка непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. Оперативные вмешательства, носящие радикальный характер, были выполнены в трёх группах больных. В первой группе (n=44) пациенты получили предоперационную химиолучевую терапию и затем прооперированы. Во второй группе (n=52) пациенты получили предоперационную лучевую терапию без химиотерапии и затем оперативное лечение. И в третьей группе (n=50) было проведено только хирургическое лечение.

Операции выполняли, соблюдая онкологические принципы: антибластику, абластику, зональность и футлярность. В момент выполнения основного

этапа операции всем больным внутривенно вводили 1,0–2,0 г антибиотиков цефалоспоринового ряда (однократно).

Наиболее часто пациентам РПК были выполнены передние резекции – в 52 (35,8%) случаях, в том числе низкая передняя резекция была выполнена в 9 случаях. Среди резекций, в подавляющем большинстве, пациентам исследуемых групп были выполнены передние резекции прямой кишки – 15, 12 и 12, соответственно (рис. 1).

Низкий вариант передней резекции был проведён у 5 пациентов, которым предоперационно проводилась химиолучевая терапия. В двух других группах подобное оперативное вмешательство было выполнено у 2 и 4 пациентов, соответственно. Возраст пациентов колебался от 27 до 86 лет (64,2±1,5). Показано, что у 91,3% больных интрамуральный рост опухоли ограничивался кишечной стенкой, экстраорганный рост выявлен у 8,7% больных. Регионарные метастазы выявлены у 37,5% больных.

Брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки выполнена 25 больным РПК в возрасте от 26 до 77 лет (59,8±1,3). Относительно часто этот вид оперативного вмешательства был применён у больных 2-й группы – 10 случаев, тогда как в 1 группе – у 7 и в третьей группе – у 8 пациентов. При этом у 17 (68,0%) человек опухоль находилась в нижеампулярном отделе прямой кишки. Обширное поражение или прорастание опухоли всех слоёв кишечной стенки наблюдалось у 80,7% больных, а в 19,3% случаев отмечена её инвазия в окружающие органы и ткани. Регионарные метастазы выявлены у 53,8% пациентов.

Брюшно-анальная резекция с разгрузочной колостомой в целом была выполнена у 42 пациентов,

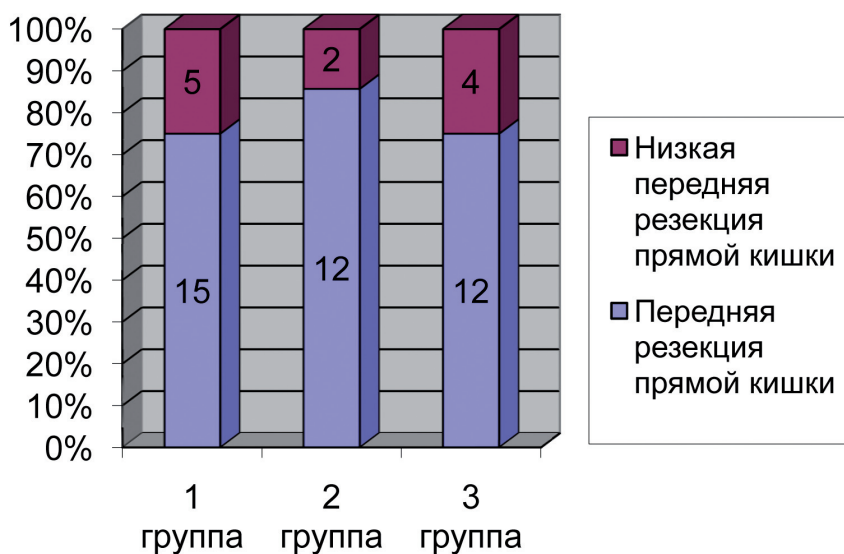


РИС. 1. ВИДЫ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

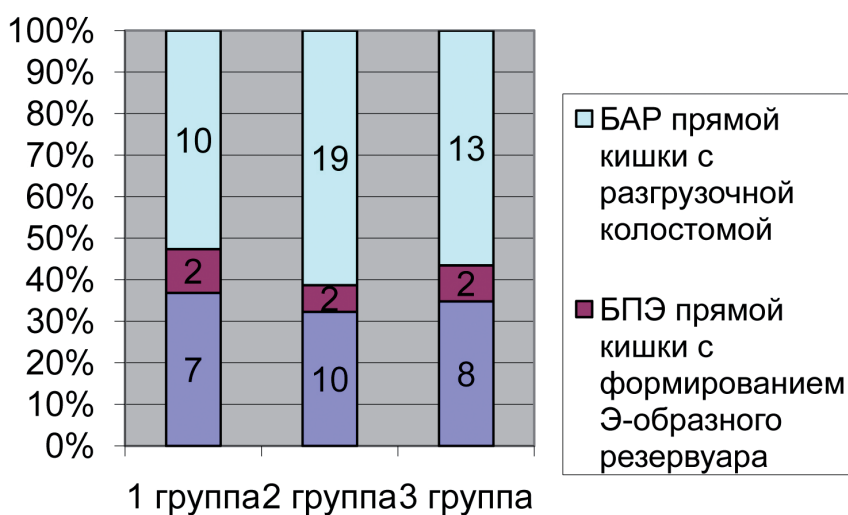


РИС. 2. БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ И БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

т.е. у основного числа больных (рис.2). Этому есть объяснение – большая часть пациентов имели местно-распространённый процесс и одновременно выполнить радикальные операции не представлялось возможным. Наиболее часто брюшно-анальная резекция выполнена во второй группе пациентов – 19 (45,2%).

Большинству пациентов (90,2%) сигморектоанастомоз «конец в конец» выполняли однорядным швом. Показания к выполнению нижней передней резекции прямой кишки ограничивали в зависимости от размеров, глубины инвазии опухоли, а также наличия увеличенных регионарных лимфатических узлов. Наличие опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки, соответствующей стадии T1-2N0M0,

предполагает техническую возможность выполнения низкой передней аппаратной резекции прямой кишки.

В общем, передняя и брюшно-анальная резекции прямой кишки с формированием разгрузочной илеостомы выполнены 91 больному в возрасте от 48 до 79 лет ($63,5 \pm 3,4$) по поводу рака средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки. Основным показанием к наложению разгрузочной илеостомы явился стенозирующий характер роста опухоли, не позволивший удовлетворительно очистить и подготовить толстую кишку к наложению межкишечного анастомоза. Решение о наложении разгрузочной илеостомы принимали интраоперационно. Регионарные метастазы выявлены у 11 (78,5%) пациентов.



Заккрытие разгрузочной илеостомы осуществляли на 3-8 неделе после операции.

Операция Гартмана выполнена 5 больным в возрасте от 35 лет до 76 лет по поводу рака средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки, независимо от прорастания опухоли в окружающие органы и ткани, наличия регионарных и отдалённых метастазов. У большинства больных данной группы отмечен местно-распространённый рост опухоли прямой кишки (74,4%).

Во время операции всем больным РПК произведена мезоректумэктомия, отступая по стенке прямой кишки дистальнее нижнего края опухоли не менее 1 см.

Показания к выполнению лимфаденэктомии устанавливаем на основании предоперационного стадирования и интраоперационной ревизии органов брюшной полости и малого таза. При подозрении на наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов операцию дополняем подвздошно-тазовой или аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомией по восходящему и/или латеральному путям.

Подвздошно-тазовая лимфаденэктомия (ПТЛ) выполнена у 18 больных в возрасте от 39 до 74 лет. Аортоподвздошно-тазовая лимфаденэктомия (АПТЛ) выполнена у 6 больных в возрасте от 45 до 68 лет. По нашим данным, наиболее часто при выполнении ПТЛ и АПТЛ степень местного распространения опухоли была большой (91,6%). Также очень часто выявлялись регионарные метастазы (95,8%). При этом дооперационное стадирование подтвердило регионарное метастазирование у 21 (87,5%) больного. Во время оперативных вмешательств зависимости объёма лимфаденэктомии от локализации опухоли нами не выявлено.

Послеоперационные осложнения. В качестве критериев оценки непосредственных результатов лечения больных раком прямой кишки были избраны обще-

принятые показатели: частота и структура послеоперационных осложнений и смертности, которые были отмечены в 20,2% случаев (табл. 1).

В структуре ранних послеоперационных осложнений преобладали гнойно-воспалительные процессы, в том числе нагноение послеоперационной раны в 8 (5,4%) случаях. Причём в 5 случаях из 8 – они возникли после брюшно-промежностных экстирпаций. Из других воспалительных реакций, в 2 (1,3%) случаях была отмечена пневмония. Кровотечение в полости малого таза наблюдалось у 4 (2,7%) пациентов, которое в 3 случаях потребовало релапаротомии и остановки геморрагии. Кровотечение в этих случаях носило паренхиматозный характер. В четвёртом случае кровотечение было остановлено консервативными методами. Послеоперационной летальности при хирургическом лечении больных раком прямой кишки во всех трёх группах не было.

В 2 случаях была отмечена эвентерация кишечника. Эти пациенты были ослабленными, с различными сопутствующими заболеваниями. Однако проведение соответствующих хирургических и консервативных мероприятий способствовало благоприятному разрешению этих грозных осложнений.

Можно отметить, что после комбинированного лечения (лучевая терапия или лучевая терапия + химиотерапия), послеоперационные осложнения также встречаются одинаково часто. Различие показателей статистически не достоверно ($p < 0,05$).

Хирургический этап в комплексном лечении рака прямой кишки является весьма важным. Были использованы различные варианты хирургических резекций прямой кишки, которые носили радикальный характер. Необходимо отметить, что частота послеоперационных осложнений в нашем исследовании была не высокой и не превышала 20%. Также отмечено, что после различных хирургических вмешательств, несмотря на наличие сопутствующих забо-

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА (УСЛ.ЕД) В РУ-ПЕТЛЕ ТОНКОЙ КИШКИ ($M \pm m$)

Осложнения	ПРПК (n=68)	БПЭ (n=31)	БАР (n=42)	Операция Гартмана (n=5)	Всего (n=146)
Нагноение операционной раны	1	5	1	1	8 (5,4%)
Несостоятельность энтеро-энтероанастомоза	1	-	-	-	1 (0,6%)
Острая кишечная непроходимость	2	-	-	-	2 (1,3%)
Эвентерация	-	1	1	-	2 (1,3%)
Кровотечение в полости малого таза	-	3	1	-	4 (2,7%)
Пневмония	-	1	1	-	2 (1,3%)



леваний у относительно большего числа пациентов в старшем и пожилом возрасте, а также проведение комбинированной лучевой и химиолучевой терапии, непосредственные результаты лечения были вполне удовлетворительными. Это свидетельствовало о достаточно адекватной предоперационной подготовке и тщательном планировании лечения с соответствующей профилактикой различных (инфекционных, сердечно-сосудистых, органических) осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кныш В.П. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака/ В.П. Кныш, В.Л. Черкес, В.С. Аланьев //Росс. онкол. журн. – 2001. – Т. 5. – С. 25-27
2. Корымасов Е.А. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости/ Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2003. – №3. – С. 103-106
3. Пугаев А.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость/ А.Е. Пугаев, Е.Е. Ачкасов – М., 2005. – 224 с.
4. Решетников Д.В. Рецидивы колоректального рака, лечение на современном этапе/ Д.В. Решетников, А.А. Трапезникова, Е.А. Шеметов // Лечение рака в XXI веке: Сборник научных работ Молодых онкологов Уральского федерального округа. Челябинск. - 2003. - С. 66-67
5. Eisemberg S.B. Long term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma/ S.B. Eisemberg, W.G. Kraybill, M.J. Lopes //Surgery. – 1990. – V.108. – P. 779-86
6. Корытов О.В. Клинико-морфологическая оценка эффективности неoadъювантной химиолучевой терапии местно-распространённого рака прямой кишки: дисс. ... канд. мед. наук/ О.В.Корытов. - СПб. - 2007. – 152 с.
7. Goldberg P.A. Long term result of a random-ized trial of short-course low-dose adjuvant preoperative for rectal cancer: reduction in local treatment failure/ P.A. Goldberg, R.T. Nicholls, N.H. Porter //Eur. J. Cancer. – 2004. – V.30A. – P.1602-1

Summary

Surgical treatment of rectal cancer

М.А. Kuzikeev

The immediate results of surgical treatment of patients with colorectal cancer were studied in this article. A variety kinds of radical surgical resection of the rectum were used. The frequency of postoperative complications was 20.2%. Conducting neoadjuvant radiotherapy or chemoradiotherapy has no effect on increasing the frequency of postoperative complications.

Key words: colorectal cancer, lymph node dissection, anterior resection of the rectum, abdominal-perineal extirpation of the rectum

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.А. Кузикеев – старший научный сотрудник торакоабдоминального отделения КазНИИОиР; Республика Казахстан, Алматы, пр. Абая, 91
E-mail: marakuzi@mail.ru