



В. И. Стариков

Харьковский национальный
медицинский университет

© В. И. Стариков

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Резюме. Проанализированы результаты хирургического и комбинированного лечения стенозирующего рака толстой кишки. Проведен анализ различных аргументов в пользу возможных тактических решений, приведено объяснение существующего разброса показателей резектабельности и операбельности в различных стационарах. Показана возможность эндоскопической реканализации и стентирования зоны опухолевого стеноза толстой кишки в качестве подготовки пациентов к радикальному хирургическому лечению.

Ключевые слова: рак толстой кишки, опухолевый стеноз, хирургическое лечение, химиотерапия.

Вступление

Рак толстой кишки в структуре онкологической заболеваемости занимает 3-е место [4, 22]. Значительное число наблюдений (40—75%) составляет осложненный опухолевым стенозом (ОС) колоректальный рак (КРР), выявляемый, как правило, в III и IV стадиях заболевания [15]. Наиболее неудовлетворительные результаты лечения характерны для пациентов с диагнозом рака ректосигмоидного отдела прямой кишки, что проявляется невысокой безрецидивной 5-летней выживаемостью — не более 20—30% [31].

Хирургическое лечение КРР неразрывно связано с понятием обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН). В 60—80% наблюдений ОТКН становится первым клиническим проявлением опухоли. Немаловажным является тот факт, что в подавляющем большинстве случаев лечение ОТКН — удел стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь. Летальность при данном заболевании, несмотря на совершенствование хирургической техники и качества анестезиологического пособия, остается высокой — от 12,9 до 48,3% [12, 17, 20].

Если при раке прямой кишки стандартом лечения является сочетание предоперационной лучевой терапии и хирургического вмешательства, применяется большинством авторов и доказан неоднократно рандомизированными исследованиями [21], то лечение рака ободочной кишки, особенно осложненного ОС, остается предметом дискуссии до настоящего времени.

Консервативными мероприятиями ликвидировать ОТКН возможно не более чем у 4—16% больных, а остальным показана операция в экстренном или срочном порядке [7]. По данным других авторов, эффективность консервативного разрешения ОТКН достигает 28—46% [3].

Несмотря на поиск новых путей улучшения результатов лечения колоректального рака, основным и наиболее эффективным методом лечения остается хирургический. Больные с ОТКН нуждаются в экстренном и вместе с тем высококвалифицированном лечении, целью которого является не только избавление больного от тяжелого

осложнения, но и по возможности радикальное хирургическое лечение по поводу основного заболевания [18].

Ряд авторов считают, что в условиях нарушенного толстокишечного пассажа показано одномоментное оперативное вмешательство — обструктивная резекция, которую выполняют в 50—70% случаев [14]. Наложение колостомы направлено на устранение непроходимости кишечника, и лишь через некоторое время после ликвидации интоксикации, воспалительных явлений, коррекции метаболических нарушений позволяет радикально оперировать больных [2, 16]. Другие авторы убеждены в необходимости экстренных и срочных радикальных операций, так как они позволяют устранить не только ОТКН, но и саму опухоль и тем самым предотвратить прогрессирование онкологического заболевания [19, 36].

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки большинство авторов, придерживающихся тактики радикальности операций на высоте ОТКН, предпочитают выполнять правостороннюю гемиколэктомия с первичным илеотрансверзоанастомозом [5, 28], хотя летальность после таких операций в сообщениях некоторых авторов превышает 30% [10, 26]. Накладывать анастомоз рекомендуется только в тех случаях, когда тонкая кишка не изменена. Наличие выраженных воспалительных явлений в тонкой кишке, декомпенсированной ОТКН, тяжелого общего состояния больных некоторые авторы считают показанием для завершения операции формированием концевой илеостомы [17].

Наиболее сложным и дискуссионным остается вопрос об объеме операции и возможности наложения анастомоза при операциях по поводу рака левых отделов ободочной кишки, осложненного ОТКН. До 1980-х годов большинство хирургов при опухолях левой половины ободочной кишки выполняли многоэтапные операции с восстановлением непрерывности кишечника на 2—3 этапе хирургического лечения. В последние два десятилетия появились работы, в которых авторы настаивают на выполнении одноэтапных операций — сегментарных резекций ободочной

кишки с наложением первичных межкишечных соусть [11]. Несмотря на более чем полуторавековую историю хирургического лечения рака толстой кишки, вопрос несостоятельности кишечных анастомозов остается актуальным и в наши дни. По данным литературы, частота несостоятельности швов варьирует от 4 до 25% и более [23, 29, 37]. Большинство авторов связывают развитие недостаточности межкишечного соустья с состоянием анастомозируемых участков кишки, нарушением микроциркуляции, тромбированием сосудов и развитием ишемических некрозов, нарушением прочности и эластичности кишечной стенки [13].

Некоторые авторы предлагают расширять объем операций при ОТКН до субтотальных колэктомий. Их основные аргументы: улучшение качества жизни и социально-трудовой реабилитации при отсутствии колостомы, снижение числа осложнений и летальности, а также уменьшение длительности лечения по сравнению с многоэтапными операциями. Такие работы основаны на немногочисленных наблюдениях [34]. После колэктомии летальность составляет не менее 9—14%, частота послеоперационных осложнений достигает 25,5%. В 31,2% наблюдений после субтотальной колэктомии развивается диарея, причем в 6,2% случаев она приводит к стойкой инвалидизации [1]. Показания к этой обширной и тяжелой операции являются вынужденными, обусловленными диастатическими разрывами ободочной кишки или первично-множественным поражением — опухолью ободочной кишки на фоне ОТКН.

Наибольшее распространение при радикальных операциях на левых отделах ободочной кишки у больных с ОТКН получила операция Гартмана. Преимуществом данной операции является то, что на первом этапе радикально удаляется опухоль и ликвидируется непроходимость. Сама операция технически более проста и позволяет адекватно интраоперационно произвести декомпрессию тонкой и толстой кишок [8]. Однако операция Гартмана имеет и недостатки, одним из которых является несостоятельность культи прямой кишки, развивающаяся после первичных резекций у 6—33% больных.

Частота гнойно-воспалительных осложнений после операции Гартмана достигает 9—76%, летальность от 5,7 до 34,6% [32]. Но основным недостатком этой операции является то, что только у части больных (28—60%) удается впоследствии восстановить естественный пассаж кишечного содержимого. У остальных, ослабленных и пожилых, больных из-за больших технических трудностей, связанных со спаечным процессом в брюшной полости, рубцовым процессом в малом тазу и культе, необходимостью мобилизации анастомозируемых участков кишки, выполнение 2-го этапа становится невозможным. О тяжести выполнения 2-го этапа операции свидетельствуют высокая послеоперационная летальность и боль-

шое количество воспалительных осложнений — 12—29% [35].

После обструктивных резекций требуются сложные реконструктивно-восстановительные операции с повторной лапаротомией и возможно это лишь через 6—12 мес. Однако некоторые хирурги, при отсутствии послеоперационных осложнений, рекомендуют восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде (через 7—14 сут после первичной операции).

В арсенале лечения стенозирующего рака толстой кишки могут широко применяться эндохирургические методики восстановления толстокишечного пассажа при условии четких показаний к их применению. Несмотря на совершенствование эндоскопических технологий, приходится констатировать, что до сих пор не определено их место в лечебном алгоритме стенозирующего КРР, что проявляется такими осложнениями эндоскопических вмешательств, как перфорация стенки толстой кишки, дислокация стента из зоны ОС, диастатический разрыв области ОС и др. [9].

Временное стентирование выполняют в следующем порядке: с помощью эндоскопа определяют локализацию и протяженность опухолевого стеноза, проводник проводят через биопсийный канал за область поражения, далее доставочное устройство проводят по проводнику через зону поражения. После этого постепенно доставочное устройство подтягивают, открывая замок и направляя стентирующую конструкцию. В завершение манипуляции выполняют очистительную клизму. Через день после процедуры стентирования проводят рентгенологическое исследование для контроля положения стента. Стентирующую конструкцию извлекают в ходе радикального хирургического вмешательства. Устранение непроходимости кишечника путем стентирования места стеноза позволяет не только планомерно подготовить больного к радикальной операции, но и провести курс предоперационной γ -терапии.

При удалении опухоли на высоте ОТКН трудно достичь радикальности операции с адекватной лимфаденэктомией, что существенно сказывается на отдаленных результатах лечения, 5-летняя выживаемость при радикальных операциях, выполненных после устранения ОТКН, выше, чем после выполненных в условиях ОТКН. В то же время, некоторые авторы считают, что эндоскопическое устранение ОТКН, обусловленной стенозирующей опухолью хрящеподобной плотности, крайне опасно или вообще невозможно. Кроме этого, по их мнению, такая процедура может привести к задержке операции и опасна из-за возможности ятрогенной перфорации кишки. Эндоскопическая установка стента в 11,1—13,4% наблюдений осложняется ятрогенной перфорацией кишки, что требует экстренного срединного широкого чревосечения.



По мнению хирургов специализированных онкологических лечебных учреждений, при ОТКН можно выполнять радикальные операции с первичным восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта, а в хирургических отделениях общелечебной сети, куда и поступают в основном пациенты с данным заболеванием, следует ограничиваться на первом этапе лечения малотравматичной, дренирующей кишку операцией.

В литературе активно дискутируется вопрос о сроках выполнения второго (радикального) этапа оперативного лечения и его завершении (с межкишечным анастомозом или с оставлением колостомы). Одни авторы считают, что удаление опухоли следует выполнять через 4—10 дней после устранения ОТКН. Другие уверены в необходимости выполнения радикальной операции через 2—4 нед. А. В. Пугаев и соавт. [17] радикальные операции проводят лишь через 4—6 нед. после устранения ОТКН и коррекции белково-энергетических нарушений. Большинство авторов стремятся устранять колостому при радикальной операции, однако некоторые специалисты используют трехэтапную операцию Цейдлера—Шлоффера.

Общая летальность после завершения хирургического лечения (удаление опухоли и проведение реконструктивно-восстановительной операции) больных, перенесших малоинвазивную декомпрессию ободочной кишки, составляет 2,4—12,1 %.

Хирургическое лечение рака ободочной кишки приносит полное излечение только 50 % больных, у остальных развиваются местные рецидивы и метастазы в различные сроки после операции. Наиболее перспективным в плане повышения эффективности лечения больных раком ободочной кишки с II—III стадией является применение противоопухолевых методов лечения на дооперационном этапе. Такой взгляд согласуется с общепринятым в мировой практике главным онкологическим подходом к лечению опухолей — это соблюдение принципа абластики. На сегодня нет никаких доказательств того, что дооперационная лучевая терапия является неэффективной или находится в противоречии с принципами абластики в онкологии. Опыт применения комбинированного лечения больных раком ободочной кишки показал, что очаговая доза не более 40 Гр, введенная по 2 Гр ежедневно не вызывает трудностей в проведении последующей операции и заметно не влияет на заживление анастомоза и послеоперационной раны [6, 24].

Учитывая низкую пятилетнюю выживаемость при КРР вследствие развития отдаленных метастазов, химиотерапия считается неотъемлемой составляющей комплексного лечения больных с II—III стадией. Наиболее высокий риск возникновения отдаленных метастазов у больных, у которых после операции установлено наличие

метастазов в регионарные лимфатические узлы, а также при врастании опухоли в прилежащую клетчатку и соседние анатомические структуры и органы. Роль химиотерапии в лечении операбельных форм рака ободочной кишки признана на сегодня только в варианте послеоперационного воздействия на опухолевый процесс. Адьювантная химиотерапия КРР является предметом наиболее активных клинических исследований в онкологии [27].

В 1995 году были подведены итоги международного многоцентрового рандомизированного исследования IMPACT (International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trial), которое обобщило данные трех рандомизированных исследований [25]. Было проведено сравнение 6-месячной терапии комбинацией 5-ФУ и высоких доз лейковорина с контролем. Проведенный ими метаанализ лечения 1 526 больных раком ободочной кишки продемонстрировал, что такая терапия 5-ФУ/ЛВ уменьшает частоту рецидивов на 35 %, смертность — на 22 %, а трехлетнее безрецидивное выживание увеличивает с 62 до 71 %, а общую выживаемость — с 78 до 83 %. Вследствие того, что большинство исследований было проведено в клинике Майо (США), поэтому режим 5-ФУ/ЛВ получил название — режим Майо.

Проведенные в дальнейшем исследования касались изучения того, влияет ли на эффективность лечения изменение дозы и продолжительность введения 5-ФУ и лейковорина [30]. Лечение следует начинать через три-четыре недели после операции. Равнозначными считаются по рекомендации ASCO [33] и ESMO два режима: режим клиники Майо (5-ФУ 425 мг/м² в/в в 1—5 дни, ЛВ 20 мг/м² в/в в 1—5 день, или режим de Gramont ЛВ 200 мг/м², перед введением 5-ФУ 400 мг/м² в/в струйно в дальнейшем 600 мг/м² 22-часовая инфузия его в 1 и 2 день с интервалом в 2 недели).

Таким образом, в настоящее время пока нет достаточных оснований утверждать, что все вопросы хирургического лечения КРР, осложненного непроходимостью кишечника, решены.

В то же время эндохирургические технологии позволяют в короткий срок восстановить пассаж по толстой кишке и снизить количество обструктивных операций.

Проведенные многоцентровые исследования указывают на то, что лечение КРР практически во всех случаях должно быть комбинированным и включать лучевую и полихимиотерапию.

Предоперационная лучевая терапия при стенозирующем раке ректосигмоидного отдела толстой кишки значительно увеличивает 5-летнюю выживаемость при III стадии заболевания. Использование лучевой терапии на предоперационном этапе целесообразнее, чем на послеоперационном. Полихимиотерапия проводится в большинстве случаев в адьювантном режиме.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барсуков Ю.А. Современные возможности лечения колоректального рака / Ю.А. Барсуков, В.И. Кныш // Совр. онкол. — 2006. — Т.8, №2. — С. 7—11.
2. Бойко В.В. Инфузионная терапия у больных колоректальным раком осложненным частичной кишечной непроходимостью / В.В. Бойко, И.В. Белозеров, Т.В. Козлова // Експериментальна і клінічна медицина. — 2009. — №3. — С. 124—127.
3. Бойко В.В. Хирургическое лечение больных колоректальным раком / В.В. Бойко, В.П. Далавурак, С.А. Савви // Харківська хірургічна школа. — 2010. — №1. — С. 23—25.
4. Бондарь Г.В. Современные закономерности эпидемиологии колоректального рака в Донецкой области и Украине / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский // Новоутворення. — 2009. — №3 — 4. — С. 13—18.
5. Бондаренко Н.В. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки / Н.В. Бондаренко, Г.Г. Псарас, Н.Г. Семикоз // Клінічна хірургія. — 2007. — №10. — С. 44—47.
6. Винник Ю.А. Применение неоадьювантной химиолучевой терапии у больных с местнораспространенным раком прямой кишки, осложненным непроходимостью кишечника / Ю.А. Винник, А.Е. Котенко, С.В. Перепада // Клінічна хірургія. — 2006. — №3. — С. 26—31.
7. Гапонов А.В. Особенности усунення ендогенної інтоксикації при обструктивній непрохідності ободової кишки пухлинного генезу / А.В. Гапонов // Клінічна хірургія. — 2008. — №4—5. — С. 10—11.
8. Гринцов О.Г. До питання про реконструктивно-відновлювальні операції на товстій кишці / О.Г. Гринцов // Хірургія України. — 2003. — №1. — С. 62—65.
9. Дворниченко В.В. Эндоскопические технологии при лечении осложненного рака прямой кишки / В.В. Дворниченко, А.В. Шелехов, Р.И. Расулов // Росс. онкол. журнал. — 2008. — №3. — С. 8—11.
10. Дрижак В.І. Результати лікування хворих на колоректальний рак / В.І. Дрижак, Г.С. Мороз // Шпитальна хірургія. — 2002. — №4. — С. 63—65.
11. Захараш М.П. Выбор метода восстановления непрерывности пищеварительного тракта / М.П. Захараш, В.М. Мельник, А.И. Пройда // Хирургия. — 2002. — №11. — С. 152—155.
12. Кикоть В.О. Безпосередні результати хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки / В.О. Кикоть, В.О. Чорний, О.І. Свтушенко // Онкологія. — 2003. — Т.5, №3. — С. 36—38.
13. Коновалов Д.Ю. Микрохирургическая техника при онкологической патологии ободочной кишки и илеоцекальной области / Д.Ю. Коновалов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2008. — Т. 19, №4. — С. 48—51.
14. Куцик Ю.Б. Хірургічна тактика при гострій непрохідності товстого кишечника / Ю.Б. Куцик, Ю.Д. Кирницький, Ю.І. Довганик // Харківська хірургічна школа. — 2009. — №3. — С. 33—37.
15. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В.В. Мартынюк // Практич. онкология. — 2000. — №1. — С. 3—9.
16. Мамедов А.М. Значение декомпрессии и лаважа кишечника в лечении его непроходимости и перитонита / А.М. Мамедов, С.М. Гамзаев, Н.А. Шихаммедов // Клінічна хірургія. — 2007. — №8. — С. 12—14.
17. Пугаев А.В. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. — М., 2005. — 236 с.
18. Рождественский А.И. Первично-радикальные и паллиативные операции при колоректальном раке, осложненном обтурационной непроходимостью: автореф. ... дис. на соиск. ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / А.И. Рождественский. — Казань, 2002. — 23 с.
19. Тодуров И.М. Выбор способа завершения операции при острой непроходимости кишечника в условиях перитонита / И.М. Тодуров, Л.С. Белянский, А.А. Пустовит // Клінічна хірургія. — 2007. — №11. — С. 60—61.
20. Шиян Р.Н. Сучасний стан діагностики і хірургічного лікування колоректального раку / Р.Н. Шиян // Медицина світу. — 2004. — №4. — С. 314—322.
21. Щепотин И.Б. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных / И.Б. Щепотин, В.Л. Ганул, Г.В. Бондарь. — К., 2007. — 199 с.
22. Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации / В.И. Чиссов, В.В. Старинский. — М., 2006. — 125 с.
23. Chiappa A. Surgical outcomes after total mesorectal excision for rectal cancer anastomotic / A. Chiappa, R. Biffi, E. Bertani // Surg Oncol. — 2006. — Vol. 94, №3. — P. 182—193.
24. Dupuis O. Capecitabine chemoradiation in the preoperative treatment of patients with rectal adenocarcinomas: A phase II GERCOR trial / O. Dupuis, B. Vie, G. Ledo // Journal of Clinical Oncology, 2004, ASCO annual Meeting Proceedings (Post — Meeting Edition). — 2004. — Vol. 22, №14. — P. 35—38.
25. International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trial (IMPACT) investigators efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer // Lancet. — 1995. — Vol. 345. — P. 939—944.
26. Kruschewski M. Risk factors for clinical anastomotic leakage and postoperative mortality in elective surgery for rectal cancer / M. Kruschewski, H. Rieger, U. Pohlen // Int. J. Colorect. Dis. — 2007. — Vol. 22, №8. — P. 919—927.
27. Law Wai Lun. Outcome of Anterior Resection for Stage II Rectal Cancer Without Radiation: The Role of Adjuvant Chemotherapy / Law Wai Lun // Diseases of the Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48. — P. 218—226.
28. Law W.L. Anastomotic Leakage is associated with poor long — term outcome in patients after curative colorectal resection for malignancy / W.L. Law, H.K. Choi, Y.M. Lee // J.Gastrointest. Surg. — 2007. — Vol. 11, №1 — P. 8—15.
29. Moran B. Anastomotic Leakage after colorectal anastomosis / B. Moran, R. Heald // Seminars Surg. Oncol. — 2000. — Vol. 18, №3. — P. 244—248.
30. Marshall J.L. New treatment paradigms in colorectal cancer / J.L. Marshall. — Washington: CMP Medica, 2007. — 85 p.
31. Parkin D.M. Global cancer statistics, 2002 / D.M. Parkin, F. Bray, J. Ferlay // CA Cancer J. Clin. 2005. — Vol. 55. — P. 74—108.
32. Sannders M. Management of advanced colorectal cancer: state of the art / M. Sannders, T. Ivesont // Br J. Cancer. — 2006. — Vol. 95. — P. 131—138.
33. Sargent D.J. Disease — free survival as primary endpoint for adjuvant colon cancer studies: individual pa-



tients data from 12915 patients on 15 randomised trials / D. J. Sargent, S. Wieand, J. Benedetti // Proc. ASCO. — 2004. — abstr. 3502.

34. Tekkis P.P. Outcomes of restorative proctocolectomy for Crohn's disease and indeterminate colitis / P.P. Tekkis, A. G. Heriot, O. Smith // Colorectal. Dis. — 2005. — Vol. 7. — P. 218—223.

35. Violi V. A patient — rated, surgeon — corrected scale for functional assessment after total anorectal recon-

struction / V. Violi, A. Boselli, M. De Barnardims // Int J Colorectal Dis. — 2002. — Vol. 17. — P. 327—337.

36. Vlot E.A. Anterior resection of rectal cancer without bowel preparation and diverting stoma / E. A. Vlot, C. J. Zeebregts, J. J. Gerritsen // Surg. Today. — 2005. — Vol. 35, № 8. — P. 629—633.

37. Yothers G. Toward progression — free survival as a primary and point in advanced colorectal cancer / G. Yothers // J. Clin. Oncol. — 2007. — Vol. 25. — P. 5153—5154.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУЮЧОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

V. I. Starikov

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного та комбінованого лікування стенозуючого раку товстої кишки. Проведено аналіз різних аргументів на користь можливих тактичних рішень, наведено пояснення існуючих розбіжностей показників резектабельності та операбельності в різних стаціонарах. Показано можливість ендоскопічної реканалізації та стентування зони пухлинного стенозу товстої кишки як підготовки пацієнтів до радикального хірургічного лікування.

Ключові слова: рак товстої кишки, пухлинний стеноз, хірургічне лікування, хіміотерапія.

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF STENOTIC COLORECTAL CANCER

V. I. Starikov

Summary. Results of surgical and combined treatment of stenosing cancer of the colon are analyzed. The analysis of the various arguments in favor of the possible tactical decisions, an explanation of the existing spread indicators resectability and operability in various hospitals is made. The possibility of endoscopic recanalization and stenting of the zone of tumor stenosis of the colon as a preparation of patients for radical surgery is shown.

Key words: colon cancer, tumor stenosis, surgical treatment, chemotherapy.