

*А.В. Борота, Ф.И. Гюльмамедов, О.В. Совпель, В.И. Шаламов, А.П. Кухто,  
Е.Ю. Мирошниченко, А.К. Чихрадзе*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина*

**Реферат.** Проанализированы результаты хирургического лечения 70 пациентов, страдающих раком прямой кишки, оперированных в клинике общей хирургии в 2012 году. Средний возраст больных составил 60,9 лет. Мужчин было 39 (55,7±5,9 %), женщин 31 (44,3±5,9 %). Пациентов с I стадией было 5 (7,14±3,1 %), II - 50 (71,4±5,4 %), III - 10 (14,3±4,2 %), IV - 5 (7,14±3,1 %). Наиболее частым местом локализации опухолей явился среднеампулярный (31,4±5,5 %) и верхнеампулярный (27,1±5,3 %) отделы прямой кишки, затем нижнеампулярный (25,7±5,2 %) и ректосигмоидный (14,3±4,2 %) отделы. В одном случае был выявлен первично множественный рак. Комбинированное лечение, включающее неоадьювантные и адьювантные курсы лучевой терапии, проведено 51 (72,9±5,3 %) больным. Количество послеоперационных осложнений составило в среднем 10,0±4,0 %, послеоперационная летальность - 2,9±1,99 %.

**Ключевые слова:** рак, прямая кишка, резекция

Ежегодно в мире регистрируется около 800 тыс. больных колоректальным раком и около 440 тыс. смертей от этого заболевания. Колоректальный рак занимает 4-5 место в мире среди остальной онкологической патологии. Мужчины заболевают в 1,5 раза чаще, чем женщины. Статистика последних лет свидетельствует о значительном увеличении числа больных колоректальным раком [5, 6].

Несмотря на существенный прогресс в клинической онкологии в последние годы, за хирургическим методом лечения сохраняется ведущая роль в лечении больных раком толстой кишки. Единственным методом радикального лечения данной патологии является обширная резекция пораженного участка кишки с регионарной лимфодиссекцией. Несмотря на несомненные достижения хирургии последних десятилетий, хорошо отработанную методику и технику, эти операции и сегодня относятся к разряду сложных вмешательств. Осложнения после операций при колоректальном раке составляют от 3% до 30% случаев, а летальность достигает 13% [4, 7, 8].

Как свидетельствуют данные отечественной и зарубежной литературы, одной из наиболее глобальных проблем онкологии является заболеваемость колоректальным раком. По данным украинских авторов, имеет место неуклонный рост заболеваемости населения Украины раком прямой и толстой кишки [1, 2, 3]. Закономерным является вопрос о проведении хирургического лечения у данной категории больных. Как показывает опыт, пятилетняя выживаемость при раке прямой кишки оставляет от 57% до 67%. Вопрос хирургической тактики у данной категории больных является дискуссионным. Не до конца изучены результаты лечения пациентов, перенесших резекцию прямой кишки.

Своевременное выявление колоректального рака предполагает диагностику его на ранних, доклинических стадиях, когда отсутствуют всякие клинические проявления этого заболевания. Скрининг, или раннее выявление колоректального рака, проводится с помощью пальцевого обследования, эндоскопического метода и гемокультного теста.

Около 70% всех ректальных карцином выявляется при пальцевом исследовании прямой кишки. Вот почему является обязательным пальцевое обследование прямой кишки при профилактических осмотрах у гинеколога, уролога и врачей других специальностей.

Сигмоидоскопия и тотальная колоноскопия являются важными методами скрининга колоректального рака. При использовании современных гибких сигмоидоскопов длиной 60 см удается выявить 55 % аденом и карцином сигмовидной и прямой кишки, развивающихся *de novo*. Чувствительность этого метода составляет 85 %. В настоящее время Американская ассоциация врачей рекомендует проведение сигмоидоскопии каждые 3-5 лет, начиная с 50-летнего возраста, у лиц, не предъявляющих каких-либо жалоб на дисфункцию кишечника.

Однако возможность использования этих методик для широкого скрининга представляется сомнительной из-за их большой сложности и высокой стоимости. Поэтому большинство онкологов рекомендуют ограничиться применением указанных методов обследования в первую очередь среди лиц, имеющих факторы повышенного риска возникновения колоректального рака [3, 5].

Целью настоящего исследования явился анализ результатов лечения больных с раком прямой кишки, оперированных в условиях 2 хирургического отделения ДОКТМО в 2012 году.

### М а т е р и а л и м е т о д ы

Клиническое исследование включало результаты лечения 70 больных, оперированных в клинике общей хирургии на базе 2 хирургического отделения ДОКТМО в 2012 году.

По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин - 39 (55,7±5,9%), женщин - 31 (44,3±5,9%). Возраст больных колебался в пределах от 27 до 78 лет. Из них 44 (62,9±5,8%) пациента трудоспособного возраста. По гистологическому строению опухоли в 39 (55,7±5,9%) случаях имела место умеренно дифференцированная аденокарцинома, в 12 (17,1±4,5%) - низкодифференцированная, в 11 (15,7±4,3%) - высокодифференцированная и в 8 (11,4±3,8%) случаях были выявлены другие формы роста опухоли.

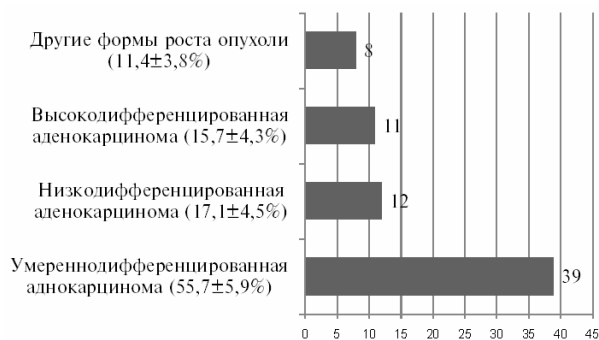


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от гистологического распределения опухоли

По гистологическому строению опухоли прямой кишки имели в большинстве своем структуры аденокарциномы различной степени дифференцировки (рис. 1).

По локализации патологического процесса рак среднеампулярного отдела был выявлен в 22 (31,4±5,5 %) случаях, верхнеампулярного отдела - в 19 (27,1±5,3%), нижеампулярного - в 18 (25,7±5,2%), ректосигмоидного отдела - в 10 (14,3±4,1%), множественная локализация - в 1 (1,4±1,4%) случае.

Ниже представлено распределение больных по стадиям заболевания согласно классификации опухолей по TNM (рис. 2). Согласно общепринятой классификации опухолей по TNM, нами было выявлено, что больных с T3 - 43 (61,4±5,8%), T4 - 21 (30,0±5,5 %), T2 - было 5 (7,14±3,1%) человек.

Изучив данные дополнительных исследований (ректومانоскопии, фиброколоноскопии), выявили, что наиболее частым местом локализации опухоли явился среднеампулярный отдел прямой кишки - 29,7±5,3% всех наблюдений, затем верхнеампулярный (25,7±5,1%), нижеампулярный (22,9±4,63%), ректосигмоидный (13,5±3,97%) отделы, поражение анального канала (2,9±1,99 %). Частота локализации рака ПК отражена на рис. 3.

#### Результаты и обсуждение

У 18 (25,7±5,2%) пациентов диагностированы различные осложнения опухолевого процесса. Клинические проявления субкомпенсированной КН наблюдали у 12 (17,1±4,5%) пациентов. Кроме того, постгеморрагическая анемия - у 5 (7,14±3,1%), профузное кровотечение - у 1 (1,4±1,4 %) пациента.

Сопутствующая патология была выявлена у 54 (77,1±5,0%) пациентов: в 36 (51,4±5,97%) случаев патология со стороны сердечно-сосудистой

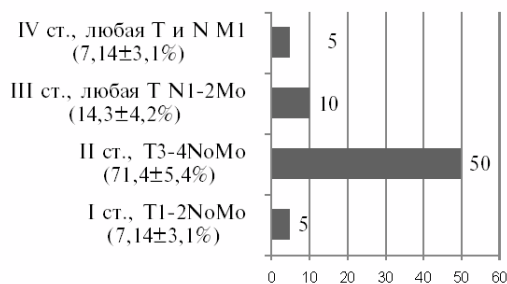


Рис. 2. Распределение стадирования рака прямой кишки

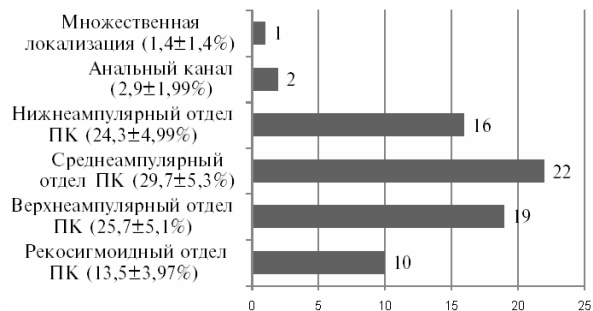


Рис. 3. Частота локализации рака прямой кишки

системы, язвенная болезнь - 8 (11,4±3,8%) случаев, желчекаменная болезнь - у 3 (4,3±2,4 %), сахарный диабет у - 2 (2,9±1,99%) больных. Дивертикулез левой половины ободочной кишки, эмфиземе легких, состояние после перенесенного инсульта, семейный полипоз, диффузный узловой зоб наблюдали в единичных случаях.

Всем пациентам после дообследования и предоперационной подготовки было выполнено оперативное лечение. Курсы лучевой терапии в неoadъювантном режиме проведены по методике крупнофракционного интенсивного режима облучения ДОР 5Гр, ДОС - 25 Гр. Всего в предоперационном периоде ГутТ проведена 51 (72,9±5,3%) пациенту.

При выполнении резекции прямой кишки были использованы технологии электросваривания тканей с помощью "Электрокоагулятора для соединения живых мягких тканей ЕК 301 М1", а также ультразвукового скальпеля Harmonic Scalpel System фирмы "Ethicon".

В 18 (25,7±5,2%) случаях выполнена передняя резекция ПК с формированием колоректального анастомоза (16 (22,9±4,63%) ручным и 2 (2,9±1,99%) аппаратным методом). В 32 (45,7±5,5%) случаях произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки. Брюшно-наданальная резекция прямой кишки выполнена 17 (24,3±5,1%) пациентам. Операция Гартмана выполнена в 2 (2,9±1,99%) случаях. Экстирпация ПК произведена 2 (2,9±1,99%) пациентам. Лапароскопически ассистированные резекции прямой кишки выполнены 3 (4,3±2,4%) пациентам.

8 (11,4±3,8 %) пациентам выполнены симультанные операции, в том числе 6 (8,6±4,2%) больным произведены симультанные холецистэктомии, 2 (2,9±1,99%) - ампутация матки с придатками. Комбинированные операции выполнялись в 6 (8,6±4,2%) случаях. Из них - 4 (5,7±3,6%) больным произведена резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря, 2 (2,9±1,99%) больным произведена резекция прямой кишки с экстирпацией матки с придатками.

Среднее пребывание пациента в стационаре составило 21,5 койко/дней. Среднее количество дней пребывания в стационаре у больных с осложнением опухолевого процесса составило 20,6 койко/дней, без осложнений - 21,8 койко/дней. Среднее количество дней пребывания в стационаре у больных с послеоперационными осложнениями составило 27,3 койко/дней, без

осложнений операции было ниже - 20,6 койко-дней.

Технологии электросваривания тканей и использование ультразвукового скальпеля при мобилизации ПК применены у 52 (74,3±5,2%) пациентов. Количество послеоперационных осложнений в этой группе составило 2 (2,9±1,99%). У остальных 18 пациентов мобилизация ПК проводилась без использования указанных приемов, количество послеоперационных осложнений в этой группе составило 7 (10±3,6%).

Различные виды послеоперационных осложнений наблюдали у 7 (10,0±4,0%) пациентов. Некроз низведенной кишки - у 4 (5,7±3,6%), спаечная кишечная непроходимость - у 3 (4,3±2,4%).

7 (10,0±4,0%) пациентов оперированы повторно. 2 (2,9±1,99%) произведено отключение пассажа путем формирования илео- и колостомы, 2 (2,9±1,99%) - ренизведение, 3 (4,3±2,4%) - висцеролиз.

После выполненных по поводу рака резекций ПК умерло 2 (2,9±1,99%) пациентов.

Таким образом, использование современных технологий при выполнении резекций ПК по поводу рака указывает на тенденцию к снижению количества послеоперационных осложнений до 7 (10,0±4,0%) случаев и послеоперационной летальности до 2 (2,9±1,99%). Проведенный анализ свидетельствует о необходимости дальнейшего поиска и разработки оптимальной тактики диагностики и лечения пациентов с раком ПК с использованием комплексного подхода.

A.V. Borota, F.I. Gyulmamedov, O.V. Sovpel, V.I. Shalamov, O.P. Kuhto, E.Yu. Miroshnichenko, A.K. Chikhradze

## Results of Treatment of Patients who Have Undergone Resection of the Rectum for Cancer

There have been analyzed results of surgical treatment of 70 patients diagnosed with rectal cancer who have undergone surgery in General Surgery Clinic in 2012. Average age of patients constitutes 60.9 years. Among the patients there have been 39 men (55,7 ± 5,9 per cent), 31 women (44,3 ± 5,9 per cent). 5 Patients have been diagnosed with stage I (7,14 ± 3,1 per cent), II - 50 (71,4 ± 5,4 per cent), III - 10 (14,3 ± 4,2 per cent), IV - 5 (7,14 ± 3,1 per cent). Middle ampulla (31,4 ± 5,5 per cent) and upper ampulla (27,1 ± 5,3 per cent) of the rectum, then low ampulla (25,7 ± 5,2 per cent) and rectosigmoid (14,3 ± 4,2 per cent) part have been the most common sites of tumor localization. In one case there has been detected primary multiple cancer. 51 patients (72,9 ± 5,3 per cent) have undergone combination therapy with neo-adjuvant and adjuvant radiation therapy. Number of postoperative complications has been on average of 10,0 ± 4,0 per cent, while postoperative mortality has rated 2,9 ± 1,99 per cent (Arch. Clin. Exp. Med. — 2013. — Vol. 22, №1. — P. 51-53).

**Keywords:** cancer, rectum, resection

O.V. Borota, F.I. Gyulmamedov, O.V. Sovpel, V.I. Shalamov, O.P. Kuhto, E.Yu. Miroshnichenko, A.K. Chikhradze

## Результати лікування пацієнтів, що перенесли резекцію прямої кишки з приводу раку

Проаналізовано результати хірургічного лікування 70 пацієнтів, що страждали на рак прямої кишки. Середній вік хворих склав 60,9 років. Чоловіків було 39 (55,7±5,9%), жінок 31 (44,3±5,9%). Пацієнтів з I стадією було 5 (7,14±3,1%), з II - 50 (71,4±5,4%), III - 10 (14,3±4,2%), IV - 5 (7,14±3,1%). Найчастішим місцем локалізації пухлин був середньоампулярний (31,4±5,5%) та верхньоампулярний (27,1±5,3%) відділи прямої кишки; потім нижньоампулярний (25,7±5,2%), ірєктосигмоїдний (14,3±4,2%) відділи. В одному випадку був виявлений первинно-множинний рак. Комбіноване лікування, що включає неoad'ювантні та ад'ювантні курси променевої терапії, проведено 51 (72,9±5,3%) хворому. Кількість післяопераційних ускладнень склала в середньому 10,0±4,0%, післяопераційна летальність - 2,9 ± 1,99% (Арх. клін. експ. мед. — 2013. — Т. 22, №1. — С. 51-53).

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Бондар Г.В.* Сучасні закономірності епідеміології коло-ректального раку в Донецькій області / Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, С.В. Грищенко [та ін.] // Новоутворення. — 2009. — № 3-4. — С. 13-18.
2. *Бондарь Г.В.* Успехи и проблемы лечения рака прямой кишки (40-летний опыт клиники) / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Ю.В. Яковец [и др.] // Новоутворення. — 2009. — № 3-4. — С. 19-24.
3. *Яринич К.В.* Радикальное лечение больных на рак прямой кишки / К.В. Яринич К.В., В.І. Яринич, О.С. Чалий [та ін.] // Матеріали XII з'їзду онкологів України, 20-22 вересня 2011 р., Судак, АР Крим. — С. 115.
4. *Wicherts D.A.* Impact of portal vein embolization on longterm survival of patients with primarily unresectable colorectal liver metastases / D.A. Wicherts, R.J. de Haas, P. Andreani [et al.] // Brit. J. Surg. — 2010. — Vol. 97, No. 2. — P. 240-250.
5. *Pozzo C.* Advances in neoadjuvant therapy for colorectal cancer liver metastases / C. Pozzo, C. Barone // Cancer Treatment Reviews. — 2008. Vol. 34. — P. 293-301.
6. *Park I.J.* Radiofrequency ablation for metachronous liver metastasis from colorectal cancer after curative surgery / I.J. Park, H.C. Kim, C.S. Yu [et al.] // Ann. Surg. Oncol. — 2008. — Vol. 15, No. 1. — P. 227-232.
7. *Sanoff H.K.* Five-year data and prognostic factor analysis of oxaliplatin and irinotecan combinations for advanced colorectal cancer: N9741 / H.K. Sanoff, D.J. Sargent, M.E. Campbell [et al.] // Journal of clinical oncology. — 2008. — Vol. 26, No. 35. — P. 5721-5727.
8. *Von der Schulenburg J.M.* Cancer management and reimbursement aspects in Germany: an overview demonstrated by the case of colorectal cancer / J.M. Von der Schulenburg, A. Prenzler, W. Schurer // Eur. J. Health. Econ. — 2010. — Vol. 10, Suppl. 1. — P. S 21-26.

Надійшла до редакції: 3.07.2013 р.