

УДК 616.34-006.6:616-06.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

© 2015 А.В. Мешков

Самарский областной клинический онкологический диспансер

Поступила в редакцию 31.03.2015

Статья посвящена проблеме оказания хирургической помощи больным с осложненным колоректальным раком на примере опухолевой толстокишечной непроходимости. Изучены результаты лечения 116 пациентов с данной патологией в хирургических стационарах и специализированном онкологическом центре. Реализация онкологических принципов (центральное лигирование магистральных сосудов, мезоколонэктомия, мезоректумэктомия, гистологическое исследование ткани по линии резекции, нервосберегающая хирургия, выполнение комбинированных оперативных вмешательств) является потенциалом для улучшения показателей лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки.

Ключевые слова: *колоректальный рак, опухолевая толстокишечная непроходимость, онкологический радикализм*

Среди злокачественных новообразований (ЗНО) заболеваемость колоректальным раком (КРР) стремится к лидированию во всем мире и составляет более чем 1,2 млн. случаев в год. По данным статистики аналогичная тенденция прослеживается и в России. КРР за последние 20 лет переместился с 6-го на 2-е место, как по распространенности, так и по причине смертности в структуре онкологических заболеваний. Как причина смерти от ЗНО КРР уступает лишь раку легкого. В Российской Федерации в 2013 г. диагноз КРР был впервые установлен 61092 пациентам, 38702 человека умерло от данного заболевания. Прирост заболеваемости КРР в России за последние 10 лет составил 23,43%. В Самарской области данный показатель в 2013 г. составил 29,14 на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к росту за последние годы [1].

По данным литературы у значительного числа пациентов КРР манифестирует на стадии осложнений, среди которых превалирует опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН), встречающаяся у 51-87% от всех больных с осложненным течением рака толстой кишки. Несмотря на то, что ОТКН составляет лишь 3-9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, она является причиной до 30% летальных исходов во всей группе экстренно госпитализированных больных [2]. До настоящего времени ведутся дискуссии о целесообразности радикального вмешательства в

экстренных условиях, так как кишечная непроходимость нередко влияет на завершение операции в пользу симптоматической или одноствольной колостомы.

Среди хирургов нет единого взгляда на вопрос выбора тактики, объема хирургического вмешательства при ОТКН, способа формирования колостомы [3]. Адекватная предоперационная подготовка, дифференцированный выбор хирургического вмешательства с удалением сегмента кишки с опухолью независимо от стадии заболевания, следование принципам онкологического радикализма позволяет добиться у пациентов с осложненным КРР хороших непосредственных и отдаленных результатов [4]. Пациенты с осложнениями КРР госпитализируются преимущественно в экстренном порядке в хирургические отделения общей лечебной сети, где тактика оказания неотложной помощи часто минимизируется, а опухоль рассматривается только как одна из причин ургентного состояния [5]. Недостаточный объем лимфодиссекции ведет к прогрессии заболевания.

С учетом этого адекватно выполненная лимфодиссекция, особенно при III стадии, статистически достоверно увеличивает 5-летнюю выживаемость. Выполнение высокой перевязки сосудов, мезоректумэктомия и полная мезоколонэктомия, которая подразумевает удаление толстой кишки с брыжейкой в межфасциальном эмбриологическом слое с сохранением целостности фасции покрывающей клетчатку брыжейки с лимфоузлами, способствует удалению

Мешков Александр Викторович, онколог отделения колопроктологии. E-mail: mech123@mail.ru

большого количества регионарных лимфатических узлов, которые потенциально могут быть поражены метастазами [6, 7]. Успех лечения больных осложненным и запущенным КРР во многом зависит от опыта и квалификации хирурга, знания путей толстокишечного лимфооттока и иннервации, что в целом позволяет на более высоком уровне организовать лечебный процесс [8]. Общность взглядов и тактических установок хирургов и онкологов, приближение специализированной онкологической помощи к больному с опухолевой толстокишечной непроходимостью позволило бы улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения [9].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

Материал и методы. Выполнено ретроспективное изучение 116 (100%) историй болезни двух групп пациентов, которым в 2012-2013 гг. была оказана хирургическая помощь по поводу рака толстой кишки, осложненного ОТКН.

I группа (группа сравнения) – 52 (44,8%) человека, получили квалифицированную хирур-

гическую помощь в хирургических отделениях городских стационаров.

II группа (основная) – 64 (55,2%) больных оперирована в специализированном отделении колопроктологии Самарского областного клинического онкологического диспансера (СОКОД).

Все пациенты госпитализированы в стационары по экстренным и срочным показаниям с осложненным течением опухолевого процесса. У всех больных опухоль локализовалась в левой половине ободочной кишки, включая сигмовидную и прямую кишку. Стадийность процесса определялась по классификации TNM (6-я редакция) и распределялась следующим образом: II стадия – 25 (21,5%); III стадия – 71 (61,2%); IV стадия – 20(17,3%) человек. Сроки от начала нарастания клиники кишечной непроходимости были различными и колебались от 12 часов до 3 недель. Обе группы были статистически сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела (ИМТ), стадиям заболевания, степени выраженности толстокишечной непроходимости опухолевого генеза, заявленному объему выполненных оперативных вмешательств (табл. 1, 2).

Таблица 1. Показатели сравниваемых групп

Группы больных	Возраст	Жен / муж	ИМТ	Степень непроходимости	
				субкомпенсированная	декомпенсированная
группа сравнения (общая лечебная сеть) N=52	68,4±10,2	29/23	24,7±4,2	32	20
основная группа (СОКОД) N=64	70,8±9,1	33/31	25,1±4,1	46	18

Для исследования отбирались пациенты с субкомпенсированной стадией нарушения толстокишечного пассажа, так как данная форма ОТКН имеет наибольшие шансы для разрешения клиники непроходимости, перевода ее в стадию компенсации, что предполагает возможность выполнения резекции кишки с формированием первичного анастомоза и больные с декомпенсированной формой ОТКН без признаков перитонита. Клинически субкомпенсированная форма ОТКН характеризовалась по классификации «ГНЦ Колопроктологии» жалобами на стойкие запоры, отсутствием самостоятельного стула, прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект. Общее состояние больных расценивалось как относительно удовлетворительное или средней тяжести. Были заметны симптомы интоксикации.

При эндоскопическом исследовании опухоль суживала просвет кишки до 1 см. При рент-

генологическом исследовании ободочная кишка расширена до 6 см, заполнена кишечным содержимым, имеется пневматизация и ячеистость тени толстой кишки, могут определяться отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера). При морфологическом изучении стенки толстой кишки в престенотическом отделе отмечались полнокровие и отечность всех структур стенки кишки, ее гипертрофия, дистрофия и слущивание эпителия, умеренная инфильтрация.

При декомпенсированной форме ОТКН больные предъявляли жалобы на отсутствие стула и отхождение газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, иногда рвоту. Выражены признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса, имеется анемия, гипопротейнемия. При рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом. Определялось множество уровней жидкости (чаши Клойбера).

Таблица 2. Сопоставление групп больных по характеру хирургических вмешательств

Тип операции	Группа сравнения (общая лечебная сеть)	Основная группа (СОКОД)
обструктивная гемиколэктомия слева	19(16,4%)	22(19%)
обструктивная резекция сигмовидной кишки	27(23,2%)	14(12,06%)
обструктивная резекция прямой кишки	4(3,4%)	10(8,62%)
резекция ободочной кишки с формированием толстокишечного анастомоза	1(0,9%)	7(6,03%)
передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной двустольной трансверзостомы	1(0,9%)	11(9,5%)
Всего 116(100%)	52(44,8%)	64(55,2%)

Принципы онкологического радикализма, являющиеся неотъемлемым компонентом онкологических операций, выполняемых в плановом или экстренном порядке, оценивались по следующим критериям: «центральное» лигирование магистральных сосудов толстой кишки, соблюдение принципов мезоколонэктомии и мезоректумэктомии, исследование ткани по линии резекции, выделение не менее 12 регионарных лимфатических узлов для адекватного стадирования по системе TNM (минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии ESMO), верификация отдаленных висцеральных метастазов при генерализации, выполнение комбинированных резекций при распространении опухоли на соседние органы и ткани. Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации опухоли, распространенности опухолевого процесса, общего состояния пациента, степени толстокишечной непроходимости.

Результаты и их обсуждение. Принципам мезоколонэктомии, тотальной мезоректумэктомии и «высокой» перевязки магистральных толстокишечных сосудов не придерживались хирурги, проводившие оперативные вмешательства больным с ОТКН в общей лечебной сети. Гистологическое исследование ткани по линии резекции выполнено у 18 (34,6%) человек из I группы. Регионарные лимфатические узлы выделены и исследованы только у 7 (13,4%) пациентов I группы. Исследовано от 2 до 7 лимфатических узлов, что является недостаточным для правильного стадирования по критерию N. При наличии отдаленных метастазов (забрюшинная клетчатка, брюшина, печень) у 13 пациентов I группы интраоперационная верификация выполнена у 2 (15,4%) человек. Условно адекватное стадирование по системе TNM произведено только у 25 (48%) больных I группы, что связано с недостаточной патогистологической информацией.

Таблица 3. Сравнительная характеристика онкологических подходов в экстренной хирургии КРР

Принципы онкологического радикализма	Группа сравнения (общая лечебная сеть) N=52	Основная группа (СОКОД) N=64
центральное лигирование толстокишечных сосудов	0	57(89%)
мезоколонэктомия, мезоректумэктомия	0	57(89%)
гистологическое исследование ткани по линии резекции	18(34,6%)	64(100%)
гистологическое исследование регионарных лимфоузлов в макропрепарате	7(13,4%)	64(100%)
верификация отдаленных метастазов	2(15,4%)	14(82,3%)
выполнение комбинированных операций	0	17(26,5%)

Комбинированные операции при распространении опухоли на соседние органы и метастазировании в печень у пациентов I группы не выполнялись, все резекции толстой кишки на фоне непроходимости завершались формированием одноствольной колостомы. Средняя интраоперационная кровопотеря у больных I группы составила 320 мл. При диспансерном наблюдении пациентов I группы в сроки до 12 мес. диагностированы рецидивы в дистальной культе толстой кишки у 7(6%), локорегионарные метастазы у 14 (12%), генерализация опухолевого процесса у 17 (14,6%) больных.

При изучении историй болезни пациентов II группы получены следующие результаты. Центральное лигирование магистральных толстокишечных сосудов и диссекция в пределах эмбрионального слоя имели место у 57 из 64 прооперированных больных. Перевязка и пересечение нижней брыжеечной артерии у места отхождения от аорты обеспечило максимальный объем удаления регионарных лимфатических узлов. Среднее количество исследованных регионарных лимфоузлов составило 16 штук и проведено у всех пациентов II группы. Из 17 пациентов с генерализацией опухолевого процесса верификация отдаленных метастазов выполнена интраоперационно у 14(82,3%) больных (табл. 3).

Пятерым больным были выполнены атипичные резекции печени по поводу единичных метастазов в печень. 12 пациентам были выполнены комбинированные резекции соседних органов и тканевых структур по поводу опухолевой инвазии (рис. 1). О частоте этого осложнения в предоперационном периоде и интраоперационно было трудно судить, так как оно нередко маскировалось или сочеталось с воспалительным процессом, прикрытой перфорацией. Прорастание рака ободочной кишки в соседние структуры по данным послеоперационного гистологического исследования диагностировано у 6 человек. В случае истинной опухолевой инвазии (pT4) регионарное и отдаленное метастазирование выявлено у четырех пациентов. Наша тактика выполнения расширенных и комбинированных резекций с соблюдением онкологических принципов при местно-распространенном КРР была основана на имеющемся собственном опыте и данных научных исследований. После полной хирургической циторедукции R0, или хотя бы паллиативной резекции толстой кишки с опухолью, более половины (61,3%) пациентов живут свыше 2 лет [10].

В ходе операции производилась диссекция вдоль эмбриональных плоскостей с отделением висцеральной фасции от париетальной с целью

получения корректной мезоколической плоскости. Работа в бессосудистой зоне позволила не только уменьшить кровопотерю в ходе операции, но и снизить частоту функциональных послеоперационных проблем, что было достигнуто применением нервосберегающей техники проведения оперативного вмешательства. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 215 мл. Консервативное лечение с положительным эффектом по поводу нейрогенного мочевого пузыря проведено у 4-х человек.



Рис. 1. Макропрепарат. Опухоль сигмовидной кишки с инвазией в петлю тонкой кишки и переднюю брюшную стенку.

При метастатическом КРР 8 больным проведены тесты по выявлению мутаций в гене KRAS для оценки возможности адьювантной химиотерапии ингибиторами EGFR. Формирование первичного кишечного анастомоза не являлось самоцелью, доминировал принцип адекватной резекции сегмента кишки с опухолью и регионарной лимфодиссекции. Предоперационная подготовка толстой кишки препаратами на основе полиэтиленгликоля позволила перевести толстокишечную непроходимость в стадию компенсации у 18 пациентов и сформировать первичный кишечный анастомоз. При сомнениях в исходе операции предпочтение отдавалось обструктивному варианту резекции или формированию протективной трансверзостомы. При диспансерном наблюдении пациентов II группы в течение 12 месяцев генерализация опухолевого процесса диагностирована у 3(2,6%) человек.

Выводы: проблема адекватного хирургического лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью актуальна как для ургентной хирургии, так и для специализированного онкологического стационара. Оказание неотложной хирургической помощи с позиций онкологического радикализма является

потенциалом для улучшения показателей лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. *А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.* – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. 250 с.
2. *Ханевич, М.Д.* Колоректальный рак. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости. Монография / *М.Д. Ханевич, Г.М. Манихас, В.В. Лузин* и др. – СПб.: Аграф+, 2008. 136 с.
3. *Мешков, А.В.* Выбор оптимального способа формирования одноствольной колостомы / *А.В. Мешков, С.В. Козлов, Е.П. Кривошеков* // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 10-летию мед. Центра им. Р.П. Аскерханова. Сборник научных трудов. – Махачкала, 2012. С. 99-100.
4. *Захаренко, А.А.* Хирургия осложненных форм рака ободочной кишки – можем ли мы изменить ситуацию? // Матер. VI межд. конф. «Российская Школа Колоректальной Хирургии». – М., 2012. С. 77-82.
5. *Козлов, С.В.* Проблемы оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи при осложненном колоректальном раке / *С.В. Козлов, А.В. Мешков, О.Н. Каганов* // Медицинская наука и образование Урала. 2008. №3. С. 88-89.
6. *Hohenberger, W.* Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation-technical notes and outcome / *W. Hohenberger, K. Weber, K. Matzel et al.* // *Colorectal Dis.* 2009. No 4 (11). P. 354-364; discussion 364-365.
7. *Сидоров, Д.В.* Тотальная мезоректумэктомия в хирургическом лечении рака прямой кишки / *Д.В. Сидоров, В.И. Чиссов, А.В. Бутенко* и др. // *Хирургия.* 2010. №7. С. 20-24.
8. *Akasu, T.* A novel multimodal approach for locally advanced rectal cancer involving the pelvic sidewall / *T. Akasu, M. Takawa, Y.J. Choi et al.* // *Hepatogastroenterology.* 2010 Sep-Oct. V. 57(102-103). P.1001-1004.
9. *Мешков, А.В.* Онкологический радикализм и экстренная хирургия осложненного колоректального рака / *А.В. Мешков, Е.П. Кривошеков* // Всеросс. конф. общих хирургов с междун. участием, посвященная 95-летию СамГМУ. Сборник тезисов. – Самара, 2014. С. 114-115.
10. *Яицкий, Н.А.* Опухоли толстой кишки / *Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев.* – М.: «МЕДпресс-информ», 2004. 376 с.

CANCER PRINCIPLES FOR THE PROVISION THE SURGICAL CARE TO PATIENTS WITH COMPLICATED COLORECTAL CANCER

© 2015 A.V. Meshkov

Samara State Regional Clinical Oncology Center

Article deals with the problem of providing surgical care to patients with complicated colorectal cancer as an example of tumor colonic obstruction. Results of the treatment 116 patients with this pathology in surgical hospitals and specialized cancer center. The implementation of the principles of cancer (central ligation of the main vessels, complete mesocolic and mesorectum excision, histological examination of the tissue along the line of resection, nerve-sparing surgery, the performance of combined surgery) is potential to improve the treatment of patients with complicated forms of colon cancer.

Key words: *colorectal cancer, tumor colonic obstruction, oncological radicalism*