

**УДК 616.361.- 006.- 085+615.832**

**Хірургічне лікування злякисних новоутворень верхньоампулярного та ректосигмоїдного відділу прямої кишки з передопераційною ендолімфатичною хіміотерапією.**

**Чорнобай А.В.**

**Українська медична стоматологічна академія**

В більшості розвинених країн світу колоректальний рак серед найбільш частіших злякисних новоутворень займає третє місце, як у чоловіків так і у жінок. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється біля 600 тис випадків колоректального раку. В США та Великобританії колоректальний рак займає друге місце, поступаючись лише раку легень і складає 15% від усіх злякисних пухлин. В Італії захворюваність складає зараз 34 на 100тис у жінок і 45 -у чоловіків. В Україні захворюваність на пухлини цієї локалізації за останні 20 років зростає з 19,4 випадків і складає тепер 33,2 на 100тис (17,3 - ободової кишки і 15,7- прямої кишки) досягаючи найвищих показників (36-40 випадків на 100тис) в південно-східному регіоні нашої країни. Особливо відчутне зростання за цей період (практично в 2 рази) - відмічається серед злякисних новоутворень ободової кишки. Разом з тим 70% хворих з пухлинами цих локалізацій звертається за допомогою вже при III стадії поширеності хвороби [1,7,11].

Оптимальним і єдиним радикальним методом лікування цього контингенту хворих є хірургічний. Характер і обсяг оперативного втручання, в першу чергу, залежить від локалізації і поширення пухлини, ускладнень пухлинного процесу, а також загального стану хворих.

Особливе місце серед пухлин товстої кишки займають новоутворення локалізовані у ректосигмоїдному та верхньоампулярному відділі прямої кишки. Їх анатомічне розташування в тій частині прямої кишки, що знаходиться в черевній порожнині, мала рухомість за рахунок короткої брижі, відносна близькість магістральних судин та сечоводу створює певні особливості в підході до вибору хірургічної тактики. З іншого боку відсутність клінічних

симптомів навіть при поширених стадіях, коли пухлина проростає всі шари кишкової стінки і поширюється на суміжні органи та структури (очеревину, сечовий міхур, матку), відсутність больового синдрому призводить до того, що 70 - 80% хворих звертаються за допомогою вже при наявності симптомів хронічної або гострої кишкової непрохідності. Тому досить часто хірургічне втручання у таких випадках закінчується формуванням сигмостоми або обструктивними резекціями типу операції Гартмана [2,8,9,10].

Для покращення результатів лікування колоректального раку зараз застосовуються програми комбінованого та комплексного лікування, основу яких складає передопераційна променева терапія. Але беручи до уваги те, що практично всі пухлини верхньоампулярної та ректосигмоїдної ділянки мають ускладнення (кишкову непрохідність та перифокальне запалення) використання цього методу передопераційного впливу на пухлинний осередок стає практично неможливим. Тому використання неoad'ювантної хіміотерапії, зокрема внутрішньо-артеріального та ендолімфатичного її варіанту, в цих випадках, стає єдиною можливим засобом, що дає змогу покращити безпосередні та віддалені результати лікування [3,6,9]. Але якщо застосування внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ) вимагає наявності спеціального рентгенологічного обладнання та спеціаліста з ендovasкулярної рентгенхірургії, то ендолімфатична поліхіміотерапія (ЕЛПХТ) можлива в умовах кожного онкохірургічного відділення.

Метою нашого дослідження було порівняти безпосередні результати хірургічного лікування хворих з новоутвореннями цих локалізацій за традиційними методиками та із застосуванням передопераційної ендолімфатичної хіміотерапії.

#### **Матеріали та методи дослідження.**

У дослідження було включено 15 пацієнтів, яким перед хірургічним лікуванням проведений курс ендолімфатичної хіміотерапії та порівняльна група – 15 хворих, яким після обстеження виконано хірургічне втручання. В досліджуваних та порівняльній групах кількість чоловіків та жінок була

приблизно однаковою (8 - чоловіків та 7 - жінок). Всім досліджуваним застосований стандартний об'єм обстежень, який включав лабораторні та інструментальні методи. На першому етапі виконувалась ректороманоскопія з обов'язковим взяттям біопсії та морфологічною верифікацією процесу. У більшості хворих (80%) в обох групах, через стенозуючий характер пухлини, візуальний огляд порожнини кишки з пухлиною був можливий лише дитячим ректороманоскопом товщина тубусу якого - 1см. Пухлини локалізувались на відстані від 11 до 18см (по тубусу апарата). У восьми хворих до 14см, а у останніх семи – на відстані 16 – 18см. Варіанти морфологічної будови пухлин в обох групах представлені в табл.1. Морфологічна структура пухлин в обох групах була приблизно однаковою, але звертає на себе увагу достатньо велика кількість (до 20%) низькодиференційованих пухлин при локалізації їх у верхньоампулярному відділі прямої кишки. Це в свою чергу ще раз доводить доцільність використання неoad'ювантної хіміотерапії [5].

Табл.1  
Морфологічна структура пухлин досліджуваної та порівняльних груп

Морфологічна структура пухлин	Досліджувана група		Порівняльна група	
	Верхньоампулярний відділ	Ректосигмоїдний відділ	Верхньоампулярний. Відділ	Ректосигмоїдний Відділ
Диференційована аденокарцинома	3	3	3	3
Помірно диференційована аденокарцинома	2	4	3	4
Низько диференційований рак	3	–	2	–

В послідуєчому всім пацієнтам обов'язково виконувалась ірігоскопія для визначення протяжності пухлини та стану вище лежачих відділів ободової кишки, а трьом з кожної групи комп'ютерна томографія (КТГ). Завданням якої

було дослідити стан кишкової стінки та виявити можливе поширення пухлини на навколишні органи та тканини.

У пацієнтів досліджуваної групи лікування розпочиналось з курсу ендолімфатичної неoad'ювантної хіміотерапії (катетер для ендолімфатичної інфузії встановлювали на стегні). Інфузії проводились за допомогою електронно - механічного інфузомату фірми Braun, швидкість уведення розчинів від 1 до 5 мл за год.. Цитостатичну терапію проводили за схемою MFP (метотрексат, 5-фторурацил, цисплатін). Загальна доза препаратів складала: метотрексату 100-150мг, 5-фторурацилу 3-4г, цисплатину 30-50мг. Режим уведення виконувався з інтервалом 24-48год. Тривалість терапії складала 5-7 днів. Загальний стан пацієнтів контролювався загально прийнятним об'ємом клініко-лабораторних досліджень, де особлива увага приділялась показникам периферійної крові.. Значних відхилень у об'єктивному статусі не відмічалось. Так показники еритроцитів та гемоглобіну практично не змінювались, а показники тромбоцитів та лейкоцитів змінювались незначно (зменшувались на 10-15% від початкових). Загальна токсична реакція після проведення ендолімфатичної хіміотерапії у досліджуваних хворих не перевищувала 0 – I ступінь токсичності за критеріями загальної токсичності Американського інституту раку [7,9,11 ].

Вже через 5 днів від початку лікування стан хворих покращувався. Зникали больові симптоми, покращувалось відходження газів та дефекація, зменшувалась кількість слизу у кишковому вмісті.

Після закінчення курсу ЕЛПХТ через 7 – 8 днів хворим виконували хірургічні втручання. Цей період необхідний для повної реалізації терапевтичної дії цитостатиків [4,5,10]. З іншого боку цей час був використаний для проведення контрольних обстежень. Через 5 днів хворим виконувались повторні обстеження: ірігоскопія, комп'ютерна томографія. Після обстеження проводили порівняння отриманих результатів з даними ірігоскопії та КТГ до початку ЕЛПХТ. На контрольних ірігограмах у всіх пацієнтів відмічалась позитивна динаміка, а у половини досліджуваних хворих просвіт звуженої пухлиною кишки збільшувався практично у два рази. Результати контрольної

КТГ свідчили про деяке зменшення розмірів пухлини, витончення кишкової стінки інфільтрованої пухлиною, зменшення поширення на навколишні тканини.

Хірургічні втручання виконувались в плановому порядку і заключались у передніх резекціях прямої кишки та резекціях ректосигмоїдного відділу прямої кишки. Під час операцій обов'язково пересікалась верхня прямо кишкова артерія для збереження онкологічних принципів абластики та видалення регіональних лімфовузлів. Цілісність кишкової трубки у всіх випадках відновлювалась анастомозом кінець-в-кінець за інвагінаційною методикою [4]. Об'єм хірургічних втручань у пацієнтів порівняльної групи практично був ідентичним з досліджуваною групою, цілісність кишки відновлювалась теж за вищевказаною методикою.

### **Результати та їх обговорення**

Кожне хірургічне втручання з погляду ефективності у онкологічних хворих характеризується безпосередніми та віддаленими результатами. Нами були досліджені безпосередні результати хірургічних втручань пацієнтів досліджуваної групи (із застосуванням передопераційної цитостатичної терапії) та порівняльної групи. Підчас хірургічних втручань у 15 досліджуваних хворих ніяких відмінностей (підвищена крововтрата, труднощів при мобілізації кишки з пухлиною та формування анастомозу) у ході операцій відмічено не було. Кількість післяопераційних ускладнень та час їх виникнення в обох групах практично не відрізнялись. В кожній із груп в одного із хворих виникла часткова недостатність швів анастомозу. Беручи до уваги досить пізній час виникнення (7 – 9 доба), таке грізне ускладнення було усунуто лише консервативними засобами, що забезпечувалось адекватним дрениванням та місцевим застосуванням антисептиків. Так загальна кількість ускладнень в досліджуваній групі (20%) була навіть дещо нижчою ніж в порівняльній групі (26,5%) та не перевищувала літературні данні [1,4,8,10 ].

## Післяопераційні ускладнення у хворих досліджуваної та порівняльної груп

Ускладнення	Досліджувана група	Порівняльна група
Недостатність швів анастомозу	1 (6,6%)	1 (6,6%)
Перитоніт	-	-
Абсцес малого тазу	1 (6,6%)	1 (6,6%)
Нагноювання післяопераційної рани	1 (6,6%)	2 (13,3%)
Всього	3 (20%)	4 (26,5%)

Термін лікування хворих з ускладненнями подовжувався ще на 7-10 днів. Цього часу було досить для загоювання кишкових нориць у хворих з частковою недостатністю швів анастомозу. Всі пацієнти після виписки із стаціонару оглянуті через 1, 3 та 6 місяців. Стан задовільний, функція пасажу кишкового вмісту відновлена повністю. Всі пацієнти обох досліджуваних груп з гістологічно низько диференційованими пухлинами отримали 4-5 курсів ад'ювантної хіміотерапії 5-фторурацилом.

### **Висновки:**

1. Наявність достатньо високого відсотку (20%) морфологічно низько-диференційованого раку та поширеності пухлинного процесу, що клінічно характеризувався наявністю ознакою компенсованої кишкової непрохідності є показанням до застосування передопераційних курсів ЕПХТ.
2. Застосування передопераційної ЕПХТ значно покращує (зменшує розміри та інфільтрацію пухлиною навколишніх структур) можливості радикального хірургічного втручання при пухлинах верхніх відділів прямої кишки.
3. Використання передопераційної ЕПХТ не веде до погіршення безпосередніх результатів (збільшення відсотку післяопераційних ускладнень) при хірургічному лікуванні злоякісних новоутворень верхньоампулярного та ректосигмоїдного відділу прямої кишки.

**Хірургічне лікування злоякісних новоутворень верхньоампулярного та ректосигмоїдного відділу прямої кишки з передопераційною ендолімфатичною хімотерапією.**

### **Реферат**

Порівняні результати лікування хворих із злоякісними новоутвореннями верхньоампулярного та ректосигмоїдного відділу прямої кишки при використанні тільки хірургічного лікування та при застосуванні передопераційної ендолімфатичної хімотерапії. Показані клінічні та об'єктивні зміни в пухлинному вогнищі та в загальному стані хворих. Проаналізовані післяопераційні ускладнення в групах хворих з перед операційним курсом ЕЛПХТ та використанням тільки хірургічного лікування.

**Ключові слова:** Рак верхньоампулярного та ректосигмоїдного відділу прямої кишки, хірургічне лікування, передопераційна ендолімфатична хемотерапія.

**Хирургическое лечение злокачественных новообразований верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки с предоперационной эндолимфатической химиотерапией.**

Чернобай А.В.

Украинская медицинская стоматологическая академия

### **Реферат**

Сравнены непосредственные результаты лечения больных с новообразованиями верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой

кишки при использовании в предоперационном периоде эндолимфатической химиотерапии. Показаны клинические и объективные изменения в общем состоянии больных и в опухолевом очаге после цитостатической терапии. Проанализированы послеоперационные осложнения в исследуемой и сравнительной группах.

**Ключевые слова:** Рак верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки, хирургическое лечение, предоперационная эндолимфатическая химиотерапия.

**Surgical treatment malignant tumors upperampular and rectosigmoid department recti of a direct gut with preoperative endolymphatic chemotherapy.**

Chornobay A.

Ukrainian Medical stomatological Academy

### **Abstract**

Comparatively results of treatment of patients with tumors upperampularis and rectosigmoidi department of a direct gut at use only a surgical method of treatment and at use in the preoperative period endolymphatic chemotherapy. Clinical and objective changes in a tumour after cytostatic are shown therapy. Comparatively postoperative complications in both groups of patients.

**Key words:** a cancer upperampularis and rectosigmoidi a department of a direct gut, surgical treatment, preoperative endolymphatic chemotherapy.



## Література:

1. В.Б. Александров. - Рак прямой кишки. - М.: Вузовская книга.- 2001.- 207с.
2. Воробьёв Г.И., Жученко А.П., Саламов К.Н. и др. Местно-распространённый рак ободочной кишки. // Вопр. Онкол. – 1991. – т.37, №7. – С.864-869.
3. Мельников Р.А., Симонов Н.Н., Правосудов Н.В. и др. Хирургическое лечение рака толстой кишки и факторы определяющие его эффективность. // Хирургия. – 1989. - №12. – С.29-33.
4. Кныш В. И., Бондарь Г. В., Алиев Б.М. и др. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки— М.: Медицина, 1990.— 160 с.
5. Лазарев А.Ф. Ранняя послеоперационная лекарственная терапия распространенного колоректального рака: новый подход в приоритетах оценки эффективности. Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. тез. Третьей Всероссийской научно-практической конференции колопроктологов и Пленума Правления Российского научно-медицинского общества онкологов 1 -3 октября 1997. - г. Волгоград 1997; - С. 33-35.
6. Маринич Ю.В., Черепанов Ф.С., Рылюк А.Ф. Анализ хирургического лечения рака прямой кишки // Вопр. онколог.- 1991.-Т. 37, № 5.- С. 592-595.
7. Справочник по онкологии под ред. Проф. Шалимова С.А., проф Гриневича Ю.А., проф. Мясоедова Д.В. - Київ, Здоров'я. -2000. – 558с.
8. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Киев: Здоров'я, 1987. – 567с.
9. Hermanec H. Colorectal cancer // Colo-proctology. – 1988. – Vol.10, №11 – P.6 – 11.
10. Hughes E, Cuthberson A., Killngac M. Colorectal Surgery. – Edinburgh, 1983. – 420p.
11. Northover J. Results of curative surgery for colorectal cancer // Scand. J. Gastroent.- 1988. - Vol. 23, №149. - P.155-158.

