

УДК 616.351—006.6—089

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ З ХІМІОПРОМЕНЕВИМ КОМПОНЕНТОМ НА ПЕРШОМУ ЕТАПІ

С. В. Пелюховський, А. В. Чорнобай

Медична академія ім. К. Марцинковського, м. Познань (Польща),
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

РЕФЕРАТ

Проаналізований досвід лікування 14 хворих на рак прямої кишки (РПК) з використанням хіміопроменевого впливу на пухлину — ендолімфатичної поліхіміотерапії (ПХТ) за схемою MFP (метотрексат, фторурацил, цисплатин) та інтенсивного опромінення (сумарна вогнищева доза до 25 Гр) на першому етапі і наступним виконанням хірургічного втручання у строки до 24 год після закінчення опромінення. Оцінені безпосередні результати лікування. Збільшення частоти післяопераційних ускладнень не виявлене. Відновлення функції сфінктера відхідника спостерігали у такі самі строки, як і після звичайного хірургічного лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА:

рак прямої кишки;
хірургічне лікування;
хіміопроменевий компонент;
ендолімфатична поліхіміотерапія.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CANCER RECTI WITH CHEMORADIATION COMPONENT ON THE FIRST STAGE

S. V. Pelyukhovskiy, A. V. Chornobay

SUMMARY

Experience of treatment of 14 patients with cancer recti, using chemoradiation impact on the tumor — endolymphatic polychemotherapy according to MFP (metotrexat, fluorouracyl, cisplatin) schema and intense irradiation (summary focal dose 25 Gr) on the first stage with subsequent performance of surgical intervention in terms before 24 hours after completion of irradiation. The immediate results of treatment are estimated. There was not revealed the postoperative complications frequency enhancement. The anal sphincter function restoration was observed at the same terms as after performance of conventional surgical treatment.

KEY

WORDS:
cancer recti;
surgical treatment;
chemoradiation component;
endolymphatic chemotherapy.

За даними статистичних та епідеміологічних досліджень встановлене триваюче зростання захворюваності на рак товстої кишки (РТК), при цьому темпи росту захворюваності на рак ободової кишки (РОК) вище, ніж РПК [1]. Оцінюючи показники РТК в усіх економічно розвинутих країнах, більшість дослідників [1, 6] підкреслюють зміни співвідношення захворюваності на основні форми раку травного каналу: збільшення захворюваності на РТК і зниження — на рак шлунка (РШ).

Ситуація ускладнюється тим, що, за даними онкологічних установ України, у 60% пацієнтів, які вперше звернулися по медичну допомогу з приводу РПК та у 70% — РОК, захворювання виявляють у III — IV стадії [7]. Аналогічну ситуацію відзначають в Росії, де майже 70% хворих на РТК госпіталізують у термінальних стадіях захворювання [1].

На тлі прогресуючого росту захворюваності на РПК результати його лікування в останні десятиліття помітно не поліпшилися [1], що визначає необхідність вдосконалення методів діагностики і лікування таких хворих.

Оптимальним методом лікування хворих на РПК є хірургічний. Характер і обсяг оперативного втручання залежать від локалізації і поширення пухлини, наявності ускладнень, загального стану хворого. Після виконання радикальної операції показник п'ятирічного виживання становить близько 55%. Проте, незважаючи на повне видалення первинної пухлини, у більшості пацієнтів відзначають прогресування захворю-

вання у вигляді появи віддалених метастазів чи локального рецидиву пухлини [1, 3, 6].

Оскільки майже у 40% хворих на РПК виникає рецидив пухлини, з метою поліпшення віддалених результатів їх лікування призначають перед- і післяопераційну променеву терапію. Найбільш поширеною є програма, що передбачає використання передопераційної променевої терапії і радикальної операції. Застосування такого методу дозволяє поліпшити віддалені результати у порівнянні з такими після тільки хірургічного лікування [2, 4, 7].

Інтервал між проведенням променевої терапії та виконанням операції залежить від методу передопераційного опромінення. З огляду на протипухлинний ефект, оперувати треба якомога раніше, оскільки процеси в пухлині під впливом опромінення відбуваються вже під час його проведення або через кілька годин по його завершенні. Ранню операцію виконують після одноразового або короткочасного опромінення великими дозами (5 — 7 Гр), до виникнення пошкодження не уражених пухлиною тканин. При застосуванні подовженого опромінення операцію виконують через 2 — 4 тиж, що необхідно для відновлення тканин після променевого пошкодження [2, 4].

Проте, навіть при застосуванні комбінованого лікування з використанням передопераційної променевої терапії місцевий рецидив пухлини виникає у 20 — 30% хворих [1, 7], особливо якщо пухлина локалізувалася в нижньо- та середньоампулярному відділі прямої кишки (ПК).

В останні роки при лікуванні пухлини цієї локалізації все ширше використовують неoad'ювантну ПХТ [5]. Поєднання двох способів доопераційного впливу на пухлину значно підвищує ймовірність усунення злоякісного вогнища. Тому перспективним є використання комплексного методу, що включає поєднання неoad'ювантної ПХТ, зокрема, її ендолімфатичного варіанту, з передопераційним опроміненням за інтенсивною методикою.

Метою дослідження була оцінка безпосереднього результату комплексного лікування хворих на рак ампулярного відділу ПК з застосуванням неoad'ювантної ПХТ з ендолімфатичним компонентом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В дослідження включені 14 хворих на РПК, у яких пухлина локалізувалася в її нижньо- та середньоампулярному відділі. Чоловіків було 9, жінок — 5. Вік пацієнтів від 50 до 65 років, у середньому чоловіків — 61 рік, жінок — 58 років. Пухлина локалізувалася на відстані 3 — 7 см від прямокишково-відхідникової лінії. За класифікацією TNM відзначали пухлину T3N0M0 (пухлина займала до 1/2 окружності ПК та проростала її стінку до серозної оболонки). За даними гістологічного дослідження у 84% хворих діагностовано диференційовану аденокарциному, у 16% — низькодиференційовану.

Комплексне лікування хворих розпочинали з проведення курсу ендолімфатичної неoad'ювантної ПХТ (катетер для ендолімфатичної інфузії встановлювали на стегні за методикою Н. П. Шматкова). Інфузію проводили з використанням електронно-механічного приладу фірми Braun. ПХТ проводили за схемою MFR. Загальна доза препаратів становила: метотрексату 100 — 150 мг, фторурацилу 3 — 4 г, цисплатину 30 — 50 мг, інтервал 24 — 48 год. Тривалість терапії 7 — 8 діб. На 3-тю добу від початку ПХТ починали проводити передопераційну променеву терапію за інтенсивною методикою: разова доза 5 Гр кожної доби до досягнення сумарної вогнищевої дози 25 Гр. Стан пацієнтів контролювали за загальноприйнятим обсягом клініко-лабораторних досліджень, особливу увагу приділяли показникам периферичної крові. Значні відхилення об'єктивного стану не відзначали. Так, кількість еритроцитів та вміст гемоглобіну не змінювались, кількість тромбоцитів та лейкоцитів зменшилась на 10 — 15% від початкової. Вираженість хіміопроменевої реакції у хворих не перевищувала 0 — I ступеня токсичності (за критеріями загальної токсичності Американського інституту раку).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ПХТ закінчували одночасно з завершенням інтенсивного курсу променевої терапії. Всім хворим в період до 48 год після закінчення хіміопроменевого лікування здійснене хірургічне втручання. Обсяг операції, беручи до уваги локалізацію пухлини, черевноанальна резекція ПК з демукозацією залишку слизової оболонки та зведенням сигмоподібної ободової кишки на промежину (операція типу Петрова — Холдина) з надлишком зведеної кишки. Під час виконання втручання ніяких відмінностей (підвищена крововтрата, труднощі мобілізації ПК) від звичайного ходу операції не було. Частота післяопераційних ускладнень не відрізнялась від такої після тільки хірургічного втручання. В ранньому післяопераційному періоді в

одного хворого виник некроз зведеної кишки, в період до 24 год після операції здійснене повторне зведення сигмоподібної ободової кишки. Пізніше у того самого пацієнта утворився абсцес порожнини малого таза, для лікування якого здійснене адекватне дренування, проведені консервативні заходи. Частота післяопераційних ускладнень становила 21,4%, що не перевищувало таку за даними інших авторів після черевноанальної резекції ПК [1, 3, 4, 6]. Некроз зведеної кишки (в тому числі частковий) відзначений у 2 хворих, нагноєння операційної рани — в 1, абсцес малого таза — в 1.

За даними морфологічного дослідження видалених препаратів в усіх оперованих пацієнтів виявлені початкові ознаки патоморфозу пухлини, які характеризувалися загальними дегенеративними змінами строми та збільшенням обсягу ділянок некрозу.

Відновлення утримувальної функції сфінктера в усіх хворих не відрізнялось від такого у пацієнтів, яким було проведено тільки хірургічне лікування (черевноанальна резекція ПК з її демукозацією), вже через 1 — 3 міс спостерігали часткове відновлення функції утримання.

Таким чином, наш досвід радикального лікування РПК при локалізації пухлини в нижньо- та середньоампулярному відділі з використанням неoad'ювантної ендолімфатичної ПХТ та інтенсивного опромінення свідчить про перспективність застосування такого підходу. При цьому здійснюється максимальний вплив на пухлину, адже хіміотерапія має не тільки цитостатичний і цитотоксичний вплив, а виступає як синхронізатор пухлинного циклу та радіомодифікатор під час проведення опромінення. Застосування такого методу перед операцією не спричиняє збільшення частоти післяопераційних ускладнень, не подовжує період відновлення функції утримання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александров В. Б. Рак прямой кишки. — М.: Вузовская книга. 2001. — 164 с.
2. Бердов Б. А., Мардынский Ю. С., Скоропад В. Ю. и др. Интраоперационная лучевая терапия в комбинированном лечении колоректального рака // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы 3-й Всерос. науч.-практ. конф. колопроктологов и Пленума правления Рос. науч.-мед. Об-ва онкологов. — Волгоград, 1997. — С. 11—12.
3. Бондарь Г. В., Башеев В. Х., Золотухин С. Э. и др. Брюшноанальная резекция с ремукозацией заднепроходного канала при лечении рака среднесампулярного отдела прямой кишки // Клин. хирургия. — 1996. — № 4. — С. 8—10.
4. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки / В. И. Кышц, Г. В. Бондарь, Б. М. Алнев и др. — 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: Материалы 3-й Всерос. науч.-практ. конф. колопроктологов и Пленума правления Рос. науч.-мед. об-ва онкологов. — Волгоград, 1997. — С. 33—35.
6. Маринич Ю. В., Черепанов Ф. С., Рылюк А. Ф. Анализ хирургического лечения рака прямой кишки // Вопр. онкологии. — 1991. — Т. 37, № 5. — С. 592—595.
7. Справочник по онкологии / Под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. — К.: Здоровья, 2000. — 442 с.