

ческие синдромы, создать благоприятные условия для дальнейшей паллиативной лекарственной терапии. Полученные результаты свидетельствуют

о необходимости дальнейшего изучения возможностей данных методов в лечении больных со злокачественными опухолями печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология. — 2001. — Т.3, №4.

2. Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. Интервенционная радиология в лечении нерезектабельного гепатоцеллюлярного рака // Променева діагностика, променева терапія: 36. наук. праць Асоціації радіологів України: Вип. 3. — К.: Медицина України, 1998. — С. 12.

3. Герцанович М.Л. Возможности лекарственного лечения первичного рака печени и желчевыводящих

путей // Материалы VI Российской онкологической конференции. — Москва, 26—28 ноября 2002 года.

4. Дударев В.С., Фрадкин С.З., Машевский А.А., Акинфеев В.В., Шишло И.Ф., Бондарева С.Н., Державец Л.А., Илларионов А.А. Эндоваскулярное лечение злокачественных опухолей печени // Асоціація ендоваскулярної хірургії та інтервенційної радіології: Матеріали пленуму ради асоціації «Рентгенохірургія невідкладних станів. Нове в інтервенційній радіології». — К.: Медицина України, 1997. — С. 44.

ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОЛТАВСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

В. Н. Лукашенко, В. П. Баиштан, Л. Л. Корнеева, О. В. Корнеев, О. Я. Вовк

г. Полтава

В структуре онкологических заболеваний в Украине колоректальный рак занимает одно из первых мест и, в свою очередь, является основной причиной смертности при этой патологии в целом. Рост заболеваемости раком ободочной и прямой кишок за последнее десятилетие наблюдается практически во всех высокоразвитых странах мира и составляет более 16% от всех больных злокачественными новообразованиями, занимая второе место в структуре онкопатологии. Эта тенденция не меняется к лучшему на протяжении более 40 лет. Ежегодно в Украине регистрируют свыше 15000 больных раком толстой кишки. При этом уже в IV стадии заболевания берется на учет 17,8% пациентов, а летальность в сроки до 1 года составляет 39,7%. При первичной госпитализации у 70% пациентов выявлена местно-распространенная форма процесса, несмотря на доступность диагностики. Это обусловлено поздним обращением больных за медицинской помощью, экономическими трудностями, ошибками ранней диагностики на амбулаторном этапе, недостаточной онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети и другими причинами.

Несмотря на достижения современной онкологической науки и практики, до сегодняшнего дня основным методом лечения заболевания остается хирургический, который используется как самостоятельно, так и в качестве компонента комбинированного и комплексного лечения. Применение

в различных сочетаниях химио- и лучевой терапии, без сомнения, улучшает непосредственные и отдаленные результаты, но только оперативное вмешательство, выполненное в соответствующем объеме, позволяет надеяться на излечение больных.

Предметом данного сообщения является ознакомление с опытом клиники г. Полтавы в лечении колоректального рака при сравнительном анализе результатов за последние 25 лет — времени, на протяжении которого функционирует проктологическое отделение как самостоятельная структура. Всего за этот период выполнено 4210 радикальных операций по поводу колоректального рака. В период с 2000 по 2005 год произведено 1121 радикальное вмешательство, в том числе 658 — по поводу рака прямой и 463 — по поводу рака ободочной кишок.

Количество женщин несколько превышало количество пролеченных мужчин (57,3 и 42,7% соответственно). Самая многочисленная группа — больные в возрасте 60—69 лет — 41,7%, а общее количество больных старше 60 лет, подвергшихся радикальному лечению — 61,0%. По нашим данным, первая стадия процесса у пролеченных больных встретилась в 5,5% случаев, вторая — в 8,0%, а третья — в 86,5%. Что касается гистологической структуры удаленных препаратов, то в них неизменно преобладает аденокарцинома различной степени дифференцировки (95,7%),

остальные случаи составили: слизистый рак — 1,7%, недифференцированный — 1,5%, солидный — 0,6%, плоскоклеточный — 0,5%, что вполне соответствует данным по Украине.

Характер, распределение операций при раке толстой и прямой кишки по годам и летальность после выполненных вмешательств отображены в табл. 1.

Таблица 1

Радикальные операции на прямой и толстой кишке, произведенные в отделении

Операции	Первые 20 лет	Последние 5 лет
Радикальные на прямой кишке, в т.ч. сфинктеросохраняющие операции	2229 63%	658 83%
Летальность	7,4%	1,8%
Радикальные на толстой кишке	1234	463
Всего	3462	1121
Летальность	7,4%	1,3%

Частота поражения опухолью отделов ободочной кишки, по нашим данным, практически не отличалась от литературных. Локализация в правой половине соответствует 38,0%. в поперечно-ободочной кишке — 5,5%, в левой половине ободочной кишки — 18%, а в сигмовидной — 38,6% случаев.

При раке ободочной кишки выполнялись общепринятые стандартные операции, а именно: право- и левосторонняя гемиколэктомия, резекция ободочной и сигмовидной кишок. Зачастую при вовлечении в процесс других отделов толстой и тонкой кишок естественно возникает необходимость в выполнении расширенных и комбинированных операций, с наложением нескольких анастомозов. За многолетний опыт работы отделения небезосновательно наиболее адекватным и эффективным после резекции препарата методом восстановления непрерывности кишечной

трубки мы считаем наложение анастомоза «консв-конец» дубликатурно-инвагинационным способом. В случаях осложненного рака (перфорация опухоли, непроходимость кишечника, абсцесс брюшной полости, перитонит) мы предпочитаем одномоментные операции с первичным удалением опухоли и наложением анастомоза по методике Г.В. Бондаря. Основанием для этого, естественно, является наличие современных антибактериальных препаратов, адекватного анестезиологического пособия, интенсивной терапии. Резекция сигмовидной кишки по Гартману нами выполняется только лицам старческого возраста при наличии выраженной сопутствующей патологии, а не из-за того, что опухолевый процесс осложнен непроходимостью кишечника. Характер операций, произведенных в отделении по поводу рака ободочной кишки, осложнения и летальность после них отображены в табл. 2.

Частота поражения раком отделов прямой кишки, по нашим данным, такова: в 84% случаев опухоль находилась в ампуле и распределялась относительно ее отделов практически равномерно: нижеампулярный — 28,9%, среднеампулярный — 33,1%, вышеампулярный — 22%; в ректосигмоидном отделе — 10%, анальном — 5%. В гистологической структуре удаленных препаратов закономерно преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки (93,8% случаев).

В нашей клинике в соответствии со всеобщей тенденцией в Украине брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по Кеню—Майлсу мы выполняем только при локализации опухоли в анальном канале или при инвазии процесса в сфинктер, с обязательной дооперационной подготовкой опухоли к удалению, а именно: предоперационным курсом теле-гамма-терапии, с применением радиомодификаторов в виде 5-фторурацила по 0,25 мг непосредственно перед облучением, а также лейковерином, аппликациями тампонами с метотрексатом или его интратуморальным

Таблица 2

Характер операций при раке толстой кишки

Вид операций	Первые 10 лет						Последние 3 года					
	Абс. кол-во	%	Осл.	%	Ум.	%	Абс. кол-во	%	Осл.	%	Ум.	%
ПГКЭ	234	37,7	74	51,6	20	8,5	176	38	4	2,2	2	1,1
ЛГКЭ	118	19,1	43	36,4	15	12,7	84	18,1	14	16	4	4,7
Резекция S-romanum	163	26,3	44	26,9	12	7,4	173	37,3	6	3,4	1	0,5
Резекция Colon transv.	34	5,5	2	5,9	1	2,9	23	4,9	2	8,6	2	8,6
Операция Гартмана	57	9,1	28	9,1	7	12,3	32	6,9	4	12,5	2	6,2
Эконом. резекция colon	14	2,3	2	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего	620	100	193	31,1	55	8,8	495	103	30	6,0	11	2,2

Таблица 3

Характер радикальных операций при раке прямой кишки

Вид операций	Первые 10 лет						Последние 3 года					
	Абс. кол-во	%	Осл.	%	Ум.	%	Абс. кол-во	%	Осл.	%	Ум.	%
БАР по Петрову	208	22,1	60	28,8	17	1,8	187	28,4	23	12,2	3	1,6
БАР по Свенсону	116	12,3	33	28,4	16	1,7	24	3,6	5	20,8	—	—
БАР по Дюамелю	58	6,1	18	31,1	5	0,5	169	25,6	37	21,8	3	1,7
ПР по Диксону	10	1,0	37	28,4	8	0,8	121	18,3	26	21,4	4	3,3
БПЭ по Кеню	425	45,3	165	38,8	36	3,8	80	12,1	5	6,2	2	2,5
БАР по Бондарю	—	—	—	—	—	—	30	4,5	5	16,6	—	—
Операция Гартмана	121	12,8	40	33,1	7	0,7	32	4,8	6	18,7	—	—
Трансанальное удаление опухоли	—	—	—	—	—	—	14	2,1	—	—	—	—
Всего	938	100	353	37,6	89	9,4	658	100	107	16,2	12	1,8

введенным. В остальных случаях предпочтение отдаем сфинктеросохраняющим операциям. При раке нижеампулярного отдела выполняем БАР по Холдину, среднеампулярной локализации — БАР по Свенсону, вышеампулярному и ректосигмоидному отделу — БАР по Дюамелю или переднюю резекцию по Диксону соответственно. Операция Гартмана производится опять же только лицам старческого возраста при наличии выраженной сопутствующей соматической патологии. Аналогично, как и при анальном раке, при I, II, IV стадиях процесса, отсутствии противопоказаний, в ампулярной локализации применяем предоперационное облучение с включением радиомодификаторов, по интенсивной методике крупными фракциями или по обычной методике. За последние 5 лет удельный вес комбинированного лечения составил 38,5%.

Характер операций при прямокишечном раке, распределение их по годам, осложнение и летальность отображены в табл. 3.

У 341 больного колоректальным раком течение основного заболевания осложнялось в основном непроходимостью кишечника и перифокальным воспалением. Характер этих осложнений представлен в табл. 4.

Радикальное хирургическое вмешательство при колоректальном раке сопровождалось послеоперационными осложнениями — преимущественно гнойно-воспалительными и осложнениями с поражением сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Хотелось бы выделить основные из них: несостоятельность швов межкишечного анастомоза, некрозы низведенной кишки, тромбозы легочной артерии, но благодаря совершенствованию хирургической техники, наработке выдренных методик наложения анастомозов, адекватному медикаментозному сопровождению,

профилактическим мерам с обязательным проведением, в частности антибактериальной и антиагрегантной терапии в до- и послеоперационном периоде, удалось значительно снизить риск и возникновение указанных выше осложнений. В свою очередь это привело к снижению послеоперационной летальности (данные представлены в табл. 5, 6).

Что касается комбинированных и симультанных операций как в первые 10 лет работы отделения, так и в последние 3 года, характер их не изменился. Эти данные приведены в табл. 7.

На основании выше приведенных данных работы онкологов клиники можно утверждать, что тщательная подготовка больного, правильно выбранная тактика лечения, адекватное медикаментозное до- и послеоперационное ведение способствуют улучшению как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения больных колоректальным раком.

Таблица 4

Характер дооперационных осложнений колоректального рака

Вид осложнений	Больные	
	Абс. кол-во	%
Острая непроходимость кишечника	57	2,1
Хроническая непроходимость кишечника	211	7,8
Перфорация опухоли	14	0,5
Абсцесс брюшной полости	19	0,7
Парапроктиты	21	0,8
Кровотечение из опухоли	8	0,3
Перитонит	11	0,4
Всего	341	12,6

Таблица 5

Послеоперационные «соматические» осложнения

Осложнения	Первые 20 лет		Последние 3 года	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Тромбоэмболия легочной артерии	24	1,4	3	0,2
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	15	0,9	4	0,3
Пневмония	18	1,1	2	0,1
Острое нарушение мозгового кровообращения	6	0,35	—	—
Инфаркт миокарда	6	0,35	—	—
Острая почечно-печеночная недостаточность	7	0,4	—	—

Таблица 6

Послеоперационные «внутрибрюшинные» осложнения

Осложнения	Первые 10 лет		Последние 5 лет	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Нагноение раны	185	10,8	9	0,8
Пресакральный абсцесс	103	9,4	11	0,9
Серома п/о рубца	28	2,5	7	0,6
Инфильтрат брюшной полости	16	0,95	—	—
Абсцесс брюшной полости	17	0,98	2	0,1
Нагноение в области колостомы	23	2,1	3	0,2
Ректовагинальный свищ	11	1,1	2	0,1
Кишечный свищ	17	1,5	3	0,2
Кровотечение из раны	11	1,1	2	0,1
Эвентерация	7	0,6	3	0,2
Несостоятельность анастомоза	39	2,3	14	1,2
Послеоперационная непроходимость кишечника	16	0,95	5	0,4
Некроз низведенной кишки	38	9,8	17	1,5
Перитонит	51	2,9	15	1,3
Прочие	26	2,4	3	0,2

Таблица 7

Характер симультанных и комбинированных операций

Характер операций	Первые 10 лет		Последние 3 года	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Экстирпация и надвлагалищная ампутация матки с придатками	57	3,3	23	4
Тубовариэктомия	42	2,4	13	2,2
Холецистэктомия	21	1,2	4	0,7
Резекция тонкой кишки	25	1,4	15	2,6
Спленэктомия	8	0,5	7	1,2
Нефрэктомия	3	0,1	0	0
Парциальная резекция желудка	4	0,2	5	0,9
Резекция поджелудочной железы	4	0,2	1	0,2
Резекция мочевого пузыря	6	0,3	5	0,9
Прочие	19	1,1	11	1,9
Всего	205	11,9	191	15,9