

*Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Дж., Алымкулов Б.И., Сатыбалдиев О.А.,
Рамалданов Р.А., Мурзалиев Э.М.*

**ДИССЕМИНАЦИЯ ЛАНГАН КОЛОРЕКТАЛДЫК КАРЦИНОМАНЫН
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ТҮРҮН ТАНДОО**

*Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Дж., Алымкулов Б.И., Сатыбалдиев О.А.,
Рамалданов Р.А., Мурзалиев Э.М.*

**ВЫБОР ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ
ФОРМАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

*M.Sh. Osombaev, M.Dzh. Dzhekshenov, B.I. Alymkulov, O.A. Satybaldiev,
R.A. Ramaldanov, E.M. Murzaliev*

**CHOOSING THE TYPE OF SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED
FORMS OF COLORECTAL CANCER**

УДК: 616.006. (063). 55.6.24

Макалa резектабелдүү эмес метастаздары бар колоректалдык карцинома менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоосун талдоого арналган. Макалa резектабелдүү эмес метастаздары бар колоректалдык карцинома менен ооруган бейтаптардын хирургиялык дарылоонун түрлөрүн талдоого арналган. Циторедуктивтик жана симптомдук хирургиялык операциялардан кийинки жана узак мөөнөттөгү натыйжалары анализденип көрсөтүлгөн. Ал циторедуктивтик жана симптомдук хирургиялык кийлигишүүдөн кийинки өнөкөтү жана өлүмү боюнча эч кандай айырмачылык жок деп көрсөтүлөт. Жашоо медианын салыштырып анализдегенде симптоматикалык операциядан кийинки топтуку 4 ай, ал эми паллиативдик операциядан кийинки топто 9 айды түзгөн.

Негизги сөздөр: метастативдик колоректалдык карцинома, боордун метастазы, резектабелдүү эмес метастаз, түз ичегинин карциномасы, циторедуктивдик операция, симптоматикалык операция.

Статья посвящена хирургическому лечению больных, при диссеминированных формах колоректального рака. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты, после выполнения циторедуктивных и симптоматических операций у больных колоректальным раком с множественными нерезектабельными метастазами. Показано, что после циторедуктивных и симптоматических оперативных вмешательств, не влияет на послеоперационные осложнения и летальность. При сравнении медиана выживаемости достоверно увеличивается до 9 месяцев у больных перенесших паллиативные хирургические вмешательства и 4 месяца у симптоматически оперированных пациентов.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, метастаз в печень, нерезектабельный метастаз, рак прямой кишки, циторедуктивные операции, симптоматические операции.

The article is devoted to surgical treatment of disseminated forms of colorectal cancer were analyzed and shown immediate and long-term results after the cytoreductive symptomatic and surgery in patients with colorectal cancer with multiple unresectable metastases. It is shown that after cytoreductive symptomatic and surgical interventions, has no effect on postoperative complications and mortality. When comparing the median survival was significantly increased to 9 months in patients undergoing palliative surgery and 4 months in symptomatic patients operated.

Key words: metastatic colorectal cancer, metastasis to the liver, unresectable metastases, colorectal cancer, cytoreductive surgery, symptomatic operation.

Проблема диагностики и лечения колоректального рака приобретает все большее социальное значение. В последние десятилетия отмечается рост показателей заболеваемости и смертности больных злокачественными новообразованиями толстой и прямой кишки во всем мире, в том числе и в нашей стране. Наиболее часто (80%) колоректальный рак метастазирует в печень и реже - в другие органы (легкие, яичники, кости и головной мозг) [1, 2]. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями данного органа. Во время установления диагноза злокачественного заболевания толстой и прямой кишки синхронные метастазы в печень диагностируются у 15-25% больных и еще в 20-45% случаев вторичные очаги выявляются в последующие годы [3].

В настоящее время существенно пересмотрена позиция в отношении лечения пациентов с диссеминированными формами колоректального рака. Данный факт, с одной стороны, обусловлен совершенствованием хирургической техники, успехами анестезиологии и реаниматологии, появлением мощных антибактериальных препаратов, а с другой – достижениями химиотерапии и появлением новых препаратов и схем лечения. В связи с этим, возрос интерес и изменилось отношение к циторедуктивным операциям [4, 5]. Причиной повышенного интереса к выполнению такого рода операций при раке толстой кишки явилась возможность улучшить не только качество жизни больных, но и отдаленные результаты лечения [6, 7].

В целом неудовлетворительные результаты консервативного противоопухолевого лечения диктуют необходимость поиска других путей улучшения результатов лечения метастатического колоректального рака. В современной онкологической практике имеется концептуальное деление на резектабельные и нерезектабельные отдаленные метастазы при метастатическом колоректальном раке. Таким образом, определен курс лечения резектабельных

отдаленных метастазов при колоректальном раке, и не решен вопрос с нерезектабельными отдаленными метастазами или диссеминированными формами метастатического КРР. Одним из путей решения вопроса лечения диссеминированного колоректального рака является хирургическое удаление первичных или метастатических очагов. Анализ мировой литературы демонстрирует возрастающий интерес к проблеме агрессивного хирургического лечения больных колоректальным раком с отдаленными метастазами. Накоплен значительный опыт хирургического лечения больных с солитарным и единичными метастазами в печени и в легких, показывающий возможность получить 5-тилетнюю выживаемость у 30-50% оперированных больных. Тем не менее, единого подхода к лечению диссеминированного метастатического колоректального рака не сформирован. Остается нерешенным вопрос о целесообразности паллиативных операций у наиболее сложной группы больных множественной локализацией отдаленных метастазов.

Разработка концепции паллиативных операций послужила поводом для расширения показаний к операциям при колоректальном раке IV стадии [1, 8]. Однако, до настоящего времени не достаточно изучены результаты хирургического лечения больных колоректальным раком с диссеминированными формами, что и послужило целью нашего исследования.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения больных диссеминированным колоректальным раком.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения 114 больных колоректальным раком с синхронными отдаленными метастазами, находившихся на лечении в отделении опухолей кишечника НЦО МЗ КР с 2002 по 2012 годы, которым производились паллиативные и симптоматические операции. Среди пациентов преобладали женщины: 65 (57%) против 49 (43%) мужчин в соотношении 1,2:1. Возрастной диапазон – от 32 до 72 лет.

При стадировании опухолевого процесса использовали 4-е издание классификации TNM (1997).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от локализации первичной опухоли

Локализация	Количество больных	
	N	%
Прямая кишка	55	48,2
Ректосигмоидный отдел	11	9,6
Сигмовидная кишка	21	18,4
Нисходящая ободочная кишка	6	5,3
Поперечно-ободочная кишка	6	5,3
Восходящая кишка	6	5,3
Слепая кишка	9	7,9
Всего	114	100%

В таблице №1 представленные данные показывают, что преобладающее количество локализации первичной опухоли было в прямой кишке 55 (48,2%), далее в сигмовидной кишке 21 (18,4%), и далее в ректосигмоидном отделе толстой кишки и в слепой кишке по 11 (9,6%) и 9 (7,9%) соответственно.

Таблица 2

Частота выполнения паллиативных операций и степень инвазии кишечной стенки

Местное распространение опухоли	Паллиативные операции	Симптоматические операции	Всего
T2	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
T3	30 (65%)	16 (35%)	46 (100%)
T4	31 (47%)	35 (53%)	66 (100%)
Всего	63	51	114

Проращение опухоли в серозную оболочку кишечника (T3) выявлен у 46 больных, местная распространенность опухоли (T4) – у 66. Опухоль не выходила за пределы мышечной стенки кишечника (T2) у 2 больных; случаев поражения только слизистой оболочки стенки кишечника (T1) не было. Паллиативные операции с удалением первичной опухоли удалось выполнить у всех пациентов с инфильтрацией кишечной трубки, соответствовавшей T2- у 2 больных (100%), у 30 (65%) - при T3, и у 31 (47%) больных с T4. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах было подтверждено морфологическим методом у 39 больных.

Таблица 3

Локализация отдаленных метастазов

Локализация метастазов	Количество больных	
	N	%
Печень	78	54
Забрюшинные лимфатические узлы	23	15,8
Легкие	11	7,6
Яичники	9	6,2
Большой сальник	12	8,2
Другие органы	12	8,2
Всего	145	100%

Как представлено в таблице №3 в большинстве случаев метастатическое поражение при колоректальном раке локализуется в печени, в забрюшинных лимфатических узлах и в большом сальнике 54%, 15,8% и 11,5% соответственно. Количество указанных локализаций метастазов больше, чем количество больных, так как в некоторых случаях имеется вторичное поражение нескольких локализаций.

Морфологическая верификация опухоли была у 103(90,3%) случаях. По морфологическому строению большинство опухолей было представлено умеренно дифференцированной аденокарциномой – 58,3%.

Осложненное течение опухолевого процесса отмечено у 81 больных, в том числе анемия у 58, перифокальное воспаление опухоли у 7, кишечная непро-

ходимость сопровождалась у 69 больных, при этом у 42 больных субкомпенсированный и у 25 больных носил декомпенсированный характер, в связи с чем хирургическое вмешательство производилось по экстренным показаниям. У некоторых больных было сочетание двух и более осложнений. Эти осложнения существенно затрудняли предоперационную подготовку и отягощали течение сопутствующих заболеваний. Это обстоятельство отмечают и другие авторы, что запущенный опухолевый процесс неизбежно связан с истощением больного, наличием анемии, гипопротеинемии, водно-электролитными нарушениями.

Обсуждение полученных результатов.

Одним из главных критериев оценки непосредственных результатов является послеоперационные осложнения. Из 114 больных симптоматические операции произведены 51 больным и 63 паллиативные операции.

Таблица 4

Виды и объем хирургического вмешательства

Вид операции	Стандартные	Комбинированные
Брюшно-промежностная экстирпация	3	4
Брюшно-анальная резекция с формированием колостомы	2	1
Чрезбрюшинная резекция с превентивной колостомой	2	
Операция Гартмана	5	6
Резекция сигмовидной кишки	5	5
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	3	4
Левосторонняя гемиколэктомия	3	3
Левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартмана	4	3
Правосторонняя гемиколэктомия	4	5
Формирование обходного анастомоза	10	
Формирование колостомы	41	
Всего	83	31

В большинстве случаев течение опухолевого процесса осложнялось развитием кишечной непроходимости, в связи с чем, из 63 паллиативных операций 11 выполнено операции Гартмана, из них 6 комбинированных операций. Из 63 выполненных циторедуктивных операций 31 (49,2%) комбинированные хирургические вмешательства. Брюшно-промежностных экстирпаций 7, из них комбинированных 4, правосторонней гемиколонэктомии 9, из них комби-

нированных 5. Из симптоматических операций в большинстве случаев произведены формирование колостомы 41 операций и 10 формирований обходных анастомозов.

Таблица 5

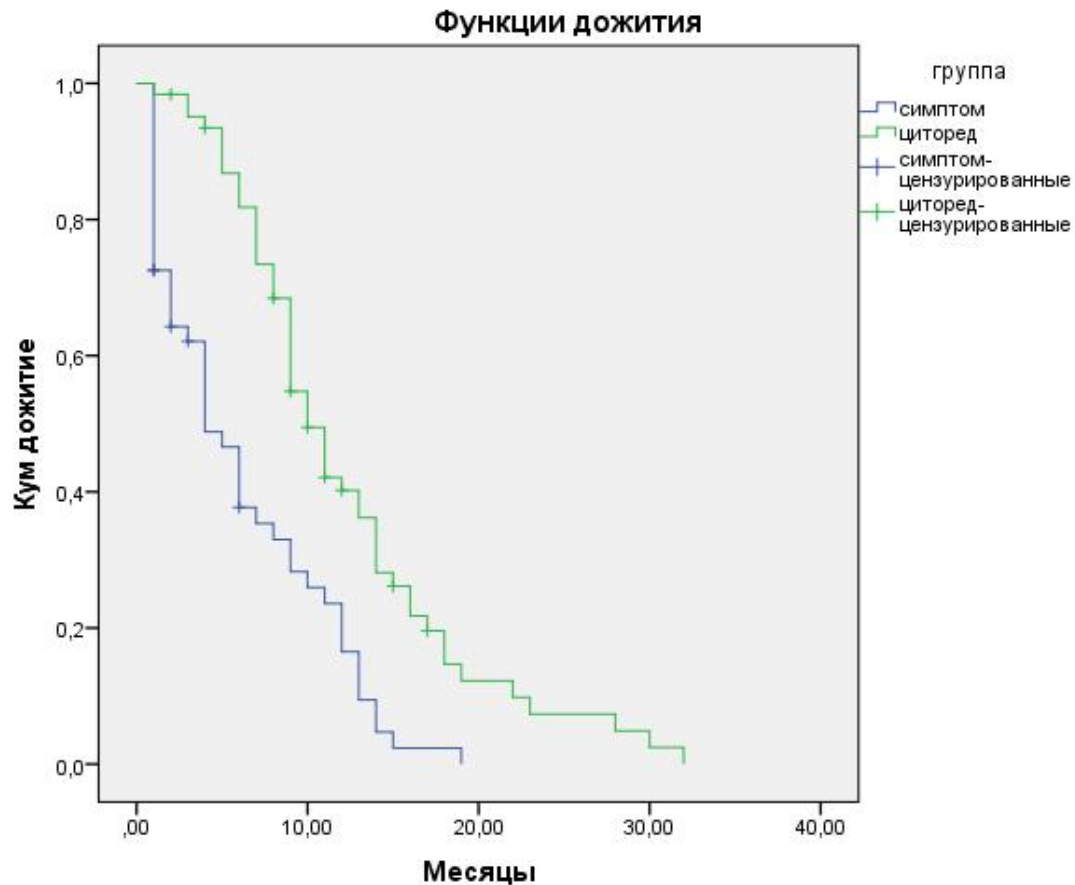
Частота и виды осложнений у больных колоректальным раком после паллиативных операций

Осложнения	Паллиативные		Симптоматические	
	Хирургич.	Терапевтич.	Хирургич.	Терапевтич.
Пневмония				1
Кровотечения	1		1	
Эвентрация	1		1	
Перитонит, абсцесс без несостоятельности	1		2	
Свищи (тонко и толстокишечные)			3	
Нагноение раны,	3		2	
Кишечная непроходимость	1		1	
Атония мочевого пузыря	3			
Сердечно-сосудистая недостаточность		1		1
Нарушение мозгового кровообращения		1		
Всего	10	2	10	2

Послеоперационные осложнения развились у 12(19,1%) больных после проведения паллиативных оперативных вмешательств и у 12(23,1%) после проведения симптоматических операций. В структуре послеоперационных осложнений после паллиативных операций, хирургические осложнения 10(83%) и терапевтические 2(17%), умер 1 больной от кишечной непроходимости, послеоперационная летальность составляет 1,6%. После симптоматических операций хирургические 10(83%) и терапевтические 2(17%), умер 1 больной, послеоперационная летальность составляет (5,4%). Послеоперационные осложнения после выполнения симптоматических операций в большинстве случаев связано с течением опухолевого процесса: распад опухоли с развитием перитонита, формирование опухолевых свищей и кровотечением из опухоли.

Важнейшим показателем лечения онкологических больных является отдаленные результаты лечения. Одним из основных показателей отдаленных результатов лечения, для данной категории больных является медиана выживаемости.

Динамика общей выживаемости больных диссеминированным после паллиативных операций n=114



При анализе в группе симптоматически оперированных больных медиана выживаемости составила 4,5 месяца, и в группе паллиативных операций 9 месяцев ($p < 0,001$).

Из 63 пациентов, которым выполнено только удаление первичного очага, проживших 5 лет нет, двое пережили три года.

Выводы:

Хирургический подход к лечению диссеминированного колоректального рака открывает возможности применения других методов лечения, при этом улучшается и качество жизни пациентов, что, в свою очередь, создает благоприятные условия для проведения дополнительной химиотерапии. Выполнение циторедуктивных операций в объеме удаления первичной опухоли у больных раком ободочной и прямой кишки с отдаленными метастазами позволяет избежать тяжелых осложнений опухолевого процесса (кровотечение из распадающейся опухоли, кишечная непроходимость, раковая интоксикация), что снижает темп дальнейшей диссеминации опухолевого процесса.

Анализ непосредственных результатов, после циторедуктивных и симптоматических оперативных вмешательств, показывает, что объем проводимого хирургического вмешательства не влияет на послеоперационные осложнения и летальность. Это позволяет рекомендовать расширить показания к выполне-

нию циторедуктивным операциям в практике хирургического лечения диссеминированного колоректального рака.

При сравнении медиана выживаемости достоверно увеличивается до 9 месяцев у больных перенесших паллиативные хирургические вмешательства и 4 месяца у симптоматически оперированных пациентов.

Литература:

1. Prognostic and predictive value of common mutations for treatment response and survival in patients with metastatic colorectal cancer E. Kwak, E. Freed, J.A. Meyerhardt... - British journal of ..., 2009.
2. Камалов Ю.Р. Абдоминальное комплексное ультразвуковое исследование при опухолевых поражениях печени и ее трансплантации: Автореф. дис. ... докт. – Москва, 2009.
3. Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени Ю.И Патютко, А.Н Поляков, ИВ Сагайдак... - Рус. мед. журн, 2009 - gmj.ru
4. Барсуков Ю.А. Алиев В.А. «Сборник материалов XIII российского онкологического конгресса» 2009. -125с.
5. Diagnosis and treatment of colorectal liver metastases-workflow. RT Grundmann, P Hermanek, S Merkel... - Zentralblatt fur ..., 2008 test.europepmc.org
6. Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов. Циторедуктивные, паллиа-

- тивные, симптоматические операции. / Н.Н. Симонов - Практическая онкология, 2002.
7. Rescuesurgeryforunresectablecolorectallivermetastasesdownstagedbychemotherapy: amodeltopredictlong-termsurvival
8. RAdam, V Delvart, G Pascal, A Valeanu - Annals of surgery, 2004 Циторедуктивные операции и гипертермическая внутрибрюшинная химиотерапия в комплексном лечении распространенных форм ...
9. А.М. Беляев. - 2004 - [Воен.-мед. акад. им. СМ Кирова].

Рецензент: д.м.н. Тойгонбеков А.К.
