

Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Д., Алымкулов Б.И., Рамалданов Р.Р., Мурзалиев Э.М.
ӨТҮШКӨН КОЛОРЕКТАЛДЫК КАРЦИНОМАНЫ ХИРУРГИЯЛЫК
ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Д., Алымкулов Б.И., Рамалданов Р.Р., Мурзалиев Э.М.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ
КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

M.Sh. Osombaev, M.D. Dzhekshenov, B.I. Alymkulov, R.R. Ramaldanov, E.M. Murzaliev
PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH
METASTATIC COLORECTAL CANCER

УДК: 616.34/35-006-033.2-09

Макалада колоректалдык карцинома менен ооруган бейтаптарды резектабилдүү эмес метастаздары бар болгондо дагы, жоон ичегинин ишишгин хирургиялык жол менен алып таштоо, бир гана оорунун өнөкөттөрүн алдын албастан, жашоо сапатын бир топ жаакыртат. Резектабилдүү эмес метастаздары бар жоон ичегинин ишишгин хирургиялык жол менен алып таштоо алыскы дарылоо натыйжасын жаакыртат. Мындай операциядан кийин химиотерапия өткөрүү дагы дарылоо натыйжасын жогорулатат. Жана өтүшкөн колоректалдык карциномасы менен ооруган бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатат.

Негизги сөздөр: метастаздуу колоректалдык карцинома, өтүшкөн карцинома, жоон жана туз ичегинин карциномасы, циторедукциялык операция, симптомдук операция.

В статье показана целесообразность выполнения паллиативных операций у больных колоректальным раком даже с множественными нерезектабельными метастазами, заключающаяся не только в избавлении от тяжелых осложнений опухоли, но и значительно улучшающих качество жизни. Выполнение операций в объеме удаления первичной опухоли при нерезектабельных метастазах улучшают отдаленные результаты. Применение химиотерапии после таких операций значительно повышает выживаемость. При этом значительно улучшает качество жизни больных с запущенными формами колоректального рака.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, диссеминированный рак, рак толстой и прямой кишки, циторедуктивные операции, симптоматические операции.

The article shows the appropriateness of cytoreductive surgery in patients with colorectal cancer, even with multiple unresectable metastases, was not only getting rid of severe complications of the tumor, but also significantly improves quality of life. Execution of operations in the amount of removal of the primary tumor with unresectable metastases, improve long-term results. This significantly improves the quality of life of patients with advanced colorectal cancer.

Key words: metastatic colorectal cancer, disseminated cancer, colon and rectal cancer, cytoreductive surgery, symptomatic surgery.

Актуальность.

Колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости. Колоректальный рак занимает четвертое место, удельный вес составляет от 2 до 10% в общей структуре заболеваемости. Ежегодно в мире по

данным ВОЗ заболевают КРР 1–1,2 млн человек и более 500 тыс. погибают от него [1;2].

Несмотря на совершенствование ранней диагностики и использование скрининговых программ в разных странах, уже на этапе постановки диагноза у 20-28% больных КРР выявляют отдаленные метастазы, а у 25-30% их обнаруживают при последующем динамическом наблюдении после лечения. Наиболее частой локализацией метастазов при КРР является печень (более 50%), реже – легкие (10%), брюшина (10-13%), яичники (у 3-8% женщин). Результаты лечения больных с метастатическим КРР остаются малоудовлетворительными, поскольку 5-летний рубеж переживают менее 5-10% больных. Без противоопухолевого лечения большинство больных (60-70%) с отдаленными метастазами рака толстой кишки погибают в течение года после постановки диагноза, медиана их выживаемости не достигает 6 месяцев [3;4;5].

Хирургическое лечение таких пациентов сводится, как правило, к выполнению симптоматических операций (колостомия) в условиях стационаров в связи с осложнениями: кишечная непроходимость, реже – кровотечения, перфорации или абсцесс. Подобные операции могут незначительно улучшать качество жизни больных, но не оказывают существенного влияния на продолжительность их жизни. В последние годы заметно возрос интерес к паллиативному лечению опухолей разной локализации и к помощи больным КРР IV стадии в частности [6]. С точки зрения хирурга, лечение носит паллиативный характер, если удаление опухолей одной или всех известных у конкретного больного локализаций невозможно или нецелесообразно. В этом случае основной целью помощи становится облегчение страданий пациента и купирование угрожающих симптомов (боль, кровотечения, воспаление). Обеспечение оптимальной паллиативной помощи больным распространенным КРР – сложный многоэтапный процесс [7;8]. Поскольку паллиативное лечение коренным образом отличается от стандартного радикального, сопряженного с полным удалением опухоли и вероятным выздоровлением пациента, его привлекательная сторона – поиск индивидуального нетрадиционного подхода. Это тем более важно, что по меньшей мере 20-25% больных КРР имеют признаки отдаленных метастазов уже при первом обращении [9;10].

Изучение мировой литературы демонстрирует постоянно увеличивающийся интерес к проблеме агрессивного хирургического лечения больных колоректальным раком с отдаленными метастазами. Накоплен значительный опыт хирургического лечения больных с солитарными или единичными метастазами в печени и в легких, показывающий возможность получить 5-тилетнюю выживаемость до 30% 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 с множественной локализацией отдаленных метастазов.

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

Материалы и методы:

В основу данной работы положены результаты лечения 161 больных диссеминированном колоректальным раком, находившихся на лечении в отделении опухолей кишечника НЦО МЗ КР с 2002 по 2014 гг. Хирургические вмешательства в зависимости от их объема разделены на паллиативные, когда удаляется первичная опухоль, и симптоматические – предусматривающие формирование обходного анастомоза или искусственного заднего прохода (колостомы). У 137 больных (72%) отмечено билобарное метастатическое поражение печени, а у 44 пациентов (25%) – кроме метастазов в печени отмечено поражение других органов. Из 161 больных у 69 (42,8%) опухоль локализовалась в прямой кишке, а у 92 (57,8%) – в ободочной. Прослежены 161 больных, из которых 93 выполнены паллиативные, а 68 – симптоматические операции.

Таблица 1

Клинико-морфологическая характеристика 161 больных

Параметры	Показатели
Возраст	32-74 года
Пол	
муж	76
жен	85
Локализация первичной опухоли	
Прямая кишка	69
Ректосигмоидный отдел	17
Сигмовидная кишка	26
Нисходящая ободочная кишка	12
Поперечно-ободочная кишка	12
Восходящая кишка	12
Слепая кишка	15
Локализация метастазов	
Печень	137
Забрюшинные лимфатические узлы	10
Легкие	9
Яичники	8
Большой сальник	8
Другие органы	9
Обсуждение полученных результатов.	

Таблица №2

Виды и объем хирургического вмешательства

Вид операции	всего	Из них комбинированные
Брюшно-промежностная экстирпация	4	3
Брюшно-анальная резекция с формированием колостомы	5	1
Чрезбрюшинная резекция с превентивной колостомой	4	
Операция Гартмана	25	9
Резекция сигмовидной кишки	11	
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	10	4
Левосторонняя гемиколэктомия	10	5
Левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартмана	11	6
Правосторонняя гемиколэктомия	11	5
Формирование обходного анастомоза	24	
Формирование колостомы	45	
Всего:	161	33

В большинстве случаев течение опухолевого процесса осложнялось развитием кишечной непроходимости, в связи с чем, из 92 паллиативных операций 25 (27,1%) выполнено операции Гартмана и еще 21 (22,8%) обструктивных операций на ободочной кишке, из них 19 комбинированных операций. Из 92 выполненных циторедуктивных операций 33 (35,8%) комбинированные хирургические вмешательства. Брюшно-промежностных экстирпаций 4, из них комбинированных 3, правосторонней гемиколонэктомии 11, из них комбинированных 5.

Одним из главных критериев оценки непосредственных результатов лечения является послеоперационные осложнения.

Послеоперационные осложнения развились у 16 (17,3%) больных после проведения паллиативных оперативных вмешательств и у 12 (17,4%) после проведения симптоматических операций. В структуре

послеоперационных осложнений после паллиативных операций, хирургические осложнения 13 (81,1%) и терапевтические 3 (13,9%), умер 1 больной от кишечной непроходимости, послеоперационная летальность составляет 1,1%. После симптоматических операций хирургические осложнения 10 (83,3%) и терапевтические 2 (16,7%), умер 1 больной, послеоперационная летальность составляет (1,4%).

Важнейшим показателем эффективности лечения онкологических больных являются отдаленные результаты. Из 38 пациентов, которым выполнено только удаление первичного очага (без химиотерапии), 5 лет не пережил ни один больной, один прожил 2 года. Медиана выживаемости составила 10 месяцев. Симптоматические операции выполнены 69 больным. В этой группе лишь 3 пациента прожили немногим больше одного года. Медиана выживаемости составила 6 месяцев (рис. 1).

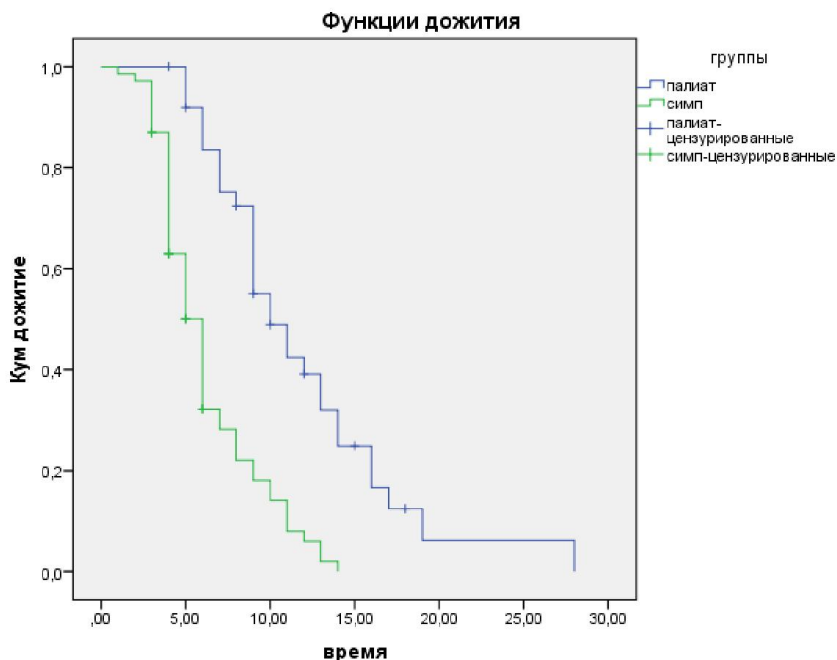


Рис. 1. Динамика общей выживаемости больных диссеминированным после паллиативных и симптоматических операций n=117.

При анализе данных, представленных на рисунке 1, видно, что при выполнении циторедуктивных операций одногодичная выживаемость $24,9 \pm 7,0$ % по сравнению с выполнением симптоматических операций — $6,0 \pm 3,6$ %, т.е. при диссеминированном опухолевом процессе удаление первичного очага в 4 раза увеличивает одногодичную выживаемость. Следует отметить, что 2 года пережил только 1 пациент в группе паллиативно оперированных, и пятилетний срок наблюдения не пережил ни один из

пациентов как при выполнении циторедуктивных, так и при симптоматических операциях.

Различные варианты химиотерапии (моно- или полихимиотерапия) в плане комбинированного лечения проведено 55 пациентам с диссеминированным колоректальным раком, после циторедуктивных операций в объеме удаления первичной опухоли. Использовались следующие препараты: 5-фторурацил+лейковорин, Капецитабин, а также комбинации препаратов: XELOX, FOLFOX.

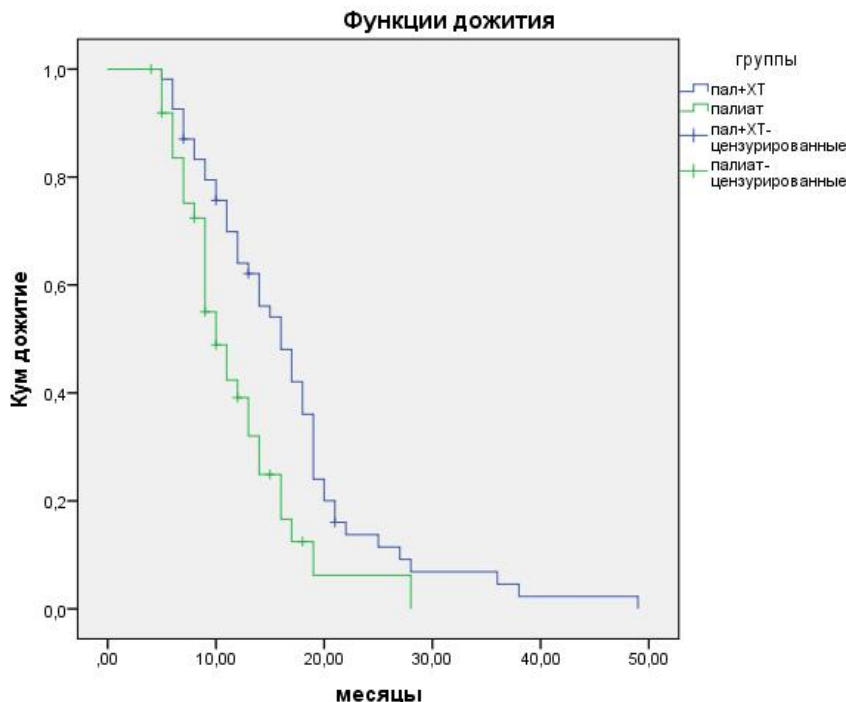


Рис. 2. Динамика общей выживаемости больных диссеминированным после паллиативных операций+ХТ $p=92$.

Из рисунка 2 видно, что, после выполнения циторедуктивных операций с последующей химиотерапией, двухлетняя выживаемость 11,2 % больных, медиана выживаемости составила 16 мес.

Медиана выживаемости у пациентов, которым после циторедуктивных операций проведена химиотерапия, возрастает с 10 до 16 месяцев по сравнению с чисто хирургическим методом лечения (данные статистически достоверны Log-Rank Test $p=0,003$, $p<0,05$). Таким образом, после выполнения циторедуктивных операций в объеме удаления первичной опухоли дополнительное лекарственное лечение достоверно увеличивают показатели общей выживаемости.

Таким образом, на основании данных исследования нашей клиники, обоснована целесообразность и роль циторедуктивных операций в объеме удаления первичного очага даже у больных с множественными метастазами в печень и/или другие органы. Выполнение паллиативных операций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами позволяет избежать тяжелых осложнений опухолевого процесса (кровотечение из распадающейся опухоли, кишечная непроходимость, раковая интоксикация), что снижает темп дальнейшей диссеминации опухолевого процесса.

Данный подход к лечению диссеминированного колоректального рака создает благоприятные условия для проведения лечебной химиотерапии, и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Литература:

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология – 2001. – №4. – Т. 3 – С.141–5.
2. A. Jemal, R. Siegel, E. Ward et al.//C.A. Cancer – J. Clin. Cancer statistics, 2009 – Vol. 59 – P. 225–49.
3. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н. и др. // Хирургическое комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени // Онкологическая колопроктология – 2011. – №1. – С. 32-40.
4. A. Dupré, J. Gagniere, Y. Chen et al.//Management of synchronous colorectal liver metastases – Bull. Cancer – 2013 – Vol. 100(4) – P. 363-71.
5. F. Denstman//An approach to the newly diagnosed colorectal cancer patient with synchronous stage 4 disease – Surg. Oncol. Clin. N. Am. – 2013 – Vol. 23(1) – P. 151-60
6. В.А. Алиев, А.О. Расулов, Ю.А. Барсуков, М.Ю. Федянин, Д.В. Подлужный // Тактика лечения больных колоректальным раком с синхронными отдаленными метастазами. Вестник ФГБУ" РОНЦ им. Н.Н. Блохина", т. 26, №2, 2015 стр. 35-38
7. Крылов Н. Винничук Д. // «Паллиативное лечение больных с IV стадией рака толстой кишки». Врач г. Москва 2011г. 12. Стр.18-21.
8. Schmol H.J. Van Cutsem E. Stein A. Valentini V. et al.// ESMO Consensus for management of patients with colon and rectal cancer. Ann. Oncol. 2012; 23:2479-516
9. M. Michael, J.J. McKendrick, M. Bressel et al.//Colorectal Cancer – J. Clin. Oncol. – 2012 – Vol. 30 – P. 3628.
10. Н.Н.Симонов//Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов, циторедуктивные, паллиативные, симптоматические операции– Практическая онкология – 2002. – Т. 3. №2. – С. 130-5.

Рецензент: д.м.н Тойгонбеков А.К.