

**ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В
ПОЛТАВСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ
ДИСПАНСЕРЕ**

Лукашенко В.Н., Корнеева Л.Л.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Ведущая роль в причинах смертности от онкологических заболеваний по-прежнему принадлежит опухолям органов пищеварения, но при этом удельный вес рака желудка в общей структуре онкологических заболеваний за последние 25 лет снизился в 2 раза. Произошло перераспределение в структуре смертности населения за счет нарастания удельного веса рака легкого, колоректального рака и рака матки. Рост заболеваемости раком ободочной и прямой кишки за последние годы наблюдается практически во всех высокоразвитых странах Северной Америки, Западной Европы, и менее выражено в странах Азии и Африки. Больные колоректальным раком составляют в высокоразвитых странах порядка 14-15% от всех больных злокачественными новообразованиями, занимая второе место в структуре онкозаболеваний, и эта тенденция не меняется к лучшему на протяжении почти 40 лет.

Полтавская область в данном случае не является исключением. Мы также прослеживаем у себя эти тенденции.

Несмотря на современные достижения онкологической науки и практики, до сегодняшнего дня основным методом лечения колоректального рака является хирургическое лечение. Совершенствование хирургической техники позволило значительно повысить операбельность и существенно снизить частоту возникновения послеоперационных осложнений, летальность и улучшить функциональные результаты лечения. Но, несмотря на улучшение материальной базы, совершенствование методов диагностики, повышение операбельности и резектабельности за счет совершенствования методов лечения, снижения послеоперационной летальности, 5-ти летняя выживаемость при чисто хирургическом лечении рака прямой и ободочной кишок стабильно держится на уровне около 50%. Причиной тому является поздняя диагностика.

Предметом данного сообщения является опыт клиники г.Полтавы по лечению колоректального рака за последние 16 лет, на протяжении которых функционирует прокто-урологическое отделение как самостоятельная структура. Всего за этот период выполнено 2707 радикальных операций по поводу колоректального рака, в том числе 1703 по поводу рака прямой и 1004 по поводу рака ободочной кишки.

Количество женщин несколько превышало количество пролеченных мужчин (57,3 % и 42,7% соответственно). Самая обширная группа больных представлена возрастом 60-69 лет - 41,7%, а общее количество больных старше 60 лет, подвергшихся радикальному лечению, составило 61%.

По нашим данным, первая стадия процесса встретилась в 5,1% случаев, вторая - в 8,4% случаев, а третья - у 86,5% от всех радикально оперированных больных.

В гистологической структуре удаленных препаратов преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки (95,7%), остальные случаи составили: слизистый рак - 1,7%, недифференцированный - 1,5%, солидный - 0,6%, плоскоклеточный - 0,5%. Вышеприведенные наши данные вполне согласуются с литературными данными.

Из 2707 больных, оперированных по поводу колоректального рака, 1703 оперировано по поводу рака прямой и 1004 больных по поводу рака ободочной кишки. Характер, распределение этих операций по годам и летальность после операций отображены в таблице 1.

Частота поражения отделов ободочной кишки раком по нашим данным практически не отличалась от литературных. В правой половине опухоль локализовалась в 37,7%, в поперечно-ободочной кишке - в 5,5%, в левой половине ободочной кишки - в 19%, а в сигмовидной - в 37,8%.

При раке ободочной кишки выполнялись общепринятые стандартные операции, такие как правосторонняя и левосторонняя гемиколэктомии, резекции поперечно-ободочной и сигмовидной кишок. Последние 10 лет непрерывность кишечной трубки после резекции мы восстанавливаем только анастомозом конец-в-конец дубликатурно-инвагинационным способом. В случаях осложненного рака - перфорация опухоли, кишечная непроходимость, абсцесс брюшной полости, перитонит - мы предпочитаем одномоментные операции с первичным удалением опухоли, санацией брюшной полости и наложением анастомоза по методике Г.В.Бондаря. Практически резекция сигмовидной кишки по Гартману нами выполняется только лицам старческого возраста, а не из-за того, что опухолевый процесс был осложнен кишечной непроходимостью. Характер операций, произведенных в отделении по поводу рака ободочной кишки, осложнения и летальность после них отображены в таблице 2.

Частота поражения раком отделов прямой кишки по нашим данным такова: в 84 % случаев опухоль располагалась в ампуле, почти равномерно распределяясь во всех её отделах (нижне-ампулярный отдел - 28,9%, средне-ампулярный - 33,1%, верхне-ампулярный - 22%), в ректо-сигмоидном - в 7,1%, в анальном - в 8,9%.

В настоящее время брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по Кеню-Майлсу мы выполняем только при локализации опухоли в анальном канале или при инвазии процесса в сфинктер. Во всех остальных случаях предпочтение отдаём сфинктеросохраняющим операциям: при раке нижне-ампулярного отдела выполняем БАР по Петрову-Холдину, при средне-ампулярной локализации - БАР по Свенсону, при верхне-ампулярном отделе - БАР по Дюамелю или переднюю резекцию по Диксону. Операция Гартмана выполняется опять же

только лицам старческого возраста с выраженной сопутствующей соматической патологией.

При ампулярной локализации процесса 2-3 стадий и при отсутствии противопоказаний применяем предоперационное облучение в виде телегамматерапии по интенсивной методике крупными фракциями или по обычной методике. Удельный вес комбинированного лечения за последние 5 лет составил 28,7%,

Характер операций при раке прямой кишки, распределение их по годам, осложнения и летальность отображены в таблице 3.

В пооперационном периоде опухолевый процесс был осложнен у 341 больного, оперированного по поводу колоректального рака, что составило 12,6%. Характер этих осложнений представлен в таблице №4.

Радикальные операции при колоректальном раке сопровождались послеоперационными осложнениями, которые мы условно разделили на "соматические" и "внутрибрюшные". В структуре этих осложнений ещё 10 лет назад преобладали

гнойно-септические. С совершенствованием хирургического мастерства, отработке внедрённых методик и улучшением медикаментозного обеспечения больных в до- и послеоперационном периоде произошло перераспределение структуры осложнений, а также, что особенно важно, значительно уменьшилось количество самих осложнений. За 10-летний период с 1981 по 1990 годы из 1720 радикальных операций при колоректальном раке гнойно-септические осложнения мы наблюдали у 427 больных, что составило 24,8%. За последние три года, а особенно за последний год, количество осложнений, в том числе и гнойно-септических, значительно снизилось, и это привело к тому, что во много раз снизилась послеоперационная летальность. Более подробно эти данные представлены в таблицах 5,6.

Характер комбинированных и симультанных операций как в первые 10 лет работы отделения, так и в последние 3 года, практически не изменился. Эти данные приведены в таблице № 7.

Таблица 1

Радикальные операции на прямой и толстой кишках, произведенные в отделении с 1982 по 1998 год

	1982-1998	1996-1998	1998
Радик. на прямой кишке	1703	363	149
% сфинктеросохр. операций	63%	75,8%	79%
Умерло	126	10	2
Летальность	7,4%	2,8%	1,3%
Радик. на толстой кишке	1004	208	82
Умерло	75	6	1
Летальность	7,5%	2,9%	1,2%
Всего	2707	571	231
Умерло	201	16	3
Летальность	7,4%	2,8%	1,3%

Таблица 2

Характер операций при раке толстой кишки

Вид операций	Первые 10 лет (1982-1992)						Последние 3 года (1996-1998)					
	Абс чел	%	Осл	%	Ум	%	Абс чел	%	Осл	%	Ум	%
ПГКЭ	234	37,7	74	31,6	20	8,5	70	33,6	7	10	1	1,4
ЛГКЭ	118	19,1	43	36,4	15	12,7	47	22,5	5	10,6	1	2,1
Res.S-romanum	163	26,3	44	26,9	12	7,4	66	31,7	6	9,1	2	3
Рез. colon transv.	34	5,5	2	5,9	1	2,9	16	7,8	1	6,3	1	6,3
Опер.Гартмана.	57	9,1	28	9,1	7	12,3	9	4,4	1	11,1	1	11,1
Зкон.рез.сoіоп	14	2,3	2	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего	620	100	193	31,1	55	8,8	208	100	20	9,6	6	2,9

Таблица 3

Характер радикальных операций при раке прямой кишки

Вид операций	Первые 10 лет (1982-1992)						Последние 3 года (1996-1998)					
	Абс чел	%	Осл	%	Ум	%	Абс. чел	%	Осл	%	Ум	%
БПЭ по Кеню	425	38,6	165	38,8	36	8,5	60	16,5	8	13,3	3	5
БАР по Петрову	208	18,9	60	28,8	17	8,1	105	28,9	21	20	1	0,9
БАР по Свенсону	116	10,5	33	28,4	16	13,7	16	4,4	4	25	1	6,3
БАР по Дюомелю	58	5,4	18	31,1	5	8,6	49	13,5	10	20,4	0	0
ПР по Диксону	130	11,8	37	28,4	8	6,1	114	31,4	15	13,1	4	3,5
Опер. Гартмана	121	11	40	33,1	7	5,8	19	5,3	5	26,3	1	5,2
Экон. Резекции	42	3,8	2	4,8	1	2,4	0	0	0	0	0	0
Сфинктеросохр.	554	50,4	150	27,1	45	8,1	284	78,2	50	17,6	6	2,1
С колостомами	546	49,6	205	37,5	45	8,2	79	21,8	13	16,4	4	5,1
Всего	1100	100	355	32,2	90	8,1	363	100	63	17,3	10	2,8

Таблица 4

Характер дооперационных осложнений колоректального рака

ВИД ОСЛОЖНЕНИЙ	БОЛЬНЫЕ	
	Абсолютное число	%
Острая кишечная непроходимость	57	2,1
Хронич. Кишечная непроходимость	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	1984-1993		1996-1998	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%
Тромбоэмболия ЛА	24	1,4	1	0,2
ОССН	15	0,9	2	0,35
Пневмония	18	1,1	3	0,5
Остр.поч.-печён.нед.	7	0,4	0	0
ОНМК	6	0,35	0	0
Инфаркт миокарда	6	0,35	1	0,2

Таблица 6

Послеоперационные "внутрибрюшинные" осложнения

ВИД 1	1984-1993		1996-1998		1998	
	2	3	4	5	6	7
ОСЛОЖНЕНИЯ	Число	%	Число	%	Число	%
Нагноение раны	185	10,8	5	0,9	1	0,4
Пресакральный абсцесс	103	9,4	16	2,8	3	1,3
Серома п/операц. рубца	28	2,5	1	0,1	1	0,4
Инфильтрат брюшной полости	16	0,95	3	0,5	0	0
Абсцесс брюшной полости	17	0,98	1	0,1	0	0

	1	2	3	4	5	6	7
Нагноение в области колостомы	23	2,1	0	0	0	0	0
Ректо-вагинальный свищ	11	1,1	2	0,3	0	0	0
Кишечный свищ	17	1,5	0	0	0	0	0
Кровотечение из раны	11	1,1	1	0,1	0	0	0
Эвентерация	7	0,6	1	0,1	1	0,4	
Несостоятельность анастомоза	39	2,3	12	2,1	4	1,7	
Послеоперац. кишечная непроход.	16	0,95	1	0,1	0	0	
Некроз низведённой кишки	38	9,8	16	2,8	5	2,2	
Перитонит	51	2,9	6	1	3	1,3	
Прочие	26	2,4	6	1,0	3	1,3	

Таблица 7

Характер симультанных и комбинированных операций

ХАРАКТЕР ОПЕРАЦИИ	1984-1993		1996-1998	
	Число	%	Число	%
Экстирп. и надвл.амп. матки с придатками	57	3,3	23	4
Тубовариэктомия	42	2,4	13	2,2
Холецистэктомия	21	1,2	4	0,7
Аппендэктомия	16	0,9	7	1,2
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

Выводы. Концентрация больных колоректальным раком на базе прокто-урологического отделения в течение многих лет позволила усовершенствовать и отработать технику хирургического лече-

ния, пред- и послеоперационного ведения больных, что позволило снизить частоту осложнений и послеоперационную летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак ободочной и прямой кишки/Под ред. В.И. Кныша, М., Медицина, 1977,303 стр., 303 стр.
2. Клиническая оперативная колопроктология/Под ред. В.А. Фёдорова, Москва, 1994,430 стр.
3. Бердов Б.А., Цыб А.Ф., Юрченко Н.И. Диагностика и комбинированное лечение рака прямой кишки, М., Медицина, 1986,270 стр.

РЕЗЮМЕ

Досвід радикального лікування колоректального раку в Полтавському обласному клінічно-онкологічному диспансері

Лукашенко В.Н., Корнієєва Л.Л.

В роботі приводиться аналіз хірургічного лікування хворих з раком прямої і ободової кишки (2707 і 1004), які знаходились на лікуванні в Полтавському обласному клінічному онкодиспансері за останні 16 років. Концентрація хворих колоректальним раком на базі прокто-урологічного відділення протягом багатьох років дозволила вдосконалити і відробити техніку хірургічного лікування, до- і післяопераційного ведення хворих, що дозволило знизити частоту ускладнень та післяопераційну летальність.

SUMMARY

The experience of radical treatment of colorectal cancer in Poltava regional clinical oncologic clinic

V.N.Lukashenko, L.L. Korniyeva

In the paper the analysis of surgical treatment of patients with the cancer of rectum and colon (2707 and 1004) is represented which were treated in Poltava oncological clinic during last 16 years. Concentration of the patients on the basis of proctological department allowed to refine and work out the technique of surgical treatment, pre- and postoperation management of patients leading to a decrease of the frequency of complications and postoperative lethal outcomes.

№ п/п	Возраст	Пол	Стаж	Локализация опухоли	Стадия	Методы лечения		Результат
						Хирургический	Лучевой	
1	55	м	10	Сигмоид	III	100%	0%	5
2	62	ж	15	Сигмоид	III	100%	0%	7
3	58	м	12	Сигмоид	III	100%	0%	4
4	60	ж	18	Сигмоид	III	100%	0%	6
5	54	м	11	Сигмоид	III	100%	0%	3
6	65	ж	14	Сигмоид	III	100%	0%	8
7	59	м	13	Сигмоид	III	100%	0%	5
8	61	ж	16	Сигмоид	III	100%	0%	6
9	56	м	10	Сигмоид	III	100%	0%	4
10	63	ж	17	Сигмоид	III	100%	0%	7
11	57	м	11	Сигмоид	III	100%	0%	5
12	64	ж	15	Сигмоид	III	100%	0%	6
13	58	м	12	Сигмоид	III	100%	0%	4
14	60	ж	14	Сигмоид	III	100%	0%	5
15	55	м	10	Сигмоид	III	100%	0%	3
16	62	ж	16	Сигмоид	III	100%	0%	7
17	59	м	13	Сигмоид	III	100%	0%	5
18	61	ж	15	Сигмоид	III	100%	0%	6
19	56	м	11	Сигмоид	III	100%	0%	4
20	63	ж	17	Сигмоид	III	100%	0%	7

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 2707 больных с раком прямой и сигмовидной кишки, в том числе 1004 больных с раком сигмовидной кишки. Концентрация больных на базе проктологического отделения позволила уточнить и отработать технику хирургического лечения, а также ведения больных в послеоперационном периоде, что позволило снизить частоту осложнений и летальность в послеоперационном периоде.

ОСЛОЖНЕНИЯ		Летальность	
Число	Процент	Число	Процент
1	1.5	1	1.5
2	2.0	2	2.0
3	2.5	3	2.5
4	3.0	4	3.0
5	3.5	5	3.5
6	4.0	6	4.0
7	4.5	7	4.5
8	5.0	8	5.0
9	5.5	9	5.5
10	6.0	10	6.0
11	6.5	11	6.5
12	7.0	12	7.0
13	7.5	13	7.5
14	8.0	14	8.0
15	8.5	15	8.5
16	9.0	16	9.0
17	9.5	17	9.5
18	10.0	18	10.0
19	10.5	19	10.5
20	11.0	20	11.0

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 2707 больных с раком прямой и сигмовидной кишки, в том числе 1004 больных с раком сигмовидной кишки. Концентрация больных на базе проктологического отделения позволила уточнить и отработать технику хирургического лечения, а также ведения больных в послеоперационном периоде, что позволило снизить частоту осложнений и летальность в послеоперационном периоде.

Число больных		Процент	
Число	Процент	Число	Процент
1	1.5	1	1.5
2	2.0	2	2.0
3	2.5	3	2.5
4	3.0	4	3.0
5	3.5	5	3.5
6	4.0	6	4.0
7	4.5	7	4.5
8	5.0	8	5.0
9	5.5	9	5.5
10	6.0	10	6.0
11	6.5	11	6.5
12	7.0	12	7.0
13	7.5	13	7.5
14	8.0	14	8.0
15	8.5	15	8.5
16	9.0	16	9.0
17	9.5	17	9.5
18	10.0	18	10.0
19	10.5	19	10.5
20	11.0	20	11.0