

Article

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЗОНЕ ПРИ-АРАЛЬЯ

Ходжиев Д.Ш., Палванов Т.М., Худайбергенов Ш.А., Султанзада Н.Д.

Хорезмский филиал республиканского специализированного научного центра онкологии и радиологии. Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской академии. Частная многопрофильная клиника "Бахтли оила".

Аннотация. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак в мире занимает четвертое место, а удельный вес в общей структуре заболеваемости составляет от 2 до 10%. Ежегодно в мире регистрируется около 600 000 вновь заболевших. Несмотря на то, что рак ободочной и прямой кишки имеет многочисленные симптомы, до 80 % больных поступают в клинику с III и IV стадиями заболевания, а у каждого третьего больного из числа оперированных диагностируют отдаленные метастазы, преимущественно в печень (80%) и реже в другие органы (легкие, яичники, кости и головной мозг).

Ключевые слова: онкология, рак, заболеваемость, метастазы, печень.

В Хорезмской области поводом повышенного интереса к лечению данной патологии является с одной стороны неуклонный рост заболеваемости, а с другой высокая частота запущенности опухолевого процесса. Совершенствование хирургической техники, уменьшение послеоперационных осложнений и летальности, успехи реаниматологии и анестезиологии, появление мощных антибактериальных препаратов, достижения химиотерапии (появление новых препаратов и схем лечения) позволили расширить показания к оперативным вмешательствам при тяжелых формах колоректального рака.

Материалы и методы. Данное исследование является ретроспективным, не сравнительным. В период с февраля 2017 года по февраль 2022 года в отделении хирургии Хорезмского филиала РОНЦ выполнено 241 открытых и 12 видеолапароскопических операции по поводу колоректального рака толстой кишки. Из них 168 больных поступили острой обтурационной непроходимостью. Хирургические оперативные вмешательства в зависимости от их объема разделены на радикальные, когда удаляется первичная опухоль и симптоматические – предусматривающие формирование обходного анастомоза или противоестественного заднего прохода (колостомы). Выявлено превалирование местно-распространенного процесса (Т3–4 – 72,6%). Поражение прямой кишки отмечено у 51,4% больных, сигмовидной кишки у 9,9% больных, слепой кишки у 13,4%, печеночные и селезеночные углы соответственно 7,1% и 11%. Диагноз верифицирован у всех больных, при этом у 80% – аденокарцинома. Радикальное хирургическое вмешательство проведено 167 (69,2%) больным, паллиативные – 59 (23,3%), в 15 случаях проведено комбинированная операция.

Больным выполнены различные оперативные вмешательства: 22 больным с правосторонней локализацией опухоли, из них 16 выполнена правосторонняя гемиколэктомия и 6 наложен обходной илео-трансверзо анастомоз в качестве первого этапа радикального лечения, в последующем им произведена радикальная операция. С левосторонней локализацией рака толстой кишки оперировано 183 больных, из них у 49 (26,8%) произведена радикальная операция Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия, передняя резекция прямой кишки – у 14 (7,7%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 31 (16,9%). В клинике с внедрением видеоэндоскопии, у 12 больных операция выполнено лапароскопическим путем: сигмоидэктомия- у 5 больных, передний низкий резекция прямой кишки-у 4, интрасфинктерная резекция прямой кишки –у 1, лапароскопически-ассистированная брюшно -промежностная экстирпация прямой кишки – у 2 больных. При резекции сигмовидной и прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноразового сшивающего скрепочного аппарата по типу «конец в конец» или «бок в конец».

Результаты. Важнейшим показателем эффективности хирургического лечения является частота осложнений и послеоперационная летальность. Различные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 35 (14,5%) пациентов. Наиболее частыми из них были гнойные процессы в брюшной полости и малом тазу – у 14 (5,5%), нагноение послеоперационной раны – у 22 (9,1%), недостаточность швов анастомоза имела место у 7 больных (3%), несостоятельность "культи" прямой кишки – у 8 (3,3%); перитонит возник у 5 человек (2%).

Из 167 больных, оперированных радикально при наличии острой кишечной непроходимости, умерли 9 (5,4%). Причиной летальных исходов была острая почечно-печеночная недостаточность (4 больных), инфаркт миокарда (1 больной), тромбоэмболия легочной артерии (4 больных). Все 15 больных, которым опухоль удаляли после предварительного устранения острой кишечной непроходимости хирургическим путем, благополучно перенесли операцию. Из 59 больных, которым произведено паллиативное вмешательство, умерли в раннем послеоперационном периоде 5 (8,5%), в том числе у 3 больных была определена III стадия рака, а у 4 – IV стадия. Причиной смерти были прогрессирующий перитонит (1), сердечно-сосудистые осложнения (2), тромбоэмболические осложнения (2).

По небольшому опыту, мы выявили преимущества лапароскопической хирургии колоректального рака: это менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3–4 суток).

Выводы.

Таким образом, проанализировав данные исследования четко обоснована целесообразность и роль радикальных операций в объеме удаления первичного очага даже у больных с метастазами в печень и/или другие органы. Показано, что выполнение радикальных вмешательств 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 открывает возможности применения других методов лечения, при этом улучшается и качество жизни пациентов, что, в свою очередь, создает благоприятные условия для проведения дополнительной химиотерапии

Внедрение лапароскопических оперативных вмешательств является несомненным достижением хирургии колоректального рака, а дальнейшее развитие данного направления позволит улучшить результаты лечения больных.

Список использованной литературы.

1. Тимофеев Ю.М. Колоректальный рак: современные аспекты диагностики и лечения. РМЖ. 2004;12(11):653-656.
2. Иванилов А.К. Структура онкологической заболеваемости в мире, РФ и отдельных её регионах (обзор литературы). // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – №1–2. – С.181–184.
3. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II. Санкт – Петербург.- 2015. 248 с.
4. Benard F, Barkun AN, Martel M et al. Systematic review of colorectal cancer screening guidelines for average-risk adults: Summarizing the current global recommendations. World J Gastroenterol. 2018; 24(1):124-138.
5. Li Z., Coleman J., D'Adamo C.R. Operative Mortality Prediction for Primary Rectal Cancer: Age Matters. // J Am Coll Surg. – 2019. – Vol. 228. - №4. - P.627-633.