

С.В. Антипова
Е.В. Калинин
А.Е. Калинин

Луганский государственный
медицинский университет,
Луганск, Украина

Ключевые слова:

злокачественные опухоли
малого таза, рак прямой кишки,
рак женских гениталий, рак
мочевого пузыря, забрюшинные
опухоли, хирургическое лечение,
комбинированные и расширенные
операции, циторедуктивные
операции.

ВСТУПЛЕНИЕ

Вопросы диагностики и лечения местно-распространенных форм злокачественных опухолей малого таза (ЗОМТ) весьма актуальны, что обусловлено особенностями их роста и распространения, связанными со своеобразными путями лимфо- и кровотока. ЗОМТ характеризуются прежде всего трудностью дифференциальной диагностики вследствие большого массива органов и тканей, вовлеченных в процесс, сходной клинической картины. В структуре онкологической заболеваемости населения, в том числе Украины, ЗОМТ составляют в совокупности более 25,0 % [6, 7]. У каждого третьего онкологического больного к моменту установления диагноза процесс носит местно- и регионарно распространенный характер, в том числе в 20% случаев выявляются отдаленные метастазы. Этот показатель остается практически неизменным в течение ряда лет. При раке прямой кишки (РПК) столь значительное распространение опухолевого процесса к моменту начала лечения имеется у 21,0–34,0% больных [1–4, 6, 7]. Около 65,0% больных злокачественными новообразованиями IV стадии умирает в течение первого года после установления диагноза, а 5-летняя выживаемость составляет от 2,0 до 12,0% в зависимости от локализации первичной опухоли [6, 7].

Хирургическое лечение данного контингента больных, как правило, сводится к выполнению паллиативных или симптоматических операций в условиях стационаров общей лечебной сети по поводу осложнений: кишечной непроходимости, кровотечения, перфорации или абсцесса. Подобные операции способствуют улучшению качества жизни больных, но не оказывают существенного влияния на ее продолжительность [1, 2, 4]. По результатам многочисленных клинических испытаний новых препаратов и режимов с последовательной сменой всех линий химиотерапии (ХТ) медиана выживаемости таких больных не превышает 21 мес [5–7]. Неудовлетворительные результаты консервативного противоопухоле-

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННЫХ И РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Резюме. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения в Луганском областном клиническом онкологическом диспансере в течение 1991–2008 гг. 712 пациентов с местно-распространенными опухолями органов малого таза в зависимости от локализации первичной опухоли и характера хирургического вмешательства.

вого лечения диктуют необходимость поиска других путей улучшения результатов лечения пациентов с местно-распространенными формами ЗОМТ. Опыт, накопленный за последние 15–20 лет, существенно изменил представления о возможностях хирургического лечения при таких опухолях. На сегодняшний день приоритетность хирургического лечения никем не оспаривается; на первый план выступают задачи проведения комбинированных оперативных и реконструктивных вмешательств. Показано, что комбинированные и расширенные операции, как при местно-распространенных ЗОМТ, так и при наличии отдаленных метастазов, в сочетании с ХТ и лучевой терапией (ЛТ) существенно улучшают непосредственные, отдаленные и функциональные результаты лечения. Выполнение циторедуктивных операций создает оптимальные условия для проведения адъювантной ЛТ и/или ХТ, увеличивает продолжительность и качество жизни пациентов [1–5]. Однако частота таких операций не столь велика. Отсутствуют четко разработанные показания к комбинированным операциям в случаях вовлечения в опухолевый процесс мочевыводящих путей, крупных артериальных и венозных сосудов. Недостаточно разработана последовательность мобилизации органокомплекса при различных вариантах поражения. Не уточнены показания к тем или иным реконструктивным и восстановительным операциям. Также требует разработки техническая сторона оперативных вмешательств.

Цель нашей работы — совершенствование хирургических методов и повышение эффективности лечения больных ЗОМТ (прямой кишки, женских гениталий, мочевыводящей системы, забрюшинного пространства), имеющих местно-распространенный характер поражения.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования послужили данные о 712 больных, которые в период с 1991 по 2008 г. находились на лечении в ЛОКОД по поводу местно-рас-

пространенных ЗОМТ (в соответствии с классификацией TNM в пределах T4N0–2M0), когда в опухолевый процесс вовлечены два и более смежных органа.

Критериями включения больных в исследование служили: наличие у больного местно-распространенных форм РПК, рака женских гениталий (РЖГ), забрюшинных опухолей (ЗО), рака мочевого пузыря (РМП); отсутствие первично множественных опухолей; отсутствие данных, указывающих на наличие отдаленных метастазов. Критерии исключения больных из исследования: на дооперационном этапе — пациенты с грубыми психическими расстройствами, с соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, без местного распространения опухоли на соседние органы; при интраоперационной ревизии — пациенты с отдаленными метастазами опухоли (подтвержденные морфологически), с прорастанием опухоли в кости таза. При отсутствии критериев исключения все больные интраоперационно были разделены на 2 группы: 1-я — проведено оперативное лечение в объеме расширенной комбинированной операции; 2-я — симптоматическое или паллиативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение больных по ключевым параметрам исследования представлено в табл. 1. Как видно, основными локализациями первичной опухоли при местно-распространенных ЗОМТ являются прямая кишка (78,9%) и женские гениталии (18,5%), значительно реже — ЗО (2,1%) и мочевыводящие пути (0,4%).

Таблица 1
Распределение больных (n) в зависимости от локализации первичной опухоли и характера лечебной помощи

| Характер хирургического лечения | Локализация первичной опухоли | | | |
|---|-------------------------------|------------|------------|------------|
| | РПК | РЖГ | ЗО, РМП | Всего |
| Радикальные комбинированные и расширенные операции | 437 | 87 | 18 | 542 |
| Циторедуктивные комбинированные операции | 57 | 37 | - | 94 |
| Итого комбинированных и расширенных операций (радикальных и циторедуктивных) | 494 | 124 | 18 | 636 |
| Симптоматические операции | 68 | 8 | - | 76 |
| Всего | 562 | 132 | 18* | 712 |

* ЗО – 15, РМП – 3.

Возраст больных — от 20 до 78 лет, более трети пациентов составляли лица старше 61 года; средний возраст — $62,0 \pm 7,4$ года. Число женщин — 432 (60,4%), мужчин — 280 (39,6%). Около половины страдали серьезными сопутствующими заболеваниями, хотя последние чаще выявлялись в группе симптоматических операций.

Если в конце 80-х годов XX ст. правильный дооперационный диагноз (не только в отношении природы опухоли, но и в отношении степени распространения) мог быть поставлен в 40% случаев, то за последнее пятилетие точность превысила 70%. Однако все нюансы ситуации окончательно решались после лапаротомии. При местно-распространенном

РПК чаще всего выявляли поражение органов половой сферы у женщин (48,12%) и различных отделов кишечника (24,99%); частота поражения мочевыводящих путей — 11,44%, органов половой сферы у мужчин — 7,70%. В 43 (5,34%) случаях опухоль вращалась в ткани передней брюшной стенки, иногда с образованием наружных свищей (табл. 2).

Таблица 2
Поражение органов и структур малого таза при РПК (n = 562)

| Пораженный орган | n | %* |
|--|-----|-------|
| Тонкая кишка | 156 | 19,4 |
| Ободочная кишка | 32 | 3,98 |
| Червеобразный отросток | 13 | 1,61 |
| Матка | 165 | 20,52 |
| Придатки матки | 126 | 15,67 |
| Влагалище | 84 | 10,44 |
| Промежность и половые губы | 12 | 1,49 |
| Мочеточники | 23 | 2,86 |
| Мочевой пузырь | 69 | 8,58 |
| Предстательная железа | 23 | 2,86 |
| Семенные пузырьки | 35 | 4,35 |
| Промежность и мочеиспускательный канал (мужчины) | 4 | 0,49 |
| Ткани брюшной стенки | 43 | 5,34 |
| Подвздошные сосуды | 19 | 2,36 |
| Всего | 804 | 100,0 |

Примечание к табл. 2–4: несовпадение числа пораженных органов и количества больных связано с тем, что у некоторых пациентов отмечали поражение более чем 2 органов; * % рассчитывали по отношению к числу пораженных органов.

При РЖГ в опухолевый конгломерат вовлекались прямая кишка (11,65%), другие отделы кишечника (62,9%), мочевыводящие пути (22,59%), подвздошные сосуды (2,73%) (табл. 3).

Таблица 3
Поражение органов и структур малого таза при РЖГ (n = 132)

| Пораженный орган | n | %* |
|--------------------|-----|-------|
| Прямая кишка | 17 | 11,65 |
| Сигмовидная кишка | 39 | 26,71 |
| Илеоцекальный угол | 21 | 14,38 |
| Тонкая кишка | 32 | 21,91 |
| Мочевой пузырь | 21 | 14,38 |
| Мочеточники | 12 | 8,21 |
| Подвздошные сосуды | 4 | 2,73 |
| Всего | 146 | 100,0 |

При ЗО и РМП наиболее часто отмечали поражение прямой кишки и других отделов кишечной трубки (52,11%), мочевыводящих путей (17,38%), органов женской половой сферы (10,86%) (табл. 4).

Таблица 4
Поражение органов и структур малого таза при злокачественных ЗО и РМП (n = 18)

| Пораженный орган | n | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Прямая кишка | 12 | 26,08 |
| Ободочная кишка | 2 | 4,34 |
| Илеоцекальный угол | 4 | 8,69 |
| Тонкая кишка | 6 | 13,00 |
| Брюшная стенка | 2 | 4,34 |
| Мочевой пузырь | 4 | 8,69 |
| Мочеточники | 4 | 8,69 |
| Наружные подвздошные сосуды | 2 | 4,34 |
| Внутренние подвздошные сосуды | 4 | 8,69 |
| Почка | 1 | 2,17 |
| Матка | 1 | 2,17 |
| Придатки матки | 4 | 8,69 |
| Всего | 46 | 100,0 |

Одновременное вовлечение в процесс двух органов установлено у 77,2% больных, трех — у 14,8%. Распространение ЗОМТ на подвздошные сосуды составило при РПК 2,36%, при РЖГ — 2,73%, при ЗО и РМП — 13,09%.

Комбинированных и расширенных операций (включая циторедуктивные) было выполне-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

но 636 (89,34%), симптоматических — 76 (10,61%) (см. табл. 1). В послеоперационном периоде установлено всего 234 осложнения (32,86%). Возникновение сразу нескольких осложнений отмечалось у 16 пациентов. Без осложнений послеоперационный период протекал у 478 больных (67,14%). Наиболее сложным и грозным и, к сожалению, не столь редким осложнением был перитонит. Острые язвы желудка и тонкой кишки отмечали достаточно часто, что связано с очень большим объемом хирургического вмешательства.

Радикальные комбинированные и расширенные операции были выполнены 542 больным (76,12%). Осложненное течение послеоперационного периода отмечено за весь проанализированный интервал времени у 36,3% больных, общая летальность — 7,6%. В результате внедрения новых технологий частота осложнений после радикальных хирургических вмешательств при местно-распространенных ЗОМТ прогрессивно снижается: 44,0% (1991–1994 гг.), 25% (2000–2007 гг.), 23,7% (2003–2008 гг.); соответственно, послеоперационная летальность уменьшилась с 19,1 до 5,4 и 4,5%.

5-летняя выживаемость после радикальных комбинированных и расширенных операций в целом составила $48,7 \pm 0,6\%$ при чисто хирургическом лечении, при комбинированном и комплексном — $58,4 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$). В зависимости от локализации первичной опухоли 5-летняя выживаемость составила: при РПК 43,2% (в случае отсутствия метастазов в лимфоузлах — 48,9%), при РЖГ — 50,12%, при ЗО — 67,3%. Существенная разница показателей общей выживаемости в зависимости от характера лечения указывает, что при местно-распространенных формах ЗОМТ должно предлагаться комплексное лечение (операция, ЛТ и/или ХТ). Это подтверждают и данные о безрецидивной 5-летней выживаемости, составляющей, соответственно, $20,4 \pm 1,9$ и $54,4 \pm 1,1\%$.

Показанием к выполнению циторедуктивных операций является возможность удаления первичной опухоли с последующим проведением ХТ. Комбинированные циторедуктивные операции выполнены у 94 (13,20%) больных: 57 — при РПК, 37 — при РЖГ. 5-летняя выживаемость после циторедуктивных операций при РПК составила $15,6 \pm 1,9\%$.

ВЫВОДЫ

1. Применение современных медицинских технологий (включая внедрение в хирургическую практику различных видов пластических и реконструктивно-восстановительных операций) расширило возможность радикальных хирургических вмешательств при ЗОМТ, позволило снизить частоту по-

слеоперационных осложнений и послеоперационную летальность, сохранить естественные функции терминального отдела пищеварительного тракта, мочевыводящих путей и сосудов.

2. Совершенствование хирургического метода (особенно в рамках комплексного лечения) позволяет не только увеличить общую и безрецидивную выживаемость пациентов с ЗОМТ, но и улучшить качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь ГВ, Звездин ВП, Ладур АИ. Радикальные и паллиативные комбинированные операции в хирургическом лечении рака прямой кишки. Хирургия 1990; 4: 58–61.
2. Гаттаулин ИГ, Радионова ИП. Диагностика и хирургическое лечение больных с колоректальным раком с метастазами в печень В: Материалы 1-го съезда колопроктологов России, Самара, 2003: 216–7.
3. Гарин АМ, Базин ИС. Злокачественные опухоли пищеварительной системы: Монография. Москва: Инфомедиа Паблишерз, 2003, 264 с.
4. Симонов НН, Гуляев АВ, Максимов СЯ. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий. Вопр онкол 2000; 2: 224–8.
5. Галайчук ИИ. Клінічна онкологія. Ч.1: Посібник. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 276 с.
6. Давыдов МИ, Аксель ЕМ. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. Вест РОНЦ им НН Блохина РАМН, 2007; 18 (2, прил 1): 52–89.
7. Рак в Україні, 2007-2008. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл Нац канцерреєстру України. Київ, 2009; (10):104 с.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF COMBINED AND EXTENDED OPERATIONS IN LOCAL-EXTENSIVE SMALL PELVIS MALIGNANT TUMORS

S.V. Antipova, E.V. Kalinin, A.E. Kalinin

Summary. Remote and short-term results of treatment in Lugansk regional clinical oncologic dispensary in 1991-2008 years are analyzed. The data of 712 patients with local-extensive small pelvis tumors depending from allocation of primary tumor and character of surgical intervention are presented.

Key Words: small pelvis malignant tumors, rectal cancer, cancer of female genitals, bladder cancer, retroperitoneal tumors, surgical treatment, combined and extensive interventions, cytoreductive operations.

Адрес для переписки:

Калинин Е.В.
91055, Луганск, ул. Коцюбинского, 27, кв. 85