

© В.В.Олейник, Н.Н.Симонов, 2007
УДК [616.351+618.1]-006.6-089

В.В.Олейник, Н.Н.Симонов

КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С УДАЛЕНИЕМ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

Городская многопрофильная больница № 2 (главврач — канд. мед. наук И.С.Фигурин),
ГУН «Научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н.Н.Петрова Росздрава»
(ген. дир. — чл.-кор. РАМН проф. В.Ф.Семиглазов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: рак прямой кишки, рак женских половых органов, хирургическое лечение, комбинированные циторедуктивные операции.

Введение. При существующих тенденциях заболеваемости и выявляемости [10–12, 15] следует ожидать, что в обозримом будущем в Российской Федерации ежегодно будут появляться не менее 80–100 тыс. больных с злокачественными опухолями органов малого таза (прежде всего раком прямой кишки и женских половых органов). Не менее чем у $\frac{1}{3}$ этих больных в момент обращения опухоль будет иметь обширное местно регионарное распространение либо отдаленные метастазы.

Прогресс всех составляющих хирургического лечения, в том числе применение высоких современных технологий (облегчающих надежность действий в зоне операции), совершенствование анестезиологического пособия, лучевого и лекарственного лечения злокачественных опухолей — значительно расширяют показания к выполнению обширных операций, в том числе и у больных с отдаленными метастазами, позволяя не только продлить сроки, но и улучшить качество жизни больных.

В онкогинекологии понятие «циторедуктивная операция» используется очень давно, применительно к удалению отдаленных метастазов. На примере рака яичников продемонстрирована достаточно высокая эффективность хирургических вмешательств, когда даже в условиях асцита и канцероматоза брюшины удаление первичного опухолевого очага, резекция метастатически измененного большого сальника и удаление других метастатических узлов в сочетании с последующим лекарственным лечением приводит к вполне удовлетворительным отдаленным результатам. Во многом это объясняется высокой чувствительностью злокачественных опухолей яичников к химиотерапии [1, 6, 9, 13].

В последнее десятилетие циторедуктивные операции стали находить применение и при зло-

качественных опухолях других локализаций [2]. Связано это с тем, что число осложнений и летальность после обширных операций удалось свести к минимуму. Кроме того, созданы новые и более эффективные схемы лекарственного противоопухолевого лечения. Главной целью циторедуктивной хирургии является максимально достижимая степень уменьшения объема опухоли, несмотря на диссеминацию опухолевого процесса, т. е. максимально возможное удаление опухолевых очагов как первично-органной опухоли, так и отдаленных метастазов [2, 4, 9]. Эффект химиотерапии обратно пропорционален объему опухоли. При минимальном объеме резидуальной опухоли значительно повышается эффективность последующего противоопухолевого действия иммунной системы организма и адъювантной лекарственной и лучевой терапии [1]. При выполнении циторедуктивной операции непременно должна учитываться необходимость реализации в послеоперационном периоде системной лекарственной терапии метастазов либо отсроченного оперативного вмешательства [1, 2, 9].

У больных раком прямой кишки с отдаленными метастазами в печень должны соблюдаться те же принципы лечения, что и у больных с локализованными формами: органосберегающая направленность и лучевая терапия в сочетании с модификаторами при местном распространении процесса. Лечение больных после циторедуктивных операций должно включать системную лекарственную терапию.

Данные крупных хирургических клиник свидетельствуют об эффективности активной хирургической тактики при метастазах колоректального рака в печень [3, 5, 8, 14]. Одновременное удаление первичного опухолевого очага и отдаленных метастазов позволяет обеспечить до 14–27% 5-летней выживаемости [3, 5].

Материал и методы. В статье приводятся результаты таких комбинированных и расширенных операций, при которых резекции органов и тканей в зоне малого таза, где располагался первичный опухолевый очаг, дополнялись одновременным удалением отдаленных метастазов.

Таблица 1

Варианты удаления отдаленных метастазов при комбинированных и расширенных операциях на органах малого таза (циторедуктивные хирургические вмешательства)

Вид операции	Число операций
Резекция печени, в том числе:	73
правосторонняя гемигепатэктомия	11
левосторонняя гемигепатэктомия	21
атипичная резекция	41
Овариоэктомия	6
Перитонеоэктомия (включая резекции различных отделов кишечника)	4
Всего	83

Таблица 2

Послеоперационные осложнения при 83 циторедуктивных комбинированных и расширенных операциях

Вид осложнения	Абс. число	%
Гнойно-септические (включая перитонит)	13	15,7
Спаечная кишечная непроходимость	3	3,6
Панкреатит	1	1,2
Острые язвы желудка и тонкой кишки (кровотечения, перфорация)	4	4,8
Тромбоэмболия легочной артерии	2	2,4
Острый инфаркт миокарда	2	2,4
Пневмония	4	4,8
Всего	29	34,9

оставалось практически одинаковым, показатели летальности в последние годы (2000–2004 гг.) снизились до 7,5% (из 40 оперированных больных умерли 3). В то же время с 1991 по 1999 г. были оперированы 43 пациента и умерли 5 (11,6%) человек. Причинами смерти больных явились: перитонит — у 3 больных, тромбоэмболия легочной артерии — у 2, кровотечение из острых язв желудка и тонкой кишки — у 1, острый инфаркт миокарда — у 1, сливная двусторонняя пневмония — у 1.

Рак женских половых органов (РЖПО). Эта локализация злокачественных опухолей области малого таза обладает некоторыми отличительными и сугубо специфическими особенностями, которые определяют и объем операции, и лечебную тактику в целом. Во-первых, комбинированные и расширенные операции у больных РЖПО производятся, как правило, при наличии рецидивов и метастазов опухоли, поскольку рецидив заболевания, особенно при раке яичников, зачастую сопровождается наличием отдаленных метастазов. Во-вторых, злокачественные опухоли

Естественно, в процессе хирургической деятельности нам часто приходилось сталкиваться с ситуациями, когда, помимо значительного местного распространения опухолевого процесса, в брюшной полости обнаруживались отдаленные метастазы. При асците, тотальном канцероматозе, множественных опухолевых очагов в печени и парааортальных лимфатических узлах об активных действиях вопрос не стоял. Другое дело — локальные, одиночные метастатические поражения, ликвидация которых представлялась технически выполнимой. Смутила необходимость дополнительного осложнения и без того обширной операции на органах малого таза.

Все же на определенном этапе работы мы пришли к выводу, что расширение объема хирургического вмешательства в этих ситуациях не только возможно, но и необходимо, к чему имеются веские предпосылки. Во-первых, те обстоятельства, на которые указано во введении — прогресс в анестезиологии и хирургической технике, появление новой аппаратуры и других усовершенствований, во-вторых, убедительные литературные данные о том, что максимальное удаление всех визуально определяемых опухолевых очагов создает лучшие условия для проведения дополнительного лечения, повышает его эффективность и позволяет надеяться на увеличение продолжительности жизни больных.

Высказанные положения стимулировали нашу активность, и мы начали широко внедрять в практику операции подобного рода.

Всего с 1998 по 2004 г. нами выполнены 148 циторедуктивных хирургических вмешательств. Из них в 83 наблюдениях первичная опухоль локализовалась в прямой кишке и в 65 — в женских половых органах. Средний возраст больных составил (62±7,42) года. Преобладали женщины — 115 из 148 (77,7%). Более половины пациентов имели сопутствующие заболевания.

Результаты и обсуждение. Рак прямой кишки (РПК). Хирургические вмешательства при местно-распространенном раке прямой кишки с одновременным удалением отдаленных метастазов произведены 83 больным. Преобладающей локализацией метастатических очагов при РПК являлась печень (в 73 наблюдениях), гораздо реже яичники (в 6), париетальная и висцеральная брюшина (в 4). В последнем случае речь идет об ограниченных «полях канцероматоза» или отдельных опухолевых имплантатах на брюшине, доступных иссечению под визуальным контролем. В табл. 1 представлены данные о циторедуктивных операциях.

В послеоперационном периоде всего наблюдалось 29 осложнений (табл. 2).

Возникновение сразу нескольких осложнений отмечалось у 5 пациентов. Таким образом, число больных с осложнениями составило 24 (28,9%) человека. Без осложнений послеоперационный период протекал у 59 (71,1%) больных. Наиболее грозным и, к сожалению, не столь редким осложнением был перитонит. Острые язвы желудка и тонкой кишки наблюдались также достаточно часто, что, по нашему мнению, связано с очень большим объемом хирургического вмешательства и, возможно, с погрешностями в анестезиологической защите как во время операции, так и сразу после нее.

Следует отметить, что, хотя число осложнений на протяжении всего периода исследования

женской половой сферы весьма чувствительны к химиотерапии. Это, в первую очередь, относится к раку яичников. Следует отметить, что при раке яичников достижение полной (100%) циторедукции не является обязательной целью. Частичное, разумеется, максимально возможное удаление опухолевых масс оправдывает себя, так как достоверно повышает эффективность противоопухолевого лекарственного лечения. В этом смысле комбинированные и расширенные операции, даже если циторедукция будет на уровне 50%, вполне допустима, к тому же основной локализацией злокачественной опухоли был рак яичников (70,6%).

Поскольку отдаленные метастазы при РЖПО в основном располагались на париетальной и висцеральной брюшине, покрывающей петли кишечника, то главным компонентом комбинированных операций были перитонеозэктомия с одновременной резекцией различных отделов тонкой и толстой кишки. Местное распространение опухоли на мочевыводящие пути, крупные сосуды и прямую кишку требовало хирургического вмешательства на этих органах и структурах.

Осложнения, возникшие в послеоперационном периоде, приводятся в табл. 3.

Развитие одновременно нескольких осложнений отмечено лишь у двух больных. Соответственно осложнения наблюдались у 12 (18,5%) больных, у остальных 53 (81,5%) пациентов послеоперационный период протекал благополучно.

Наиболее частым и тяжелым осложнением являлся перитонит. Причины развития перитонитов были следующими: инфицированные гематомы брюшной полости (в 2 наблюдениях), несостоятельность швов межкишечного анастомоза (в 1), несостоятельность швов задней стенки мочевого пузыря (в 1), перфорация острой язвы тонкой кишки (в 1).

Общая летальность после комбинированных и расширенных циторедуктивных операций

при РЖПО составила 7,7% (5 больных из 65). Причинами смерти явились у 3 из них перитонит, у 1 — двусторонняя пневмония, у 1 — тромбоэмболия легочной артерии.

Отдаленные результаты лечения. Всем больным с РПК и РЖПО, которым выполнялись комбинированные и расширенные циторедуктивные операции с одновременным удалением первичной местно-распространенной опухоли и отдаленных метастазов, проводились в последующем те или иные варианты химиотерапии.

На рис. 1 и 2 представлены данные о продолжительности жизни больных этой группы.

Как видно из рис. 1, комбинированные и расширенные циторедуктивные операции при РПК заметно увеличивают продолжительность жизни больных. В тех случаях, когда операции носили симптоматический характер (не удалялась опухоль и не удалялись метастазы), ни один больной не прожил три года [7]. Циторедуктивные хирургические вмешательства оказывают несомненное положительное влияние на эффективность адъювантной лекарственной терапии, что свидетельствует о безусловной оправданности расширения показаний к их выполнению.

Ещё более убедительно этот тезис подтверждают данные о продолжительности жизни больных с распространенными злокачественными опухолями женских половых органов (см. рис. 2).

У пациенток этой категории даже неполная циторедукция при комбинированной операции существенно улучшает показатели выживаемости. В то же время, очевидно, что чем больше объем циторедукции, тем эффективнее последующая химиотерапия.

Таким образом, при распространенных формах РПК и РЖПО преимущества активной хирургической тактики не вызывают сомнений. Если для достижения максимальной опухолевой циторедукции необходима обширная комбинированная

Таблица 3

**Послеоперационные осложнения
при 65 циторедуктивных комбинированных и
расширенных операциях**

Вид осложнения	Абс. число	%
Перитонит	5	7,8
Спаечная тонкокишечная непроходимость	2	3,1
Тонкокишечный свищ	1	1,5
Флегмона передней брюшной стенки	2	3,1
Пневмония	1	1,5
Острые язвы тонкой кишки	1	1,5
Острый тромбофлебит нижних конечностей	1	1,5
Тромбоэмболия легочной артерии	1	1,5
Всего	14	21,5

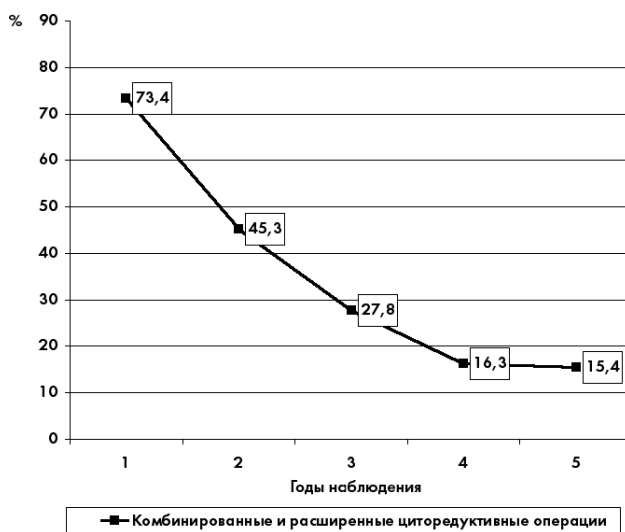


Рис. 1. Отдаленные результаты комбинированных и расширенных циторедуктивных операций при РПК.

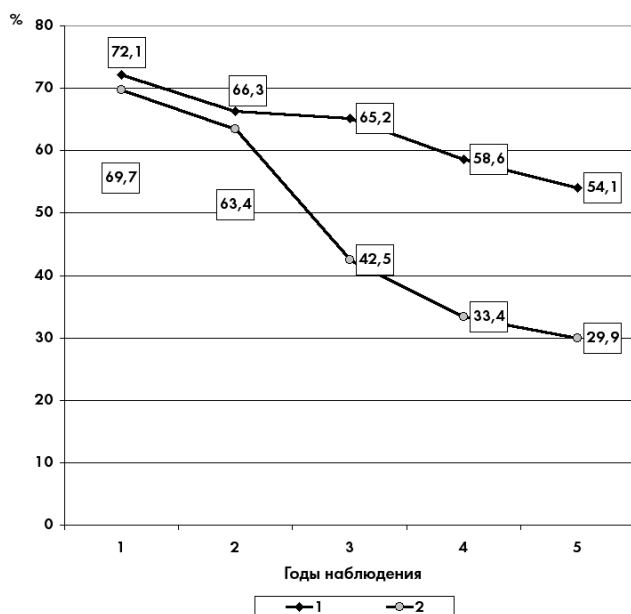


Рис. 2. Отдаленные результаты комбинированных и расширенных циторедуктивных операций при РЖПО.

1 — комбинированные и расширенные циторедуктивные операции (опухолевая циторедукция 100%), 2 — то же (опухолевая редукция 50% и более).

операция, то она должна быть выполнена, так как надлежащее обеспечение сводит к минимуму непосредственный риск для жизни больного, существенно улучшая прогноз.

Выводы. 1. При распространенных злокачественных опухолях органов малого таза хирургический метод — ключевое звено комплексной лечебной программы. Наличие локализованных и доступных удалению отдаленных метастазов является показанием к выполнению комбинированной циторедуктивной операции с удалением визуально определяемых опухолевых очагов.

2. Комбинированные хирургические вмешательства с одновременным удалением первичного опухолевого очага и отдаленных метастазов (циторедуктивные операции), выполненные больным раком прямой кишки и раком женских половых органов, по частоте послеоперационных осложнений (29%) и летальности (8,8%) существенно не отличаются от результатов операций стандартного объема.

3. Показатели 5-летней выживаемости после циторедуктивных операций составили: при раке прямой кишки — 15,4%, при раке женских половых органов — 29,9% (частичная циторедукция) и 54,1% (полная циторедукция), что убедительно свидетельствует об оправданности выполнения циторедуктивных вмешательств.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Бохман Я.В., Лившиц М.Е., Винокуров В.Л. Новые подходы к лечению гинекологического рака.—СПб.: Гиппократ, 1993.—223 с.

- Вагнер Р.И. Паллиативная хирургия в комплексном лечении онкологических больных // Тезисы докладов III Российской онкологической конференции.—СПб., 1999.—С. 16–18.
- Гатауллин И.Г., Родионова И.П., Агуллин И.Р. Диагностика и хирургическое лечение больных колоректальным раком с метастазами в печень // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов России.—Самара, 2003.—С. 216.
- Олейник В.В., Симонов Н.Н., Васильев С.В. и др. Результаты лечения местно распространенных и метастазировавших опухолей органов малого таза (прямой кишки, женских половых органов, мочевого пузыря) // Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: Сб. научных трудов ГМПБ № 2 (вып. 3).—СПб.: Ольга, 2003.—С. 165.
- Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Бадалян Х.В., Туманян А.О. Показания к резекции печени у больных с метастазами колоректального рака с учетом основных факторов прогноза // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов России.—Самара, 2003.—С. 273.
- Симонов Н.Н., Аксенов А.В., Максимов С.Я. и др. Кишечная непроходимость при распространенных злокачественных опухолях женских половых органов: хирургическая тактика и комбинированные операции // Вестн. хир.—1999.—№ 2.—С. 55–59.
- Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Максимов С.Я. и др. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий // Вопр. онкол.—2000.—№ 2.—С. 224–228.
- Симонов Н.Н., Мосидзе Б.А., Рыбин Е.П. Обширные резекции печени и реконструкция желчевыводящих путей при опухолях и паразитарных кистах // Вопр. онкол.—1998.—№ 3.—С. 346–349.
- Симонов Н.Н., Рыбин Е.П., Максимов С.Я. и др. Расширенные и комбинированные операции на органах брюшной полости при распространенных злокачественных опухолях женских половых органов // Вопр. онкол.—1997.—№ 6.—С. 650–653.
- Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. / Под ред. М.И.Давыдова, Е.М.Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина.—2006.—Т. 17, № 3, Приложение 1.—202 с.
- Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность).—М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2001.—270 с.
- Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. (заболеваемость и смертность).—М.: Медицина, 2003.—284 с.
- Greene P.van, Luesley D. Prospective randomized trials on cytoreduction in ovarian cancer // Ann. Med.—1995.—Vol. 27, № 1.—P. 101–105.
- Ogunbiyi O.A., McKenna K., Birnbaum E.H. et al. Aggressive surgical management of recurrent rectal cancer — is it worthwhile? // Dis. Colon Rectum.—1997.—Vol. 40.—P. 150–155.
- Woorhan G. Cancer statistics // Cancer J. for clinicians.—2000.—P. 156–167.

Поступила в редакцию 22.12.2006 г.

V.V.Olejnik, N.N.Simonov

COMBINED SURGICAL OPERATIONS FOR LOCALLY SPREAD CANCER OF THE RECTUM AND FEMALE GENITAL ORGANS WITH ABLATION OF REMOTE METASTASES

The article presents data of 148 combined cytoreductive operations (with ablation of remote metastases) in patients with widespread rectal cancer (in 83 patients) and female genital organs (in 65 patients). The immediate and long-term results suggest that such operations are justifiable in multitype hospitals.