

© В.В.Олейник, 2006
УДК 616.718.192-033.2-089

В.В.Олейник

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ И МЕТАСТАЗИРОВАВШИХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Городская многопрофильная больница № 2 (главврач — засл. врач РФ А.С.Соколовский), Санкт-Петербург

Ключевые слова: злокачественные опухоли малого таза, хирургическое лечение, комбинированные и циторедуктивные операции.

Введение. Доля больных, у которых к моменту установления диагноза процесс носит распространенный характер, т. е. опухоль врастает в окружающие органы либо уже имеются отдаленные метастазы, остается стабильной много лет и составляет не менее 27,7–43,9% [4, 7, 9, 12].

Опыт, накопленный онкологическими учреждениями за последние годы, существенно изменил представления о возможностях лечения местно-распространенных и метастазировавших опухолей органов малого таза [1, 4, 5, 9].

Хирургическое вмешательство при большинстве распространенных опухолей органов малого таза остается решающим компонентом комплекса лечебных мероприятий [3, 10, 11].

У больных с местно-распространенным раком показатель резектабельности может быть повышен за счет расширения показаний к комбинированным (КБ) операциям [1, 2, 8].

Циторедуктивные (ЦР) операции (удаление опухоли и отдаленных метастазов) увеличивают продолжительность и качество жизни как больных раком женских гениталий (ЖГ), так и с злокачественными опухолями других локализаций, в частности, раком прямой кишки (РПК) [3, 6].

Однако, в силу сегодняшнего состояния системы здравоохранения, лечение большинства онкологических больных происходит не только в специализированных онкологических учреждениях.

Более половины этих больных становятся пациентами хирургических, терапевтических, гинекологических, урологических и других отделений общей лечебной сети в ситуации, когда опухоль

приобрела местно-распространенный характер или уже возникли отдаленные метастазы.

К сожалению, очень часто хирургическое лечение в этих случаях ограничивается выполнением симптоматических дренирующих операций.

Материал и методы. В хирургическом отделении Городской многопрофильной больницы (ГМПБ) № 2 получают лечение в основном жители Санкт-Петербурга и реже граждане других регионов Российской Федерации по направлениям врачей городских поликлиник и страховых компаний. Экстренные операции выполняются пациентам больницы, находящимся на лечении в других отделениях, или людям, обратившимся в приемное отделение за медицинской помощью самостоятельно.

Организовано отделение в 1994 г. С октября 1996 г. и до настоящего времени располагает 60 койками и является клинической базой кафедры хирургических болезней с курсом колопроктологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (зав. — проф. С.В.Васильев, ректор университета — академик РАМН проф. Н.А.Яицкий).

Отделение располагает собственным операционным блоком, включающим 2 операционных. Оснащенность операционных позволяет осуществлять в них весь необходимый объем операций на органах брюшной полости и малого таза, в том числе и эндовидеохирургических.

Некоторые проблемы, возникающие при выполнении КБ операций на органах малого таза, решаются совместно с хирургами отделений урологии, сосудистой хирургии, гинекологии, входящими в состав ГМПБ № 2.

Вмешательства такого рода проводятся на отделении с 1995 г. Одной из первых операций была передняя резекция прямой кишки с экстирпацией матки и резекцией дна мочевого пузыря, выполненная в феврале 1995 г. женщине 63 лет по поводу местно-распространенного РПК. Пациентка жива до настоящего времени.

В табл. 1 представлено количество КБ, расширенных и ЦР вмешательств на органах малого таза и забрюшинного пространства за 11 лет работы отделения.

Как видно из табл. 1, с 1997 г. на отделении ежегодно выполняются около 20 КБ операций, расширенных, и ЦР операций по поводу злокачественных опухолей малого таза и забрюшинного пространства.

Таблица 1

Распределение больных, которым выполнялись комбинированные, расширенные и циторедуктивные операции на органах малого таза с 1995 по 2004 г.

Год наблюдения	Число больных	
	Абс. число	%
1995	15	7,3
1996	14	6,8
1997	20	9,7
1998	21	10,2
1999	23	11,1
2000	17	8,2
2001	20	9,7
2002	22	10,7
2003	26	12,6
2004	28	13,7
Всего	206	100,0

Общее число больных, которым были выполнены вмешательства такого рода, составило 206.

Распределение больных в зависимости от первичного источника опухолевого процесса представлено на рис. 1.

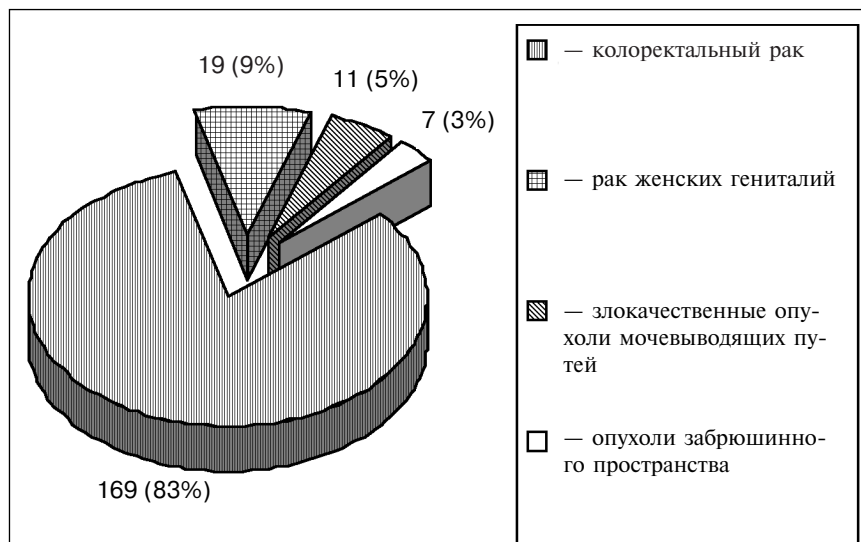
Местно-распространенные опухоли имелись у 184 больных, что составило 89,3% описываемой группы. Всем им были выполнены КБ и расширенные операции.

ЦР операции выполнены 22 (10,7%) больным, которые заключались в удалении первичной опухоли и отдаленных метастазов в брюшной полости.

В анализируемой группе женщин было втрое больше, чем мужчин — 149 (72,3%) и 57 (27,7%) соответственно. Средний возраст больных составил $(64 \pm 7,26)$ лет. Самому старшему пациенту анализируемой группы было 83 года.

Распределение больных в зависимости от выполненных хирургических вмешательств представлено в табл. 2.

В это число включены операции с удалением и(или) резекцией нескольких отделов пищеварительного тракта, ЖГ и мочевыделительной системы. Резецировать переднюю брюшную стенку или иссекать наружные свищи понадобилось у 19 больных (9,2%). 5 больным при удалении забрюшинной опухоли или местно-распространенного РПК были выполнены резекции магистральных сосудов (аорты и подвздошных артерий и вен).



Больная Н., 56 лет, поступила в хирургическое отделение ГМПБ №2 16.03.2005 г. с диагнозом: рецидив забрюшинной опухоли.

В 2002 г. больная была впервые оперирована в хирургическом отделении ГМПБ № 2 по поводу забрюшинной опухоли слева, распространяющейся в область малого таза (злокачественная гистиоцитома). Выполнена комбинированная операция: удаление забрюшинной опухоли слева, экстирпация матки с придатками, нефрэктомия слева. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии на 35-е сутки на амбулаторное лечение.

На момент поступления (16.03.2005 г.) больная жаловалась на наличие опухолевого образования в брюшной полости, боли в левой половине живота, спине, левой конечности. По данным УЗИ и КТ, выявлен рецидив забрюшинной опухоли слева размером 28×30 см.

Операция: (22.03.2005 г.) удаление забрюшинной опухоли слева с резекцией абдоминального участка аорты, протезированием (аллотрансплантат) аортосупраподвздошного сегмента, резекцией ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием межтолстокишечного анастомоза. Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны. Больную выписали на 58-е сутки в удовлетворительном состоянии.

ЦР операции применяются на отделении с 1995 г. Главным образом это резекции печени по поводу солитарных метастазов колоректального рака, выполняемые одновременно с удалением первичной опухоли.

Кроме того, осуществлены 2 операции по удалению рецидива рака прямой кишки после радикальных операций, выполнявшихся на отделении ранее.

ЦР операции по поводу рака яичника с вовлечением в опухолевые конгломераты различных отделов пищеварительного тракта, в том числе ПК, выполнены 6 больным.

Результаты и обсуждение. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 43 больных (20,9%). При этом, доля гнойно-септических осложнений составила 6,8% (14 человек), осложнений со стороны органов дыхательной системы — 4,4% (9 человек), спаечная кишечная непроходимость — 3,9% (8 человек). Острая почечная недостаточность возникла у 1 (0,5%) больного, кровотечения и сердечно-сосудистые осложнения соответственно у 6 и 5 больных (2,9 и 2,4%).

Если в 1995 г. осложнения были отмечены у 6 (40%) из 15 больных, то в 2004 г. они возникли у 2 (7,1%) из 28 больных. Самыми благоприятными оказались 2001 и 2002 гг., когда послеоперационные осложнения развились лишь у 3 (6,25%) из 48 больных.

Рис. 1. Распределение больных в зависимости от первичного источника опухолевого процесса.

Таблица 2

Распределение больных с местно-распространенными опухолями в зависимости от выполненных операций

Вид операций	Число операций (в том числе циторедуктивных)	%
Комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	31 (4)	15,0
Комбинированная брюшно-анальная резекция прямой кишки	22 (2)	10,7
Комбинированная передняя резекция прямой кишки	116 (10)	56,3
Комбинированная расширенная экстирпация матки	19 (6)	9,2
Комбинированная резекция мочевого пузыря с резекцией прямой кишки	11	5,3
Удаление забрюшинной опухоли с резекцией прямой кишки	7	3,4
Всего	206	100,0

Послеоперационная летальность составила 8,7% (умерли 18 из 206 больных). Самый высокий показатель летальности был в 1997 г. — умерли 7 (35%) из 20 больных. В 2001 и в 2002 г. в послеоперационном периоде не умер ни один больной. В 2004 г. умерли 2 (7,1%) из 28 оперированных больных.

Основными причинами послеоперационной летальности были: в 7 случаях — перитонит, причиной смерти 5 больных послужила острая сердечно-сосудистая недостаточность, 4 больных погибли от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), 2 больных умерли от пневмонии.

Данные об отдаленных результатах основываются на результатах диспансерного наблюдения, полученных при контрольных осмотрах на амбулаторных приемах в больнице № 2 и данных Популяционного канцер-регистра Санкт-Петербурга (руков. — проф. В.М.Мерабишвили).

Прослеживая динамику выживаемости, следует отметить, что первый год после операции пережили 81,6% больных с РПК и 73,7% больных с злокачественными образованиями ЖГ. После третьего года наблюдения были живы 66,9% больных с РПК и 63,2% больных раком ЖГ. Показатели пятилетней выживаемости в группе больных, которым были выполнены КБ операции по поводу местно-распространенных опухолей, составили: для ПК — 49,1%, для ЖГ — 52,6%.

Динамика выживаемости больных после комбинированных операций по поводу рака прямой кишки и рака женских гениталий представлена на рис. 2.

Прослежены больные после ЦР операций по поводу РПК (16 человек) и злокачественных новообразований ЖГ (6 человек). Пережили рубеж в 12 мес 10 и 4 больных соответственно; через 3 года после оперативных вмешательств живы были 6 и 3 пациента; к 5-летнему сроку в живых осталось 2 и 2 человека соответственно.

Больные, которым была показана лучевая и лекарственная противоопухолевая терапия, направлялись в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, ЦНИРРИ, Городской онкологический диспансер, кафедру рентгенологии и радиологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Отбор больных для лекарственного противоопухолевого лечения проводится консультантом химиотерапевтом-онкологом, имеющимся в штате отделения. Восемьерым больным с РПК химиотерапия проводилась непосредственно на отделении.

Больных описываемой группы объединяет объем выполнявшихся вмешательств.

Больные раком ЖГ и раком мочевого пузыря переводились из гинекологического или урологического отделений на хирургическое отделение после совместных операций, сопровождавшихся резекцией или экстирпацией ПК.

Больные с РПК поступали для лечения непосредственно на хирургическое отделение. Местно-распространенный характер опухолевого процесса или наличие отдаленных метастазов было установлено до операции у 142 (84%) из 169 больных.

Диагноз направления «Опухоль брюшной полости» был поставлен 27 больным с РПК и 7 больным с забрюшинными опухолями.



Рис. 2. Динамика выживаемости больных после комбинированных операций.

Достаточно большая доля несовпадений диагнозов объясняется сложностью клинических ситуаций у многих больных описываемой группы.

Несмотря на то, что опухолевый процесс у больных имел распространенный характер и соответственно сопровождался значительным угнетением иммунитета, показатели послеоперационной летальности удалось снизить в последние годы до 7,1%.

Показатели пятилетней выживаемости у больных с местно-распространенными опухолями не столь уже существенно отличаются от результатов радикального лечения в целом, составляя 49,1% при РПК и 52,6% — при раке женских гениталий.

Все вышеизложенное дает основание утверждать, что выполнение обширных хирургических вмешательств по поводу местно-распространенных и(или) метастазировавших опухолей органов малого таза вполне оправдано, так как может увеличить продолжительность жизни многих тысяч больных.

При должной оснащенности учреждения и квалификации хирургов значительная часть этой категории больных могут получать адекватную помощь в учреждениях общей лечебной сети.

В то же время нерешенным и требующим обсуждения на всех уровнях общества и государства остается вопрос финансового обеспечения КБ и расширенных операций по поводу злокачественных опухолей. Существующая на сегодняшний день структура бюджетов больниц и выплат страховых компаний обеспечивает не более 25–30% реальной стоимости этого дорогостоящего вида лечения. Остальные затраты ложатся на плечи самих пациентов.

Выводы. 1. При распространенных формах злокачественных образований органов малого таза показана активная хирургическая тактика.

2. Удаление всех опухолевых очагов, включая первичную опухоль и отдаленные метастазы, создает оптимальные условия для лекарственной и лучевой терапии, увеличивая продолжительность жизни больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бердов Б.А., Евдокимов Л.В., Почуев Т.П., Невольских А.А. Перспективы в лечении распространенного рака прямой кишки // Колопроктология. — 2002. — № 2. — С. 5–9.

2. Бондарь Г.В., Барсуков Ю.Ф., Башеев В.Х. Органосохраняющие резекции прямой кишки при раке // Хирургия. — 1998. — № 11. — С. 12–15.
3. Вагнер Р.И. Паллиативная хирургия в комплексном лечении онкологических больных // Тезисы докладов III Российской онкологической конференции. — СПб., 1999. — С. 16–18.
4. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными образованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1995 г. — М.: Медицина, 1996. — 267 с.
5. Кныш В.И., Горбунова В.А., Реутова Е.В. и др. Циторедуктивные операции при распространенном колоректальном раке // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов России. — Самара, 2003. — С. 242–243.
6. Симонов Н.Н., Рыбин Е.П., Максимов С.Я. и др. Расширенные и комбинированные операции на органах брюшной полости при распространенных опухолях женских гениталий // Вопр. онкол. — 1997. — Т. 43, № 6. — С. 650–653.
7. 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.
8. Чиссов В.И., Вашакмадзе В.А., Бутенко А.В. и др. Комбинированные вмешательства при колоректальном раке // Колопроктология. — 2002. — № 2. — С. 14–17.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. (заболеваемость и смертность). — М.: Медицина, 2003. — 284 с.
10. Miller A.R., Cantor S.B., Peoples G. E. et al. Quality of life and cost effectiveness analysis of therapy for locally recurrent rectal cancer // Dis. Colon Rectum. — 2000. — Vol. 43. — P. 1695–1703.
11. 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.
12. Woorhan G. Cancer statistics // Cancer J. for clinicians. — 2000. — P. 156–167.

Поступила в редакцию 16.12.2005 г.

V.V.Olejnik

EXPERIENCE IN TREATMENT OF LOCALLY DISSEMINATED AND METASTASIZING TUMORS OF ORGANS OF THE SMALL PELVIS UNDER CONDITIONS OF SURGICAL DEPARTMENT OF A CITY MULTIFIELD HOSPITAL

Combined, extended and cytoreductive operations for locally disseminated malignancies of the small pelvis organs have been widely used in the recent decade. The surgical method in this situation consists in a maximally possible ablation of all tumor foci, distant metastases included. Good equipment of the medical institution and proper qualification of the surgeons give low postoperative lethality and satisfactory long-term results.