
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Б.А. Мизаушев, А.Л. Канцалиев, З.С. Пшук

Кафедра госпитальной хирургии
Медицинский факультет КБГУ
ул. Чернышевского, 173, Нальчик, 360004

Проанализированы показатели общей и безрецидивной выживаемости у 200 больных злокачественными опухолями толстой кишки, получавших лечение в специализированном онкологическом учреждении и в отделениях экстренной хирургии. Показатели выживаемости у больных, оперированных в онкологии по поводу опухолей левой половины толстой кишки, статистически достоверно превышали показатели выживаемости больных, оперированных в экстренном порядке. Основной причиной смерти были осложнения послеоперационного характера, обусловленные исходными явлениями кишечной непроходимости и перитонита. Выявлена зависимость между недостаточным объемом удаляемого при операции участка толстой кишки и высокой вероятностью развития рецидива заболевания в течение первых 2 лет наблюдения. Одной из причин различий в эффективности лечения больных раком толстой кишки является низкое качество системного лечения у больных, оперированных в отделениях экстренной хирургии.

Одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии остается стенозирующий рак ободочной кишки [4, 8, 9, 11].

Послеоперационная летальность при удалении рака по экстренным показаниям по данным различных авторов в 3—10 раз выше, чем после плановых операций [6, 11], одной из причин этого может быть слабая теоретическая и практическая подготовка врачей первичных звеньев здравоохранения [1].

Цель исследования — провести сравнительный анализ результатов лечения рака толстой кишки в общехирургических и специализированных онкологических лечебных учреждениях.

Материалы и методы. Основой работы явился сравнительный анализ эффективности радикального хирургического лечения 200 больных раком левой половины толстой кишки ($T_{1-3}N_{0-1}M_0$), из которых 95 (47,5%) получали лечение в условиях онкологического стационара, а остальные были оперированы в хирургических отделениях г. Нальчика в 1981—2004 гг. Возраст больных — от 26 до 78 лет (в среднем $59,7 \pm 10,7$ лет). Пик заболеваемости раком толстой кишки приходился на возрастную группу 60—69 лет. Мужчины составили 92 (46,0%), женщины — 108 (54,0%). Преобладающим гистологическим типом обеих групп больных была железистая аденокарцинома умеренной степени дифференцировки (48,5%). Опухоли сигмовидной кишки обнаружены у 150 (75,0%) больных, нисходящего отдела — у 43 (21,5%), селезеночного изгиба ободочной кишки — у 7 (3,5%).

При анализе объема оперативных вмешательств в зависимости от локализации мы отметили явное преобладание числа obstructивных резекций по типу

Гартмана — у 52 (49,5%) больных, оперированных в хирургических отделениях. Операция Гартмана в условиях онкологического стационара произведена 21 (22,1%) пациенту. Экстренный характер госпитализации дал возможность выполнить левостороннюю гемиколэктомию 31 (29,5%) больному. В онкологическом стационаре количество аналогичных по объему оперативных вмешательств с удалением соответствующего сегмента ободочной кишки произведены 19 (20,0%) больным. Основная часть операций в отделениях плановой хирургии приходилась на резекцию сигмовидной кишки с одновременным восстановлением непрерывности кишечной трубки (55 (57,9%) больных, в экстренной хирургии — только 22 (21,0%) пациентов. В течение 1 года жизни генерализация опухолевого процесса или рецидив опухоли выявлена у 10 (9,5%) больных, оперированных в отделениях экстренной хирургии, и 2 (2,1%) больных, оперированных в онкологии. Сравнимые группы больных оказались сопоставимыми по полу, возрасту, стадийности и клинико-морфологическим характеристикам опухолевого процесса.

Результаты и их обсуждение. Исходные характеристики больного (пол, возраст) и особенности злокачественного процесса (гистологический вариант, стадия заболевания) в нашем исследовании не оказывали значимого влияния на показатели общей и безрецидивной выживаемости, последние на всех сроках наблюдения оказались более высокими у пациентов, оперированных в условиях онкологического стационара ($P < 0,05$). Сроки выявления рецидива после хирургического лечения основного заболевания в онкологическом стационаре составили $24,9 \pm 13,6$ мес. и $17,5 \pm 14,5$ мес. у больных, оперированных в экстренной хирургии. Прогрессирование заболевания явилось причиной смерти 6 больных (5,7%) из 105 оперированных в экстренном порядке. Рецидив рака после удаления первичного очага выявлен у 4 больных (через 7, 9, 10 и 11 месяцев с начала лечения). Проявления генерализации опухолевого процесса обнаружены у 2 больных. Причины смерти в течение 1 года жизни у больных с левосторонней локализацией опухоли после операций в хирургии и онкологии представлены в табл. 1.

Таблица 1

Причины смерти в течение 1 года жизни у больных с левосторонней локализацией опухоли после операций в хирургии и онкологии

Причины смерти	Хирургия	Онкология
Прогрессирование основного заболевания	$5,7\% \pm 2,2\%$ ($n = 6$)	0% ($n = 0$)
Послеоперационные осложнения хирургического характера	$20,9\% \pm 3,9\%$ ($n = 22$)	$3,2\% \pm 1,8\%$ ($n = 3$)
Интеркурентная патология	$5,7\% \pm 2,2\%$ ($n = 6$)	$7,4\% \pm$ ($n = 7$)
ВСЕГО	34	10

В ближайшем послеоперационном периоде из 95 больных, оперированных в онкологии от перитонита, развившегося вследствие несостоятельности межкишечных анастомозов, умерло 2, от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности умер 1, от интеркурентной патологии в течение 1 года жизни умерло 7 больных. От прогрессирования заболевания в течение 1 года жизни больные, оперированные в онкологии, не умирали. Наиболее частым осложнением был перитонит.

Влияние сопутствующей патологии, обусловленной преимущественно сердечно-сосудистыми заболеваниями и легочной патологией, на выживаемость имело принципиальное значение в течение первых двух месяцев после операции. В экстренной хирургии интеркуррентная патология послужила причиной смерти у 5,7% больных и у — 7,4% оперированных в условиях специализированного онкологического стационара. Достоверных различий показателей смертности от интеркуррентной патологии в сравниваемых группах больных не выявлено ($P > 0,05$).

Одногодичная летальность у больных, получавших лечение в онкологии, составила 10,5% (10 больных). Показатели одногодичной летальности в экстренной хирургии оказались достоверно более высокими и составили 32,4% (34 пациента). При этом показатели общей и безрецидивной выживаемости с достоверной разницей были ниже у больных, оперированных в хирургических отделениях, в отличие от пациентов, получавших лечение в специализированном онкологическом лечебном учреждении ($P < 0,05$). Показатели общей и безрецидивной выживаемости у больных с левосторонней локализацией опухоли представлены в диаграмме (рис. 1).

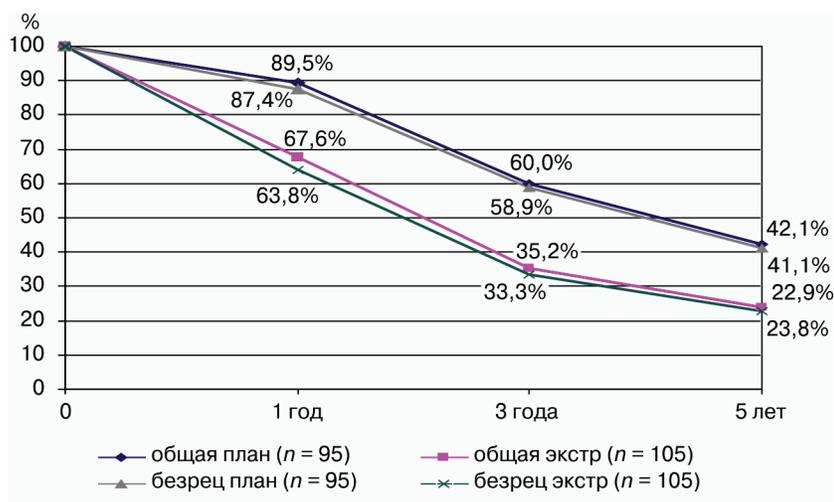


Рис. 1. Показатели общей и безрецидивной выживаемости у больных с левосторонней локализацией опухоли

Различия показателей общей и безрецидивной выживаемости при раке левой половины толстой кишки определили поиск причин, ведущих к недостаточной односторонней выживаемости у больных, оперированных по экстренным показаниям.

На наш взгляд, большее влияние на показатели выживаемости могли иметь статистически значимые ($P < 0,05$) различия в количестве больных, причиной смерти которых в течение 1 года после оперативного вмешательства явилось прогрессирование злокачественного процесса. Мнения большинства авторов в отношении сроков развития рецидивов и метастазов опухоли однозначны. Наиболее часто рецидивы возникают в течение первых 2 лет после операции [3, 5]. Некоторые исследователи считают, что возникновение рецидива опухоли в течение 3—6

месяцев после операции является результатом нерадикально проведенного хирургического вмешательства. При гистологическом исследовании у больных по линии отсечения препарата обнаруживаются клетки злокачественной опухоли [5]. В исследованной нами группе больных (200 наблюдений) лишь у одного пациента при патоморфологическом исследовании после операции Гартмана по линии отсечения обнаружены опухолевые клетки. Было высказано предположение о том, что операции в отделениях экстренной хирургии могли в экстренных условиях выполняться в недостаточно полном объеме. По данным А.М. Ганичкина, радикальность операции может быть обеспечена иссечением пораженного раковой опухолью участка кишечника, в пределах не менее 5—6 см в проксимальном и дистальном направлении от края опухоли, вместе с брыжейкой и окружающей клетчаткой, с пересечением кровеносных и лимфатических сосудов и удалением регионарных лимфатических узлов.

Для подтверждения этого предположения мы сопоставили и сравнили размеры удаляемой опухоли и длину резецированной кишки; расстояние от края опухоли до линии отсечения при резекции. По данным патогистологических исследований удаленного препарата мы определили средние значения расстояния от границ опухоли до линий отсечения; в онкологии оно составило $12,2 \pm 5,0$ см; в хирургическом стационаре $13,3 \pm 5,0$ см ($P > 0,05$). Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Средние размеры опухоли и длины удаляемого кишечника

Стационар	Размер опухоли	Длина резекции кишечника	Расстояние до линий отсечения
Онкология (n = 76)	$4,9 \pm 2,5$ см	$18,2 \pm 4,6$ см	$12,2 \pm 5,0$ см
Хирургия (n = 74)	$5,1 \pm 2,3$ см	$17,3 \pm 5,6$ см	$13,3 \pm 5,0$ см

В связи с этим вероятность прогрессирования заболевания в течение 2-летнего периода наблюдения рассматривалась в группах больных, у которых расстояние до линий отсечения удаляемого препарата было меньше и больше 13 см (диаграмма, рис. 2).

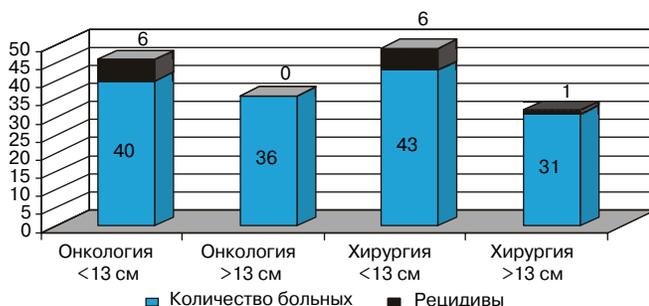


Рис. 2. Вероятность прогрессирования рака толстой кишки в зависимости от расстояния до линий отсечения

Среди больных, у которых расстояние до линий отсечения составило менее 13 см, различные проявления прогрессирования рака толстой кишки отмечены в 18,1% всех случаев; причем, местный рецидив заболевания выявлен в 12 из 15 случаев прогрессирования заболевания (14,5% от общего количества больных). Среди больных, у которых расстояние до линий отсечения составило более 13 см, прогрессирование рака толстой кишки отмечено лишь в 4,5% (3 больных) всех случаев (различия в сравниваемых группах статистически достоверны). Обращает на себя внимание тот факт, что местный рецидив заболевания был выявлен только у 1 пациента (1,5% от общего количества больных). Полученные результаты демонстрируют зависимость высокой вероятности развития рецидива злокачественной опухоли от недостаточного объема удаляемого отрезка кишечника и дают возможность высказать предположение о необходимости удаления опухоли отступая не менее 6—7 см в проксимальном и дистальном направлении от видимых границ опухоли, не опасаясь увеличения вероятности развития послеоперационных осложнений. Проведенный нами анализ не выявил достоверного влияния увеличения объема удаляемого кишечника на частоту развития осложнений послеоперационного характера (16,9% — при удалении менее 13 см; 16,4% — при удалении более 13 см) ($P > 0,05$).

Таким образом, различия в локальных характеристиках опухолевого процесса (размер опухоли, уровень инвазии, степень дифференцировки опухоли), а также особенности хирургической тактики (экстренный характер и вид операции, расстояние до линии отсечения удаляемого препарата) оказались недостаточными для аргументации причин, определяющих более высокую вероятность прогрессирования рака толстой кишки у больных, оперированных в условиях хирургического стационара. При распределении больных раком толстой кишки по стадиям заболевания гистологическое исследование удаленного при плановых операциях препарата выявило наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы лишь у 14,7% (14) больных раком толстого кишечника (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных раком толстой кишки по стадиям заболевания и вероятности прогрессирования опухолевого процесса

Стадия	Онкология	Хирургия
T2N0M0	31 (4)	12 (1)
T3N0M0	50 (5)	81 (15)
T2N1M0	2 (2)	4 (1)
T3N1M0	12 (3)	8 (0)

При этом вероятность прогрессирования заболевания у группы больных, оперированных в онкологии и имевших метастазы рака в регионарные лимфатические узлы, оказалась закономерно более высокой, чем у больных, не имевших признаков регионарного метастазирования (35,7% и 11,1%, соответственно; $P < 0,05$). В группе больных, оперированных в условиях экстренной хирургии, метастазы в лимфатические узлы выявлялись еще реже, чем в онкологическом стационаре (11,4%). Однако вероятность прогрессирования заболевания в группе

больных, у которых были выявлены метастазы в лимфатические узлы, оказалась более низкой (8,3%), чем у больных, не имевших признаков регионарного метастазирования (17,2%).

Парадоксальность полученных данных, с нашей точки зрения, могла объясняться недостаточным объемом лимфаденэктомии во время оперативного вмешательства, что подтвердилось обнаружением лимфатических узлов лишь у 67 больных из 200 (38 — в онкологии; 29 больных — в хирургии) и лишь у 26 из них, при исследовании удаленных при лимфодиссекции узлов, были найдены метастазы. Следовательно, у 133 пациентов предположение об отсутствии лимфогенного метастазирования носило условный характер, что вызывает обоснованные сомнения в истинности оценки степени распространенности опухолевого процесса (стадия заболевания) и адекватности влияния данного фактора на тактику дальнейшего системного лечения. По данным литературы, определению критериев выделения групп с неблагоприятными прогностическими признаками для дальнейшего планирования системной терапии в настоящее время уделяется значительное внимание [7, 14, 15, 16, 17].

Следует отметить, что в экстренной хирургии химиотерапия как дополнение к оперативному вмешательству проводилась значительно реже.

Современные рекомендации по лечению больных операбельным раком толстой кишки предполагают необходимость проведения химиотерапии у больных с неблагоприятными прогностическими факторами (стадия Duke's C, недифференцированные формы рака, поражение регионарных лимфатических узлов). Распределение больных раком по стадиям заболевания и частоте назначения химиотерапии представлено в табл. 4.

Таблица 4

**Распределение больных раком толстой кишки
в зависимости от стадии заболевания и варианта лечения**

Стадия по Duke's	Онкологический стационар		Хирургический стационар	
	операция	операция + Х/Т	операция	операция + Х/Т
Duke's A B ₁ *	0%	0%	0%	0%
Duke's B ₂₋₃ *	58,0% ± 5,5%	42,0% ± 5,5%	74,2% ± 4,5%	25,8% ± 4,5%
Duke's C	28,6% ± 12,1%	71,4% ± 12,1%	75,0% ± 12,5%	25% ± 12,5%

Анализируя адекватность назначения системного лечения, мы обратили внимание на то, что при назначении химиотерапии больным, оперированным в экстренной хирургии, прогностические факторы во внимание не принимались (дополнительное системное лечение получили 25,8% при стадии B₂₋₃; и лишь 25,0% при стадии C по Duke's). Среди больных, имевших стадию C по Duke's, системное лечение в онкологическом стационаре получили 71,4% больных, что соответствует современным представлениям о тактике лечения при раке толстой кишки.

Таким образом, полученные нами данные дают возможность рассматривать в качестве основной причины, объясняющей различия показателей общей и безрецидивной выживаемости больных, получавших лечение в онкологических стационарах и отделениях экстренной хирургии, неадекватность оценки степе-

ни распространенности опухолевого процесса и недооценку клинико-морфологических факторов прогноза при назначении химиотерапии.

Различия показателей общей и безрецидивной выживаемости оказались достоверно более высокими у больных, оперированных в онкологии, в сравнении с больными, оперированными в хирургических стационарах, и наиболее наглядно проявлялись при левосторонней локализации злокачественной опухоли; пол, возраст, гистологический вариант и стадия заболевания не оказывали значимого влияния на показатели выживаемости.

Наиболее частой причиной смерти закономерно являются осложнения послеоперационного характера, развивающиеся вследствие наличия исходных явлений кишечной непроходимости и перитонита у больных, оперированных по экстренным показаниям.

Прогрессирование в виде местного рецидива заболевания в течение 1 года после оперативного вмешательства отмечалось достоверно чаще у больных, оперированных с недостаточным объемом удаляемых тканей (расстояние до линии отсечения менее 13 см). Увеличение объема удаляемых тканей, снижая вероятность развития местного рецидива, не увеличивает частоту развития послеоперационных осложнений.

При морфологических исследованиях резецированных участков ободочной кишки в 33,5% случаев были выявлены лимфоузлы, что свидетельствует о неадекватной оценке распространенности опухолевого процесса, недооценке факторов прогноза при выборе тактики системного лечения больных раком толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Брискин Б.С., Смаков Г.М., Антоян С.Т. Диагностика и лечение кишечной непроходимости при раке ободочной кишки // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1989. — № 10. — С. 123—125.
- [2] Ганичкин А.М. Рак толстой кишки. — М.: Медицина, 1970. — С. 242.
- [3] Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Отдаленные результаты лечения рака ободочной кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1981. — № 11. — С. 43—45.
- [4] Клемперт А.Я., Мартынюк В.В., Демин В.Н. Неотложные операции при осложненных формах рака ободочной кишки // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1986. — № 9. — С. 38—41.
- [5] Нуров А.У. Повторные хирургические вмешательства при раке толстой кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1975. — № 6. — С. 87—90.
- [6] Рябцев В.Г., Кобец В.А., Чакветадзе Б.Н. Результаты хирургического лечения больных с осложненными формами рака ободочной кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1982. — № 5. — С. 66—71.
- [7] Симонов Н.Н., Правосудов И.В., Гуляев А.В. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С.14—18.
- [8] Стручков В.И., Лапин М.Д. О хирургическом лечении рака толстой кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1965. — № 6. — С. 69—75.
- [9] Соловьёв И.Е. Результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью // Практическая онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1—2. — С. 40—42.

- [10] Шапкин В.С., Пирогова Э.С. Экстренная хирургия осложненных форм рака толстой кишки // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1978. — № 11. — С. 61—66.
- [11] Эсперов Б.Н., Березовский Е.Б. Обтурационная непроходимость толстой кишки раковой этиологии // Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1979. — № 6. — С. 45—48.
- [12] Huddy S., Shorthouse J., Marks C. The surgical treatment of intestinal obstruction due to left sided carcinoma of the colon // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. — 1988. — V. 70 (1). — P. 40—43.
- [13] Kashtan N. Right and left colon carcinoma // J. Surg. Oncol. — 1987. — V. 35 (4). — P. 245—248.
- [14] Merkel S., Wein A., Gunther K. et al. High-risk groups of patients with Stage II colon carcinoma // Cancer. — 2001. — V. 92 (6). — P. 1435—43.
- [15] Swanson R., Compton C., Stewart A. et al. The prognosis of T3N0 colon cancer is dependent on the number of lymph nodes examined // Ann. Surg. Oncol. — 2003. — V. 10 (1). — P. 65—71.
- [16] Compton C., Greene F. The staging of colorectal cancer // CA Cancer J. Clin. — 2004. — V. 54 (6). — P. 295—308.
- [17] Jessup M., McGinnis L., Steele G. et al. The National Cancer Data Base Report on colon cancer // Cancer. — 1996. — National Cancer Data base Annual Review of Cancer Patient Care.

THE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF RADICAL TREATMENT OF PATIENTS CANCER OF THE LEFT HALF OF THICK GUT IN HOSPITALS SURGICAL AND ONCOLOGICAL STRUCTURE

B.A. Mizaushev, A.L. Kancaliev, Z.S. Pshukov

Faculty of hospital surgery
Medical faculty KBGU

Chernyshevskogo str., 173, Nalchik, 360004

Parameters of the general and unrecidivating survival rate at 200 thick guts sick by malignant tumours received treatment in specialized oncological establishment and in branches of emergency surgery are analysed. Development of obstructive intestinal impassability met more often at tumours of the left half of thick gut, unlike tumours right-hand localization. Parameters of survival rate at the patients operated in oncology in occasion of tumours of the left half of a thick gut, statistically authentically exceeded parameters of survival rate of the patients operated in the emergency order. A principal cause of death was the complications of postoperative character caused by the initial phenomena of intestinal impassability and peritonitis. Dependence between insufficient volume of a site of a thick gut deleted at operation and high probability of development of relapse of disease within the first 2 years of supervision is revealed. The reason of distinctions in efficiency of treatment sick of a cancer of a thick gut is poor quality of system treatment at the patients operated in branches of emergency surgery, in connection with an incorrect estimation of prevalence of tumoral process and the subsequent underestimation adverse prognostic factors.