



УДК 616.35-006.6-089-036.87:616-08-059:614.2

РЕЦИДИВЫ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И МЕТОДЫ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

**О.И. КИТ, Ю.А. ГЕВОРКЯН
В.Х. АНАПАЛЯН, В.А. ДОНЦОВ
В.Е. КОЛЕСНИКОВ,
Д.С. ПЕТРОВ
Е.М. НЕПОМНЯЩАЯ**

*Ростовский
научно-исследовательский
онкологический институт*

*e-mail: gevorkyan.ooo @
mail.ru*

Представлен анализ историй болезни 40 пациентов с рецидивами рака прямой кишки. Оперативное лечение по поводу первичной опухоли прямой кишки в онкоучреждении (РНИОИ) получили 4 (10,0%) пациента, остальные 36 (90,0%) – в хирургических стационарах общелечебной сети. После операции 23 (57,5%) больных из 40 были подвергнуты дополнительной терапии: химиотерапии – 16 человек, лучевой – 7. В 10 случаях рецидивы рака возникли в первые 4 – 6 месяцев наблюдения, что позволяет говорить о продолженном росте опухоли и нерадикальности проведенного хирургического вмешательства, при этом все пациенты получили лечение в стационарах общелечебной сети. Стремление к органосохраняющим операциям, определение адекватного объема хирургического вмешательства в каждом конкретном случае должны тщательно оцениваться хирургом. Проведенное исследование показало, что онкологические больные должны быть госпитализированы в профильные специализированные стационары, что определит адекватно тактику лечения и прогноз заболевания.

Ключевые слова: рецидив, рак прямой кишки, оперативное вмешательство, химиотерапия.

Проблема лечения рака прямой кишки продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных онкологов. Во многом это обусловлено ростом заболеваемости раком данной локализации в развитых странах. В 2010 г. в России рак прямой кишки занимал 7 место в структуре онкологической заболеваемости и составил 5% [8]. При этом отдаленные результаты хирургического лечения оставляют желать лучшего, 5-летняя выживаемость не превышает 50-55% [4, 7, 3, 14]. Попытки повысить радикальность расширением объема вмешательства (выполнением тотальной мезоректумэктомии и др.) позволили добиться лишь некоторого снижения частоты местных рецидивов [12, 11]. Лечение рецидивных опухолей является одной из проблем современной клинической онкологии. Понятию рецидива опухолей посвящено исследование Франка Г.А. (2006) [13], предлагающего говорить о рецидивной болезни и выделять следующие категории рецидивов: продолженный рост, возобновленный рост, новый рост, локо-регионарное распространение, прораствание соседних органов, отдаленные метастазы в лимфатические узлы и органы. Эти варианты, по мнению автора, имеют существенное значение для оценки прогноза и выбора адекватной тактики лечения. Иммуногистохимические методы, помогаая в определении гистогенеза и биологических свойств опухоли, лишь в редких случаях дают возможность уточнить вариант рецидивной болезни. Что касается рака прямой кишки, то частота возникновения рецидивов достигает 45%, и наряду с отдаленными метастазами локорегионарные рецидивы являются одной из главных причин смерти больных [2, 5, 9, 1].

Ведущим методом лечения больных раком прямой кишки, определяющим ближайшие и отдаленные результаты, является хирургический. На сегодняшний день изменилась не только сама техника операций, но и стратегия, и тактика хирургического лечения – органосохраняющая и функционально-щадящая направленность является приоритетной. Скрытое течение болезни, отсутствие яркой манифестации на ранних стадиях заболевания приводят к тому, что 60-80% пациентов с опухолями толстой кишки обращаются за помощью с распространенными, запущенными процессами, а в связи с развившимися осложнениями нередко госпитализируются в хирургические отделения стационаров общего профиля [6]. Схемы лечения в таких стационарах разработаны для пациентов с экстренной хирургической патологией и не всегда учитывают особенности лечения онкобольных, в связи с наступившим осложнением преобладает синдромный подход, а опухоль рассматривается как одна из причин ургентного состояния, требующего экстренного вмешательства. Решение онкологических проблем откладывается на более поздние сроки, что неизбежно затягивает лечение и ухудшает его результаты. Кроме того, в своем стремлении к выполнению органосохраняющих операций хирурги могут нарушить грань, разделяющую радикальные и нерадикальные вмешательства. Только онколог, обладающий специальными знаниями и профессиональным опытом, может определить адекватный объем хирургического вмешательства в каждом конкретном случае, а затем дополнить его противоопухолевыми методами лечения (химиотера-



пелвическим или лучевым) в зависимости от степени распространенности процесса, характера роста опухоли и степени ее агрессивности.

Цель работы – оценить некоторые причины возникновения рецидивов рака прямой кишки.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 40 больных раком прямой кишки, обратившихся в 2008- 2009 гг. в поликлинику института по поводу рецидива опухоли. Мужчин было 26 человек, женщин – 14 в возрасте от 40 до 70 лет. Изучены локализация первичной опухоли в прямой кишке, распространенность опухолевого процесса, объемы выполненных оперативных вмешательств, рассмотрены лечебные учреждения, в которых проводилось предыдущее лечение. Проанализированы сроки возникновения рецидивов рака прямой кишки и их лечение.

Результаты и обсуждение. Проанализированы истории болезни 40 больных с рецидивом рака прямой кишки. Частота локализации первичной опухоли в различных отделах прямой кишки представлена в табл. 1. Следует отметить, что рецидивы рака чаще возникали при анальном и нижеампулярном поражении прямой кишки, что соответствует литературным данным [10].

Таблица 1

Локализация опухоли	Число больных (n=40)
Анальный канал	4 (10%)
Нижнеампулярный отдел	23 (57,5%)
Среднеампулярный отдел	4 (10%)
Верхнеампулярный отдел	6 (15%)
Ректосигмоидный отдел	3 (7,5%)

Стадии первичного злокачественного процесса представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных по стадиям, абс. ч. (%)

Число больных	II стадия		III стадия			
	T ₃ N ₀ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀	T ₃ N ₂ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀	T ₄ N ₂ M ₀
40	13 (32,5%)	11 (27,5%)	4 (10%)	2 (5%)	8 (20%)	2 (5%)

Как видно из табл. 2, все больные впервые выявлены в T₃, T₄ стадии опухолевого процесса, при этом у 24 пациентов отсутствовали метастазы в регионарные лимфатические узлы. Структура произведенных операций представлена в табл. 3.

Таблица 3

Объем выполненных оперативных вмешательств при первичном раке прямой кишки, абс.ч. (%)

Количество операций	Виды операций			
	Брюшно-анальная резекция	Передне-верхняя резекция	Операция Гартмана	Брюшно-промежностная экстирпация
40	4 (10%)	9 (22,5%)	4 (10%)	23 (57,5%)

Из 40 больных с рецидивом опухоли оперативное лечение по поводу первичного рака прямой кишки в онкологическом стационаре (Ростовский НИИ онкологии) проведено 4 (10%) пациентам, остальным 36 (90%) – в хирургических стационарах общелечебной сети. Этот факт уже сам по себе имеет большое значение в плане оценки адекватности проведенного лечения и прогноза течения заболевания.

Так, после операции по поводу рака прямой кишки лишь 23 (57,5%) пациента из 40 подвергнуты дополнительной терапии: химиотерапии – 16 человек и лучевой – 7.

При этом отмечено, что рецидивная опухоль локализовалась внутрикишечно в 14 случаях, внекишечно – у 26 пациентов.

Прослежены сроки возникновения рецидивов у больных раком прямой кишки (табл. 4).



Таблица 4

Сроки выявления рецидивов рака прямой кишки

Число рецидивов	Сроки выявления рецидивов (в мес.)										
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	77 (6,5 лет)
40	-	10	8	8	4	5	1	1	1	1	1

В течение первого года после лечения рецидивы рака выявлены у 26 (65%) больных и у 11 (27,5%) – в течение второго года наблюдения. При этом из 26 рецидивов, зарегистрированных в первый год после лечения, в 10 (38,7%) случаях рецидивы выявлены через 4-6 месяцев после операции, что позволяет говорить о продолженном росте опухоли и нерадикальности предпринятого хирургического вмешательства. Все 10 пациентов пролечены в хирургических стационарах общелечебной сети гг. Ростова и Краснодара. Объем оперативных вмешательств у этой группы больных был следующим: двум пациентам выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, четверем – резекция прямой кишки, в четырех случаях – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Послеоперационная лучевая терапия ни одному из пациентов не назначалась, адъювантную химиотерапию после операции получили лишь три человека.

При анализе группы больных (8 человек), у которых рецидивы выявлены через 7 – 9 месяцев после операции, брюшно-промежностная экстирпация выполнена в трёх случаях, брюшно-анальная резекция прямой кишки – у одного больного, у четырех пациентов выполнена резекция прямой кишки. Адъювантную химиотерапию получили четыре человека.

При анализе группы больных с рецидивами в сроки от 10 до 12 месяцев после операции (8 человек) в одном случае была выполнена брюшно-анальная резекция, у двух больных – операция Гартмана, в остальных пяти случаях – брюшно-промежностная экстирпация. Два пациента получили в последующем лучевое лечение, один больной – химиотерапию.

Анализ полученных данных показал, что рецидивы после операции в сроки до одного года были обнаружены у 26 человек, при этом все они были прооперированы по поводу первичной опухоли прямой кишки в хирургических отделениях общелечебной сети.

Больным с рецидивами рака прямой кишки в институте произведены следующие оперативные вмешательства: эвисцерация органов малого таза – в трех случаях, экстирпация прямой кишки после резекции – шести больным и удаление рецидива после экстирпации прямой кишки – шести пациентам. Все больные получили дополнительное лечение.

Проведен анализ четырнадцати случаев, когда рецидивы возникли в сроки от 1 года до 6,5 лет (табл. 4). Из них в 4 случаях пациенты получили комплексное лечение по поводу первичного рака прямой кишки в онкологическом стационаре. У двух больных рецидивы выявлены через 14 и 17 месяцев после экстирпации прямой кишки в отделении общей онкологии, в последующем они получили лучевое лечение в СОД 40 греЙ и по 4 курса химиотерапии. У двух больных рецидивы возникли, соответственно, через 25 месяцев и 6,5 лет после экстирпации прямой кишки в нашем отделении. Им произведено удаление рецидива с последующим лучевым лечением в СОД 40 греЙ и шестью курсами химиотерапии по схеме Folfox-6. Остальные десять пациентов пролечены по поводу первичной опухоли прямой кишки в хирургических стационарах общелечебной сети: одному больному выполнена передняя резекция прямой кишки, двум – операция Гартмана, в семи случаях – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. В этих наблюдениях послеоперационная лучевая терапия проведена одному больному, адъювантную химиотерапию получили четыре человека. По поводу возникших рецидивов рака прямой кишки в институте им произведены следующие оперативные вмешательства: эвисцерация органов малого таза в одном случае, экстирпация прямой кишки – двум больным, удаление рецидива после экстирпации прямой кишки – трем пациентам. Все больные получили химио-лучевое лечение.

Известно, что при выборе объема операции необходимо учитывать помимо стадии процесса форму роста опухоли, т.к. органосохраняющие операции при инфильтративных формах роста вызывают сомнения в радикальности хирургического вмешательства. Стремление к органосохраняющим операциям, определение адекватного объема хирургического вмешательства в каждом конкретном случае должны тщательно оцениваться хирургом. Назначение комбинированного и комплексного лечения, включающего операцию с использованием противоопухолевых методов лечения (лучевого и / или химиотерапевтического), определяется прогностическими факторами: распространенностью процесса, характером роста опухоли, гистотипом, степенью дифференцировки опухоли, требует специальных знаний и профессионального опыта онколога.



Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что онкологические больные на всех этапах противоопухолевого лечения должны быть госпитализированы в профильные специализированные стационары, что определяет адекватность лечения и прогноз заболевания.

Литература

1. Айязбаев, Н.Б. Непосредственные результаты хирургического лечения рака прямой кишки / Н.Б. Айязбаев, Ю.В. Войновский, И.И. Новиков // УП съезд онкологов и радиологов стран СНГ, 5–7 сентября 2012 г.-Астана, 2012.- С. 176-177.
2. Полирадиомодификация в комбинированном лечении рака прямой кишки: обоснование, результаты, перспективы / Ю.А. Барсуков [и др.] // Материалы I съезда колопроктологов СНГ. –Ташкент, 2009.- С.171-172.
3. Сфинктеросохраняющее лечение больных раком дистального отдела прямой кишки в условиях комплексной терапии / Ю.А. Барсуков [и др.] // УП съезд онкологов и радиологов стран СНГ, 5-7 сентября 2012г.-Астана, 2012.- С. 181.
4. Наш опыт лечения рака прямой кишки / Д.И. Дёмин [и др.] // Современные технологии в онкологии: Материалы УI Всероссийского съезда онкологов.- Ростов-на-Дону: ЗАО « Книга», 2005.-Т. 1.- С.252.
5. Ерошкин, П.В. Внутритазовая химиотерапия с гипертермией в лечении местнораспространённого рака прямой кишки / П.В. Ерошкин, Е.Г. Рыбаков, М.В. Алексеев // Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа: Сб. материалов науч.-практ. конф. с международным участием, 29-30 октября 2009 г.-М.:Издательский дом «Кодекс», 2009.- Т.1.- С.161.
6. Местнораспространенный рак прямой кишки – пути улучшения результатов лечения / Д.В. Ерыгин [и др.] // Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа: Сб. материалов науч.-практ. конф. с международным участием, 29-30 октября 2009г.- М.: Издательский дом «Кодекс», 2009.- Т.1.- С.18-19.
7. В.М. Ефетов Рецидивы рака прямой кишки / В.М. Ефетов, С.В. Ефетов, О.Н. Черипко // Онкология.- 2006.- Т.8, № 2.- С.176-180.
8. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова , В.В. Старинского , Г.В. Петровой.- М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012.-260с.
9. Избагамбетов, Н.А. Анализ комбинированного лечения рака прямой кишки Н.А. Избагамбетов //Материалы УI съезда онкологов и радиологов стран СНГ, 1-4 октября 2010г.- Душамбе, 2010.- С. 187.
10. Наврузов, С.Н. Ближайшие результаты комплексного лечения нижеампулярного рака прямой кишки / С.Н. Наврузов, А.М. Хахимов, С.С. Худоев // Материалы I съезда колопроктологов СНГ. -Ташкент, 2009.- С. 126-127.
11. Лимфодиссекция в хирургическом лечении рака прямой кишки / С.Н. Наврузов [и др.] // Колопроктология.- 2011.- № 3 (37) приложение.- С. 80.
12. Роль тотальной мезоректумэктомии в снижении местных рецидивов при раке среднеампулярного отдела прямой кишки / В.А. Порханов [и др.] // Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа: Сб. материалов науч.-практ. конф. с международным участием, 29-30 октября 2009г.- М.: Издательский дом «Кодекс», 2009.- Т.2.- С.24.
13. Франк, Г.А. Рецидивы опухолей. Понятие, сущность, терминология / Г.А. Франк // Рос. онкол. ж.- 2006.- № 3.- С.50- 52.
14. Результаты выполнения мультивисцеральной резекции по поводу местно – распространенного рака прямой кишки / И.Б. Щепотин [и др.] // УП съезд онкологов и радиологов стран СНГ, 5-7 сентября 2012г.- Астана, 2012.- С.211.

RECTAL CANCER RECURRENCES AND METHODS OF THEIR PREVENTION

Analysis of 40 patients with colorectal cancer recurrence is presented. Surgical treatment for the primary tumor at Rostov Cancer Research Institute were performed to 4 (10.0%) patients, the rest of patients 36 (90.0%) received medical care in the surgical hospitals of general health network. After the operation, 23 (57.5%) of 40 patients underwent adjuvant therapy: chemotherapy – 16 people, radiation – 7. In 10 cases cancer recurrences occurred in the first 4 – 6 months of observation, which suggests a continuation of the growth of the tumor and non-radical surgical intervention, all patients were treated in hospitals general health network. The desire for conserving surgery, definition of an adequate level of surgical intervention in each case must be carefully evaluated by surgeon. The study showed that cancer patients needed to be hospitalized to relevant specialized hospitals, which will determine the appropriate treatment and prognosis.

**O.I. KIT, YU.A. GEVORKYAN
V.H. ANAPALYAN
V.A. DONTZOV, V.E. KOLESNIKOV
D.S. PETROV
E.M. NEPOMNYASCHAYA**

*Rostov Cancer
Research Institute*

e-mail: gevorkyan.000 @ mail.ru

Keywords: recurrence, rectal cancer, surgery, chemotherapy.