

Тези науково-практичної конференції «Подільські дні онкології. Сучасна онкопроктологія» (6 вересня 2019 р., м. Кам'янець-Подільський, Україна)

Гордійчук П.І., Гордійчук М.П., Гринчук С.О.
Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Категорії місцево-поширеного раку прямої кишки

Актуальність. Проблема лікування хворих на рак прямої кишки нині є актуальною у зв'язку з динамічною постійною ростом захворюваності в усьому світі та високими показниками щорічної смертності. Одним із важливих питань діагностики та лікування хворих на рак прямої кишки є місцево-поширений рак, який діагностується, за літературними даними, у 22–49,4 % хворих. Єдиного розуміння місцево-поширеного раку прямої кишки (МППК) серед онкохірургів, онкологів не існує. Так, переважна більшість закордонних колег характеризують його як пухлину, що проростає за межі м'язового шару прямої кишки ($\geq T_3$ чи N+) тобто з II, ІІВ стадії за TNM, тоді як інші вважають за нерухому або малорухому пухлину, яка вражає кишку впродовж 10 см і проростає всю стінку кишки з поширенням на сусідні органи. Тому дискусії з цього питання є важливими і потрібними для визначення підходів у діагностиці, вибору тактики лікування, порівняння отриманих результатів. **Мета дослідження:** на підставі клініко-інструментальних чинників виділити категорії МППК, що дозволить розробити для кожної з них діагностичний і лікувальний алгоритм із можливістю оцінювати і порівнювати отримані результати лікування. **Матеріали та методи.** За період з 2004–2018 рр. в абдомінальному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру прооперовано 3543 хворі на рак прямої кишки, серед яких у 662 (18,68 %) діагностовано місцево-поширений рак. Характеристика хворих свідчила про вірогідну перевагу хворих жіночої статі над чоловічою, середній вік пацієнтів становив $56,30 \pm 5,22$ року, переважала локалізація пухлини в середньо- та нижньоампулярному відділах із достат-

ньо великою кількістю (33,75 %) слизопродуючої аденокарциноми. Хворим проведено комплекс протокольних обстежень відповідно до міжнародних стандартів з обов'язковим виконанням СКТ, МРТ, за потреби — ПЕТ-КТ. **Результати та обговорення.** На підставі отриманих результатів дослідження хворі розподілені на 3 категорії МППК. До *першої категорії* були включені 384 (58,01 %) пацієнти, у яких символ T_4 характеризувався проростанням пухлини за межі ректального фасціального простору, в оточуючі тканини, структури малого таза, а також не було ознак гнійно-деструктивного вогнища, проростання пухлини в порожнисті органи. Хворі цієї категорії підлягали лікуванню за такою схемою: на першому етапі комплексного лікування проведена хіміопроменева терапія за класичним фракціонуванням із доведенням СДО до 50–55 Гр з інфузією 5-Fu чи перорально капецитабіну з подальшим виконанням хірургічного втручання через 6 тижнів; на третьому етапі проведена поліхіміотерапія за результатом патогістологічного дослідження. До *другої категорії* МППК включено 227 (34,29 %) хворих із проростанням пухлини у порожнисті органи (сечовий міхур, піхву, матку, тонку кишку, сечовід та ін.), в яких діагностували гнійно-деструктивне вогнище, умовно резектабельні метастази печінки. Після передопераційної підготовки хворим на першому етапі виконано хірургічне втручання, на другому етапі, за результатами гістологічного дослідження, проводилась ад'ювантна поліхіміотерапія, у близько 20 % випадків — у комбінації з променевою терапією за методикою «сендвіч». *Третю категорію* становив 51 (7,70 %) хворий ($T_4N_{0-1-2}M_1$ (hep \pm pulm)), в яких діагностовано невідкладну хірургічну патологію як наслідок пухлинного процесу, що вимагала екстреного хірургічного втручання, з ознаками декомпенсованої супровідної патології, а також 52,94 % пацієнтів, у яких діагностовано множинні метастази печінки. Після короткочасної передопераційної підготовки виконано симптоматичне хірургічне втручання з подальшим проведенням по можливості паліативних курсів по-

(2,7 %), жінок — 2 (2,7 %). Пухлина розташовувалася у верхньоампулярному відділі у 2 пацієнтів (2,7 %). Звичайно після закінчення ПК променеві реакції у вигляді променевого ректиту 1–2-го ступеня спостерігалися у 20 пацієнтів (29,4 %) частіше і були більш вираженими, ніж після КК; при ПК — у 20 пацієнтів (29,4 %), а після КК — в 1 пацієнта (1,5 %). Виявлявся тільки проктит 1-го ступеня. Слід відзначити, що через 6–8 тижнів після ПК спостерігалася зменшення променевих реакцій, їх число було вже в два рази менше, ніж після КК, — 17,9 % (12 пацієнтів). Проктит 1–2-го ступеня був у 20 хворих (29,4 %), яким проводився ПКПТ. У багатьох країнах, відповідно до посібників NCCN, ESMO, передопераційна ПТ повинна проводитися хворим із високим ризиком місцевого рецидиву, в тому числі II стадії ($T_3N_0M_0$). ESMO також рекомендує проводити передопераційне лікування залежно від групи ризику, що оцінюється за МРТ, наявності уражених лімфовузлів, відстані від ануса, інвазії мезоректальної клітковини, судинної інвазії. **Висновки.** Застосування в терапії РПК передопераційного променевого лікування в комбінації з радіомодифікацією капецитабіном, у подальшому доповненого ад'ювантним хіміотерапевтичним лікуванням, може зменшити ймовірність розвитку рецидиву злоякісного процесу. IMRT має більш прогресивний характер лікування та сприяє зменшенню променевих реакцій органів малого таза порівняно зі стандартною конформною променевою терапією.

*Ткаченко О.І., Четверіков С.Г.,
Максимовський В.Є., Онищенко В.І.,
Четверікова-Овчинник В.В.
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Циторедуктивні оперативні втручання у комплексному лікуванні хворих із місцево-поширеним та метастатичним колоректальним раком

Актуальність. Щорічно у світі реєструють близько 1,2 мільйона випадків колоректального раку. У структурі захворюваності на злоякісні онкологічні процеси колоректальний рак посідає одне з перших місць і становить 23,3 %. В Україні загальна кількість випадків захворювання у 2017 р. дорівнювала 9160. Приріст абсолютного числа хворих у 2017 р. порівняно з 2016 р. досягнув 5,0 %. Смертність від колоректального раку була і залишається високою — більше ніж 60 % пацієнтів помирають від прогресування протягом 5 років після радикальної операції. Близько половини пацієнтів із цією патологією надходять до ургентних стаціонарів з клінікою ускладненого перебігу пухлинного процесу. У високого процента пацієнтів при первинному зверненні вже наявні віддалені метастази та перитонеальний карциноматоз. Такі хворі не отримують спеціального лікування та протягом року з моменту встановлення від прогресування захворювання, розвитку ускладнень онкологічного процесу помирають 33,3 % хворих, за даними Національного канцер-реєстру. Для колоректального раку характерне місцеве метастазування, обмежене гематоперитонеальним бар'єром, тому він є перспективним для виконання циторедуктивних оперативних втручань (CRS). Оптиміальна циторедукція призводить до зменшення залишкового об'єму пухлини, що, в свою чергу, сприяє кращій хіміочутливості, зменшує процент пухлинних ускладнень та ускладнень від поліхіміотерапії. CRS спрямована на покращення якості життя хворих, позбавлення тяжких ускладнень пухлинного процесу, забезпечення можливості проведення системної хіміотерапії. Виконання симптоматичних оперативних втручань не покращує віддалені результати цих хворих незалежно від наявності додаткового лікування. **Метою** нашої роботи було дослідження клінічної ефективності застосування комплексної терапії з використанням CRS, а також HIPEC (інтраопераційної високотемпературної хіміоперфузії) черевної порожнини у хворих на місцево-поширений і метастатичний колоректальний рак, а також визначення факторів прогнозу у таких пацієнтів після проведеного комплексного лікування. В цій роботі наведено ретроспективний аналіз виконання CRS як складової комплексного лікування хворих із місцево-поширеним та метастатичним колоректальним раком для популяризації принципів сучасної онкології щодо покращення результатів лікування. **Матеріали та методи.** З 2013 по 2018 р. у Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) проходили спеціальне хірургічне лікування з приводу місцево-поширеного та метастатичного колоректального раку (критерій M_1 і/або T_4 за класифікацією TNM) 128 пацієнтів (53 чоловіки і 75 жінок). Первинна локалізація пухлини ободової і прямої кишок — у 120 хворих, первинно-множинний рак — у 8 пацієнтів. Середній вік хворих становив $59,4 \pm 5,3$ року. Обсяг оперативного втручання був оцінений як оптимальна або субоптимальна циторедуктивна операція, обсяг якої визначався залежно від результатів виконаних інструментальних досліджень (КТ, МРТ, ПЕТ-КТ) та інтраопераційно. В 11 хворих була проведена процедура HIPEC черевної порожнини препаратами цисплатину та доксірубіцину. Чотирьох пацієнтів у терміни від 1 до 3 місяців після процедури HIPEC було прооперовано з виконанням оптимального або субоптимального обсягу CRS. Усім хворим в ад'ювантному режимі проводилась системна поліхіміотерапія за стандартними схемами. В усіх хворих інтраопераційно визначався індекс перитонеального карциноматозу (PCI) за Paul H. Sugarbaker, що використовується як непрямий показник можливості виконання повної циторедукції, та індекс повноти циторедукції (CCS). Обсяг виконаного оперативного втручання залежав від

ентів при первинному зверненні вже наявні віддалені метастази та перитонеальний карциноматоз. Такі хворі не отримують спеціального лікування та протягом року з моменту встановлення від прогресування захворювання, розвитку ускладнень онкологічного процесу помирають 33,3 % хворих, за даними Національного канцер-реєстру. Для колоректального раку характерне місцеве метастазування, обмежене гематоперитонеальним бар'єром, тому він є перспективним для виконання циторедуктивних оперативних втручань (CRS). Оптиміальна циторедукція призводить до зменшення залишкового об'єму пухлини, що, в свою чергу, сприяє кращій хіміочутливості, зменшує процент пухлинних ускладнень та ускладнень від поліхіміотерапії. CRS спрямована на покращення якості життя хворих, позбавлення тяжких ускладнень пухлинного процесу, забезпечення можливості проведення системної хіміотерапії. Виконання симптоматичних оперативних втручань не покращує віддалені результати цих хворих незалежно від наявності додаткового лікування. **Метою** нашої роботи було дослідження клінічної ефективності застосування комплексної терапії з використанням CRS, а також HIPEC (інтраопераційної високотемпературної хіміоперфузії) черевної порожнини у хворих на місцево-поширений і метастатичний колоректальний рак, а також визначення факторів прогнозу у таких пацієнтів після проведеного комплексного лікування. В цій роботі наведено ретроспективний аналіз виконання CRS як складової комплексного лікування хворих із місцево-поширеним та метастатичним колоректальним раком для популяризації принципів сучасної онкології щодо покращення результатів лікування. **Матеріали та методи.** З 2013 по 2018 р. у Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) проходили спеціальне хірургічне лікування з приводу місцево-поширеного та метастатичного колоректального раку (критерій M_1 і/або T_4 за класифікацією TNM) 128 пацієнтів (53 чоловіки і 75 жінок). Первинна локалізація пухлини ободової і прямої кишок — у 120 хворих, первинно-множинний рак — у 8 пацієнтів. Середній вік хворих становив $59,4 \pm 5,3$ року. Обсяг оперативного втручання був оцінений як оптимальна або субоптимальна циторедуктивна операція, обсяг якої визначався залежно від результатів виконаних інструментальних досліджень (КТ, МРТ, ПЕТ-КТ) та інтраопераційно. В 11 хворих була проведена процедура HIPEC черевної порожнини препаратами цисплатину та доксірубіцину. Чотирьох пацієнтів у терміни від 1 до 3 місяців після процедури HIPEC було прооперовано з виконанням оптимального або субоптимального обсягу CRS. Усім хворим в ад'ювантному режимі проводилась системна поліхіміотерапія за стандартними схемами. В усіх хворих інтраопераційно визначався індекс перитонеального карциноматозу (PCI) за Paul H. Sugarbaker, що використовується як непрямий показник можливості виконання повної циторедукції, та індекс повноти циторедукції (CCS). Обсяг виконаного оперативного втручання залежав від

об'єму та локалізації пухлинних тканин, включаючи правобічну або лівобічну геміколектомію, резекцію сигмоподібної кишки, резекцію тонкої кишки, ексцизацію матки з додатками, ексцизацію малого таза (передню, задню, тотальну), атипичну резекцію печінки, резекцію сечового міхура, спленектомію, резекцію глісонової капсули, метастазектомію, а також різні варіанти перитонектомій. Обсяг виконаної перитонектомії залежав від ступеня та локалізації ураженої пухлиною очеревини: передня парієтальна перитонектомія, права та ліва піддіафрагмальна, перитонектомія за правим та лівим флангом, тазова перитонектомія, бурсектомія, проводилось висічення післяопераційних рубців, пупка. **Результати та обговорення.** Тривалість оперативного втручання в середньому становила $190,3 \pm 18,5$ хвилини. Частота ускладнень раннього післяопераційного періоду не відрізняється від аналогічного показника в групах хворих, яким виконувались оперативні втручання у стандартному онкологічному обсязі (за даними сучасної літератури). В ранньому післяопераційному періоді померло 2 хворих (1 через ТЕЛА, 1 через не-

спроможність кишкових анастомозів з розвитком перитоніту та гнійно-септичних ускладнень). У 2 пацієнтів спостерігалась неспроможність кишкових анастомозів, з приводу яких було виконано релапаротомію з виведенням превентивної стоми. В 1 хворого діагностовано евентерацію кишечника, що вимагало повторного ушивання черевної порожнини. У післяопераційному періоді визначалась середня тривалість життя пацієнтів, медіана виживаності, тривалість безрецидивного періоду та досліджувалась якість життя пацієнтів за опитувальником SF-36 через 1 місяць після оперативного втручання та кожні 3 місяці післяопераційного періоду. **Висновки.** На даний момент є неможливим визначення статистично вірогідної середньої тривалості життя через невеликі строки з моменту виконання останнього циторедуктивного втручання у більшості пацієнтів, складно оцінити віддалені онкологічні результати лікування, але спостереження за першими прооперованими пацієнтами протягом 1–2 років, а також досвід іноземних колег показують доцільність використання цієї процедури. ■