

Оперативное лечение рака прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста по данным Ленинградского областного клинического диспансера

■

Шостка К.Г. Довгалюк А.З. Алексеев С.М.
Кафедра хирургии МСЭ и реабилитации СПБИУВЭКА и
Ленинградский областной онкологический диспансер

- Рак прямой кишки у людей пожилого и старческого является одним из сложнейших проблем в современной онкологии медико-социальной экспертизы и реабилитации

- Объем оперативного лечения рака прямой кишки до настоящего времени приводил к тому, что у большинства больных выполнялась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (в 55%).

- А это приводило к инвалидности больных

- из-за наложения

- неустранимого калового свища

- **Цель нашего исследования** - изучение объема оперативного лечения при раке прямой кишки в зависимости от локализации и стадии процесса
- у людей пожилого возраста.
- **Материалом исследования** послужили истории болезни 162 больных раком прямой кишки, находившихся в Ленинградском областном онкологическом диспансере (ЛООД) в 2018 году

Рак прямой кишки(заболеваемость)

- **В структуре онкологической заболеваемости России в 2015 году рак прямой кишки занимает 6 место и составляет 4,8% (у мужчины-5,4%, у женщин 4,7%.)**
- **В Санкт-Петербурге у мужчин он составил 8,7 % (третье место), у женщин 10,0 % (второе, уступив раку молочной железы и обогнав рак желудка).**
- **Грубый показатель заболеваемости населения России опухолями прямой кишки составил 16,2 на 100000 населения.**
- **Максимальные уровни этого показателя отмечены в Санкт-Петербурге (33,6) и Москве (30,3).**

Рак прямой кишки

- В структуре смертности от злокачественных новообразований рак прямой кишки занимает четвертое место 6 %, причем среди мужчин пятое (4,4 %) у женщин – четвертое (8 %).
- Пятилетняя выживаемость
- составляет 50 – 70,8 %.
-
- Инвалидность- II группа – 67%, I группа-35%
-

Факторы риска

- 1) *Возраст пациентов старше 50 лет*
- 2) **Особенность питания.**
- 3) **Генетические синдромы (диффузный семейный полипоз)**
- 4) **Предшествующие заболевания**
(наличие аденом прямой кишки,
язвенного колита,
ранее перенесенный рак ободочной и
прямой кишки женских гениталий или
молочной железы)
- 5) **наличие в анамнезе колоректального рака у кровных родственников.**

Скрининг групп риска

- **Низкий риск** (тубулярные аденомы в количестве 1-2 или размером менее 1 см) колоноскопия каждые 5 лет
- **Средний риск** (тубулярные аденомы в количестве 3-10 или размером более 1 см, высокая степень дисплазии, полипы) колоноскопия каждые 3 года
- **Высокий риск** (неполная полипэктомия более 10 полипов) – индивидуальная программа обследования
- **Лицам с наличием рака ободочной кишки у родственников первой степени родства моложе 60 лет** рекомендуется начинать скрининг в возрасте 40 лет, минимум, за 10 лет до достижения возраста в котором родственник поставлен диагноз.
- **Воспалительные заболевания кишки**- ФКС показана в любом возрасте после начала клинических проявлений с биопсией слизистой не менее 30 и гистологическом исследовании тканей каждые 1-2 года

В общей популяции у лиц старше 50 лет

1 раз в год-тест на скрытую кровь

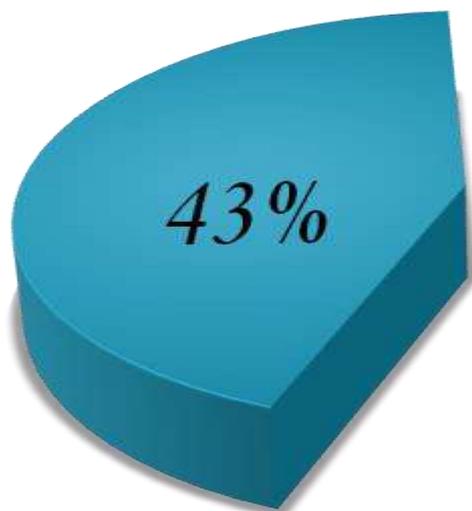
1 раз в 5 лет сигмоскопи

1 раз в 10 лет – колоноскопию

При отказе от ФКС каждые 5 лет- ирригоскопия КТ-колонографию

Демография

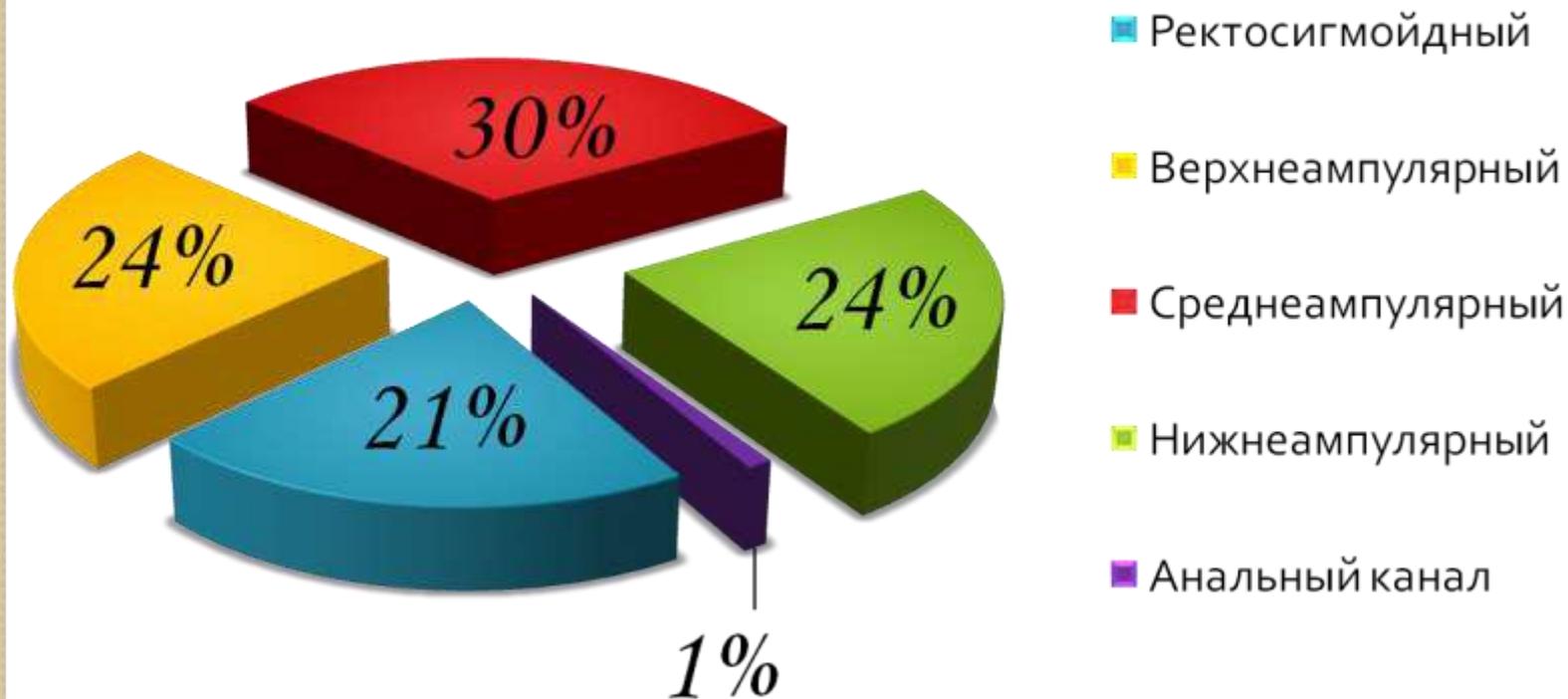
Пол \ Возраст	мужчины	женщины	Всего
До 59 лет	18 % (30 чел.)	20 % (32 чел.)	38 % (62 чел.)
Старше 60 лет	25 % (40 чел.)	37 % (60 чел.)	62 % (100 чел.)
Всего	43% (70 чел.)	57 % (92 чел.)	100 % (162 чел.)



■ мужчины
■ женщины

Локализация

Отдел	Ректосигмоидный	Верхнеампулярный	Среднеампулярный	Нижнеампулярный	Анальный канал
Всего	33 (21%)	39 (24%)	49 (30%)	39 (24%)	2 (1%)



Классификация TNM рака прямой кишки-8

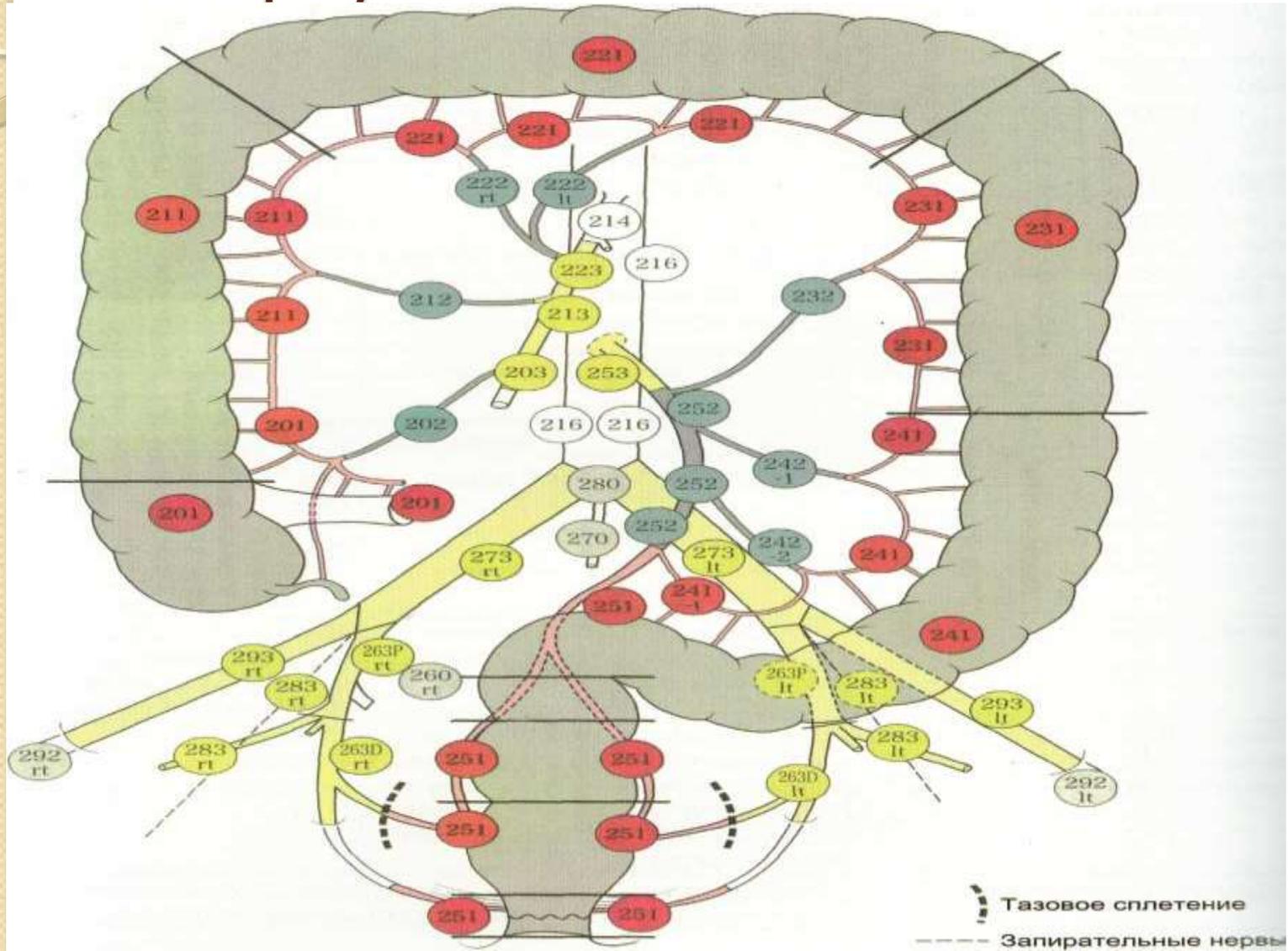
T – Первичная опухоль

- TX Первичная опухоль не может быть оценена
- T0 Нет признаков первичной опухоли
- Tis Карцинома *in situ* (инвазия в собственную пластину)
- T1 Опухоль врастает в подслизистый
- T2 Опухоль врастает в мышечный слой
- стенки кишки

T –3,4 Первичная опухоль

- T₃- Опухоль врастает в субсерозную основу или в непокрытые брюшиной ткани толсто и прямой кишки.
- T₄ – Опухоль прорастает через висцеральную брюшину и/или опухоль непосредственно врастает в другие органы либо структуры
- T_{4a} Опухоль прорастает через висцеральную брюшину
- T_{4b} Опухоль непосредственно врастает в другие органы либо структуры

Японская классификация и нумерация лимфоузлов толстой кишки



Регионарные лимфатические узлы прямой кишки являются:

- Верхние, средние и нижние ректальные (геморроидальные),
- Нижние брыжеечные,
- Внутренние подвздошные,
Мезоректальные (околопрямокишечные),
Латеральные крестцовые,
Прекрестцовые,
- Крестцового мыса (Героты (Gerota))

N - Региональные лимфатические узлы

- **NX** Региональные лимфатические узлы не могут быть оценены
- **No** Нет метастазов в региональных лимфатических узлах
- **N1** Метастазы в 1—3 региональных лимфатических узлах
 - **N1a** Метастаз в 1 региональном лимфатическом узле
 - **N1b** Метастазы в 2—3 региональных лимфатических узлах
 - **N1c** Опухолевые депозиты* в подсерозной основе или в не покрытых брюшиной мягких тканях вокруг т и прямой кишки без метастазов в региональных лимфатических узлах

N-2 -Региональные лимфатические узлы

- **N2** Метастазы в 4 и более региональных лимфатических узлах
-
-
- **N2a** Метастазы в 4—6 региональных лимфатических узлах
-
- **N2b** Метастазы в 7 и более региональных лимфатических узлах
-
-

М – Отдаленные метастазы TNM-8

- **M₀** Нет отдаленных метастазов

- **M₁** Есть отдаленный метастаз

- **M_{1a}** Метастазы в 1 органе-

- печень, лёгкие, яичники, нерегионарных

- лимфатический узел

- (узлы) - без метастазов в брюшину

- **M_{1b}** Метастазы в нескольких органах

- **M_{1c}** Метастаз в брюшину с вовлечением

- либо без вовлечения других органов

Патологоатомическая классификация (pTNM)

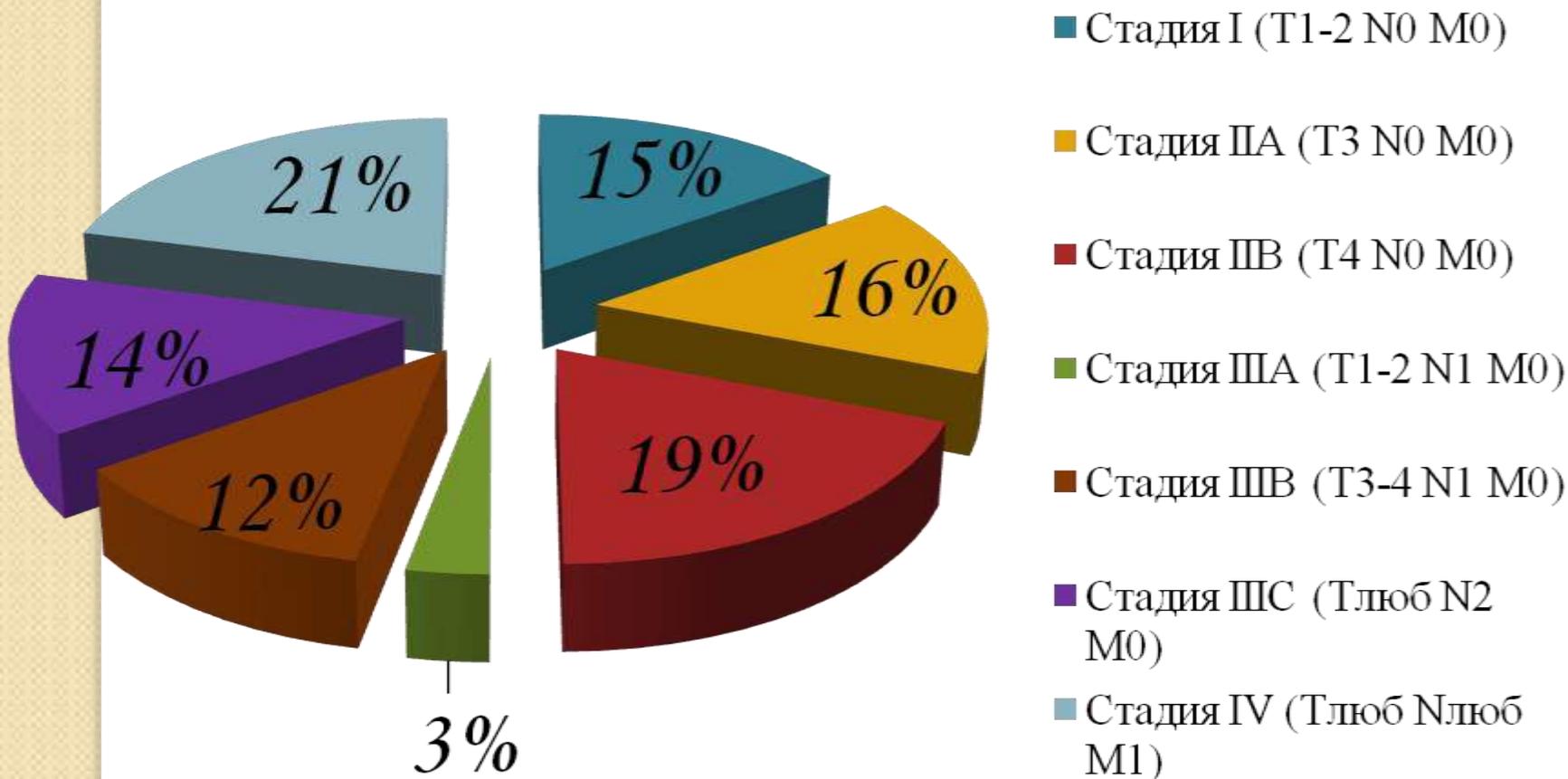
- Критерии pTи pN соответствуют клиническим критериям Tи N.
- **pM1** Отдаленный метастаз выявленный при гистологическом исследовании.
- При гистологическом исследовании образца после регионарной лимфаденэктомии должны быть исследованы **не менее 12 лимфатических узлов.**
- Если в лимфатических узлах метастазов не выявлено и исследовано меньшее количество лимфатических узлов, категорию классифицируют как **pNo**

Стадии-8

• Стадия 0	Tis	No	Mo
• Стадия I	T1, T2	N0	M0
• Стадия II	T3, T4	No	Mo
Стадия IIA	T3	No	Mo
Стадия IIB	T4a	No	Mo
• Стадия IIC	T4b	N1, N2	Mo
• Стадия III	Любая T	N1, N2	Mo
• Стадия III A	T1, T2	N1	Mo
	T1	N2a	Mo
• Стадия IIIB	T1, T2	N2b	Mo
•	T2, T3	N2a	Mo
•	T3, T4a	N1	Mo
• Стадия IIIC	T3, T4a	N2b	Mo
•	T4a	N2a	Mo
•	T4b	N1 N2	Mo
• Стадия IV	Любая T	Любая N	M1
• Стадия IVA	Любая T	Любая N	M1a
• Стадия IVB	Любая T	Любая N	M1 b
• Стадия IVC	Любая T	Любая N	M1 c

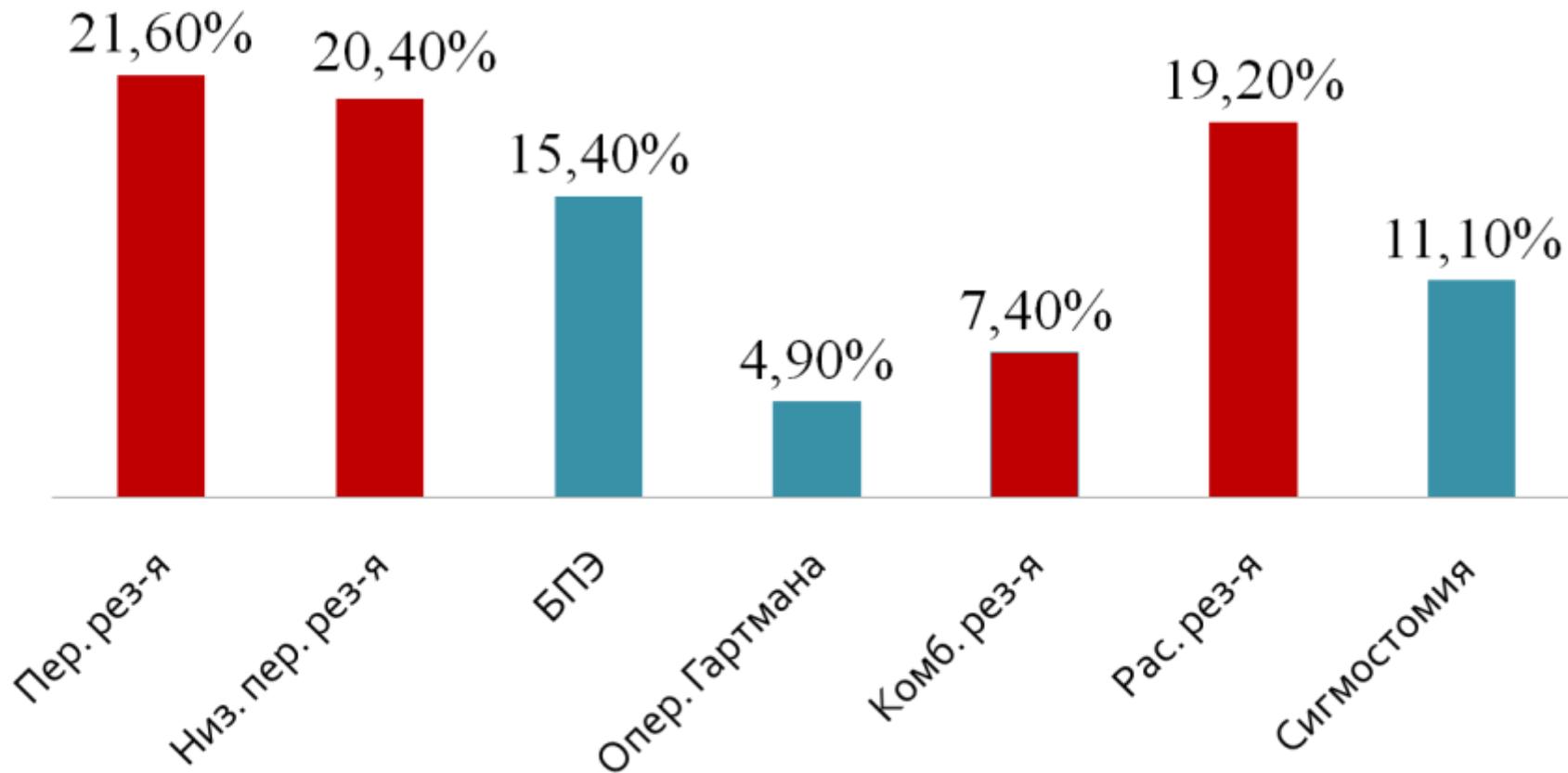
Стадирование

Стадия	I (T1-2 N0 M0)	IIA (T3 N0 M0)	IIB (T4 N0 M0)	IIIA (T1-2 N1 M0)	IIIB (T3-4 N1 M0)	IIIC (Тлюб N2 M0)	IV (Тлюб Nлюб M1)
Всего	24 (15%)	25 (16%)	31 (19%)	5 (3%)	20 (12%)	23 (14%)	34 (21%)



Оперативное лечение

Операции	Передняя резекция	Низкая передняя резекция	Брюшно-промежностная экстирпация	Операция Гартмана	Комбинированная резекция	Расширенная резекция	Сигмостомиа (Симптоматическая)
Всего	35 (21,6%)	33 (20,4%)	25 (15,4%)	8 (4,9%)	12 (7,4%)	31 (19,2%)	18 (11,1%)

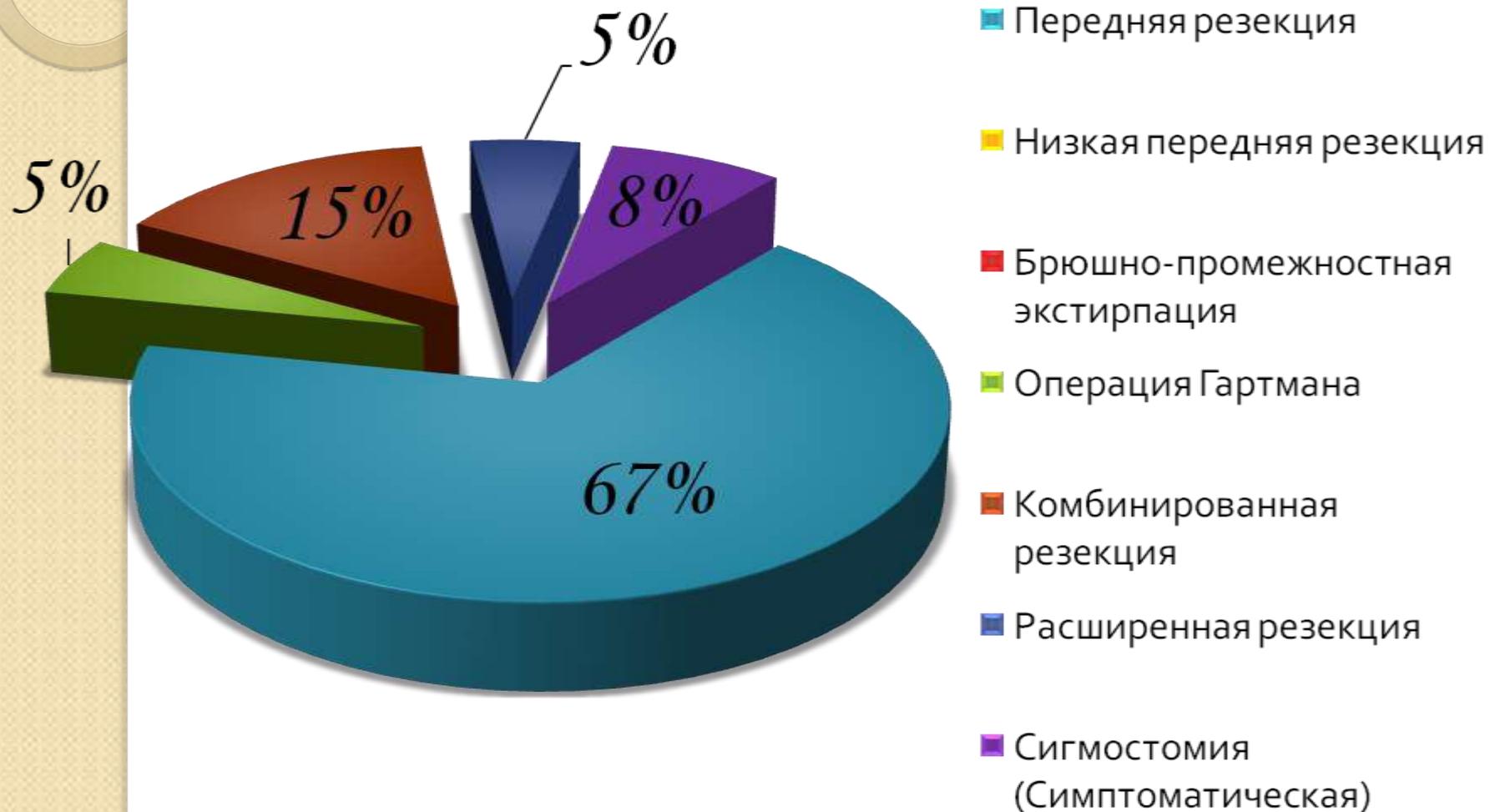


Ректосигмоидный отдел

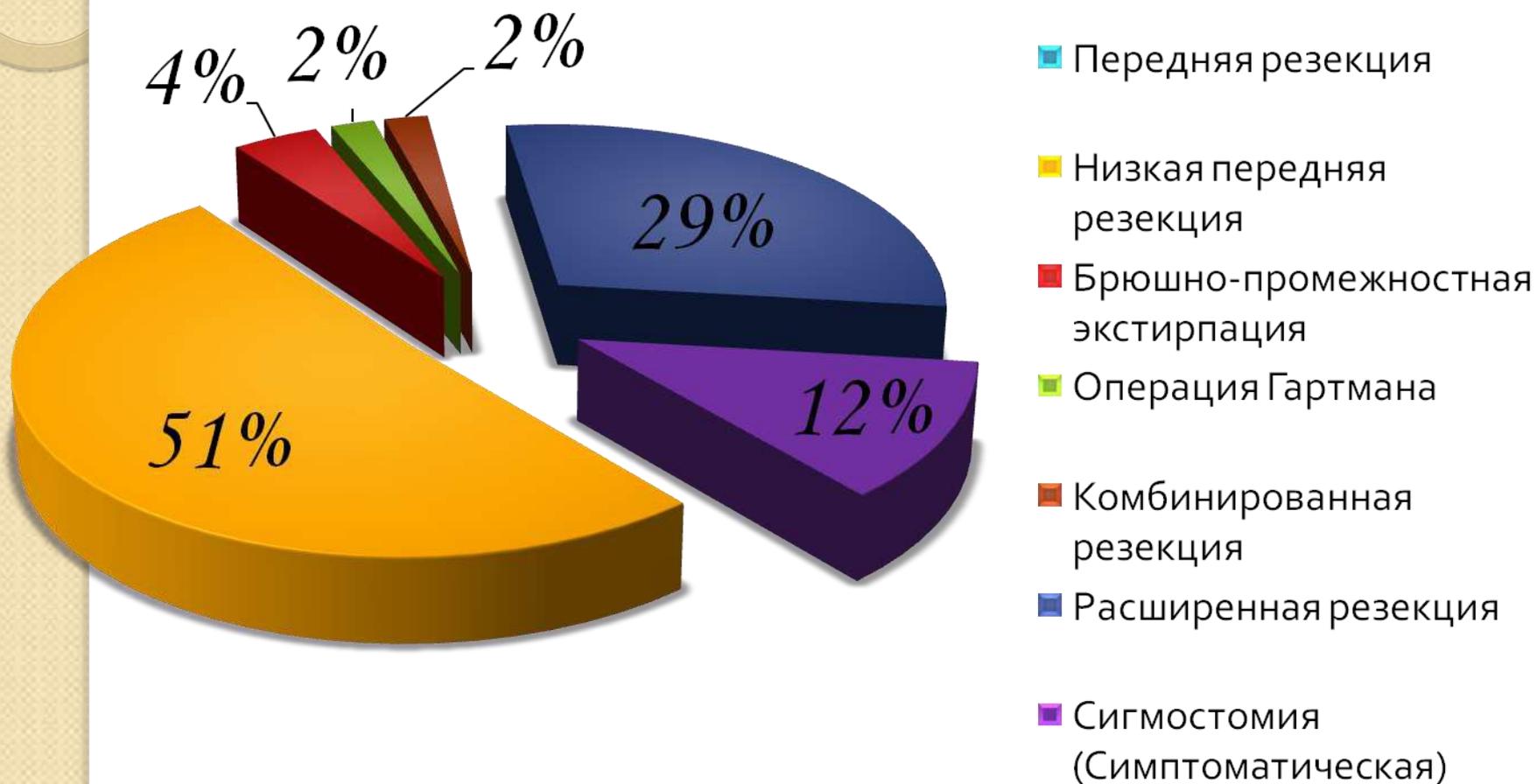


- Передняя резекция
- Низкая передняя резекция
- Брюшно-промежностная экстирпация
- Операция Гартмана
- Комбинированная резекция
- Расширенная резекция
- Сигмостомия (Симптоматическая)

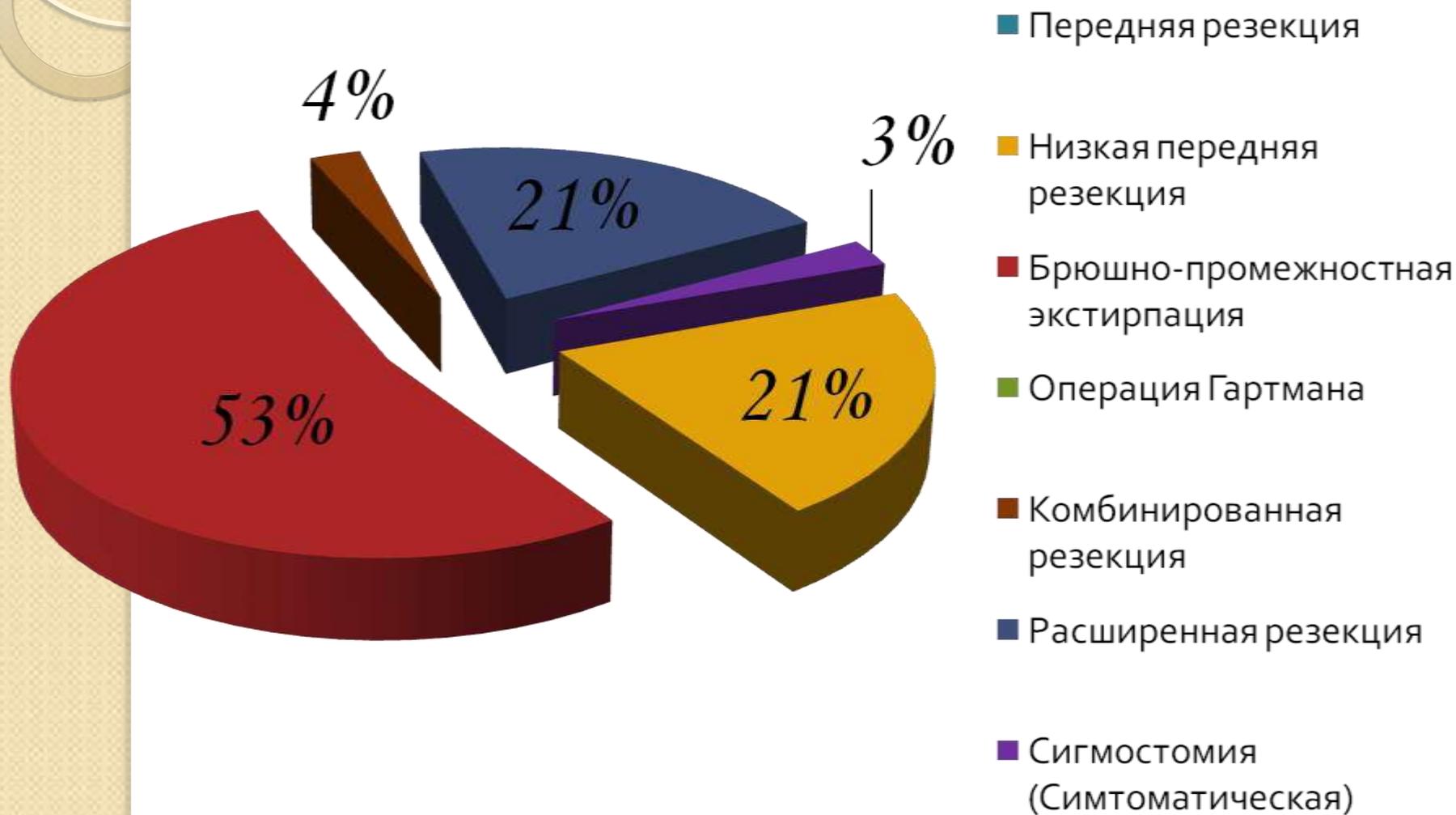
Верхнеампулярный отдел



Среднеампулярный отдел



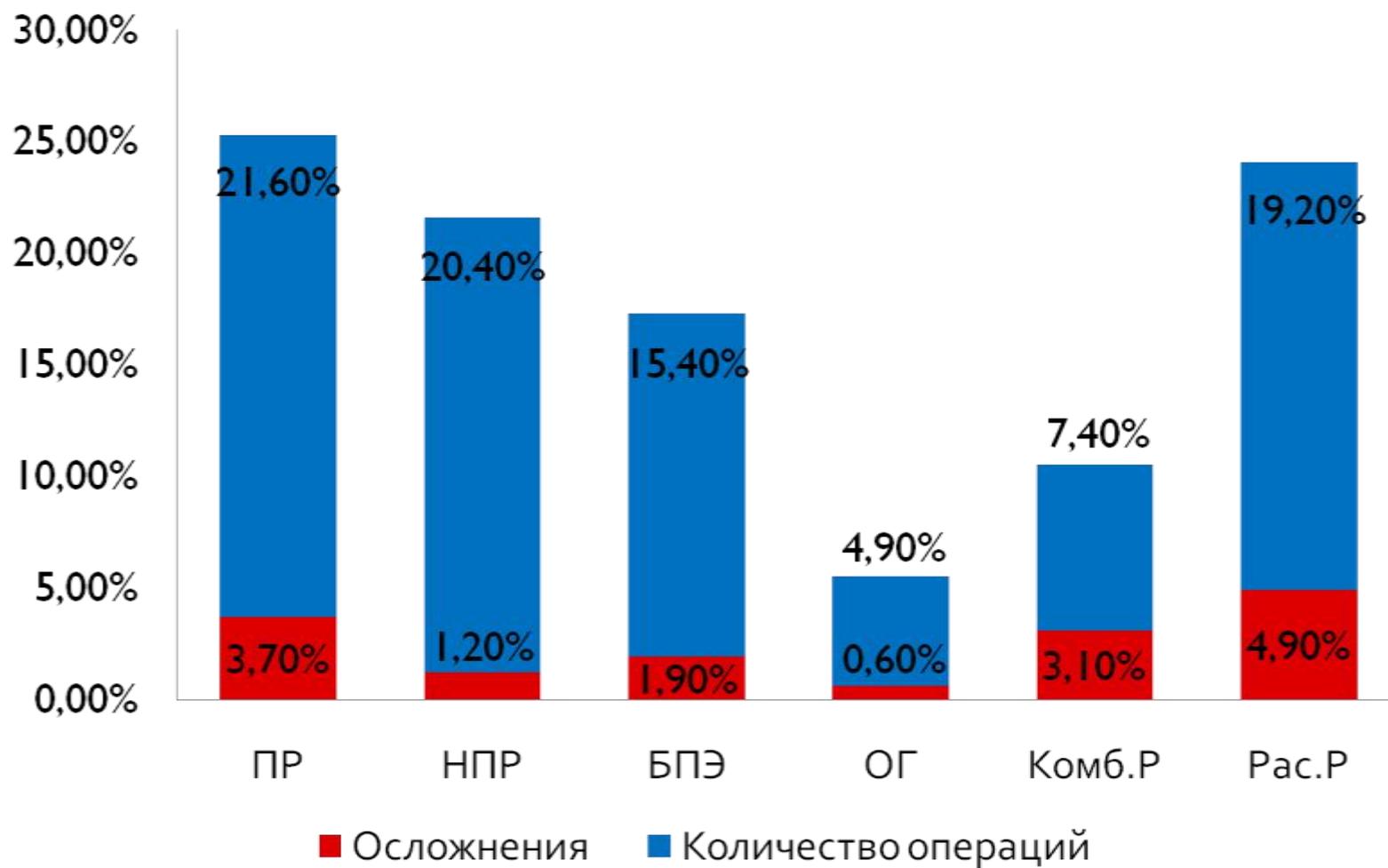
Нижнеампулярный отдел



Ранние осложнения

Операции	Передняя резекция	Низкая передняя резекция	Брюшно-промежностная экстирпация	Операция Гартмана	Комбинированная резекция	Расширенная резекция	Всего
Осложнения							
Кровотечение		1	2			1	4 (2,5%)
Несостоятельность анастомоза	2	1			1	1	5 (3,1%)
Свищи	1				2	3	6 (3,7%)
Абсцесс брюшной полости	1			1	2	1	5 (3,1%)
Эвентрация	2		1			1	4 (2,5%)
ТЭЛА						1	1 (0,6%)
Всего	6 (3,7%)	2 (1,2%)	3 (1,9%)	1 (0,6%)	5 (3,1%)	8 (4,9%)	25 (15,4%)

Ранние осложнения



Поздние осложнения

Операции Осложнения	Передняя резекция	Низкая передняя резекция	Брюшно - анальная резекция	Брюшно - промеж ностная экстирп ация	Операци я Гартман а	Комбин ированн ая резекци я	Расшире нная резекци я	Сигмост омия (Паллиа тивная операци я)	Всего
Рецидив в зоне анастомоза	8		1	1		1	2		13 (8,0 %)
Стеноз анастомоза	2								2 (1,2 %)
Всего	10 (6,2%)		1 (0,6%)	1 (0,6 %)		1 (0,6 %)	2 (1,2 %)		15 (9,3 %)

ВЫВОДЫ

- Улучшение ранней диагностики рака прямой кишки привело к тому, что сфинктерсохраняющие операции удалось выполнить у **68,6% случаев**, а брюшно-промежностную экстирпацию только в **15,4%** случаев, что позволяет улучшить качество жизни больных с раком прямой кишки.
- Улучшение анестезиологического пособия позволило в **11,1%** случаев выполнить паллиативные операции в IV стадию рака



**Благодарим за
внимание**