



DOI: 10.31636/prmd.v7i2.2

Особливості лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки

Пироговський В. Ю., Сорокін Б. В., Злобенець С. О., Тараненко А. О., Милянська А. О., Луценко Д. В., Нікогда С. Б., Гнутов М. М.

Київська обласна клінічна лікарня.
Національний університет охорони здоров'я України

Резюме. У статті проаналізовано особливості лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки, що є однією з найпоширеніших онкологічних патологій травного тракту. Представлено дані щодо захворюваності та смертності як у світі, так і в Україні, що підкреслює актуальність проблеми. Основною метою дослідження було оцінити ефективність сучасних хірургічних методів, ТЕМ-резекції, низькі передні резекції, інтерсфінктерні резекції та використання поперекових двоскладчастих резервуарів за методикою клініки.

Ключові слова: рак прямої кишки, нижньоампулярний відділ, трансанальна ендоскопічна мікросхірургія (ТЕМ), низька передня резекція, інтерсфінктерна резекція.

Мета

Аналіз актуальних методів лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки з оцінкою ефективності комбінованих та комплексних підходів, а також впливу хірургічних технік, таких як низькі передні резекції, інтерсфінктерні резекції, ТЕМ-асистовані резекції та формування поперекових двоскладчастих резервуарів за методикою клініки, на якість життя пацієнтів та результати лікування.

Вступ

Рак прямої кишки (РПК) є однією з найпоширеніших онкологічних патологій, яка посідає провідне

місце серед злоякісних новоутворень травного тракту. За останні десятиліття спостерігається значне зростання захворюваності на це захворювання, темпи якого випереджають багато інших локалізацій [1]. За даними International Agency for Research on Cancer (IARC), у світі щорічно реєструється до 1 мільйона нових випадків РПК, що свідчить про глобальну проблему, яка потребує невідкладної уваги як з боку медичної спільноти, так і з боку систем охорони здоров'я [2].

У країнах Європейського Союзу показники захворюваності на РПК сягають 21,5 на 100 000 населення, тоді як рівень смертності становить 12,8 на 100 000 осіб. Це свідчить про значну смертність

навіть при сучасних методах діагностики та лікування [1,2]. В Україні ситуація не менш серйозна: за даними Національного канцер-реєстру, у 2021 році захворюваність на РПК склала 18,6 на 100 000 населення, а стандартизований рівень смертності сягнув 10,3 на 100 000 осіб [3]. Ці показники тривожні і вказують на необхідність удосконалення як діагностичних, так і лікувальних підходів до цього захворювання.

Лікування РПК залежить від багатьох факторів, зокрема: стадії захворювання, наявності супутньої патології, гістологічної структури пухлини, локалізації у прямій кишці, а також ускладнень онкологічного процесу. Хірургічний метод займає центральне місце в комплексному лікуванні хворих на рак прямої кишки. Водночас використання сучасних технологій діагностики, таких як магнітно-резонансна томографія (МРТ) і трансанальне ультразвукове дослідження (УЗД), дозволяє значно покращити передопераційне стадіювання, що є важливим кроком у виборі оптимальної лікувальної тактики [5].

Передопераційне стадіювання за допомогою МРТ і трансанального УЗД дає можливість чітко оцінити ступінь регресії пухлини після хіміо-променевої терапії (ХПТ), визначити її взаємовідношення зі сфінктерним апаратом прямої кишки й обрати лікувальну тактику відповідно до груп ризику, рекомендованих ESMO у 2017 році [5]. ХПТ є невід'ємною складовою комплексного лікування РПК, адже вона дозволяє зменшити розмір пухлини, знизити ризик рецидиву та поліпшити результати хірургічного втручання.

Однак сучасні хірургічні методи лікування РПК мають свої недоліки. Зокрема, однією з основних проблем є труднощі у візуалізації нижньої межі резекції, особливо після регресії пухлини. Це може ускладнювати визначення оптимального обсягу хірургічного втручання, що впливає на результати лікування. Окрім того, у пацієнтів, яким виконують низьку передню резекцію прямої кишки, часто спостерігається так званий синдром низької передньої резекції, що характеризується порушенням функції сфінктера і зниженою континентною здатністю [6, 7, 8].

Для покращення результатів лікування потрібне подальше вдосконалення хірургічних технік, впровадження новітніх методів діагностики та реабілітації пацієнтів. Важливим напрямом є також розробка

індивідуалізованих підходів до лікування, які враховують не лише стадію та морфологічні особливості пухлини, але й загальний стан здоров'я пацієнта, його супутні захворювання та можливості реабілітації після операції.

Таким чином, рак прямої кишки залишається серйозною медичною і соціальною проблемою, яка потребує подальшого вивчення і розробки нових стратегій діагностики, лікування та профілактики.

Матеріали і методи

У період з 2010 року в проктологічному відділенні Київської обласної лікарні лікуванню та хірургічному втручання піддалися 261 пацієнт із раком прямої кишки (РПК) нижньоампулярного відділу. Усі пацієнти мали пухлину або її нижній полюс, розташовані на відстані 2–7 см від зовнішнього краю анального каналу, що було визначено під час ректоскопії. Серед них було 133 чоловіків та 128 жінок у віці від 37 до 76 років. Застосовували такі методи лікування: ТЕМ-резекції пухлини у 60 пацієнтів, ТЕМ-резекції в поєднанні з хіміо-променевою терапією (ХПТ) у 20 пацієнтів, низькі передні резекції у 76 пацієнтів, інтерсфінктерні резекції у 43 пацієнтів та екстирпації прямої кишки у 62 пацієнтів. У всіх випадках хірургічні втручання передбачали виконання тотальної мезоректумектомії. У разі труднощів з візуалізацією нижньої границі резекції після ХПТ, для чіткого визначення нижнього краю відсічення та якісної мобілізації нижньої частини мезоректума застосовували методіку ТЕМ [9, 10].

Для ТЕМ-видалення пухлин використовували операційний проктоскоп виробництва фірми Karl Storz, адаптований до стандартної лапароскопічної стійки. Хірургічне втручання виконувалося з використанням спеціального набору інструментів для ендоскопічних маніпуляцій. Процедура ТЕМ включала такі етапи: інтраопераційну ревізію для оцінки розташування пухлини та анатомічних орієнтирів, маркування лінії резекції для визначення меж операції, видалення пухлини в межах здорових тканин із дотриманням онкологічних принципів і аргоноплазмову абляцію післяопераційної рани та її країв для профілактики рецидиву.

У 15 пацієнтів після низьких передніх резекцій для профілактики синдрому низької передньої резекції формували поперековий двоскладчастий резервуар за методикою клініки.

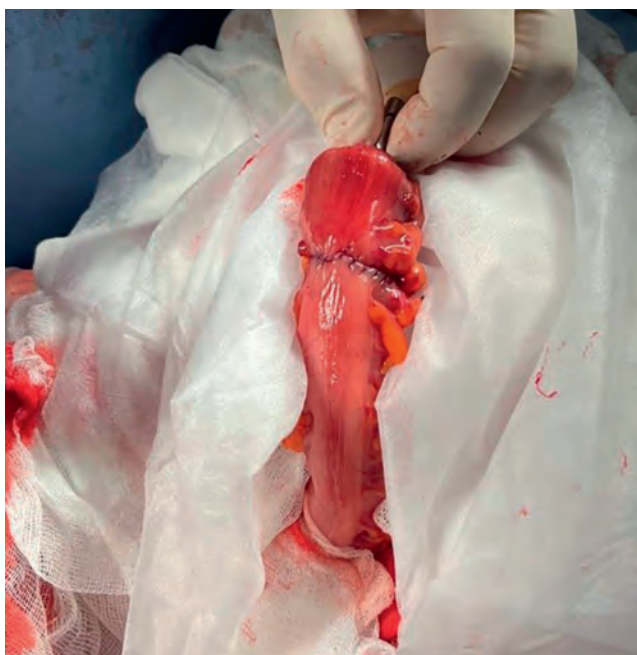


Рис. 1. Сформований поперечний двоскладчастий резервуар за методикою клініки (патент на винахід №118427 10.01.2019)

Результати

Вивчено кількість локальних рецидивів як показник радикальності втручань та 5-річну виживаність. Якість життя у хворих після низьких передніх та інтерсфінктерних резекцій вивчали за опитувальниками (табл. 1–2).

Функціональні результати показали поступове відновлення функції сфінктера у 56% пацієнтів віком до 60 років після інтерсфінктерної резекції прямої кишки. У пацієнтів із формуванням поперечних складок-резервуарів частота випорожнень зменшилась у 2,5 рази, що значно покращило якість їх життя.

Висновки

1. Сучасний підхід до лікування нижньоампулярного раку прямої кишки передбачає тактику лікування згідно зі стадією, гістологічною будовою пухлини, точним передопераційним стадіюванням та орієнтацією на вибір тактики лікування залежно від груп ризику рецидивування за ESMO.
2. Результати застосування такого тактичного підходу задовільні.
3. Комбіноване і комплексне лікування, впровадження інтерсфінктерних резекцій, ТЕМ-асистованих резекцій, формування складок-резервуарів покращують радикалізм лікування та якість життя хворих.

Таблиця 1. Результати радикального лікування

Лікування по стадіях груп ризику	(n) хворі	Локальні рецидиви (n) (%)	Безрецидивна виживаність (%)	Загальна виживаність (%)
I стадія ТЕМ	60	2 (3,3)	96,8	98,4
II стадія T2 ХПТ + ТЕМ	20	2 (10,0)	90,0	95,0
II стадія CRM + Хірургічне	43	3 (6,9)	72,9	83,3
II стадія CRM + ХПТ + Хірургічне	58	5 (7,3)	47,3	73,6
III стадія ХПТ + Хірургічне	62	6 (9,6)	44,4	66,6

Таблиця 2. Результати лікування хворих у IV стадії

Алгоритм лікування	(n) хворі	Локальний рецидив (n)	Медіана Безрецидивна виживаність (%)	Медіана Загальна виживаність (%)
ХПТ + синхронна резекція пухлини та "М"	8	3	12	34
2-етапне лікування: 1. Видалення пухлини. 2. Періопераційна ХТ + резекція печінки, легень	10	3	14	36

References

1. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors. World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; [Internet] 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39432694/>
2. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, Brown G, Rödel C, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Committee. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 2017 Jul 1;28(suppl_4):iv22-iv40. Available from: doi: 10.1093/annonc/mdx224. Erratum in: *Ann Oncol* [Internet]. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv263. Available from: doi: 10.1093/annonc/mdy161. PMID: 28881920.
3. Bulletin of National cancer registry of Ukraine [Internet]. 2018; 19:19-21. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index_e.htm
4. Shinji S, Yamada T, Matsuda A, Sonoda H, Ohta R, Iwai T, et al. Recent Advances in the Treatment of Colorectal Cancer: A Review. *Journal of Nippon Medical School* [Internet]. 2022 Jun 25;89(3):246-54. Available from: http://dx.doi.org/10.1272/jnms.jnms.2022_89-310
5. Al-Bourini O, Biggemann L, Seif A. Modalitäten des Stagings und der Diagnostik bei Rektumkarzinom [Staging and Diagnostics of Rectal Cancer]. *Zentralbl Chir.* [Internet] 2024 Feb;149(1):37-45. German. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/a-2252-2320>
6. Sun R, Dai Z, Zhang Y, Lu J, Zhang Y, Xiao Y. The incidence and risk factors of low anterior resection syndrome (LARS) after sphincter-preserving surgery of rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2021 Jul 23;29(12):7249-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-021-06326-2>
7. Ryoo S. Low anterior resection syndrome. *Annals of Gastroenterological Surgery* [Internet]. 2023 May 23;7(5):719-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ags3.12695>
8. Horgan PG, O'Connell PR, Shinkwin CA, Kirwan WO. Effect of anterior resection on anal sphincter function. *Journal of British Surgery* [Internet]. 1989 Aug 1;76(8):783-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800760805>
9. Xue X, Lin G. Transanal endoscopic microsurgery: exploring its indications and novel applications. A narrative review. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* [Internet]. 2022 Mar;17(1):95-103. Available from: <http://dx.doi.org/10.5114/wiitm.2021.108811>
10. Guerrieri M, Baldarelli M, Organetti L, Grillo Ruggeri F, Mantello G, Bartolacci S, et al. Transanal endoscopic microsurgery for the treatment of selected patients with distal rectal cancer: 15 years experience. *Surgical Endoscopy* [Internet]. 2008 Jun 14;22(9):2030-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-008-9976-y>

Features of treatment of cancer of the lower ampullary part of the rectum

Pirogovsky V. Yu., Sorokin B. V., Zlobenet S. O., Taranenko A. O., Mylyanovska A. O., Lutsenko D. V., Nikogda S. B., Gnutov M. M.

Kyiv Regional Clinical Hospital

National University of Health Care of Ukraine

Abstract. The article analyzes the features of treatment of cancer of the lower ampullary part of the rectum, one of the most common oncological pathologies of the digestive tract. It provides data on morbidity and mortality rates both globally and in Ukraine, highlighting the significance of the issue. The primary objective of the study was to assess the effectiveness of modern surgical methods, including transanal endoscopic microsurgery (TEM) resection, low anterior resection, intersphincteric resection and the use of lumbar bifold reservoirs according to the clinic's methodology.

Key words: rectal cancer, inferior ampullary region, transanal endoscopic microsurgery (TEM), low anterior resection, intersphincteric resection