РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, В СТАНДАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ Г. МОСКВЫ

Шабунин А.В., Багателия З.А., Гугнин А.В.

Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного последиипломного образования Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Разработать и внедрить принцип этапного лечения КРР, осложненного ООТКН, в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 572 больных КРР, осложненным ООТКН: 247 поступили в 2011-2013 гг. (I группа); 325 – в 2014-2017 (II группа). У 46 больных ООТКН устранена консервативно, у 302 – произведены резекции, у 141 – сформированы стомы, у 83 – установлены стенты. У 110 больных II группы через 0,5-6 месяцев проведен 2-й этап лечения: плановая резекция. В I группе резекции чаще выполнялись экстренно (одноэтапное лечение), во II группе – в плановом порядке (на втором этапе). Проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп. Оценена трехлетняя выживаемость по Каплан-Мейеру. Этапное лечение больных КРР, осложненным ООТКН, внедрено в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения отмечены у 46,69% пациентов (I группа) и 21% второй (II). Показатели послеоперационной летальности были выше в первой, чем во второй группе: 26,11% и 10,33%. Общая трехлетняя выживаемость во второй группе составила 82% и была достоверно выше – 69% ($p < 0,05$), чем в первой группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Подтверждена целесообразность применения двухэтапного лечения больных КРР, осложненным ООТКН. Стентирование и стомирование на первом этапе являются альтернативой резекциям, так как позволяют снизить послеоперационную летальность.

[Ключевые слова: колоректальный стент; обтурационная толстокишечная непроходимость]

IMPLEMENTATION OF MULTISTAGE APPROACH FOR COLORECTAL CANCER WITH BOWEL OBSTRUCTION IN SURGEON UNITS OF MOSCOW

Shabunin A.V., Bagateliya Z.A., Gugin A.V.

Russian Medical Postgraduate Education Academy, Moscow, Russia

AIM: to work out and to implement multistage colorectal cancer treatment as a standard of surgical care in Moscow

PATIENTS AND METHODS: Five-hundred seventy-two patients were included in the study reviewed: 247 of them were hospitalized in 2011-2013 (I group); 325 – in 2014-2017 (II group). Forty-six patients underwent conservative treatment; 302 – urgent bowel resection; 141 – proximal stoma formation; 83 – endoscopic stent insertion. One-hundred ten patients of the II group underwent elective bowel resection after 0,5-6 months and further chemoradiotherapy. The 3-year cumulative survival was assessed with Kaplan-Meier method. MultiStage treatment was implemented as a standard of surgical care in Moscow for colorectal cancer complicated by obstruction. Postoperative mortality and morbidity rate were estimated in 2014-2018 in Moscow.

RESULTS. Complications occurred in 46,69% (I group) and 21% (II group) ($p < 0,05$). Postoperative mortality was significantly higher in I group compared with II group: 26,11% vs 10,33% ($p < 0,05$). The survival rate was higher in II group than in I group (0,82 vs 0,69, $p < 0,05$). The result was a decrease in postoperative mortality in Moscow from 22,4% to 10,0%.

CONCLUSION: the efficacy of the new standard of medical care of colorectal cancer complicated by bowel obstruction is confirmed. A «bridge» strategy may be a valid alternative in these patients, because of significantly lower postoperative mortality and morbidity rate.

[Key words: colorectal stent; malignant colonic obstruction]

Адрес для переписки: Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного последиипломного образования Министерства здравоохранения РФ, ул. Баррикадная, д. 2/1, 125993, Москва, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», 2-й Боткинский пр-д, д. 5, 125284, Москва; e-mail: bagateliyaz@mail.ru

Колоректальный рак (КРР) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний во всем мире [1-15,22,26]. Возникновение стеноза (у 8-30% пациентов), проявляющегося острой обтурацион-

ной толстокишечной непроходимостью (ООТКН), является основной причиной, летальность от осложнений КРР 7,6-34,5% [1-15,22,26].

В Москве в 2014 г. году КРР диагностирован у 4682

человек, из них умерли – 2349 [4,8,9]. По данным Департамента здравоохранения г. Москвы, послеоперационная летальность больных КРР, осложненным ООТКН, в 2014 году составляла 22,4%. Столь неудовлетворительные результаты лечения легли в основу исследования, целью которого явились разработка и внедрение стандартов хирургической помощи больным КРР, осложненным ООТКН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано и пролечено 572 больных КРР II-IV стадии ($T_{3-4}N_{0-2}M_{0-1}$), поступивших с клиникой ООТКН в экстренном порядке в ГКБ им. С.П.Боткина г. Москвы за период с 2011 по 2017 гг.

В период 2011-2013 гг. в большинстве случаев выполнялись резекционные вмешательства (одноэтапное лечение). Декомпрессионные стомы с целью разрешения кишечной непроходимости формировались редко. Стентирование опухолевой стриктуры осуществлялось лишь инкурабельным больным.

В 2014 году, в связи с неудовлетворительными результатами лечения больных КРР, осложненным ООТКН, разработаны и внедрены новые стандарты хирургической помощи таким пациентам. С 2014 года с целью разрешения ООТКН чаще используются декомпрессионные вмешательства (стомирование, стентирование) не только в качестве паллиативного лечения инкурабельных больных, но и как «мост» к плановой операции у операбельных пациентов (этапное лечение).

Для подтверждения целесообразности использования новых стандартов лечения все (572) пациенты разделены на 2 группы. В I группу включены 247 больных раком ободочной (подгруппа А, $n=207$) и прямой кишок (подгруппа Б, $n=40$), осложненным ООТКН, госпитализированных в 2011-2013 гг. Во II группу вошли 325 больных с раком ободочной (подгруппа А, $n=283$) и прямой кишок (подгруппа Б, $n=42$), поступивших в период 2014-2017 гг.

Для устранения ООТКН применялись различные методы лечения. Оценка их эффективности произведена в двух группах больных КРР (Табл. 1).

Возраст пациентов колебался от 23 до 89 лет (в среднем, $68,5 \pm 11,5$). Женщин и мужчин было поровну. Сопутствующие заболевания выявлены в 87,1% наблюдений.

После поступления в стационар все пациенты (572) были обследованы с целью верификации диагноза. Комплексное обследование включало: лабораторные методы, ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию

(МСКТ), колоноскопию (КС). Для оценки тяжести полиорганной дисфункции и прогноза летальности использовали шкалу MODS II.

Консервативное лечение (инфузионная терапия, назогастральное дренирование) в течение 2-4 часов после поступления в стационар проведено всем больным КРР, осложненным ООТКН. При ее неэффективности в период от 2 часов до трех суток после поступления в стационар 443 из 572 больных произведены оперативные вмешательства.

Обструктивная резекция левых отделов кишки (по типу операции Гартмана) осуществлена у 121 (27,3%) из 443 больных с локализацией опухоли в левых отделах кишки, в 94 (21,2%) – правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. При расположении опухоли в правой половине ободочной кишки в 16,3% наблюдений выполнена операция Лахей. У 141 (31,9%) больного (по причине тяжести состояния, нерезектабельности опухоли либо в качестве «моста к хирургии») выполнено формирование двустольной стомы с целью ликвидации ООТКН и спасения жизни.

Стенты (всего 98) установлены у 83 (14,5%) из 572 больных КРР, осложненным ООТКН. Использованы нитиновые саморасширяющиеся колоректальные эндопротезы диаметром 20-22 мм («HANAROSTENT, M.I.Tech» (40) и «Tae Woong Medical» (45)).

В дальнейшем пациенты, перенесшие «декомпрессионные» вмешательства (стентирование, формирование стомы), дообследованы, и после стадирования заболевания 186 пациентам проведен второй этап – плановая операция с последующей ХТ и/или ЛТ.

Анализ результатов второго этапа лечения осуществлен у 110 из 186 больных, которым на первом этапе проведена декомпрессия (все из II группы) посредством стентирования ($n=48$) или формирования стомы ($n=62$). У 69 из 110 пациентов с местно локализованным процессом ($T_{3-4}N_0M_0$) плановые резекции проведены через 2 ($n=23$), 3 ($n=23$) или 4 ($n=23$) недели после устранения ООТКН. У 41 больного КРР с местнораспространенным процессом и/или наличием метастазов ($T_{3-4}N_{0-2}M_{0-1}$) вмешательства были выполнены через 4-6 месяцев после устранения ООТКН и проведения неoadъювантной ХТ и/или ЛТ. С целью выбора оптимальных сроков проведения плановых резекционных вмешательств выполнен сравнительный анализ результатов комплексного обследования и лечения больных, оперированных в различные сроки после устранения ООТКН (через 2, 3 и 4 недели, либо через 4-6 месяцев). Критериями сравнения были: данные МСКТ после операции, результаты гисто-

Таблица 1. Метод лечения КРР, осложненного ООТКН

Методы лечения	I группа (n=247)		II группа (n=325)		Всего (n=572)
	А	Б	А	Б	
консервативная терапия	15 (6,1 %)	6 (2,4 %)	25 (7,7 %)	–	46 (8 %)
резекционные вмешательства	150 (66 %)	28 (6,1 %)	124 (34,2 %)	–	302 (52,8 %)
формирование кишечной стомы	24 (9,7 %)	5 (2 %)	91 (28 %)	21 (6,5 %)	141 (24,7 %)
стентирование	18 (7,3 %)	1 (0,4 %)	43 (13,2 %)	21 (6,5 %)	83 (14,5 %)
Итого:	207	40	283	42	572

Таблица 2. Локализация новообразования и метод лечения КРР, осложненного ООТКН (2011-2017 гг.)

Локализация	Консерв. лечение n=46	Стентирование n=83	Стомирование n=141	Резекция n=302	Всего n=572
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Восходящая	1 (2,2)	4 (4,8)	2 (1,4)	53 (17,5)	60 (10,5)
Поперечно-ободочная	5 (10,9)	4 (4,8)	3 (2,1)	57 (18,9)	69 (12,1)
Нисходящая	11 (23,9)	17 (20,5)	57 (40,4)	77 (25,5)	162 (28,3)
Сигмовидная	23 (50)	36 (43,4)	58 (41,1)	82 (27,2)	199 (34,8)
Прямая (в/амп. отд.)	6 (13)	22 (26,5)	21 (15)	33 (10,9)	82 (14,3)

логического исследования структуры кишечной стенки.

Также проведен сравнительный анализ отдаленных результатов одно- и двухэтапного лечения 236 больных КРР: у 126 (I группа) резекционные операции проведены экстренно, у 110 (II группа) – в плановом порядке после устранения ООТКН методом стентирования или формирования стомы.

Под динамическим наблюдением в течение 1 года находились 223 больных I-II групп, 2-х лет – 211, 3-х – 192. Для статистических исследований использовалась программа SPSS 16.0 (SPSS Inc., Чикаго, III). Уровень $p < 0,05$ принимали за критический по значимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные УЗИ оказались весьма информативными при выявлении ООТКН. Признаки кишечной непроходимости, в том числе, расширение петель кишечника, «маятникообразные» движения кишки и пр., обнаружены у 503 (87,9%) из 572 больных I-II групп. Кроме того, по данным УЗИ, у 469 (81,9%) больных выявлена опухоль кишки, у 446 (78%) – метастазы в лимфатических узлах, у 126 (22%) – в печени. При рентгенологическом исследовании чаши Клойбера (горизонтальные уровни жидкости) обнаружены в 185 (87,3%) из 212 наблюдений. Достоверной разницы в показателях у больных I и II групп, а также подгрупп А и Б не выявлено ($p > 0,5$). МСКТ позволила установить локализацию опухоли у всех больных. Для измененных лимфатических узлов чувствительность МСКТ составила 88,1%, для метастазов печени – 92,6%; специфичность равнялась 66,7% и 98,1%, соответственно; точ-

ность – 80% и 97%, соответственно. Большинство пациентов (276 из 572) с КРР, осложненным ООТКН, были госпитализированы в стадии декомпенсации заболевания. У половины больных (298 из 572) состояние оценено как тяжелое (по шкале MODS II – более 8 баллов) при $p < 0,05$. Достоверной разницы в показателях у пациентов I и II групп, а также подгрупп А и Б не выявлено ($p > 0,5$). Расположение опухоли, по данным КС, и методы лечения ООТКН представлены в таблице 2.

Биопсия при КС была взята у 511 (89,3%) из 572 пациентов. По данным комплексного обследования, у 572 больных КРР определена клиническая (с) стадия заболевания: II – у 14,08% (прямая кишка) и 17,01% (ободочная кишка) пациентов; III – у 64,08% (прямая кишка) и 63,41% (ободочная); IV – 21,84% (прямая кишка) и 19,51% (ободочная кишка).

Консервативная терапия оказалась эффективной у 46 (8%) из 572 больных с компенсированной кишечной непроходимостью. Стентирование выполнено успешно у 83 больных (технический успех – 100%). Послеоперационные осложнения после стентирования на 1-7 сутки отмечены у 6 (7,23%) из 83 больных: в 2011-2014 гг. – у 2 (10,53%) из 19; в 2014-2017 гг. – у 4 (6,25%) из 64.

Дислокация стента произошла у 3 (3,61%) больных I-II групп, у всех – корригирована эндоскопически. Перфорация распадающейся опухоли сигмовидной кишки развилась у 3 (3,61%) из 83 стентированных: 1 больной умер (I группа, подгруппа А); 2 проведена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной сигмостомы. Еще 1 летальный исход имел место на фоне прогрессирования опухолевого процесса

(II группа, подгруппа А). Итого, послеоперационная летальность среди стентированных пациентов составила 2,9% (2 из 83): в 2011-2013 гг. – 5,3% (1 из 19); в 2014-2017 гг. – 1,6% (1 из 64).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде (1-7 суток) после резекционных вмешательств и формирования стомы возникли у 158 (35,67%) из 443 больных I-II групп. Установлено, что резекции сопровождались большим числом осложнений, чем формирование стомы как в I группе (50% и 34,49%, соответственно), так и во II (35,49% и 13,39%) при $p < 0,05$. В течение 1-7 суток после операций умерли 88 (19,86%) из 443 пациентов I-II групп.

Нами проведен сравнительный анализ частоты осложнений и общей послеоперационной летальности у 526 из 572 больных КРР, у которых ООТКН устранена посредством формирования стомы (29 – из I группы, 112 – из II) или стентирования (19 – из I группы, 64 – из II) или резекционных вмешательств (178 – из I группы, 124 – из II). Внедрение стандартов этапного лечения КРР, осложненного ООТКН, за весь период исследования (2011-2017 гг.) привело к снижению частоты осложнений с 44,69% до 21% ($p < 0,5$), общей послеоперационной летальности – с 26,11% до 10,33% ($p < 0,5$).

Наши результаты подтвердили практическую значимость национальных клинических рекомендаций «Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии», разработанных Ассоциацией колопроктологов России, Российской гастроэнтерологической ассоциацией и Российским обществом хирургов [11].

По данным МСКТ, у всех 110 пациентов, оперированных вторым этапом в плановом порядке (II группа), исходно (сразу после устранения ООТКН) имелось утолщение стенки кишки до $5,8 \pm 1,2$ мм за счет воспалительных изменений и отека. Содержимым кишки при этом являлась жидкость с единичными пузырьками газа. КТ-признаки отека и воспаления были максимально выражены в течении 2 недель после устранения ООТКН ($3,7 \pm 1,1$). Толщина стенки кишки постепенно возвращалась к нормальным показателям ($2,3 \pm 0,9$ мм) к 3-4 неделе после устранения ООТКН.

Отек и воспаление слизистой оболочки супрастенотически расширенных отделов толстой кишки выявлены у 69 пациентов. К 4-й неделе после устранения ООТКН стенка кишки во всех наблюдениях (69) полностью восстанавливалась, исчезали признаки воспаления и отека слизистой оболочки и подслизистого слоя. На основании данных гистологического исследования и МСКТ, мы считаем, что проведение плановой радикальной операции по поводу колоректального рака должно проис-

ходить через 3-4 недели после устранения ООТКН. Также нами выявлено, что плановые операции, по сравнению с экстренными, позволяли осуществить адекватный объем лимфодиссекции: при гистологическом исследовании в брыжейке удаленной кишки были обнаружены лимфатические узлы (ЛУ) в количестве 14-25 штук (16 ± 2), что достоверно ($p < 0,5$) превышало число удаленных ЛУ во время экстренной резекции (4 ± 1). Этот факт мы объясняем невозможностью в экстренных условиях при наличии клиники непроходимости обеспечить необходимые границы резекции, что потенциально может оказывать отрицательное влияние на показатели 3-летней выживаемости пациентов.

При изучении отдаленных результатов, локорегионарные рецидивы после плановых резекционных операций (II группа) в течение первого года наблюдения развились в 2,9% наблюдений, второго года – у 4%, третьего – у 5%. Среди экстренно оперированных (I группа) частота рецидивов была выше: 10%, 17,9%, 22,5%, соответственно, при $p < 0,05$. Кумулятивная доля больных без локорегионарного рецидивирования в I группе была выше, чем во II: 0,89 и 0,59, соответственно, при $p < 0,05$ (Рис. 1).

После плановых резекционных вмешательств (II группа) в течение первого года наблюдения отдаленные метастазы выявлены у 9,7%, второго – у 14,1%, третьего – у 22,2%. После экстренных резекций (I группа) частота возникновения отдаленных метастазов составила: 13,3%, 28,6% и 37,3%, соответственно, что было выше, чем после плановых операций при $p < 0,05$. Кумулятивная доля наблюдаемых без возникновения отдаленных метастазов во II группе была выше, чем в первой: 0,62 и 0,44, соответственно, при $p < 0,05$ (Рис. 2).

Смертность пациентов I группы составила за 1-й год – 20%, за 2 года – 32,1%, за 3 года – 37,3%, что было выше, чем во II группе: 13,6%, 18,2%, 22,2%, соответственно, при $p < 0,05$. Кумулятивная доля выживших (Рис. 3) после плановых резекционных (II группа) операций была выше, чем после экстренных (I группа): в конце 1-го года – 0,87 и 0,81; 2-го – 0,84 и 0,71; 3-го – 0,82 и 0,69, соответственно ($p < 0,05$).

Полученные данные позволили разработать рекомендации по маршрутизации больных КРР. Нами предложена схема зонирования города Москвы, согласно которой пациенты с КРР, осложненным ООТКН, должны госпитализироваться в многопрофильные стационары, имеющие онкологическую службу, где им будет оказана специализированная, в том числе, и онкологическая помощь (Рис. 4).

Новые стандарты начали активно внедряться в клиническую практику г. Москвы. На основании

наших рекомендаций 21 ноября 2016 г. был издан приказ № 943 ДЗ Москвы «О совершенствовании медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью в городе Москве», в котором рекомендовано обеспечить мультидисциплинарный подход в лечебно-диагностическом процессе пациентов с ООТКН с использованием современных эндоскопических и видеолапароскопиче-

ских методов лечения. Также, исходя из наших выводов, издан приказ № 83 ДЗМ от 13.02.2017 г., в котором четко обозначено: «При декомпенсированной форме ООТКН показано проведение urgentной колоноскопии и установки колоректального стента. При невозможности декомпрессии показано экстренное оперативное вмешательство. Выполнение экстренных операций у тяжелого кон-

Рисунок 1. Оценка функций отсутствия локорегионарного рецидивирования у больных I и II группы в течение 3 лет после экстренной и плановой резекций (одно- и двухэтапного лечения)

Рисунок 2. Оценка функций отсутствия возникновения отдаленных метастазов у больных I и II группы в течение 3 лет после экстренной и плановой резекций (одно- и двухэтапного лечения)

Рисунок 3. Кумулятивная доля выживших больных КРР, осложненным ООТКН, в течение 3 лет после одно- и двухэтапного лечения (I и II группы)

тингента больных должно быть направлено на спасение жизни и носить декомпрессионный и дренирующий характер за счет формирования разгрузочных стом.

Результаты внедрения этапного лечения КРР, осложненного ООТКН, в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы представлены на рис. 5 и 6.

Благодаря разработанным нами и внедренным стандартам хирургической помощи больным КРР,

осложненным ООТКН, в г. Москве с 2014 по 2018 гг. снизилось число выполняемых экстренных резекций (с 89,50% до 44,50%), а также увеличилось количество декомпрессионных вмешательств: формирования стомы (с 3,70% до 29,70%) и стентирования (с 2,30% до 20%). В результате в г. Москве снизилась послеоперационная летальность больных КРР, осложненным ООТКН, с 22,4% до 10% (Рис. 5).

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе нашей работы была доказана целесообразность диагностического алгоритма у 572 больных КРР, осложненным ООТКН, включающего УЗИ, МСКТ, эндоскопические и лабораторные методы обследования. Полученные выводы полностью совпадают с мнением других авторов [1-6, 11-13, 20-22,27].

Мы не согласны с рекомендациями отечественных клиницистов [1,2,5], что при КРР, осложненным ООТКН, предпочтение следует отдавать экстренным резекционным вмешательствам. В нашем исследовании, в отличие от ряда отечественных [1,2,5], после экстренных резекций осложнения отмечались чаще, а летальность была выше (44% и 25,5%, соответственно), чем после формирования стомы (17,7% и 7,8%, соответственно) при $p < 0,05$. Результаты зарубежных исследований [11,19,23,28] полностью подтверждают наши дан-

Рисунок 4. Маршрутизация пациентов с ООТКН в стационары г. Москвы

ные. Amelung F.J. et al. [14], обследовав 1860 пациентов с КРР и ООТКН, выявили: экстренные резекции сопровождаются большим числом осложнений (39,6%), чем формирование стомы и стентирование (31,7% и 27,3%, соответственно). Небольшое количество осложнений (7,2-32,2%), по сравнению с другими методами устранения ООТКН, отмечено после стентирования во многих работах [13,25] и подтверждено нашими данными (7,2%).

Проведенный нами анализ выявил преимущества двухэтапного стандарта лечения перед одноэтапным по причине высокой частоты осложнений и летальности после экстренных резекционных вмешательств, а также невозможности в экстрен-

ном порядке соблюсти принципы онкологического радикализма.

Результатом внедрения этапного лечения колоректального рака, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью, в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы стало снижение послеоперационной летальности с 22,4% (2014 г.) до 10% (2018).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандартом хирургической помощи при КРР, осложненном ООТКН, является двухэтапный мульт-

Рисунок 5. Динамика структуры вмешательств, выполняемых при КРР, осложненном ООТКН, в стационарах г. Москвы за период с 2014 по 2018 гг.

Рисунок 6. Летальность после вмешательств, выполняемых по поводу КРР, осложненного ООТКН, в стационарах г. Москвы за период с 2014 по 2017 гг.

тимодалный и мультидисциплинарный подход. На первом этапе необходимо выполнять декомпрессионное вмешательство (стомирование или стентирование).

Экстренные резекционные вмешательства, по сравнению с плановыми, приводят к худшим результатам из-за высокой частоты осложнений и летальности, а также невозможности соблюдения принципов онкологического радикализма.

Лечение КРР, осложненного ООТКН, должно проводиться высококвалифицированными специалистами в многопрофильном специализированном

учреждении, где имеется весь спектр неотложной хирургической помощи, а также мультидисциплинарная онкологическая служба.

Оптимальным сроком проведения резекционной операции для больных с местнораспространенным опухолевым процессом является 4 неделя после устранения ООТКН.

Следование разработанным нами стандартам хирургической помощи при устранении ООТКН в условиях специализированного учреждения позволяет повысить уровень общей трехлетней выживаемости больных КРР.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCE

1. Алекперов, С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости. / С.Ф.Алекперов, А.В.Пугов, О.А.Калачев и соавт. // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2012. – № 11. – с. 38-44. [Aleksperov, S.F. Diagnostics and surgical treatment of the tumor obturative intestinal obstruction / S.F.Aleksperov, A.V.Pugayev, O.A.Kalachev // Pirogov Russian Journal of Surgery. – 2012. – № 11. – p. 38-44. in Russian]
2. Захарченко, А.А. Оптимизация хирургического лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости / А.А.Захарченко, А.С.Соляников, Ю.С.Винник и соавт. // Колопроктология. – 2015. – № 1 (51). – с. 38-45. [Zakharchenko, A.A. Optimized surgical approach to obstructed distal colorectal cancer / A.A.Zakharchenko // Koloproktologia. – 2015. – № 1 (51). – p. 38-45. in Russian]
3. Киселев, А.Ю. Диагностика и хирургическое лечение острой обтурационной кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток. – 2011. – 35 с. [Kiselev, A.Yu. Diagnosis and surgical treatment of acute obstructive intestinal obstruction. Avtoref. Diss. k.m.n. – Vladivostok, – 2011. – 35 p. in Russian]
4. Бордин, Д. О состоянии и перспективах развития гастроэнтерологической службы в Москве. / Д.Бордин, И.Бакулин, Т.Шкуро // Ж. «Московская медицина». – дек., 2016. – Спец. выпуск № 2. – с. 33-34. [Bordin, D. O sostoyanii i perspektivah razvitiya gastroenterologicheskoy sluzhbi v Moskve / D.Bordin, I.Bakulin, T.Shkuro // J.Moskovskaya medicina. Dec. 2016. – Spec. vipusk № 2. – p. 33-34. Russian]
5. Осипов, В.А. Оптимизация хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным острой толстокишечной непроходимостью, кровотечением и их сочетанием: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб. – 2014. – 25 с. [Osipov, V.A. Optimizatsiya hirurgicheskogo lechenia bolnuh kolorektalnim rakom, oslozhnennim ostroi tolstokishechnoi neprohodimosti, krvotecheniem i ih sochetaniem: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – SPb. – 2014. – 25 p. in Russian]
6. Рыбаков, Е.Г. Влияние несостоятельности анастомоза на онкологические результаты лечения больных раком прямой кишки / Е.Г.Рыбаков, Ю.А.Шельгин, М.А.Тарасов и соавт. // Онкологическая колопроктология. – 2018. – № 2. – с. 18-23. [Rybakov, E.G. Impact of anastomotic leakage on outcomes in patients with rectal cancer / E.G.Rybakov, Yu.A.Shelygin, M.A.Tarasov // Colorectal Oncology. – 2018. – №2. – p. 18-23. in Russian]
7. Шельгин, Ю.А. Основные направления организации специализированной колопроктологической помощи / Ю.А.Шельгин, А.В.Веселов, А.А.Сербина // Колопроктология. – 2017. – № 1 (59). – с. 76-81. [Shelygin, Yu.A. Main directions of organization of a specialized coloproctological medical care / Yu.A.Shelygin, A.V.Veselov, A.A.Serbina // Koloproktologia. – 2017. – № 1 (59). – p. 76-81. in Russian]
8. Веселов, А.В. Состояние оказания колопроктологической помощи населению г. Москвы / А.В.Веселов, В.Н.Кашников, А.Г.Запольский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2014. – № 4 (18). – с. 29-33. [Veselov, A.B. Coloproctological Medical Care in the City of Moscow / A.V.Veselov, V.N.Kashnikov, A.G.Zapolsky // Medical Technology. – 2014. – № 4 (18). – p. 29-33. in Russian]
9. Веселов, А.В. Анализ данных медицинской статистики по вопросам оказания колопроктологической помощи населению города Москвы / А.В.Веселов // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 4 (24). – с. 26-29. [Veselov, A.B. Analysis of health statistics for providing koloproktologicheskikh assistance to the population of the city of Moscow]

- / A.V.Veselov // Clinical experience of the G20. – 2014. – № 4 (24). – p. 26-29. in Russian]
10. Хатков, И.Е. Стентирование толстой кишки в лечении колопроктологических заболеваний. / И.Е.Хатков, В.Н.Чумак, Р.Е.Израилов и соавт. // Анналы хирургии. – 2012. – № 1. – с. 71-74. [Khatkov, I.E. Colonial stenting in treating colonoproctological diseases / I.E.Khatkov, V.N.Chumak, R.E.Izrailov et al. // Annals of Surgery. – 2012. – № 1. – p. 71-74. in Russian]
11. «Колопроктология» Клинические рекомендации. Под ред. Ю.А.Шельгина, 2-изд. исправлено и дополненное. – ГЭОТАР-Медиа, Москва. – 2017. – с. 525-552. [Shelygin, Yu.A. Clinical Recommendations. Koloproktologia / Y.A.Shelygin et al. – Moscow, GEOTAR-Media – 2017. – p. 525-552. in Russian]
12. Помазкин, В.И. О влиянии тактики лечения опухолевой толстокишечной непроходимости на отдаленные онкологические результаты / В.И.Помазкин // Колопроктология. – 2015. – № 3 (53). – с. 60-64. [Pomazkin, V.I. About influence of tactics of treatment by obstructing colonic cancer on the remote results / V.I.Pomazkin // Koloproktologia. – 2015. – № 3 (53). – p. 60-64. in Russian]
13. Щаева, С.Н. Результаты радикальных операций при местно-распространенном колоректальном раке, осложненном кишечной непроходимостью / С.Н.Щаева, В.И.Соловьев // Колопроктология. – 2015. – № 2 (52). – с. 44-48. [Schaeva, S.N. Results of radical operations for the locally advanced colorectal cancer, complicated by large bowel obstruction / S.N.Schaeva, V.I.Soloviev // Koloproktologia. – 2015. – № 2 (52). – p. 44-48. in Russian]
14. Amelung, F.J. A Population-Based Analysis of Three Treatment Modalities for Malignant Obstruction of the Proximal Colon: Acute Resection Versus Stent or Stoma as a Bridge to Surgery. / F.J.Amelung, E.C.Consten, P.D.Siersema et al. // Ann. Surg. Oncol. – 2016, Oct. – № 23 (11). – p. 3660-3668.
15. Chang, G.J. Practice parameters for the management of colon cancer. / G.J.Chang, A.M.Kaiser, S.Mills et al. // Dis. Colon. Rectum. – 2012, Aug. – № 55 (8). – p. 831-843.
16. Choi, J.H. Covered self-expandable metal stents are more associated with complications in the management of malignant colorectal obstruction. / J.H.Choi, Y.J.Lee, E.S.Kim et al. // Surg.Endosc. – 2013, Sep. – № 27 (9). – p. 3220-3227.
17. Dabizzi, E. Update on Enteral Stents. / E.Dabizzi, P.G.Arcidiacono. // Curr. Treat. Options Gastroenterol. – 2016, Jun. – № 14 (2). – p. 178-184.
18. Duman, M. Preoperative local staging of colorectal cancer patients with MDCT. / M.Duman, S.Tas, E.A.Mecit et al. // Hepatogastroenterology. – 2012, Jun. – № 59 (116). – p. 1108-1112.
19. Felli, E. Robotic right colectomy for right colon cancer: a case report and review of the literature of minimally invasive urgent colectomy. / E.Felli, F.Brunetti, M.Disabato et al. // World J.Emerg. Surg. – 2014, Apr. – № 26 (9). – p. 32.
20. Jun, L. Diagnostic Value of Plain and Contrast Radiography, and Multi-slice Computed Tomography in Diagnosing Intestinal Obstruction in Different Locations. / L.Jun, Yi.S.Chang. // Indian. J. Surg. – 2015, Dec. – № 77 (Suppl 3). – p. 1248-51.
21. May, A. Modern imaging techniques: which-when-why? / A.May // Dig. Dis. – 2013. – № 31 (1). – p. 63-8.
22. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. National Collaborating Centre for Cancer (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). – 2015, Jun. – 35 p.
23. Öistämö, E. Emergency management with resection versus proximal stoma or stent treatment and planned resection in malignant left-sided colon obstruction. / E.Öistämö, F.Hjern, L.Blomqvist et al. // World J. Surg.Oncol. – 2016, Aug 30. – № 14 (1). – p. 232.
24. Sagar, J. Role of colonic stents in the management of colorectal cancers. / J.Sagar // World J.Gastrointest. Endosc. – 2016, Feb. – № 8 (4). – p. 198-204.
25. Saito, S. A prospective multicenter study on self-expandable metallic stents as a bridge to surgery for malignant colorectal obstruction in Japan: efficacy and safety in 312 patients. / S.Saito, S.Yoshida, H.Isayama et al. // Surg. Endosc. – 2016. Sep. – № 30 (9). – p. 3976-3986.
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). – 2011. Dec. – 56 p.
27. Tennyson, C.A. Advances in small bowel imaging. / C.A.Tennyson, C.E.Semrad // Curr.Gastroenterol. Rep. – 2011, Oct. – № 13 (5). – p. 408-417.
28. Zahid, A. How to decide on stent insertion or surgery in colorectal obstruction? / A.Zahid, C.J.Young // World J.Gastrointest. Surg. – 2016, Jan. – № 8 (1). – p. 84-89.