

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Шабунин А.В., Багателия З.А.

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

ЦЕЛЬ: стандартизация хирургической помощи больным колоректальным раком (КРР), осложненным острой obturационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включено 797 больных осложненным КРР. ООТКН диагностирована у 572 больных: 247 поступили в 2011-2013 гг. (I группа); 325 – в 2014-2017 гг. (II группа). В I группе чаще выполнялись экстренные резекции (одноэтапное лечение), во II группе – формирование проксимальной стомы или стентирование (двухэтапное лечение). Обследовано 77 больных с КРР, осложненным кровотечением: у 62 – оказался эффективным консервативный, эндоскопический или эндоваскулярный гемостаз (III группа), у 15 – проведены экстренные резекции (IV). Все 148 больных КРР, осложненным перфорацией, были прооперированы: резекции выполнены 115 (V группа), ушивание перфоративного отверстия и выведение разгрузочной стомы – 15 (VI группа), внебрюшинное вскрытие абсцесса с формированием стомы – 18 (VII группа). У 241 больного (186 – из I-II групп, 40 – из III, 15 – из VI-VII) через 0,1-6 месяцев выполнен 2-й этап лечения: плановая резекция и послеоперационная лучевая и химиотерапия. Проведен сравнительный анализ результатов одно- и двух этапного лечения. Оценена трехлетняя выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ: после плановых резекций, по сравнению с экстренными, отмечена меньшая летальность: 3,6% (II группа) и 29,2% (I группа); 5,0% и 20,0% (III и IV группы); 0% и 35,7% (VI-VII и V группы). Кумулятивная доля выживших в конце третьего года после плановых резекций (II, III и VI-VII группы) была выше, чем после экстренных (I, IV и V группы): 0,680 и 0,809 (I и II группы), 0,8882 и 0,3571 (III и IV группы), 0,8615 и 0,4257 (VI-VII и V группы), соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: подтверждена целесообразность применения двухэтапного лечения больных осложненным КРР.

[Ключевые слова: obturационная толстокишечная непроходимость; кишечное кровотечение; перфорация колоректального рака]

ALGORITHM OF SURGICAL CARE IN PATIENTS WITH COMPLICATED COLORECTAL CANCER

Shabunin A.V., Bagateliya Z.A.

Russian Medical Postgraduate Education Academy, Moscow, Russia

AIM: to standardize surgical care for the malignant colonic obstruction.

PATIENTS AND METHODS: the retrospective cohort study included 797 patients with complicated colorectal cancer. Malignant colonic obstruction was diagnosed in 572 patients: 247 of them were treated in 2011-2013 (I group); 325 – in 2014-2017 (II). Urgent bowel resection was performed more often in I group (one-stage treatment), fecal diversion or stent- in II (two-stage treatment). Seventy-seven patients with tumor bleeding were included as well: 62 of them were treated conservatively or underwent endoscopic coagulation or arterial embolization (III group); 15 patients – underwent urgent bowel resection (IV). All of 148 patients with bowel perforation were underwent urgent surgery: resection was performed in 115 patients (V), suturing the perforation site-in 15 (VI), extraperitoneal drainage of the abscess – in 18 (VII). Elective bowel resection was performed in 241 patients (186 – from I-II group, 40 – from III, 15 – from VI-VII) after 0.1-6 months. The comparative analysis of the early and late results of one- and two-stage treatment was carried out with assessment of the 3-year cumulative survival.

RESULTS: postoperative mortality was significantly lower in elective resection groups compared with urgent resection groups: 3.6% vs 29.2% (II vs I); 5.0% vs 20.0% (III vs IV); 0.0% vs 35.7% (VI-VII vs V). The survival rate was higher in elective resection groups than in urgent ones: 0.809 vs 0.680 (II vs I), 0.8882 vs 0.3571 (III vs IV), 0.8615 vs 0.4257 (VI-VII vs V).

CONCLUSION: multi-stage approach for complicated colorectal cancer is more effective than one-stage.

[Key words: malignant colonic obstruction; hemorrhagic colorectal cancer; colorectal cancer perforation]

Адрес для переписки: Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного последипломного 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 [2,4,5,7-11,19]. Основной проблемой является возникновение у 8-30% пациентов с КРР различных осложнений, в первую очередь, стеноза, проявляющегося острой obturационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН), кровотечения и перфорации. Летальность

при этих осложнениях составляет 7,6-55,5% [2-5,10,11,19].

Несмотря на большое число работ, посвященных диагностике и лечению осложненного КРР, проблема стандартизации хирургической помощи таким больным не теряет своей актуальности [2,4,5,9,17,19]. Одни хирурги при осложненном КРР главной задачей опе-

ративного вмешательства считают удаление опухоли [4,6,10]. Другие клиницисты экстренную резекцию рассматривают как меру отчаяния и рекомендуют ее избегать [2,3,9,14,16,20-22,24]. В связи с отсутствием единой точки зрения в отношении выбора метода лечения осложненного КРР, предметом данного исследования стала стандартизация хирургической помощи таким больным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2011 по 2017 гг. нами обследовано и пролечено 797 больных КРР II-IV стадии (Т2-4N0-3M0-1), поступивших в экстренном порядке с клиникой ООТКН, кишечного кровотечения или перфорации в ГКБ им. С.П.Боткина г.Москвы. В период 2011-2013 гг. *больным КРР, осложненным ООТКН*, в большинстве случаев выполнялись резекционные вмешательства (одноэтапное лечение). Декомпрессионные стомы с целью разрешения кишечной непроходимости формировались редко. Стентирование суженного опухолевого участка кишки осуществлялось лишь инкурабельным больным. В 2014 года нами разработаны и внедрены новые алгоритмы хирургической помощи больным КРР, осложненным ООТКН. С 2014 года с целью разрешения ООТКН чаще используются декомпрессионные вмешательства (формирование стомы, 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 алгоритмов лечения 572 больных КРР, осложненным ООТКН, разделены на 2 группы. В I группу включены 247 пациентов, госпитализированных с данным диагнозом в 2011-2013 гг.; во II группу вошли 325 поступивших в период 2014-2017 гг.

Из 77 обследованных с КРР, осложненным кровотечением, также были сформированы 2 группы. Одну из них (III группу) составили 62 (80,5%) больных КРР, осложненным кровотечением, у которых гемостаз осуществлен консервативно (n=9), эндоскопически (n=47), эндоваскулярно (n=4) или посредством перевязки внутренних подвздошных артерий (n=2). В другую группу (IV) вошли 15 (19,5%) больных, перенесших экстренные резекции по поводу неэффективности эндоскопического гемостаза, эмболизации сосудов и возникшей во время электрокоагуляции перфорации.

148 больных КРР, осложненным перфорацией, в зависимости от вида экстренного оперативного лечения разделены на 3 группы: резекционные вмешательства без расширенной лимфодиссекции выполнены у 115 (V группа), ушивание перфоративного отверстия

и выведение разгрузочной стомы – у 15 (VI), внебрюшинное вскрытие абсцесса с формированием стомы – у 18 (VII).

Методы устранения осложнений КРР представлены в табл. 1. Оценка их эффективности произведена в 7-ми группах больных КРР. Возраст поступивших колебался от 22 года до 92 лет (в среднем, составил 63,1±11,4 лет). Женщин и мужчин было поровну (403 и 394). Большинство (597 из 797; 74,9%) пациентов были старше 60 лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 687 из 797 (86,2%).

После поступления в стационар все пациенты (797) были обследованы с целью верификации диагноза. Комплексное обследование включало: лабораторные методы, рентгенологическое и ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), колоноскопию (КС). Противопоказанием к выполнению КС было подозрение на перфорацию кишечной стенки.

Всем (572) больным КРР, осложненным ООТКН (I-II группы), в течение 2-4 часов после поступления в стационар проведено консервативное лечение (инфузионная терапия, назогастральное дренирование). У 77 пациентов с КРР, осложненным кровотечением (III-IV группы), консервативная терапия (переливание эритромазсы, инфузии и пр.) осуществлена с целью коррекции анемии, восполнения объема циркулирующей крови, гемостаза, восстановления микроциркуляции, улучшения свертываемости крови. Всем 148 больным КРР, осложненным перфорацией (V-VII группы), проведена предоперационная подготовка, включающая декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, превентивное парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия и пр. У 50 больных V-VII групп с тяжелым сепсисом проводились противошоковые мероприятия.

Эндоскопические технологии с целью устранения осложнений (ООТКН / кровотечения) использованы у 17,8% больных КРР (142 из 797). У 83 (14,5%) из 572 пациентов с ООТКН установлены нитиноловые саморасширяющиеся колоректальные стенты (всего 98) диаметром 20-22 мм производства Южная Корея фирм: «HANAROSTENT, M.I.Tech» (44) и «TaeWoong Medical» (45). У 59 (76,6%) из 77 больных с продолжающимся на момент осмотра (54) и свершившимся (5) кровотечением произведена эндоскопическая коагуляция (электро- или аргоноплазменная).

Рентгенэндоваскулярная ангиография осуществлена у 9 (11,7%) из 77 больных III группы раком ободочной (6) и прямой (3) кишки. Показанием к проведению было: активное кровотечение (у 4), невозможность установить источник кровотечения по данным КС, неэффективность эндоскопии (5). После ангиографии у всех (9) пациентов выполнена селективная эмболизация кровоточащего сосуда металлическими

Таблица 1. Метод лечения осложненного КРР

Методы лечения	ООТКН		кровотечение		перфорация			Всего (n=797)
	I группа (n=247)	II группа (n=325)	III группа (n=62)	IV группа (n=15)	V группа (n=115)	VI группа (n=15)	VII группа (n=18)	
консервативная терапия с эффектом	21 (8,5%)	25 (7,7%)	9 (14,5%)	–	–	–	–	55 (6,9%)
эндоскопия (коагуляция / с эффектом стентирования)	19 (7,7%)	64 (19,7%)	47 (75,8%)	–	–	–	–	130 (16,3%)
эмболизация артерий	–	–	4 (6,6%)	–	–	–	–	4 (0,5%)
формирование кишечной стомы	29 (11,7%)	112 (34,5%)	–	–	–	–	–	141 (17,7%)
ушивание перфорации, формирование стомы	–	–	–	–	–	15 (100%)	–	15 (1,9%)
внебрюшин. вскрытие абсцесса, формирование стомы	–	–	–	–	–	–	18 (100%)	18 (2,2%)
перевязка внутренних подвздошных артерий	–	–	2 (3,2%)	–	–	–	–	2 (0,3%)
экстр. резекционные вмешательства	178 (72,1%)	124 (38,1%)	–	15 (100%)	115 (100%)	–	–	432 (54,2%)

спиралями.

Экстренные резекционные вмешательства на 1-2 сутки после поступления в стационар выполнены у 54,2% больных (432 из 797) осложненным КРР: у 302 – из I-II групп, у 15 – из IV, 115 – из V. Обструктивная резекция левых отделов кишки (по типу Гартмана) осуществлена у 222 (79 – из I группы, 42 – из II, 12 – из IV, 89 – из V), левосторонняя гемиколэктомия – у 71 больного I-II групп с локализацией опухоли в левых отделах кишки. Операцию Лахей или гемиколэктомию с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнили 139 пациентам (56 – из I группы, 54 – из II, у 3 – из IV, 26 – из V) при расположении опухоли в правой половине толстой кишки.

У четверти больных (141 из 572) I-II групп по причине тяжести состояния, нерезектабельности опухоли либо в качестве «моста к хирургии» сформирована двустольная стома лапароскопически ассистированным методом у 9 (из 141) оперированных I-II групп, традиционным доступом – у 132. У 2 (2,6%) из 77 больных раком прямой кишки (III группа) в состоянии геморрагического шока проведена перевязка внутренних подвздошных артерий.

У 8 (5,4%) из 148 пациентов с перфорацией КРР (VI группа) в тяжелом состоянии с разлитым перитонитом при наличии трудноудаляемой опухоли по причине распространенного опухолевого процесса с вовлечением жизненно важных структур (сосудов) произведено ушивание перфоративного отверстия (или фиксация сальника). Также ушивание выполнено у 7 (4,7%) из 148 оперированных с прикрытой перфорацией (VI группа). У 18 (12,2%) из 148 больных с пенетрацией в забрюшинное пространство произ-

ведено внебрюшинное вскрытие абсцесса (VII группа).

В период от 3 суток до 6 месяцев после устранения осложнений КРР, дообследования и стадирования заболевания 241 больной (186 – из I-II групп, 40 – из III, 15 – из VI-VII) переведен на второй этап, всем выполнена плановая резекция с последующей ХТ и/или ЛТ. Дальнейшему анализу подвергнуты истории болезни 145 наблюдаемых (из 241): 110 – из II групп, 20 – из III, 15 – из VI-VII.

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов одно- и двухэтапного лечения 308 больных КРР: в 163 (113 – из I группа, 15 – из IV, 35 – из V) наблюдениях – резекционные операции проведены экстренно, в 145 (110 – из II, 20 – из III, 15 – из VI-VII) – в плановом порядке после устранения осложнений. Выживаемость в течение 3 лет определена способом Каплана-Мейера. За критический уровень значимости принимали $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании данных обследования, включающих лабораторные методы, рентгенологическое исследование, УЗИ, МСКТ и КС (в I-IV группах), у 797 больных осложненным КРР определена клиническая (с) стадия заболевания: II стадия диагностирована у 14% больных I-II групп, у 16% – III-IV групп, у 14% – V-VII групп; III стадия обнаружена – у 64%, 58% и 67%; IV – у 22%, 26% и 19%, соответственно.

Консервативная терапия оказалась эффективной у 46 (8%) и 572 больных I-II групп и у 9 (11,7%)

из 77 – III-IV групп. Технический успех стентирования составил 100% (I-II группы). Осложнения после стентирования отмечены у 6 (7,23%) из 83 больных: в I группе – у 10,53%; во II – у 6,25%. Послеоперационная летальность среди стентированных пациентов составила 2,9% (2 из 83): 5,3% (I) и 1,6% (II), ($p \leq 0,05$). Улучшение результатов стентирования в течение всего периода исследования мы связываем с тем, что декомпрессионные вмешательства с 2014 года стали выполняться не только как паллиативное лечение инкурабельным больным, но и в качестве «моста» к плановой резекции у операбельных пациентов, которые переносили экстренное вмешательство легче с меньшим числом осложнений и летальностью.

Эндоскопический гемостаз был успешным у 79,7% (47 из 59) пациентов III группы. Ятрогенная перфорация произошла у 3 из 59 (5,1%) пациентов. Эффективность селективной эмболизации составила 44,4% (4 из 9). Причиной отсутствия результата (у 3) и сомнительного эффекта (у 2) стали дополнительные источники кровоснабжения опухоли из правой ветви верхней прямокишечной артерии.

Нами установлено, что при КРР, осложненным ООТКН (I-II группы), экстренные резекционные вмешательства сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью (45,5% и 27,2%, соответственно), чем формирование стомы (21,3% и 9,9%) и стентирование (7,23% и 2,9%), ($p < 0,05$). Данный факт подтверждает необходимость у больных с ООТКН на первом этапе проводить декомпрессионные вмешательства.

Нами проведен сравнительный анализ общей послеоперационной летальности у 526 больных КРР, которым ООТКН устранена оперативно: посредством формирования стомы (29 – из I группы, 112 – из II),

стентирования (19 – из I группы, 64 – из II) и резекционных вмешательств (178 – из I группы, 124 – из II). Благодаря внедрению этапного лечения за весь период исследования (2011-2017 гг.) снизились показатели: частоты осложнений (с 44,69% до 21%, соответственно, при $p < 0,5$) и общей послеоперационной летальности (с 26,11% по 10,33%, $p < 0,5$). Полученные результаты подтверждают целесообразность разработанного нами двухэтапного алгоритма ведения больных КРР.

Среди пациентов V-VII групп реже (38,9%) погибли оперированные после внебрюшинного вскрытия абсцесса [VII группа] и резекционных операций (35,7%) [V группа], чем после ушивания перфорации опухоли с выведением стомы (53,4%) [VII группа]. Следовательно, оставление очага инфекционного процесса в брюшной полости при разлитом перитоните лишает пациента и без того небольших шансов на благоприятный исход. В то же время, при ограниченном перитоните паллиативное вмешательство, наоборот, улучшает результат.

Проведенный нами сравнительный анализ одно- и двухэтапного лечения у 308 больных осложненным КРР продемонстрировал, что плановые резекции сопровождаются меньшей частотой осложнений, чем экстренные, как при ООТКН (12,7% – во II группе и 50% – в I), кровотечении (15% – в III группе и 33,3% – в IV), так и при перфорации (13,3% – в VI-VII и 62,6% – в V, соответственно), ($p \leq 0,05$). Также после плановых резекций, по сравнению с экстренными, отмечена меньшая летальность: при ООТКН – 3,6% и 29,21% (II и I); кровотечении – 5% и 20% (III и IV, соответственно); перфорации – 0% и 35,65% (VI-VII и V) при $p \leq 0,5$.

Нами доказано, что у больных осложненным КРР экстренные резекционные вмешательства, по сравнению

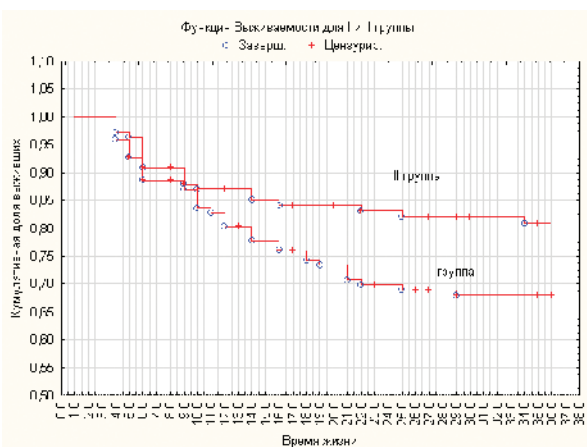


Рисунок 1. Кумулятивная доля выживших больных колоректальным раком, осложненным ООТКН, в течение 3 лет после одно- и двухэтапного лечения (I и II группы)

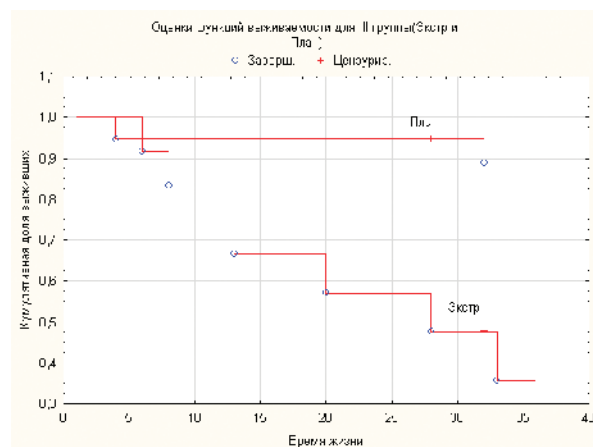


Рисунок 2. Кумулятивная доля выживших больных колоректальным раком, осложненным кровотечением, в течение 3 лет после плановых (III группа) и экстренных (IV группа) резекций

с плановыми, характеризуются низкой радикальностью, в частности, недостаточным количеством удаленных лимфатических узлов: при ООТКН – 4 ± 1 (I группа) и 16 ± 2 (II); кровотечения – 3 ± 1 (IV) и 18 ± 3 (III); перфорации – 3 ± 1 (VI) и 17 ± 2 (V), соответственно. Этот факт мы объясняем невозможностью в экстренных условиях произвести адекватную лимфодиссекцию, необходимую для корректного стадирования заболевания, назначения адьювантной ХТ и улучшения исхода лечения осложненного КРР.

Кумулятивная доля выживших (Рис. 1-3) после плановых резекций (II, III и VI-VII группы) была выше (при $p<0,05$), чем после экстренных (I, IV и V): в конце первого года у больных с ООТКН – 0,87 и 0,803 (II и I), у пациентов с кровотечением – 0,9474 и 0,8333 (III и IV), у оперированных с перфорацией – 0,9333 и 0,7934 (VI-VII и V); второго года: 0,831 и 0,699 (II и I), 0,9474 и 0,5714 (III и IV), 0,9333 и 0,6342 (VI-VII и V); третьего: 0,809 и 0,680 (II и I), 0,8882 и 0,3571 (III и IV), 0,8615 и 0,4257 (VI-VII и V), соответственно. Полученные данные подтверждают целесообразность использования двухэтапного подхода в лечении больных осложненным КРР.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе нашей работы была доказана целесообразность диагностического алгоритма у 797 больных осложненным КРР, включающего УЗИ, МСКТ, рентгенологические, эндоскопические и лабораторные методы исследования. Полученные выводы подтверждаются данными других авторов [2,4,5,13,17,19,20].

Мы не согласны с мнением отечественных клиницистов [4-6,10], рекомендующих при КРР, осложненном ООТКН или кровотечением, выполнять экстренные

резекционные вмешательства. В нашем исследовании, как и во многих зарубежных [16,20,23], после экстренных резекций, по сравнению с плановыми, осложнения отмечались чаще (при ООТКН – 50% и 12,7%; при кровотечении – 33,3% и 15%, соответственно), а летальность была выше (при ООТКН – 29,21% и 3,6%, при кровотечении – 20% и 5%, соответственно), ($p<0,05$). Поэтому при КРР, осложненным ООТКН или кровотечением, мы рекомендуем двухэтапный подход к лечению.

В отношении многоэтапных операций при перфорации КРР в литературе имеются противоречивые мнения. Так, Абдулаев М.А. [1] установил, что многоэтапные вмешательства характеризовались более высокой летальностью, чем одноэтапные. В то же время, Щаева С.Н. [9] на основании полученных результатов, как и ряд зарубежных авторов [15,18], сделала вывод о преимуществе многоэтапных операций при перфорации опухоли толстой кишки, так как они позволили получить удовлетворительные результаты.

В нашем исследовании при перфорации кишечной стенки внебрюшинное вскрытие абсцесса и резекции сопровождалась меньшим числом осложнений (61,14%, 62,6%, соответственно), чем ушивание перфорации опухоли с выведением стомы (73,4%). Следовательно, ушивание перфоративного отверстия с формированием стомы не решает возникших проблем. При технической возможности необходимо удалять опухоль и проводить резекционные операции, несмотря на степень распространенности онкологического процесса. В то же время, плановые резекции, по сравнению с экстренными, выполненными на фоне перитонита и тяжелого состояния больного, характеризовались меньшим числом послеоперационных осложнений (13,3% и 62,6%, соответственно) и низкой летальностью (35,65% и 0%), ($p<0,05$). На основании полученных результатов нами доказана необходимость проведения одноэтапного лечения (экстренного резекционного вмешательства) при разлитом перитоните, этапного (радикальной операции в плановом порядке) – при ограниченном. Кроме того, нами отмечены сложности выполнения расширенной лимфодиссекции в экстренных условиях при перитоните из-за отека и инфильтрации тканей, о которых также сообщали многие зарубежные авторы [12,15]. Следовательно, проведенное нами исследование выявило преимущества двухэтапного стандарта лечения перед одноэтапным по причине высокой частоты осложнений и летальности после экстренных резекционных вмешательств, а также невозможности в экстренном порядке соблюсти принципы онкологического радикализма.

Анализ ближайших и отдаленных результатов подтвердил: все пациенты, которым резекционные опе-

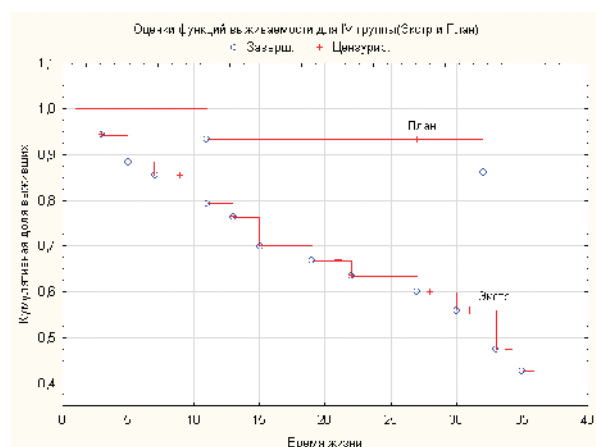


Рисунок 3. Кумулятивная доля выживших больных колоректальным раком, осложнившимся перфорацией, в течение 3 лет после плановых (VI группа) и экстренных (V группа) резекций

рации проведены в плановом порядке, имели преимущества перед экстренно прооперированными, связанные с адекватной подготовкой. Благодаря двухэтапному лечению, появилась возможность сначала малоинвазивными методами устранить осложнение, дообследовать пациента, а затем после стадирования заболевания в плановом порядке осуществить резекционное вмешательство с лимфодиссекцией, а также адьювантную ХТ/ЛТ. Подобный подход позволил спасти жизнь пациентам с осложненным КРР, снизить частоту осложнений и начинать лучевую или химиотерапию в предельно короткие сроки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандартом хирургической помощи при осложненном КРР является двухэтапный мультимодальный и мультидисциплинарный подход. На первом этапе необходимо устранить возникшее осложнение, на втором этапе – проводить плановую операцию с

последующей ХТ/ЛТ.

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. В то же время, вынужденное выполнение экстренной резекции при разлитом перитоните предоставляет шанс на спасение больному жизни.

Лечение осложненного КРР должно проводиться высококвалифицированными специалистами в многопрофильном специализированном учреждении, где имеется весь спектр неотложной хирургической помощи, а также мультидисциплинарная онкологическая служба.

Следование разработанным нами алгоритмам хирургической помощи при устранении осложнений КРР в условиях специализированного учреждения позволяют повысить уровень общей трехлетней выживаемости онкобольных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев М.А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2004. – 48 с.
2. Бордин, Д. О состоянии и перспективах развития гастроэнтерологической службы в Москве. / Д.Бордин, И.Бакулин, Т. Шкуро // Ж. «Московская медицина». – Спец. выпуск №2. – дек., 2016. – с. 33-34.
3. Галашев, Н.В. Выбор тактики хирургического лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. / Н.В.Галашев, А.И.Макаров, Т.Ю.Мандрощенко и соавт. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Достижения современной колопроктологии», Колопроктология (приложение). – 2018. – №2 (64). – с. 38-39.
4. Захаренко А.А. Обоснование и реализация оптимизированных методов оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным колоректальным раком: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2012. – 38 с.
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.
6. Цикоридзе М.Ю. Пути улучшения диагностики и лечения осложненного рака ободочной кишки в многопрофильном хирургическом стационаре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, СПб. – 2016. – 22 с.
7. Шабунин, А.В. Сравнительный анализ лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. / А.В.Шабунин, Д.Н.Греков, А.В.Гугнини соавт. // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2017. – т. 25. – №3. – с. 476-483.
8. Шельгин, Ю.А. Результаты лечения больных с местным рецидивом рака ободочной кишки. / Ю.А.Шельгин, С.И.Ачкасов, И.В.Назаров // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Достижения современной колопроктологии». Колопроктология (приложение). – 2018. – т. 64. – №2. – с. 46.
9. Щаева, С.Н. Колоректальный рак, осложненный перфорацией. Особенности хирургической тактики. / С.Н.Щаева // Онкологическая колопроктология. – 2015. – №4. – т. 5. – с. 38-41.
10. Эктов, В.Н. Первичные межкишечные анастомозы в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. / В.Н.Эктов, О.Е.Минаков, А.В.Куркин и соавт. // Колопроктология. – 2017. – S3 (61). – с. 69.
11. 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.
12. Asano, H. Postoperative recurrence and risk factors of colorectal cancer perforation. / H.Asano, K.Kojima,

- N.Ogino et al. // Int. J. Colorectal. Dis. – 2017, Mar. – 32 (3). – p. 419-424.
13. Chen, Q. Observational study of colonoscopy techniques used for acute colorectal obstruction: A single-center experience. / Q.Chen, Q.Yu, J.J.Yu et al. // Mol.Clin.Oncol. – 2017, Mar. – 6 (3). – p. 355-361.
14. Dabizzi, E. Update on Enteral Stents. / E.Dabizzi, P.G.Arcidiacono. // Curr. Treat. Options Gastroenterol. – 2016, Jun. – 14 (2). – p. 178-184.
15. Ebihara, T. Damage Control Surgery for Perforation of Colon Cancer. / T.Ebihara, M. Yamada, K. Simizu et al. // GanTo Kagaku Ryoho. – 2016, Nov. – 43 (12) – p. 1830-1832.
16. 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.
17. 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.
18. Kızıltan, R. Factors affecting mortality in emergency surgery in cases of complicated colorectal cancer. / R.Kızıltan, Ö.Yılmaz, A.Aras et al. // Med Glas (Zenica). – 2016, Feb 1. – 13 (1). – p. 62-7.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Takeyama, H. Laparoscopic colectomy after self-expanding metallic stent placement through the ileocecal valve for right-sided malignant colonic obstruction: A case report. / H.Takeyama, K.Danno, Y.Kogita et al. // Asian J. Endosc. Surg. – 2018, Aug. – 11 (3). – p. 262-265.
24. 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.

REFERENCES

1. Abdulayev MA. Vybór khirurgicheskoy taktiki pri ostrykh oslozhneniyakh raka obodochnoy kishki: Avtoref. dis. ... d-ra med.nauk. Sankt-Peterburg, 2004; 48 p. (in Russ).
2. Bordin D, Bakulin I, Shkuro T. O sostoyanii i perspektivakh razvitiya gastroenterologicheskoy sluzhby v Moskve. ZH. «Moskovskaya meditsina». Spets. vypusk №2. Dec., 2016; p. 33-34. (in Russ).
3. Galashev NV, Makarov AI, Mandroshchenko TYu et al. The choice of tactics of surgical treatment of obstructive colonic obstruction of tumor origin. *Materials of the All-Russian scientific-practical conference with international participation «Achievements of modern Coloproctology», Coloproctology (application)*. 2018; no. 2 (64), p. 38-39. (in Russ).
4. Zakharenko AA. Obosnovaniye i realizatsiya optimizirovannykh metodov okazaniya ekstremnoy i neotlozhnoy meditsinskoy pomoshchi bol'nykh kolorektaľnym rakom: Avtoref. dis. ... d-ra med.nauk. Sankt-Peterburg, 2012; 38 p. (in Russ).
5. Osipov VA. Optimizatsiya khirurgicheskogolecheniya bol'nykh kolorektaľnym rakom, oslozhnennym ostroy tolstokishechnoy neprokhodimost'yu, krovotecheniyem i ikh sochetaniyem: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk. – Sankt-Peterburg, 2014; 25 p. (in Russ).
6. Tsikoridze MYu. Puti uluchsheniya diagnostiki i lecheniya oslozhnennogo raka obodochnoy kishki v mnogoprofil'nom khirurgicheskom stacionare: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk, Sankt-Peterburg, 2016; 22 p. (in Russ).
7. Shabunin AV, Grekov DN, Gugnin AV, Korsheva IY. A comparative analysis of the treatment of patients with acute colonic obstruction obstructive tumor genesis. *I.P.Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2017; v. 25, no. 3, p. 476-483. (in Russ).
8. Shelygin Yu A, Achkasov SI, Nazarov IV. Results of treatment of patients with local recurrent colon cancer. *Materials of the All-Russian scientific-practical conference with international participation «Achievements of modern Coloproctology», Coloproctology (application)*. 2018; no. 2 (64), p. 46. (in Russ).
9. Shchaeva SN. Colorectal cancer complicated by perforation. Specific features of surgical tactics. *Colorectal oncology*. 2015; no. 4, v. 5, p. 38-41. (in Russ).
10. Ektov VN, Minakov OYe, Kurkin AV et al. Pervichnyye mezhkishechnyye anastomozy v khirurgicheskom lechenii obturatsionnoy tolstokishechnoy neprokhodimosti opukholevoy etiologii.

Koloproktologia. 2017; no. S3 (61), p. 69. (in Russ).

11. Amelung FJ, Consten EC, Siersema PD et al. 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. *Ann Surg Oncol*. 2016 Oct.;23(11):3660-3668.
12. Asano H, Kojima K, Ogino N et al. Postoperative recurrence and risk factors of colorectal cancer perforation. *Int J Colorectal Dis*. 2017 Mar.;32(3):419-424.
13. Chen Q, Yu Q, Yu JJ et al. Observational study of colonoscopy techniques used for acute colorectal obstruction: A single-center experience. *Mol Clin Oncol*. 2017 Mar.;6(3):355-361.
14. Dabizzi E, Arcidiacono PG. Update on Enteral Stents. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2016 Jun;14(2):178-184.
15. Ebihara T, Yamada M, Simizu K et al. Damage Control Surgery for Perforation of Colon Cancer. *GanTo Kagaku Ryoho*. 2016 Nov.;43(12):1830-1832.
16. Felli E, Brunetti F, Disabato M et al. Robotic right colectomy for right colon cancer: a case report and review of the literature of minimally invasive urgent colectomy. *World J Emerg Surg*. 2014 Apr.;26(9):32.
17. Jun L, Chang Yi S. Diagnostic Value of Plain and Contrast Radiography, and Multi-slice Computed Tomography in Diagnosing Intestinal Obstruction in Different Locations. *Indian J Surg*. 2015 Dec.;77(Suppl 3):1248-51.
18. Kızıltan R, Yılmaz Ö, Aras A et al. Factors affecting mortality in emergency surgery in cases of complicated colorectal cancer. *Med Glas (Zenica)*. 2016 Feb 1.;13(1):62-7.
19. 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; 5 p.
20. Öistämö E, Hjern F, Blomqvist L et al. Emergency management with resection versus proximal stoma or stent treatment and planned resection in malignant left-sided colon obstruction. *World J Surg Oncol*. 2016 Aug 30;14(1):232.
21. Sagar J. Role of colonic stents in the management of colorectal cancers. *World J Gastrointest Endosc*. 2016 Feb;8(4):198-204.
22. Saito S, Yoshida S, Isayama H et al. 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. *Surg Endosc*. 2016 Sep;30(9):3976-3986.
23. Takeyama H, Danno K, Kogita Y et al. Laparoscopic colectomy after self-expanding metallic stent placement through the ileocecal valve for right-sided malignant colonic obstruction: A case report. *Asian J Endosc Surg*. 2018 Aug;11(3):262-265.
24. Zahid A, Young CJ. How to decide on stent insertion or surgery in colorectal obstruction? *World J Gastrointest Surg*. 2016 Jan;8(1):84-89.