

© С. Н. Щаева, Д. В. Нарезкин, 2016
УДК 616.345/351-006.6:615.036

С. Н. Щаева, Д. В. Нарезкин

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В СТАЦИОНАРАХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации
(ректор — проф. И. В. Отвагин)

Ключевые слова: *осложненный колоректальный рак, одноэтапные и многоэтапные операции*

Введение. Согласно статистическим данным, ежегодно в мире регистрируются до 1 360 600 новых случаев колоректального рака (КРР). По этой причине погибают 700 тыс. человек в год [6, 12, 14]. В течение последних 10 лет в России наблюдается неуклонный рост КРР, который занимает одно из первых мест в структуре онкологических заболеваний [1, 2, 5, 6, 11, 14]. В 2014 г. диагностированы 62 тыс. новых случаев, из них 25% КРР IV стадии [6].

Неспецифичность ранней симптоматики КРР, длительное бессимптомное течение, недостаточная онкологическая настороженность врачей и поздняя диагностика приводят к тому, что 50–89% больных поступают в хирургические стационары с осложненным течением заболевания [1–4, 7–10, 13, 16–21].

Лечебный процесс пациентов с ургентными осложнениями рака толстой кишки представляет определенные трудности. Большее число пациентов с данной патологией составляют люди пожилого и старческого возраста, имеющие сопутствующую патологию, которая ухудшает их общее состояние и значительно снижает возможности проводимого лечения [3, 7–9, 15]. Высокая частота диагностических ошибок и позднее обращение пациентов за медицинской помощью способствуют несвоевременной госпитализации при наличии выраженной запущенности как основного патологического процесса, так и его осложнений, что ухудшает исход заболевания.

Цель исследования — определить основные факторы, повлиявшие на выбор объема оператив-

ного вмешательства при ургентных осложнениях КРР.

Материал и методы. Изучены сведения о 1098 больных с ургентными формами КРР, которые в период с 2001 по 2013 г. были пролечены на территории Смоленска и Смоленской области и внесены в базу данных областного популяционного ракового регистра. Таким образом, данная информация представлена по материалам ОГБУЗ «Клинической больницы скорой медицинской помощи», Городской клинической больницы № 1, Смоленской областной клинической больницы, Смоленского областного клинического диспансера, а также — Центральных районных больниц Смоленской области. После тщательного анализа полученных данных стало необходимым выявить зависимость объема проводимого оперативного лечения от ряда факторов, основными из которых явились: 1) пол и возраст пациентов; 2) сроки госпитализации от момента развития осложнения; 3) общее состояние пациентов в момент госпитализации в стационар; 4) сопутствующая патология; 5) промежуток времени с момента поступления до хирургического вмешательства; 6) локализация злокачественного новообразования; 7) местно-распространенный характер роста опухоли; 8) наличие или отсутствие регионарного метастазирования; 9) тип ургентного осложнения КРР. Для выявления этой зависимости применялся программный пакет Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение. Исходя из анализа данных, полученных в ходе проведенного исследования, больные по характеру ургентных осложнений были распределены следующим образом (*табл. 1*).

Распределение больных по полу и возрасту представлено в *табл. 2*. Среди больных с КРР, поступивших по экстренным показаниям в стационары общей лечебной сети Смоленска и Смоленской области, большинство были женщины — 54,4% (n=597), мужчины составили 45,6% (n=501). По данным нашего исследования, среди больных старше 50 лет было 96,2% женщин и

Сведения об авторах:

Щаева Светлана Николаевна (e-mail: shaeva30@mail.ru), Нарезкин Дмитрий Васильевич (e-mail: upotv@smolgmu.ru), Смоленский государственный медицинский университет, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

Таблица 1

Распределение больных с колоректальным раком (КРР) по характеру urgentных осложнений

Urgentные осложнения	Частота осложнений	
	абс. число	%
Острая кишечная непроходимость	667	60,7
Кишечное кровотечение	240	21,9
Перфорация опухоли	81	7,4
Перифокальное воспаление	56	5,1
Сочетанные осложнения	54	4,9
Всего	1098	100

91,6% мужчин. Согласно данным проведенного нами исследования, большее число пациентов с urgentными осложнениями рака толстой кишки имели III и IV стадию заболевания (табл. 3).

У людей пожилого и старческого возраста одноэтапные оперативные вмешательства проводили реже, чем в более молодом возрасте. Так, хирургические операции в объеме одноэтапных хирургических вмешательств выполнены у 78,4% больных до 50 лет, у 62% — от 50 до 59 лет, у 63,8% — от 60 до 69 лет, у 53,4% — от 70 до 79 лет и у 31,2% старше 80 лет. Кроме того, у мужчин с осложненным КРР отмечена большая частота одноэтапных операций по сравнению с женщинами: 64,1% у мужчин и 52,3% — у женщин.

Также установлено, что объем проведенных хирургических вмешательств зависел от сроков госпитализации с момента развития осложнения и уменьшался при удлинении последних. Удаление опухоли на первом этапе проведено у 71,1% больных, госпитализированных до 24 ч, и у 49,6% — позднее 24 ч от момента развития осложнения КРР ($p < 0,05$). Объем и характер операции определялся и общим состоянием пациентов. Данная зависимость представлена в табл. 4, из которой следует, что из 1098 больных с urgentными осложнениями КРР (46,4%) госпитализированы в тяжелом состоянии и в состоянии средней степени тяжести 42,2%.

Таблица 3

Распределение больных с urgentными осложнениями КРР в зависимости от стадии заболевания

Классификация TNM (7-е издание)	Локализация C-18 (n=677)	Локализация C-19 (n=80)	Локализация C-20 (n=341)
Стадия IIC (n=228)			
T4bN0M0	139	16	73
Стадия IIIB (n=322)	197	23	102
T3N1M0 (n=111)	68	8	35
T4aN1M0 (n=152)	93	11	48
T3N2aM0 (n=59)	36	4	19
Стадия IIIC (n=404)	246	29	129
T4aN2aM0 (n=47)	29	3	15
T3N2bM0 (n=56)	34	4	18
T4aN2bM0 (n=68)	41	5	22
T4bN1M0 (n=161)	98	12	51
T4bN2M0 (n=72)	44	5	23
Стадия IV (n=144)	95	12	37
M1a (n=119)	83	8	28
M1b (n=25)	12	4	9

Большая частота паллиативных операций при поступлении больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (25 и 58,2%) связана с наличием местно-распространенного злокачественного процесса и наличием отдаленных метастазов.

Одноэтапные хирургические вмешательства, выполненные пациентам при различных urgentных осложнениях КРР, представлены в табл. 5.

Таблица 2

Характеристика больных с urgentными осложнениями КРР по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Общее число больных	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
25–44	22	4,4	26	4,4	48	4,4
45–59	130	25,9	148	24,8	278	25,3
60–74	268	53,5	277	46,4	545	49,6
75–90	81	16,2	146	24,4	227	20,7
Всего	501	100	597	100	1098	100

Таблица 4

Характер ургентных хирургических вмешательств в зависимости от тяжести общего состояния пациентов с осложненным раком толстой кишки

Общее состояние пациентов	Одноэтапные операции		Многоэтапные операции				Симптоматические операции		Итого	
	абс. число	%	с удалением опухоли на первом этапе		с удалением опухоли на втором этапе		абс. число	%	абс. число	%
			абс. число	%	абс. число	%				
Удовлетворительное	59	100	—	—	—	—	—	—	59	100
Средней степени тяжести	253	54,6	166	35,9	—	44	9,5	44	463	100
Тяжелое	52	10,2	158	31,0	172	33,8	25,0	127	509	100
Крайне тяжелое	—	—	13	19,4	15	22,4	58,2	39	67	100
Всего пациентов	364	33,2	337	30,7	187	17,0	19,1	210	1098	100
В том числе:										
с наличием отдаленных метастазов	15	10,4	6	4,2	2	1,4	84,0	121	144	100
с отсутствием отдаленных метастазов	349	36,6	331	34,7	185	19,4	9,3	89	954	100

Таблица 5

Частота одноэтапных вмешательств при осложненном КРР в зависимости от общего состояния больных

Характер осложнений	Общее состояние										Итого	
	удовлетворительное		среднетяжелое		тяжелое		Итого		Другие операции		Итого	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Острая кишечная непроходимость	14	2,1	78	11,7	12	1,8	104	15,6	563	84,4	667	100
Кишечное кровотечение	31	12,9	165	68,7	9	3,8	205	85,4	35	14,6	240	100
Перфорация опухоли	—	—	4	4,9	1	1,2	5	6,1	76	93,9	81	100
Перифокальное воспаление	12	21,4	2	3,6	13	23,2	27	48,2	29	51,8	56	100
Сочетанные осложнения	2	3,7	4	7,4	17	31,5	23	42,6	31	57,4	54	100
Всего пациентов	59	5,4	253	23,1	52	4,7	364	33,2	734	66,8	1098	100

Необходимо отметить, что среди всех хирургических вмешательств в связи с urgentными осложнениями КРР многоэтапные операции с удалением опухоли на первом этапе составили 30,7%, а с удалением опухоли на втором этапе — 17% (табл. 6, 7). Больше их количество выполнено по поводу острой кишечной непроходимости — 32,7%, а одноэтапные операции по той же причине произведены в 15,6% наблюдений. Кроме того, из общего числа пациентов с многоэтапными операциями 10,6% находились в тяжелом состоянии (см. табл. 6).

Число паллиативных хирургических вмешательств, в зависимости от вида urgentных осложнений КРР, отражено в табл. 8. Необходимо отметить, что выбор объема операции у данного контингента больных зависел не только от тяжести общего состояния, но и от распространенности опухолевого процесса, которая и определяла показания к выполнению данного вида операций. Больше число из них было произведено пациентам в тяжелом (11,6%) и крайне тяжелом (3,5%) состояниях. Кроме того, следует подчеркнуть, что тяжесть общего состояния больных была связана с наличием таких осложнений, как перфорация опухоли, перифокальное воспаление и наличие сочетанных осложнений.

Выбор оперативного лечения зависел и от наличия сопутствующей патологии. При наличии сопутствующей патологии одноэтапные хирургические

Таблица 6

Частота многоэтапных вмешательств с удалением опухоли на первом этапе при осложненном КРР в зависимости от общего состояния больных

Характер осложнения	Общее состояние						Другие операции		Итого	
	среднетяжелое		тяжелое		крайне тяжелое		абс. число	%	абс. число	%
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%				
	Итого	абс. число	%	Итого	абс. число	%				
Острая кишечная непроходимость	143	21,5	71	10,6	4	0,6	449	67,3	667	100
Кишечное кровотечение	14	5,8	15	6,3	2	0,8	209	87,1	240	100
Перфорация опухоли	4	4,9	54	66,7	2	2,5	21	25,9	81	100
Перифокальное воспаление	3	5,4	13	23,2	1	1,8	39	69,6	56	100
Сочетанные осложнения	2	3,7	5	9,3	4	7,4	43	79,6	54	100
Всего пациентов	166	15,1	158	14,4	13	1,2	761	69,3	1098	100

Таблица 7

Частота многоэтапных вмешательств с удалением опухоли на втором этапе при осложненном КРР в зависимости от общего состояния больных

Характер осложнения	Общее состояние						Другие операции		Итого	
	тяжелое		крайне тяжелое		Итого		абс. число	%	абс. число	%
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%				
	Итого	абс. число	%	Итого	абс. число	%				
Острая кишечная непроходимость	163	24,4	8	1,2	171	25,6	496	74,4	667	100
Кишечное кровотечение	-	-	-	-	-	-	-	-	240	100
Перфорация опухоли	-	-	-	-	-	-	-	-	81	100
Перифокальное воспаление	8	14,3	3	5,3	11	19,6	45	80,4	56	100
Сочетанные осложнения	1	1,9	4	7,4	5	9,3	49	90,7	54	100
Всего пациентов	172	15,7	15	1,3	187	17,0	911	83,0	1098	100

Таблица 8

Число паллиативных вмешательств при осложненном КРР в зависимости от общего состояния больных

Характер осложнения	Общее состояние						Другие операции		Итого			
	среднетяжёлое		тяжёлое		крайне тяжёлое		абс. число	%	абс. число	%		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%						
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%		
Острая кишечная непроходимость	32	4,8	109	16,4	33	4,9	174	26,1	493	73,9	667	100
Кишечное кровотечение	-	-	2	0,8	2	0,8	4	1,6	236	98,4	240	100
Перфорация опухоли	-	-	12	14,9	4	4,9	16	19,8	65	80,2	81	100
Перифокальное воспаление	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	55	98,2	56	100
Сочетанные осложнения	12	22,2	3	5,6	-	-	15	27,8	39	72,2	54	100
Всего пациентов	44	4,0	127	11,6	39	3,5	210	19,1	888	80,9	1098	100

вмешательства производили в 54,3% наблюдений, при отсутствии — в 83,6% ($p < 0,05$).

При анализе нашего материала установлено, что время с момента поступления до выполнения операции не влияло на ее характер, так как во всех группах больных практически в одинаковом числе случаев были выполнены хирургические вмешательства с удалением опухоли на первом этапе (58,4% — операции выполнены до 6 ч, 52,8% — от 6 до 12 ч и 55,1% — позже 12 ч от момента поступления в стационар).

Выбор хирургического лечения при urgentных осложнениях КРР во многом зависел от локализации опухоли. Частота операций с удалением опухоли на первом этапе была гораздо меньше при злокачественных новообразованиях прямой кишки по сравнению с другими отделами толстой кишки. Так, при локализации опухоли в правой половине толстой кишки данные хирургические вмешательства выполнены в 65,4% наблюдений, в поперечной ободочной кишке — в 62,5%, в левой половине — в 63,2% и при раке прямой кишки — только в 32,6% ($p < 0,05$).

Наличие местно-распространенного злокачественного процесса ($n=339$) существенно влияло на выбор хирургической тактики при осложненном КРР. Частота оперативных вмешательств с удалением опухоли на первом этапе сокращалась при увеличении степени инвазии стенки кишки. Так, у 100% пациентов с инвазивным опухолевым ростом в слизистый, подслизистый и мышечный слой произведен данный вид операций, при наличии инвазии на все слои кишечной стенки — у 65,9% распространении на соседние органы и ткани — у 21,3% ($p < 0,05$).

Также было выявлено, что при наличии регионарного метастазирования КРР частота оперативных вмешательств с удалением опухоли на первом этапе уменьшалась. Когда лимфогенные метастазы отсутствовали ($n=228$), хирургические вмешательства с удалением опухоли на первом этапе выполнены у 86,7% пациентов, при наличии ($n=870$) — только у 51,3% ($p < 0,05$).

Вид осложнений рака толстой влиял на выбор оперативной тактики. Так, при наличии кишечного кровотечения и перифокального воспаления отмечена большая частота одноэтапных операций — в 85,4 и 48,2% наблюдений соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, при перфорации опухоли чаще (в 74,1%) выполняли многоэтапные операции с удалением опухоли на первом этапе

Значительные трудности представляет выбор оптимальной хирургической тактики и наиболее адекватных видов оперативного вмешательства [1–4, 6–10, 13, 15]. По литературным данным, по этому поводу не существует единого мнения. Многие хирурги [3, 8, 10, 16–18] — сторонники одноэтапных резекций толстой кишки с опухолью. С другой стороны — часть авторов полагают рациональным проведение многоэтапных оперативных вмешательств. При этом на первом этапе рекомендуют формирование колостом или обходных межкишечных анастомозов, следующим этапом — проведение радикальной операции [4, 9, 19, 20]. Важное значение в сложившейся ситуации приобретает опыт оперирующего хирурга именно в онкохирургии, что позволяет провести оптимальную оценку степени инвазии опухолью соседних органов и тканей, а также при необходимости выполнить сложное комбинированное хирургическое вмешательство.

Более углубленное исследование группы больных с urgentными осложнениями КРР, которым выполнено хирургическое

вмешательство, показало, что наиболее частыми операциями в стационарах г. Смоленска при urgentных осложнениях КРР были оперативные вмешательства с удалением опухоли на первом этапе. Вероятно, это связано с необходимостью проведения радикального оперативного вмешательства, которое должно обеспечить больному удовлетворительные функциональные результаты. В стационарах Смоленской области чаще проводили паллиативные оперативные вмешательства (98,4%) с последующей госпитализацией пациентов в городские стационары, что связано с технической обеспеченностью районных стационаров и внедренными стандартами оказания медицинской помощи в системе Обязательного медицинского страхования. При наличии отдаленных метастазов злокачественного новообразования в стационарах г. Смоленска преобладали симптоматические хирургические вмешательства (обходные межкишечные анастомозы, колостомии), паллиативные операции с удалением первичной опухоли составили 4,2% наблюдений.

Вывод. Частота одноэтапных операций и хирургических вмешательств с удалением опухоли на первом этапе уменьшалась у женщин, у больных пожилого и старческого возраста, с увеличением сроков поступления в стационар от момента развития осложнения, у больных в тяжелом и крайне тяжелом состояниях, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, локализации злокачественного новообразования в прямой кишке, выраженном местном распространении опухоли, наличии регионарных метастазов рака, острой кишечной непроходимости и сочетанных осложнениях КРР.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Багненко С. Ф., Беляев А. М., Васильев С. В., Захаренко А. А. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии (о проекте Национальных клинических рекомендаций) // *Вестн. хир.* 2015. № 3. С. 76–80.
- Багненко С. Ф., Беляев А. М., Захаренко А. А. Неотложная онкология — пути решения проблемы // *Вестн. хир.* 2014. № 6. С. 75–79.
- Брюсов П. Г., Малахов Ю. П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью // *Росс. онкол. журн.* 2004. № 3. С. 4–7.
- Воробьев Г. И., Одарюк Т. С. Выбор объема и метода операции при кишечной непроходимости. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. С. 35–43.
- Воробьев Г. И., Одарюк Т. С. Рак толстой кишки. Основы колопроктологии / Под ред. Г. И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. С. 330–345.
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 г. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2015. 236 с.

- Одарюк Т. С., Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А. Хирургия рака прямой кишки. М.: Дедалус, 2005. 256 с.
- Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г., Утешев Н. С. Неотложная хирургия ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с.
- Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Обтурационная опухолевая кишечная непроходимость. М.: ПРОФИЛЬ, 2005. 224 с.
- Ханевич М. Д., Манихас Г. М., Лузин В. В. и др. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости. СПб.: Аграф+, 2008. 136 с.
- Черниковский И. Л. Мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении резектабельного рака прямой кишки // *Практ. онкол.* 2015. № 2. С. 66–77.
- Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. М.: Наука, 2008. С. 384.
- Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Левчук А. Л. и др. Сочетание осложненных форм рака толстой кишки: клиника, диагностика, хирургическая тактика // *Вестн. экспер. и клин. хир.* 2011. № 4. С. 641–646.
- Шельгин Ю. А. Рак толстой кишки. Справочник по колопроктологии / Под ред. Ю. А. Шельгина, Л. А. Благодарного. М.: Литтерра, 2014. С. 229–267.
- Яицкий Н. А., Седов В. М., Васильев С. В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 376 с.
- Alvarez-Perez J. A., Baldonado-Cernuda R. F. et al. Risk factors in patients older than 70 years with complicated colorectal carcinoma // *Cir. Esp.* 2006. № 1. P. 36–41.
- Coco C., Verbo A., Manno A. et al. Impact of emergency surgery in the outcome of rectal and left colon carcinoma // *World J. Surg.* 2006. № 11. P. 1458–1464.
- Mandava N., Kumar S., Pizzi W. F. et al. Perforated colorectal cancer // *Dis. Colon. Rectum.* 1996. № 12. P. 1409–1414.
- Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma // *Zetrabl. Chir.* 2007. № 1. P. 16–25.
- Rudra K. M., Charles A. M. Surgical management of obstructed and perforated colorectal cancer: still debating and unresolved issues // *Colorectal Cancer.* 2013. № 6. P. 573–584.
- Tsai H. L., Hsieh J. S., Yu F. J. et al. Perforated colonic cancer presenting as intra-abdominal abscess // *Int. J. Colorectal Dis.* 2007. № 1. P. 15–19.

Поступила в редакцию 12.08.2016 г.

S. N. Shchaeva, D. V. Narezkin

TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH COMPLICATED COLORECTAL CANCER IN ORDINARY HOSPITAL AND HOSPITAL ON REGIONAL LEVEL

Smolensk State Medical University

The article analyzed the results of surgical treatment of 1098 patients with urgent complications of colon cancer (acute intestinal obstruction, enterorrhagia, perforation, perifocal inflammation) in patients from Smolensk and Smolensk Region at the period from 2001 to 2013. The volume of surgical intervention depended on the age of patients, terms of hospital admission from the moment of complication development, common condition of patients, presence of severe accompanying pathology, localization of malignant tumor, presence of locally advanced process, regional metastasis, kind of urgent complication.

Key words: complicated colorectal cancer, one-stage and multistage operations