

Д. С. Козловский, С. А. Рудомин
**ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. П. С. Неверов
1-я кафедра хирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D. S. Kozlovskiy, S. A. Rudomin
**TREATMENT OF COMPLICATED COLORECTAL CANCER IN CONDI-
TIONS OF GENERAL SURGICAL HOSPITAL**
Tutor: PhD, associate professor P. S. Neverov
1st Department of Surgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Данная статья посвящена сравнительному анализу ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения, осложненного колоректального рака в условиях общехирургического стационара. Установлено, что паллиативные хирургические вмешательства без удаления первичной опухоли демонстрируют лучшие ближайшие результаты лечения; отдаленные результаты не зависят от радикальности первичной операции.

Ключевые слова: колоректальный рак, декомпрессивная стома, первичный анастомоз.

Resume. This article is about comparative analysis of the immediate and long-term results of surgical treatment of complicated colorectal cancer in the general surgical hospital. It's found that palliative surgical interventions without the removal of the primary tumor demonstrate the best immediate results of treatment; long-term results do not depend on the radicalness of the primary surgery.

Keywords: colorectal cancer, decompressive stoma, primary anastomosis.

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ в мире диагностируется более 500 тысяч новых случаев колоректального рака ежегодно. В настоящее время злокачественные опухоли прямой и толстой кишки занимают второе место в структуре летальности среди онкологических больных. На 100 новых больных раком ободочной и прямой кишки приходится 70 умерших, 40% из них погибают в течение первого года с момента установления диагноза [1-3]. При первичном обращении запущенные формы (III-IV стадии) диагностируются у 71,4% больных раком ободочной кишки и у 62,4% больных раком прямой кишки. Пациенты с осложненными формами колоректального рака как правило госпитализируются в хирургические стационары по месту жительства.

Цель: провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения колоректального рака в условиях общехирургического стационара.

Задачи:

1. Установить наиболее часто встречаемые осложнения при колоректальном раке.
2. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты паллиативных и радикальных хирургических вмешательств при осложненном колоректального рака.
3. Установить какой вид оперативного лечения приводит к лучшим ближайшим и отдаленным результатам.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 192-ух пациентов с колоректальным раком (рубрики МКБ-10 C18-C21) с осложнениями в виде: перфорации опухоли и перитонита, кишечной непроходимости, кишечного кровотечения и других осложнений, проходивших лечение в УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 2013-2017 годах, а также проспективный анализ отдаленных исходов по данным онкологического регистра. Колоректальный рак, осложненный кишечной непроходимостью — 104 пациента (54,2%), перфорацией опухоли и перитонитом — 21 пациент (10,9%), кровотечением — 58 пациентов (30,2%), другими осложнениями — 9 пациентов (4,7%).

В зависимости от объема хирургического вмешательства пациенты были разделены на группы: группа А (18 человек) — пациенты, которым выполнялось выведение декомпрессивной стомы или наложение обходного соустья без удаления опухоли; группа Б (93 человека) — пациенты, которым была выполнена резекция кишки с опухолью и формированием декомпрессивной стомы (подгруппа Б1 (53 человека)) или первичного анастомоза (подгруппа Б2 (40 человек)) (рисунок 1).

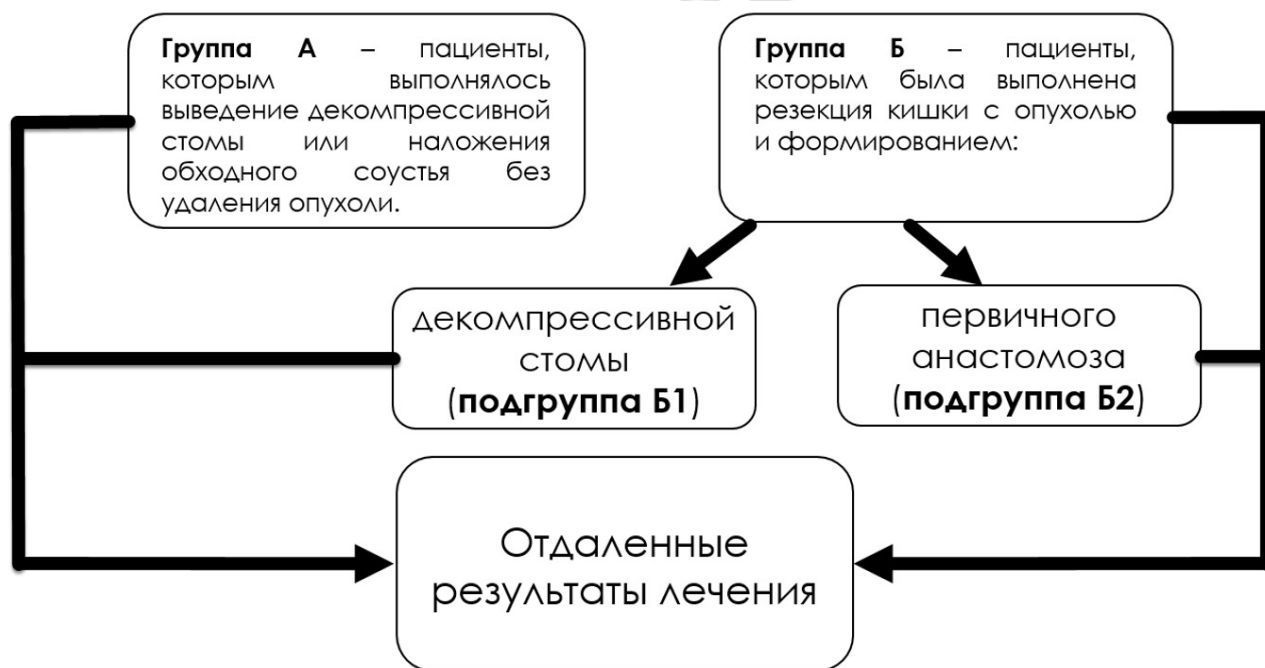


Рис. 1 - Дизайн исследования

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 23» с расчетом U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение. В выборку вошло 92 женщины (47,9%) и 100 мужчин (52,1%), средний возраст составил $68,9 \pm 0,8$ (M \pm m) лет. В 23 случаях явления непроходимости разрешились на фоне проведения лечебно-диагностического приема. У одного больного пассаж по кишечнику удалось восстановить путем эндоскопического стентирования. У 49 пациентов с явлениями кишечного кровотечения гемостаз достигнут консервативными мероприятиями, 5 случаев признаны некурабельными. Оперировано 111 пациентов (57,3%): 82 по поводу нарушения пассажа по кишечнику,

20 по поводу перфорации и перитонита, 4 по поводу распада опухоли и кровотечения, 5 по поводу других осложнений.

Средний возраст пациентов группа А составил $63,6 \pm 2,63$ (M \pm m) лет, 66,7% из которых – мужчины. Средний возраст пациентов группы Б - $70,2 \pm 1,16$ (M \pm m) лет, из которых мужчины составили 41,9%. Пациенты групп А и Б не имели достоверных различий по полу (U=1044 p=0,055), возрасту (U=1139,5 p=0,015), категориям классификации TNM: Т (U=589,5 p=0,031), N (U=616,5 p=0,062), М (U=645 p=0,097).

В группе Б1 средний возраст составил $66,33 \pm 1,964$ (M \pm m) лет, доля мужчин - 16 (40,0%). Средний возраст пациентов группы Б2 - $73,06 \pm 1,274$ (M \pm m) лет, мужчины - 23 (43,4%). Пациенты групп Б1 и Б2 не имели достоверных различий по полу (U=1024 p=0,744), возрасту (U=1389 p=0,011), категориям классификации TNM: Т (U=981,5 p=0,496), N (U=888 p=0,156), М (U=1152,5 p=0,432).

При анализе ближайших результатов лечения установлено: в группе А выписаны с улучшением — 18 (100,0%), летальных исходов не было; в группе Б исходы следующие: выписаны с улучшением — 78 (83,9%), умерло 15 пациентов (16,1%). (рисунок 2). Различия между группами А и Б по уровню ближайшей выживаемости статистически не достоверны (U=972 p=0,068).

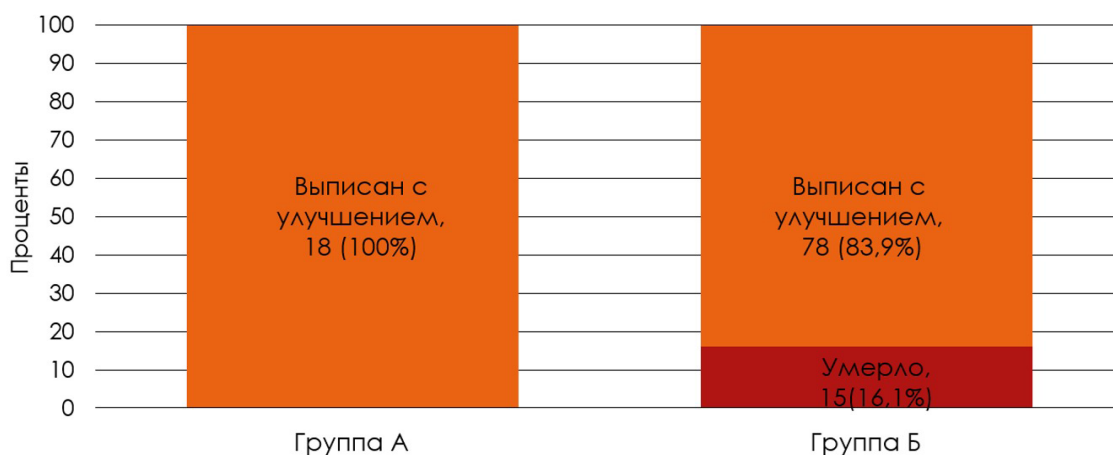


Рис. 2 – Ближайшая выживаемость пациентов групп А и Б

В подгруппе Б1 правосторонняя гемиколонэктомия выполнена 29 (72,5%) пациентам, левосторонняя - 10 (25%) пациентам, резекция участка поперечной ободочной кишки - 1 (2,5%) пациенту. В подгруппе Б2 правосторонняя гемиколонэктомия - 6 (11,3%), левосторонняя - 45 (84,9%) пациентам, резекция участка поперечной ободочной кишки - 2 (3,8%) пациентам. В подгруппе Б1 выписано с улучшением 43 (81,1%), умерло 10 пациентов (18,9%); в подгруппе Б2 выписаны с улучшением 35 (87,5%), умерло 5 пациентов (12,5%) (рисунок 3). Различия между группами Б1 и Б2 по уровню ближайшей выживаемости статистически не достоверны (U=1127,5 p=0,411).

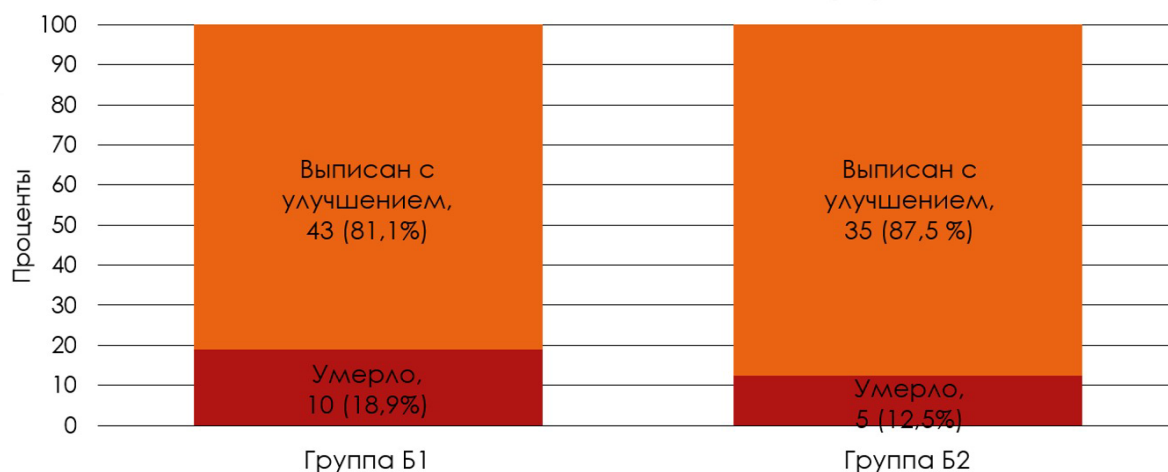


Рис. 3 – Ближайшая выживаемость пациентов групп Б1 и Б2

После выписки пациенты состояли на учете в МГКОД и при необходимости получали дальнейшее лечение. В МГКОД 119 пациентов (64,7%) получали симптоматическое лечение, выведение декомпрессивной стомы проведено 14 пациентам (7,6%), резекция кишки с опухолью и выведение декомпрессивной стомы — 23 пациентам (12,5%), 10 пациентам (5,4%) выполнена резекция кишки с опухолью и формирование первичного анастомоза, при проведении колоноскопии для выявления местного рецидива рака у 8 пациентов (4,4%) выполнена полипэктомия, брюшно-промежностная экстирпация или резекция прямой кишки выполнена 10 пациентам (5,4%). В целом радикальное вмешательство проводилось 43 пациентам, что составило 23,3%. Группы не имели достоверных различий по охвату пациентов лучевой и химиотерапией (группа А и Б - $U=978$, $p=0,070$) (Б1 и Б2 - $U=1089,5$, $p=0,181$).

Отдаленная выживаемость в группе А следующая: выписано с улучшением 7 пациентов (38,9%), умерло от основного заболевания 9 (50%). В группе Б выписано с улучшением 36 пациентов (38,7%), умерло от основного заболевания 46 (49,5%) (рисунок 4). Различия между группами А и Б по уровню отдаленной выживаемости статистически не достоверны ($U=809$, $p=0,993$).

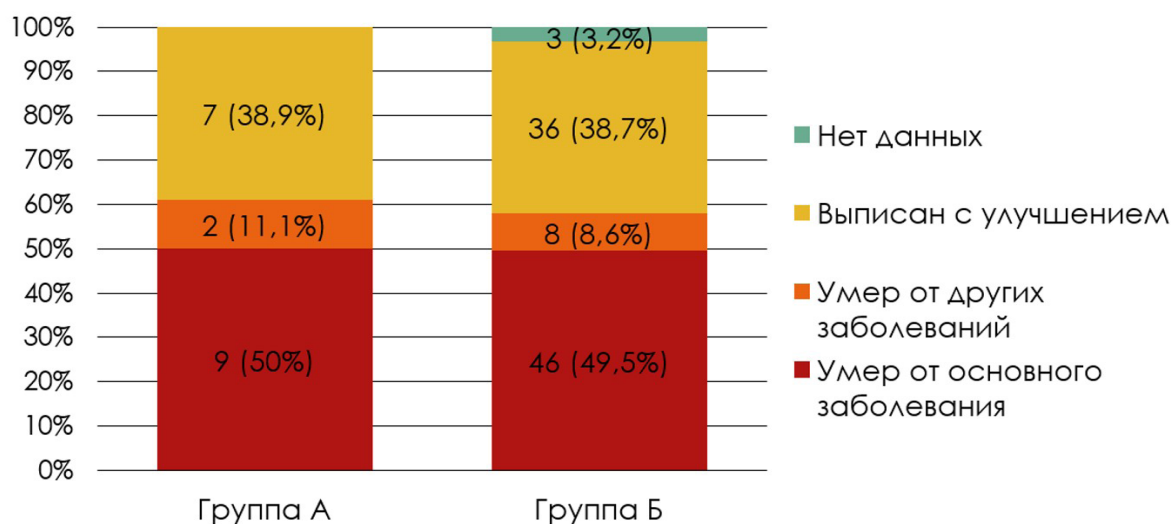


Рис. 4 – Отдаленная выживаемость пациентов групп А и Б

Отдаленная выживаемость в подгруппе Б1 следующая: выписано с улучшением 19 пациентов (47,5%), умерло от основного заболевания 20 (50%). В подгруппе Б2 выписано с улучшением 17 пациентов (32%), умерло от основного заболевания 26 (49,1%) (рисунок 5). Различия между группами А и Б по уровню отдаленной выживаемости статистически не достоверны ($U=921,5$; $p=0,507$).

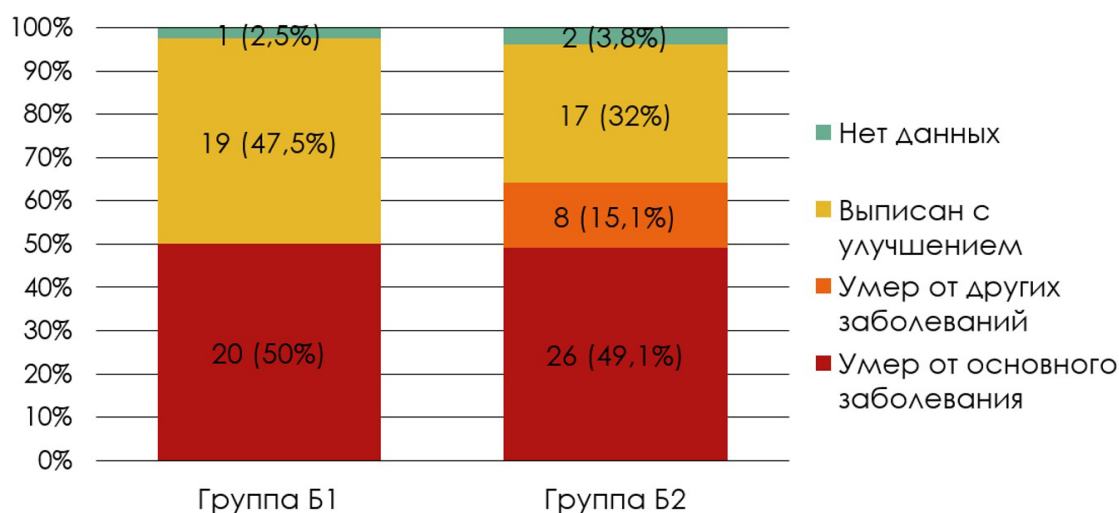


Рис. 5 – Отдаленная выживаемость пациентов групп Б1 и Б2

Выводы:

- 1 Кишечная непроходимость является основным осложнением колоректального рака.
- 2 В условиях общехирургического стационара паллиативные хирургические вмешательства без удаления первичной опухоли демонстрируют лучшие ближайшие результаты лечения.
- 3 При выполнении резекции кишки с опухолью не отмечено достоверных различий уровня летальности после формирования декомпрессивной стомы или первичного анастомоза.
- 4 К сожалению, отдаленные результаты лечения не зависят от радикальности первичной операции.
- 5 Однако при наличии условий для формирования первичного анастомоза наблюдалось значимое увеличение продолжительности жизни в 2 раза.

Литература

1. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е. Е. Ачкасов, А. В. Пугаев, С. Ф. Алекперов и др. // Колопроктология. – 2009. -№ 3. – С. 17–23.
2. Дмитриев М.О. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста (тактика, ближайшие и отдаленные результаты): диссертация на соиск. уч. степени канд. мед. наук. — Владивосток, 2007. – 130 с.
3. Ханевич, М.Д. Колоректальный рак. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непро-

Репозиторий БГМУ