

Куликов Е.П.¹, Рязанцев М.Е.², Веркин Н.И.², Головкин Е.Ю.², Порватова М.А.¹, Виноградов И.Ю.², Мерцалов С.А.¹, Володина Л.Н.²

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

¹ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, 390026, г. Рязань, Россия;

²ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер», 390011, г. Рязань, Россия

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем заболеваемости колоректальным раком, большим числом больных с IV стадией заболевания и необходимостью изучения результатов паллиативного хирургического лечения. Проведен ретроспективный анализ данных 364 пациентов с метастатическим колоректальным раком, у 58 (15,9%) из которых выполнены паллиативные резекции (1-я группа), а у 306 (84,1%) пациентов – симптоматические операции (2-я группа), из них у 52 (17%) больных сформированы обходные анастомозы, у 254 (83%) – проксимальные стомы. Оцениваемые параметры – частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, медианы выживаемости, годичная выживаемость.

В группе паллиативных резекций частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность составляли 32,7 и 20,6%, в группе симптоматических операций – соответственно 12,1 и 8,8%. Медиана выживаемости и однолетняя выживаемость больных в группе паллиативных резекций превосходили таковую у пациентов из группы симптоматических операций – 10 и 5,1 мес, 37 и 18,3% соответственно ($p < 0,05$).

Однако после стратификации изучаемых подгрупп по признаку наличия и отсутствия послеоперационной химиотерапии выявлено, что показатели выживаемости оказались выше у больных, получавших химиотерапию, и мало зависели от факта удаления опухоли.

Высокая частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность после паллиативных резекций толстой кишки, на наш взгляд, могут быть скорректированы более тщательным определением показаний к их выполнению в экстренной хирургии. Улучшение показателей выживаемости получено за счет проведения послеоперационной химиотерапии.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак; паллиативные операции.

Для цитирования: Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Веркин Н.И., Головкин Е.Ю., Порватова М.А., Виноградов И.Ю. и др. Непосредственные и отдаленные результаты паллиативных операций у больных метастатическим колоректальным раком. *Российский онкологический журнал*. 2017; 22 (1): 32–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-1-32-38>

Для корреспонденции: Головкин Евгений Юрьевич, канд. мед. наук, врач-онколог 2-го онкологического отделения, E-mail: jeka1405.golovkin@yandex.ru.

Kulikov E.P.¹, Ryazantsev M.E.², Verkin N.I.², Golovkin E.Yu.², Porvatova M.A.¹, Vinogradov I.Yu.², Mertsalov S.A.¹, Volodina L.N.²

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF PALLIATIVE SURGERY IN PATIENTS WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, 390026, Russian Federation;

²Ryazansky Regional Clinical Oncology Dispansary, Ryazan, 390011, Russian Federation

The significance of the study is associated with the high level of the morbidity rate of colorectal cancer; generous amount of patients with the 4th stage and the necessity of the research of palliative surgical treatment. A retrospective analysis of 364 cases with metastatic colorectal cancer included 58 patients with palliative colon resection and 306 patients with bypass anastomosis and unloading stoma. Evaluated parameters are the frequency of postoperative complications, postoperative mortality rate, median survival and one-year survival. In the group of palliative resections the frequency of postoperative complications and postoperative mortality rate were 32.7% and 20.6%, in the group of symptomatic operations the same results were 12.1% and 8.8%. Median survival, one-year survival in the group of palliative resections are longer than in the group of symptomatic operations – 10.0 and 5.1 months, 37.0% and 18.3%, respectively ($p < 0.05$). However, after stratification of studied subgroups according to the sign of the presence or absence of post-operative chemotherapy the survival were shown to be higher in patients with chemotherapy and hardly depended on fact of the removal of the primary tumor. To our opinion the high rate of postoperative complications and the postoperative mortality rate after palliative resections of the colon can be corrected by more precise determination of indications to their performance in emergency surgery. The improvement in survival indices is associated with the execution of postoperative adjuvant chemotherapy.

Key words: metastatic colorectal cancer; palliative surgery.

For citation: Kulikov E.P., Ryazantsev M.E., Verkin N.I., Golovkin E.Yu., Porvatova M.A., Vinogradov I.Yu., Mertsalov S.A., Volodina L.N. Immediate and remote results of palliative surgery in patients with metastatic colorectal cancer. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. (Russian Journal of Oncology)*. 2017; 22 (1): 32–38. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-1-32-38>

For correspondence: Evgeny Yu. Golovkin, MD, PhD, doctor of the Second Oncological Department; Ryazan, 390011, Russian Federation, E-mail: jekal405.golovkin@yandex.ru.

Information about authors: Kulikov E.P., <http://orcid.org/0000-0001-6175-9174>
Golovkin E.Yu., <http://orcid.org/0000-0001-7795-3721>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 16 June 2016
Accepted 23 June 2016

Колоректальный рак в настоящее время без преувеличения можно обозначить как проблему мирового масштаба. Так, по данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевают около 1–1,2 млн человек и более 500 тыс. умирают. В 2012 г. на территории Рязанской области заболеваемость раком ободочной кишки составила 28,5 на 100 тыс. населения, раком прямой кишки – 26,5 на 100 тыс. населения [1]. Несмотря на то что в большинстве случаев колоректальный рак имеет многочисленные симптомы, все же до 27,9% больных раком ободочной кишки и 23,4% больных раком прямой кишки поступают в клинику с IV стадией заболевания [2]. У 40% больных диагностируются метастазы в печени; реже встречаются другие локализации отдаленных метастазов. Средняя продолжительность жизни с момента установления диагноза у данной группы больных при «естественном течении» опухолевого процесса колеблется в интервале 5–10 мес.

В плане оказания помощи больным с распространенным колоректальным раком хирургическое удаление первичной опухоли является важным этапом комплексного лечения [3–6], данная процедура способствует предотвращению возможных осложнений первичной опухоли (кровотечения, кишечной непроходимости, перфорации) [7, 8].

В литературе имеется немало сообщений о целесообразности выполнения паллиативных резекций, увеличивающих продолжительность жизни этих пациентов и улучшающих ее качество, а также повышающих эффективность химиотерапии [9–15]. Тем не менее в метаанализах указывается на необходимость дальнейших исследований по результатам лечения больных с распространенными формами колоректального рака. Целью исследования стала оценка результатов паллиативных резекций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами, выполненных в лечебных учреждениях Рязани и Рязанской области.

Для ее реализации было необходимо исследовать частоту выполнения паллиативных операций при данном заболевании в области; изучить непосредственные исходы паллиативных резекций по критериям частоты послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности; сравнить отдаленные результаты лечения больных группы паллиативных резекций с результатами группы больных с так называемыми симптоматическими операциями; оценить влияние послеоперационной химиотерапии на выживаемость больных.

Материал и методы

Для выполнения поставленных задач из канцеррегистра Рязанского областного клинического онкологического диспансера взяты данные о 2158 больных колоректальным раком, выявленных на территории Рязани и Рязанской области и получивших хирургическое лечение в разных лечебных учреждениях области за 2007–2013 гг. Методом ретроспективного обзора медицинской документации пациентов в ана-

лиз были отобраны наблюдения, соответствующие следующему критерию: пациенты с наличием метастатического колоректального рака в возрасте 18 лет и старше, перенесшие паллиативные хирургические вмешательства.

В исследование не включались случаи местно-распространенного колоректального рака и так называемые условнорадикальные операции с позитивными краями резекции.

В соответствии с указанными критериями включения и исключения отобраны 364 (16,9%) пациента, которым выполнены паллиативные операции. Основные оцениваемые параметры: послеоперационные осложнения, послеоперационная летальность, показатель медианы выживаемости, годичная выживаемость больных.

Для реализации задач исследования данные 364 отобранных больных разделили на две группы. В первую группу включены данные 58 (15,9%) пациентов, которым выполнены паллиативные резекции. Во вторую группу вошли данные 306 (84,1%) пациентов, перенесших симптоматические операции, у 52 (17,0%) из которых сформированы обходные анастомозы, у 254 (83%) – проксимальные стомы. Характеристика пациентов обеих групп представлена в табл. 1.

Статистический анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Анализ общей выживаемости проводился по методу Kaplan–Meier. Достоверность различий показателей выживаемости в группах оценивалась с помощью Log-rank-критерия. Для сравнения качественных показателей использовался χ^2 -тест с поправкой Йетса на непрерывность при таблицах сопряженности 2×2 . При расчете выживаемости не учитывали больных, умерших в раннем послеоперационном периоде.

Результаты

Исходя из данных табл. 1, установлено, что возрастно-половой состав больных обследуемых групп сопоставим между собой ($p > 0,05$).

В группе паллиативных резекций в ободочной кишке опухоль локализовалась у 40 (69%) больных, в прямой кишке – у 18 (31%) больных. В группе симптоматических операций отмечена тенденция к большей частоте локализации опухоли в прямой кишке – у 147 (48%) пациентов, однако отличия показателей от группы паллиативных резекций статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Преимущественной гистологической структурой в группах паллиативных резекций и симптоматических операций была аденокарцинома различной степени дифференцировки (94,8 и 96,1% соответственно). Реже встречались другие гистологические формы рака.

При анализе локализации отдаленных метастазов выявлено, что поражение печени являлось доминирующим. Изолированное поражение печени диагностировано у 45 (77,6%) пациентов в группе паллиа-

Таблица 1

Характеристика сравниваемых групп пациентов

Параметр	Группа паллиативных резекций		Группа симптоматических операций		p
	n	%	n	%	
Пол:					
мужской	27	46,6	151	49,3	0,7827
женский	31	53,4	155	50,7	0,7913
Возраст, годы:					
min	25		32		
max	88	—	90	—	
средний	63,7		67,2		0,7596
Локализация первичной опухоли					
Ободочная кишка:	40	69	159	52	0,1222
слепая кишка	7	12,1	34	11,2	
восходящая ободочная кишка	3	5,2	17	5,5	
печеночный угол	2	3,4	9	2,9	
поперечно-ободочная кишка	1	1,7	9	2,9	
селезеночный угол	3	5,2	4	1,4	
нисходящая ободочная кишка	2	3,4	8	2,6	
ободочная кишка неуточненная	2	3,4	5	1,6	
сигмовидная кишка	20	34,6	73	23,9	
Ректосигмоидный отдел и прямая кишка	18	31	147	48	0,061
Гистологическое строение рака					
Аденокарцинома:	55	94,8	294	96,1	0,925
высокодифференцированная	—	—	11	3,6	
умереннодифференцированная	47	81	196	64,1	
низкодифференцированная	8	13,8	87	28,4	
Недифференцированный рак	3	5,2	9	3	0,4423
Перстневидноклеточный рак	—	—	1	0,3	—
Муцинозный рак	—	—	1	0,3	—
Коллоидный рак	—	—	1	0,3	—
Локализация отдаленных метастазов					
Печень	45	77,6	197	64,4	0,2679
Печень и другие органы (легкие, яичники, головной мозг, мочевого пузыря, канцероматоз брюшины)	13	22,4	96	31,4	0,2198
Легкие	—	—	4	1,3	—
Яичники	—	—	9	2,9	—
Послеоперационная химиотерапия					
Наличие	32	69,6	51	18,3	0,037
Отсутствие	14	30,4	228	81,7	0,0001

тивных резекций и у 197 (64,4%) больных в группе симптоматических операций ($p > 0,05$). Сочетанное метастатическое поражение печени и других органов наблюдалось у 13 (22,4%) и 96 (31,4%) больных первой и второй групп соответственно ($p > 0,05$).

Послеоперационная химиотерапия в стандартных режимах, включавших 5-фторурацил, капецитабин, фолиат кальция, оксалиплатин, иринотекан, проведена у 32 (69,6%) больных в группе паллиативных резекций и лишь у 51 (18,3%) пациента из группы симптоматических операций ($p < 0,05$).

Таким образом, статистически значимых различий между сравниваемыми группами по полу, возрасту, гистологическому строению рака, локализации первичной опухоли и характеру отдаленного метастазирования не выявлено ($p > 0,05$). Послеоперационная химиотерапия достоверно чаще ($p < 0,05$) назначалась больным после выполнения паллиативных резекций.

Данные об объеме оперативных вмешательств в исследуемых группах приведены в табл. 2.

Согласно данным канцеррегистра Рязанской области, в исследуемый период у 1794 из 2158 больных проведены радикальные операции. Частота выполнения паллиативных резекций (58 наблюдений) составляет 3,2% по отношению к числу радикальных операций.

Сравнительные данные о характере и частоте осложнений в раннем послеоперационном периоде после выполнения паллиативных резекций и симптоматических операций представлены в табл. 3.

В группе паллиативных резекций послеоперационные осложнения возникали достоверно чаще, чем при симптоматических операциях ($p < 0,05$). После

Таблица 2

Характеристика оперативных вмешательств у пациентов обследуемых групп

Вид операции	n	%
<i>Группа паллиативных резекций</i>		
Операция Гартмана	11	19,0
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	1	1,7
Передняя резекция прямой кишки	13	22,4
Резекция сигмовидной кишки	13	22,4
Левосторонняя гемиколэктомия	6	10,4
Правосторонняя гемиколэктомия	13	22,4
Резекция поперечно-ободочной кишки	1	1,7
Итого ...	58	100
<i>Группа симптоматических операций</i>		
Обходные анастомозы:	52	17,0
илеотрансверзоанастомоз	51	16,7
илеосигмоанастомоз	1	0,3
Проксимальные стомы:	254	83,0
цекустомия	1	0,3
илеостомия	9	3,0
трансверзостомия	10	3,5
сигмостомия	233	76,2
Итого ...	306	100

выполнения паллиативных резекций послеоперационные осложнения возникли у 19 (32,7%) больных. В группе симптоматических операций осложненное течение послеоперационного периода отмечено у 37 (12,1%) больных. При исследовании послеоперационной летальности выявлено, что в ранние сроки после выполнения паллиативных резекций пациенты умирали достоверно чаще, чем после симптоматических операций, – 12 (20,6%) и 27 (8,8%) наблюдений соответственно ($p = 0,0163$). При анализе различий на основании имеющихся данных выявлена зависимость послеоперационной летальности от локализации первичной опухоли и экстренности оперативного вмешательства. Зависимость послеоперационной летальности от локализации первичной опухоли отражена в табл. 4.

Больные раком ободочной кишки составили 83,3% (10 случаев) в структуре летальности после выполнения паллиативных резекций, тогда как доля пациентов с диагнозом «рак прямой кишки» – лишь 16,7% (2 больных) ($p < 0,05$). В группе симптоматических операций послеоперационная летальность у больных раком ободочной и прямой кишки сопоставима – 55,6% (15 пациентов) и 44,4% (12 пациентов) соответственно ($p = 0,5637$).

Практически всем умершим в послеоперационном периоде оперативное вмешательство было выполнено по экстренным показаниям в условиях

Таблица 3

Характеристика послеоперационных осложнений у больных обследуемых групп

Осложнение	Группа паллиативных резекций		Группа симптоматических операций		p
	n	%	n	%	
Сердечно-легочная недостаточность	6	31,5	11	29,7	0,8180
Почечно-печеночная недостаточность	2	10,5	1	2,7	0,0318
Послеоперационный панкреатит	1	5,3	–	–	–
Пузырно-толстокишечный свищ	–	–	3	8,1	–
Экссудативный плеврит	1	5,3	1	2,7	0,3901
Абсцесс в малом тазу	1	5,3	–	–	–
Желчный свищ	1	5,3	–	–	–
Тонкокишечный свищ	1	5,3	–	–	–
Диастаз кожных краев раны	–	–	2	5,4	–
Несостоятельность швов анастомоза	6	31,5	2	5,4	0,0332
Пневмония	–	–	3	8,1	–
Перфорация опухоли	–	–	10	27,1	–
Каловый свищ	–	–	1	2,7	–
Эвентрация стомы	–	–	2	5,4	–
Параколомический инфильтрат	–	–	1	2,7	–
Итого...	19	100	37	100	0,0020

Таблица 4

Структура послеоперационной летальности в зависимости от локализации опухоли

Группа	Послеоперационная летальность				
	ободочная кишка		прямая кишка		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Паллиативные резекции	10	83,3	2	16,7	0,0209
Симптоматические операции	15	55,6	12	44,4	0,5637

Таблица 5

Структура послеоперационной летальности в зависимости от экстренности операции

Группа	Послеоперационная летальность				
	плановые операции		экстренные операции		p
	n	%	n	%	
Паллиативные резекции	3	25,0	9	75,0	0,0391
Симптоматические операции	3	11,1	24	88,9	0,0001

паратуморозных осложнений. Структура послеоперационной летальности у больных метастатическим колоректальным раком в зависимости от экстренности операции представлена в табл. 5.

Доля умерших больных после паллиативных резекций, выполненных в плановом и экстренном порядке, составила 25 и 75% соответственно ($p < 0,05$). После симптоматических операций, выполненных в плановом порядке, умерли 3 (11,1%) больных, что в 8 раз меньше, чем после таких же операций, выполненных по экстренным показаниям, – 24 (88,9%) ($p < 0,05$).

Анализ причин смертельных исходов в группе паллиативных резекций показал, что у 6 (50%) пациентов причиной смерти стала полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования опухолевого процесса. Причиной смерти остальных больных стала несостоятельность швов анастомоза – 5 (41,7%) случаев и почечно-печеночная недостаточность – 1 (8,3%) пациент. Несостоятельность анастомозов чаще развивалась после резекции сигмовидной кишки (3 операции), реже – после правосторонней гемиколэктомии (2 операции).

В группе симптоматических операций причиной летальных исходов в большинстве случаев была полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования опухолевого процесса – 11 (40,7%) больных. Несостоятельность швов илеотрансверзоанастомоза имела место у 2 (7,4%) больных. Эвентрацию мы наблюдали у 1 (3,7%) пациента. Причиной летальных исходов у остальных пациентов стала почечно-печеночная недостаточность – 1 (3,7%) случай, пневмония – 2 (7,4%) случая, перфорация опухоли с развитием распространенного гнойного перитонита – 10 (37%) случаев.

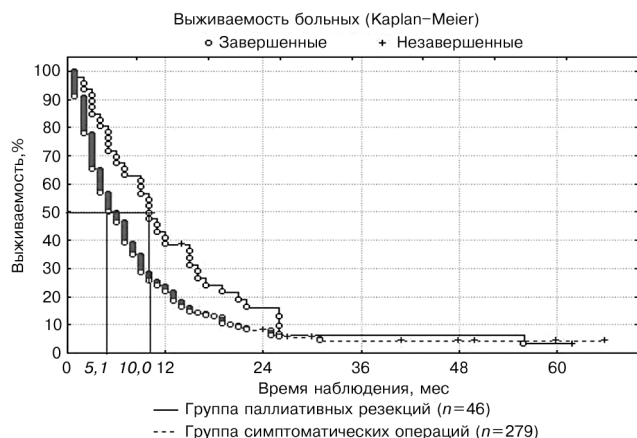


Рис. 1. Продолжительность жизни больных после паллиативных резекций и симптоматических операций.

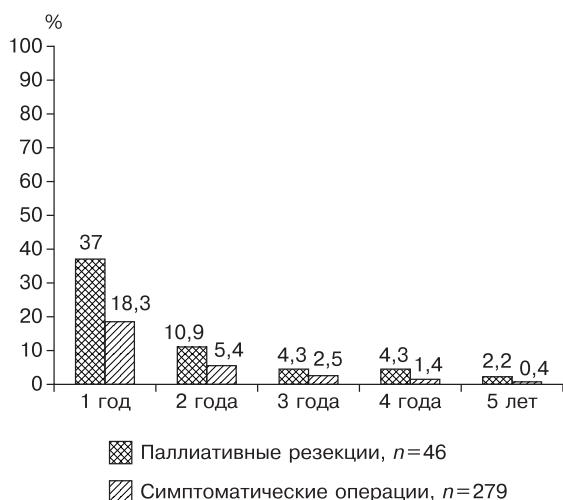
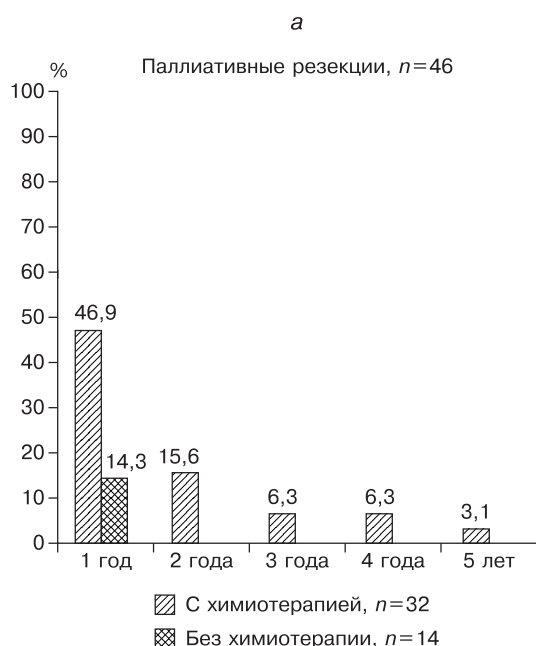


Рис. 2. Сравнительный анализ годичной выживаемости больных.



После исключения из анализа случаев послеоперационной летальности исследована выживаемость 325 пациентов. В группе паллиативных резекций медиана выживаемости составила 10 мес, в группе симптоматических операций – 5,1 мес (рис. 1). Таким образом, продолжительность жизни у больных, которым выполнено удаление первичного опухолевого очага (первая группа), выше, чем у пациентов, перенесших симптоматические операции (вторая группа) ($p = 0,0017$, Log-rank-test).

Сравнительный анализ годичной выживаемости больных представлен на рис. 2 и 3. При анализе данных, представленных на рис. 2, видно, что показатели годичной выживаемости в группе паллиативных резекций выше, чем в группе симптоматических операций, хотя статистически достоверные различия получены лишь для показателя однолетней выживаемости ($p = 0,0119$).

Для уточнения факторов, оказывающих влияние на выживаемость, каждая из групп больных была стратифицирована в зависимости от наличия или отсутствия послеоперационной химиотерапии. Данные об 1–5-летней выживаемости представлены на рис. 3.

В группе паллиативных резекций одногодичная выживаемость пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составила 46,9%, что достоверно выше, чем у пациентов, ее не получавших – 14,3% ($p = 0,0487$). Двухлетняя выживаемость у пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составила 15,6%. Среди больных из группы паллиативных резекций, которым химиотерапия не проводилась, двухлетний срок не пережил ни один пациент. Через 3, 4 года и 5 лет наблюдения отмечались лишь единицы выживших больных, получавших химиотерапию (см. рис. 3, а).

В группе симптоматических операций одногодичная выживаемость пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, была выше, чем у не получавших ее пациентов (64,7 и 8,3% соответственно);

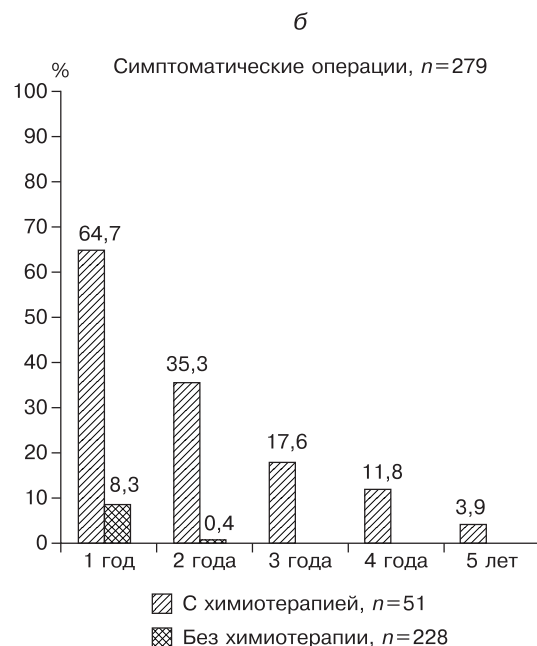


Рис. 3. Годичная выживаемость больных в группе паллиативных резекций (а) и симптоматических операций (б) в зависимости от наличия/отсутствия химиотерапевтического лечения.

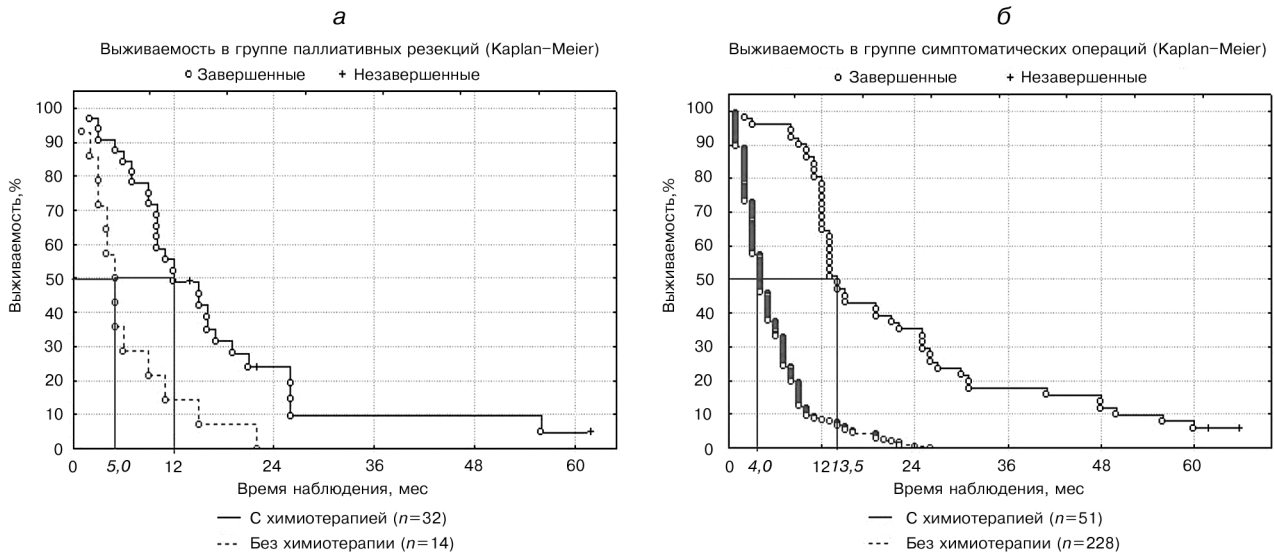


Рис. 4. Влияние послеоперационной химиотерапии на медиану выживаемости после паллиативных резекций (а) и симптоматических операций (б).

различия статистически достоверны ($p = 0,0001$). Двухлетняя выживаемость у пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение после выполнения симптоматических операций, составила 35,3%, без химиотерапии – 0,4% ($p = 0,0001$) (см. рис. 3, б).

При анализе выживаемости пациентов, получавших послеоперационную химиотерапию (см. рис. 3, а, б), прослеживается тенденция к увеличению 1–3-летней выживаемости больных из группы симптоматических операций – 64,7; 35,3 и 17,6% по сравнению с группой паллиативных резекций – 46,9; 15,6 и 6,3%. Тем не менее статистически достоверных различий получено не было ($p > 0,05$).

Влияние послеоперационной химиотерапии на медиану выживаемости в группах паллиативных резекций и симптоматических операций показано на рис. 4. Медиана выживаемости после выполнения паллиативных резекций с последующей химиотерапией составила 12 мес; без химиотерапевтического лечения – лишь 5 мес. По критерию Log-rank-test различия статистически достоверны ($p = 0,0051$) (см. рис. 4, а). Медиана выживаемости после выполнения симптоматических операций с последующей химиотерапией составила 13,5 мес; без химиотерапевтического лечения – 4 мес ($p = 0,0001$) (см. рис. 4, б).

При сравнении медианы выживаемости у пациентов, получавших химиотерапию, ее различия между группами паллиативных резекций (12 мес) и симптоматических операций (13,5 мес) статистически недостоверны (Log-rank-test $p = 0,2336$).

Обсуждение

В нашем исследовании паллиативные хирургические вмешательства составили 16,7% от числа всех операций по поводу колоректального рака. По данным М.В. Ткачева и соавт. [16], их число составило 5,8%, Г.И. Воробьева и соавт. [12] – 14,4%.

Частота ранних послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность после выполнения паллиативных резекций толстой кишки в нашем исследовании значительно уступают показателям, полученным у больных в группе симптоматических

операций. К сожалению, при сборе материала нам по не зависящим от нас причинам не удалось собрать достаточно данных для детального анализа послеоперационных осложнений и летальности у больных метастатическим колоректальным раком. Тем не менее при анализе выявлена закономерность: показатели послеоперационной летальности значительно выше после паллиативных резекций ободочной кишки, выполненных по экстренным показаниям, а в структуре причин летальности значительную роль занимают несостоятельность межкишечного анастомоза и сердечно-легочная недостаточность. Полученные факты свидетельствуют о необходимости более тщательного подхода к определению показаний для выполнения паллиативных резекций ободочной кишки с восстановлением непрерывности кишечника в экстренной хирургии.

Полученные в нашем исследовании данные об отдаленных результатах паллиативных резекций при метастатическом колоректальном раке совпадают с данными литературы [17–20] и подтверждают уже доказанное положение, что выполнение паллиативных резекций улучшает выживаемость больных. Изучение факторов, оказывающих влияние на отдаленные результаты паллиативного лечения больных метастатическим колоректальным раком, подчеркнуло важность химиотерапевтического компонента, что также соответствует данным литературы [13, 14, 21, 22]. При анализе отдаленных результатов лечения больных в подгруппах, стратифицированных по наличию или отсутствию послеоперационной химиотерапии, выявлено, что лекарственное лечение в паллиативном лечении больных является едва ли не более значимым фактором, улучшающим выживаемость больных метастатическим колоректальным раком, чем фактор удаления первичной опухоли. Для более детальной оценки роли паллиативных операций необходимо изучение влияния химиотерапии в группе больных метастатическим колоректальным раком, получавших только лечебную химиотерапию либо симптоматическое лечение. Тем не менее результаты нашего исследования позволяют шире ставить показания к

химиотерапии у больных после наложения обходных анастомозов и разгруженных стом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М., ред. *Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г.* М.: Издательская группа РОНИ; 2014.
2. Старинский В.В., Каприн А.Д., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году.* М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России»; 2013.
3. Коротких Н.Н., Ольшанский М.С. Средне отдаленные результаты комбинированного эндоваскулярного хирургического лечения рака прямой кишки. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* 2011; (3): 87–91.
4. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н. и др. Хирургическое комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. *Онкологическая колопроктология.* 2011; (1): 32–40.
5. Алиев В.А., Барсуков Ю.А. Современные тенденции в лечении колоректального рака. *Современные медицинские технологии.* 2013; (10): 12–7.
6. Park J.H., Kim T.Y., Lee K.H., Han S.W., Oh D.Y., Im S.A. et al. The beneficial effect of palliative resection in metastatic colorectal cancer. *Br. J. Cancer.* 2013; 108 (7): 1425–31.
7. Makela J., Haukipuro K., Laitinen S. et al. Palliative operations for colorectal cancer. *Dis Colon Rect.* 1990; 33: 846–50.
8. Федосеев А.В., Бударев В.Н., Муравьев С.Ю., Тихонова М.А. Тактика при обтурационной кишечной непроходимости и возможности её совершенствования. *Наука молодых.* 2013; (4): 68–71.
9. Куликов Е.П., Бубликов И.Д., Головкин Е.Ю., Семинкин Е.И. Различные хирургические подходы к лечению больных распространенным раком толстой кишки. *Онкохирургия.* 2011; 3(4): 29–32.
10. Александров В.Б., Сухов Б.С., Александров К.Р. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака. В кн. *Материалы I Российской онкологической конференции.* М.; 2001: 264–6.
11. Симонов Н.Н. Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов, циторедуктивные, паллиативные, симптоматические операции. *Практическая онкология.* 2002; 3(2): 130–5.
12. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Шелыгин Ю.А. Хирургическая тактика у больных раком толстой кишки с метастазами в печень. *Колонпроктология.* 2002; (2): 2–5.
13. Figueras J., Valls C., Rafecas A., Fabregat J. et al. Resection rate and effect of postoperative chemotherapy on survival after surgery for colorectal liver metastases. *Br. J. Surg.* 2001; 88(7): 980–5.
14. Кулакеев О.К., Сабденов Н.О. и др. Паллиативные операции при раке толстой и прямой кишки. В кн.: *Материалы 4 Всероссийского съезда онкологов.* Ростов-на-Дону. 2005: 275–6.
15. Kim S.K., Lee C.H., Lee M.R., Kim J.H. Multivariate analysis of the survival rate for treatment modalities in incurable stage IV. *Colorect. Cancer. J. Korean Soc. Coloproctol.* 2012; 28 (1): 35–41.
16. Ткачев М.В., Швеиц Д.С., Козлов А.М. Результаты циторедуктивных операций у больных колоректальным раком. *Сибирский онкологический журнал.* 2015; (1): 89.
17. Тарасов В.А., Побегалов Е.С., Виноградова М.В., Шаров Ю.К., Ставрицкий В.В. Хирургическое лечение больных метастатическим колоректальным раком. *Практическая онкология.* 2005; 6(2): 92–102.
18. Куликов Е.П., Бубликов И.Д. Результаты лечения больных распространенным раком толстой кишки. *Рос. онкол. журн.* 2001; 6: 8–10.
19. Куликов Е.П., Бубликов И.Д., Головкин Е.Ю., Варенов Б.М. О показаниях к паллиативным резекциям толстой кишки при колоректальном раке IV стадии. *Паллиативная медицина и реабилитация.* 2003; (2): 80.
20. Verberne C.J., de Bock G.H., Pijl M.E., Baas P.C., Siesling S., Wiggers T. Palliative resection of the primary tumour in stage IV rectal cancer. *Colorect. Dis.* 2012; 14 (3): 314–9.
21. Muratore A., Zorzi D., Bouzari H. et al. Asymptomatic colorectal cancer without resectable liver metastases: immediate colorectal resection or up-front systemic chemotherapy? *Ann Surg. Oncol.* 2007; 14 (2): 766–70.
22. Masi G., Cupini S., Marcucci L. et al. Treatment with 5-fluorouracil/ folinic acid, oxaliplatin, and irinotecan enables surgical resection of metastases in patients with initially unresectable metastatic colorectal cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2006; 13 (1): 58–65.

REFERENCES

1. Davydov M.I., Aksel' E.M., eds. *Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2012.* Moscow: Izdatel'skaya gruppa RONTs; 2014. (in Russian)
2. Starinskiy V.V., Kaprin A.D., Petrova G.V. *The Condition of the Oncologic Help to the Population in Russia 2012.* Moscow; 2013. (in Russian)
3. Korotkikh N.N., Ol'shanskiy M.S. Medium to long-term results of the combined endovascular surgical cancer therapy of a straight line. *Rossiyskiy mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova.* 2011; (3): 87–91. (in Russian)
4. Patyutko Yu.I., Sagaydag I.V., Polyakov A.N. et al. Surgical combined treatment of patients with colorectal cancer with metastatic liver lesion. *Oncologicheskaya koloproktologiya.* 2011; (1): 32–40. (in Russian)
5. Aliev V.A., Barsukov Yu.A. Modern tendency in treatment of colorectal cancer. *Sovremennyye meditsinskie tekhnologii.* 2013; (10): 12–7. (in Russian)
6. Park J.H., Kim T.Y., Lee K.H., Han S.W., Oh D.Y., Im S.A. et al. The beneficial effect of palliative resection in metastatic colorectal cancer. *Br. J. Cancer.* 2013; 108 (7): 1425–31.
7. Makela J., Haukipuro K., Laitinen S. et al. Palliative operations for colorectal cancer. *Dis Colon Rect.* 1990; 33: 846–50.
8. Fedoseev A.V., Budarev V.N., Murav'ev S.Yu., Tikhonova M.A. Tactics at obturation intestinal obstruction and an opportunity her progress. *Nauka mologvkh.* 2013; (4): 68–71. (in Russian)
9. Kulikov E.P., Bublikov I.D., Golovkin E.Yu., Semionkin E.I. Various surgical approaches to the treatment of patients with advanced colon cancer. *Onkokhirurgiya.* 2011; 3(4): 29–32. (in Russian)
10. Aleksandrov V.B., Sykhov B.S., Aleksandrov K.R. Surgical treatment of metastases of colorectal cancer. In: *Materials of I Russian Cancer Conference.* Moscow; 2001: 264–6. (in Russian)
11. Simonov N.N. Surgical treatment of rectal cancer in the presence of distant metastases, cytoreductive, palliative, symptomatic operations. *Practicheskaya onkologiya.* 2002; 3 (2): 130–5. (in Russian)
12. Vorob'yev G.I., Odaryuk T.S., Shelygin Yu.A. Surgical tactics in patients with colon cancer with liver metastases. *Koloproktologiya.* 2002; (2): 2–5. (in Russian)
13. Figueras J., Valls C., Rafecas A., Fabregat J. et al. Resection rate and effect of postoperative chemotherapy on survival after surgery for colorectal liver metastases. *Br. J. Surg.* 2001; 88(7): 980–5.
14. Kulakeev O.K., Sabdenov N.O. et al. Palliative surgery for cancer of the colon and rectum. In: *Materials of 4 All-Russian Congress of Oncologists.* Rostov on Don, 2005: 275–6. (in Russian)
15. Kim S.K., Lee C.H., Lee M.R., Kim J.H. Multivariate analysis of the survival rate for treatment modalities in incurable stage IV. *Colorect. Cancer. J. Korean Soc. Coloproctol.* 2012; 28 (1): 35–41.
16. Tkachev M.V., Shvets D.S., Kozlov A.M. The results of cytoreductive surgery in patients with colorectal cancer. *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal.* 2015; (1): 89. (in Russian)
17. Tarasov V.A., Pobegalov E.S., Vinogradova M.V., Sharov Yu.K., Stavrovitskiy V.V. Surgical treatment of patients with metastatic colorectal cancer. *Practicheskaya onkologiya.* 2005; 6(2): 92–102. (in Russian)
18. Kulikov E.P., Bublikov I.D. The results of treatment of patients with advanced colon cancer. *Ros. onkol. zhurn.* 2001; 6: 8–10. (in Russian)
19. Kulikov E.P., Bublikov I.D., Golovkin E.Yu., Varenov B.M. About the indications for palliative resection of the colon in colorectal cancer stage IV. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya.* 2003; (2): 80. (in Russian)
20. Verberne C.J., de Bock G.H., Pijl M.E., Baas P.C., Siesling S., Wiggers T. Palliative resection of the primary tumour in stage IV rectal cancer. *Colorect. Dis.* 2012; 14 (3): 314–9.
21. Muratore A., Zorzi D., Bouzari H. et al. Asymptomatic colorectal cancer without resectable liver metastases: immediate colorectal resection or up-front systemic chemotherapy? *Ann Surg. Oncol.* 2007; 14 (2): 766–70.
22. Masi G., Cupini S., Marcucci L. et al. Treatment with 5-fluorouracil/ folinic acid, oxaliplatin, and irinotecan enables surgical resection of metastases in patients with initially unresectable metastatic colorectal cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2006; 13 (1): 58–65.

Поступила 16.06.16

Принята к печати 23.06.16