

Анализ гистологического строения, типов роста и характера метастазирования осложненного колоректального рака

С.Н. Шаева, Д.В. Нарезкин, В.И. Соловьев

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России;
Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Контакты: Светлана Николаевна Шаева shaeva30@mail.ru

Цель исследования — оценить параметры, характеризующие зависимость между гистологическим строением злокачественной опухоли, типом роста, степенью дифференцировки новообразования, характером регионарного и отдаленного метастазирования, полом и возрастом больного и видом urgentного осложнения колоректального рака.

Материалы и методы. Изучены сведения о 1098 больных с urgentными формами рака толстой кишки, которые в период с 2001 по 2013 г. были пролечены на территории Смоленска и Смоленской области. Данная информация представлена по материалам ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», а также центральных районных больниц Смоленской области. Морфологические исследования проводили на базе ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии».

Результаты. Среди обследованных пациентов доля женщин составила 54,4 % ($n = 597$), мужчин — 45,6 % ($n = 501$). По данным проведенного исследования, экзофитный рост новообразования зарегистрирован в 46,5 % наблюдений, эндофитный — в 52,3 %, смешанный — в 1,2 %. Наиболее часто эндофитный рост образования сопровождался острой кишечной непроходимостью, перифокальным воспалением, перфорацией опухоли и наличием сочетанных осложнений. В то же время экзофитный тип роста характеризовался кишечным кровотечением в 89 % случаев. Такие осложнения, как перфорация опухоли и кишечное кровотечение, чаще сопровождалось изъязвлением опухоли, которое обычно выявляли при левосторонней локализации (до 80,2 %). Наиболее часто регистрировали прорастание злокачественного новообразования в забрюшинную клетчатку, тонкую кишку, брыжейку и другие отделы толстой кишки (15,0; 15,3 и 14,5 % соответственно). При умеренно-дифференцированной аденокарциноме наиболее частыми осложнениями были кишечное кровотечение и перфорация опухоли (80,8 и 76,5 % соответственно; $p < 0,05$). Регионарные метастазы колоректального рака обычно регистрировали у пациентов в возрасте до 60 лет (64 %). Более высокую частоту отдаленного метастазирования отмечали у больных старше 80 лет (44,7 %).

Выводы. Рак толстой кишки наиболее часто сопровождается кишечной непроходимостью, перфорацией и сочетанными осложнениями и характеризуется преимущественно левосторонней локализацией, выраженным местным распространением, неблагоприятным в плане прогноза выживаемости эндофитным ростом, изъязвлением, средней и низкой степенью дифференцировки злокачественного новообразования.

Ключевые слова: колоректальный рак, urgentные осложнения, хирургическое лечение, гистологическая форма опухоли, регионарное и отдаленное метастазирование

DOI: 10.17650/2220-3478-2016-6-1-14-21

Analysis of the histological pattern, growth rates, and nature of metastases from complicated colorectal cancer

S.N. Shchaeva, D.V. Narezkin, V.I. Solov'ev

Smolensk State Medical University at the Ministry of Health of Russia; 28 Krupskaya St., Smolensk, 214019, Russia

Objective: to assess the parameters characterizing a relationship between the histological and growth patterns and grade of a malignant tumor, the nature of regional and distant metastases, patient gender and age, and the type of urgent complications in colorectal cancer.

Subjects and methods. Information on 1098 patients with urgent colonic cancer types treated in Smolensk and its region in the period 2001 to 2013 was studied. This information was given from the records of the Clinical Emergency Medical Care Hospital, City Clinical Hospital One, the Smolensk Regional Clinical Hospital, Smolensk Regional Oncology Clinical Dispensary, and the central district hospitals of the Smolensk Region. Morphological examinations were made at the Smolensk Regional Institute of Pathology.

Results. Among the examinees, the proportion of women and men was 54.4% ($n = 597$) and 45.6 % ($n = 501$), respectively. The investigation recorded exophytic, endophytic, and mixed tumor growth patterns in 46.5, 52.3, and 1.2 %, respectively. The endophytic cancer growth pattern was most commonly complicated by acute intestinal obstruction, perifocal inflammation, tumor perforation, and concomitant complications. At the same time, the exophytic growth pattern was characterized by enteric bleeding in 89 % of cases. Complications, such as tumor perforation and enteric bleeding, are more commonly attended with tumor ulceration that was usually detected on the left side (in as high as 80.2 % of cases). A malignant tumor was most frequently recorded to grow into the retroperitoneal fat, small bowel, mesentery, and other colonic segments (15.0, 15.3, and 14.5 %, respectively). The most common complications in moderate-grade adenocarcinoma were enteric bleeding and tumor perforation (80.8 and 76.5 %, respectively; $p < 0.05$). Regional colorectal cancer metastases were generally usually recorded in patients aged less than 60 years (64 %). Higher distant metastasis rates were noted in those aged over 80 years (44.7 %).

Conclusion. Colon cancer is most commonly complicated by ileus, perforation, and concomitant complications and mainly characterized by the left-sided location, obvious local extent, and poor survival prognosis of the endophytic growth pattern, ulceration, moderate and high-grade of cancer.

Key words: colorectal cancer, urgent complications, surgical treatment, histological tumor form, regional and distant metastases

Введение

По статистическим данным, около 60 % пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака (КРР) поступают в стационары в экстренном порядке. Эффективность лечения этого тяжелого контингента больных зависит от сложного комплекса клинических и организационных вопросов, многие из которых в настоящее время требуют решения. На сегодняшний день, несмотря на характерную клиническую симптоматику и имеющийся арсенал диагностических возможностей, основная доля (75–90 %) пациентов поступают в поздние сроки от начала заболевания. Причем около 90 % из них направляются на госпитализацию с неопределенным диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости [1–5].

По мнению большинства авторов, к числу urgentных осложнений КРР относятся кишечная непроходимость, перфорация опухоли или стенки кишки выше опухоли, перифокальное воспаление в зоне новообразования и окружающих тканях и кишечное кровотечение [6–11]. Основным методом лечения urgentных осложнений КРР является хирургический. Наиболее часто осложнения развиваются у пациентов с III стадией заболевания [8, 9, 12, 13].

Объективную оценку злокачественности опухоли проводят по ее морфологической характеристике и структурным особенностям, выражающим интенсивность роста и размножения опухолевых клеток и их функционально-морфологическую законченность. Характер роста опухоли, степень прорастания кишечной стенки и распространение опухоли за ее пределы оказывают существенное влияние на течение заболевания.

Цель исследования – оценить параметры, характеризующие зависимость между гистологическим строением злокачественной опухоли, типом роста, степенью дифференцировки новообразования, характером регионарного и отдаленного метастазирования, полом и возрастом больного и видом urgentного осложнения КРР.

Материалы и методы

Нами были изучены сведения о 1098 больных с urgentными 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 мате-

риалам ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», а также центральных районных больниц Смоленской области. Морфологические исследования проводили на базе ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии».

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета Statistica 8.0, количественные данные с нормальным распределением признака сравнивали посредством дисперсионного анализа. Для сравнения качественных признаков использовали тест χ^2 . Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты

Распределение больных по характеру urgentных осложнений представлено в табл. 1.

В проведенном исследовании больных КРР, поступивших по экстренным показаниям в стационары общей лечебной сети Смоленска и Смоленской области, доля женщин составила 54,4 % ($n = 597$), мужчин – 45,6 % ($n = 501$) (табл. 2).

Установлено, что в отношении прогноза выживаемости неблагоприятным является эндофитный рост опухоли, который был характерен для новообразований, локализованных в левой половине толстой кишки (у 4,9 % пациентов – опухоли правой половины толстой кишки, у 16,8 % – поперечно-ободочной, у 46,9 % – левой половины ободочной кишки, у 31,4 % – прямой кишки) (рис. 1).

Таблица 1. Распределение больных КРР по характеру urgentных осложнений

Осложнение	Частота	
	n	%
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

Таблица 2. Половозрастное распределение больных с ургентными осложнениями КРР

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Общее число пациентов	
	n	%	n	%	n	%
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

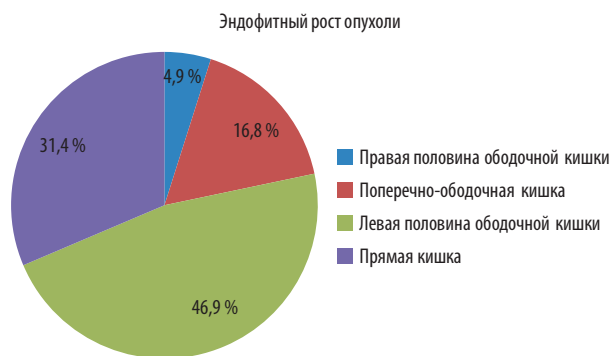


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от локализации и роста опухоли в различных отделах толстой кишки

По данным проведенного исследования, экзофитный рост новообразования зарегистрирован в 46,5 % наблюдений, эндофитный – в 52,3 %; смешанный – в 1,2 %.

Наиболее часто эндофитный рост сопровождался острой кишечной непроходимостью, перифокальным воспалением, перфорацией опухоли и наличием сочетанных осложнений. У пациентов с кишечным кровотечением данный тип опухолевого роста отмечен в 11 % наблюдений. В то же время экзофитный рост злокачественного новообразования наиболее часто – в 89 % случаев – осложнялся кишечным кровотечением (рис. 2).

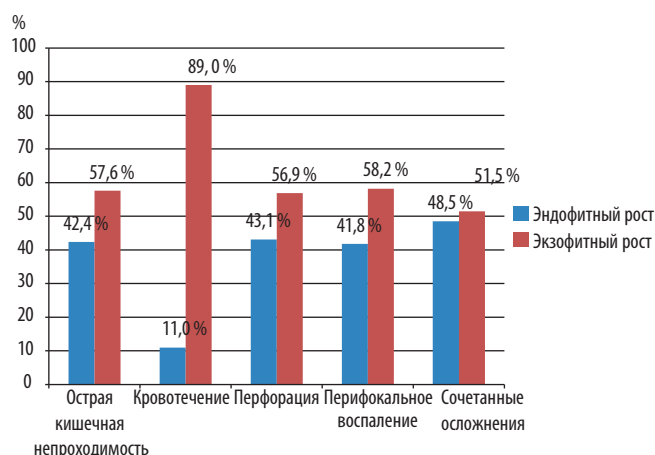


Рис. 2. Взаимосвязь типа роста опухоли с возникшим осложнением КРР

В 44,7 % случаев зарегистрировано изъязвление злокачественной опухоли, в 55,3 % наблюдений оно не было установлено. Такие осложнения, как перфорация опухоли и кишечное кровотечение, значительно чаще сопровождалось изъязвлением опухоли (табл. 3). По данным проведенного исследования, изъязвление чаще (80,2 %) выявлялось при левосторонней локализации злокачественного новообразования.

Согласно отечественной гистологической классификации различают следующие формы опухолей толстой кишки: аденокарцинома, солидный рак, слизи-

Таблица 3. Распространенность изъязвления опухоли в зависимости от типа ургентного осложнения КРР

Осложнение	Число пациентов				Общее число пациентов	
	с изъязвлением		без изъязвления		n	%
	n	%	n	%		
Острая кишечная непроходимость	210	31,5	457	68,5	667	100
Кишечное кровотечение	240	100,0	–	–	240	100
Перфорация опухоли	33	40,7	48	59,3	81	100
Перифокальное воспаление	3	5,4	53	94,6	56	100
Сочетанные осложнения	5	9,3	49	90,7	54	100
Всего	491	44,7	607	55,3	1098	100

Таблица 4. Патоморфологическое строение опухолей у пациентов с КРР

Осложнение	Число пациентов						Общее число пациентов	
	с аденокарциномой		со слизистым раком		с солидным раком			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Острая кишечная непроходимость	584	87,6	76	11,4	7	1,0	667	100
Кишечное кровотечение	221	92,0	16	6,7	3	1,3	240	100
Перфорация опухоли	63	77,8	17	21,0	1	1,2	81	100
Перифокальное воспаление	49	87,5	6	10,7	1	1,8	56	100
Сочетанные осложнения	44	81,5	8	14,8	2	3,7	54	100
<i>Всего</i>	<i>961</i>	<i>87,5</i>	<i>123</i>	<i>11,2</i>	<i>14</i>	<i>1,3</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

стый (перстневидноклеточный) и скirrosный раки [4, 12, 13]. Распределение пациентов по гистологическому типу опухоли в зависимости от наличия тех или иных осложнений в нашем исследовании представлено в табл. 4.

Наиболее распространенной гистологической формой злокачественного новообразования толстой кишки, по данным литературы, является аденокарцинома [2–4, 6]. Данные проведенного нами исследования подтверждают этот факт: аденокарцинома зарегистрирована у 87,5 % пациентов, слизистый рак – у 11,2 %, солидный рак – у 1,3 %.

Из табл. 4 следует, что независимо от вида осложнения чаще всего выявлялась аденокарцинома: в 87,6 % случаев – у больных с кишечной непроходимостью, в 87,5 % – с перифокальным воспалением, в 77,8 % – с перфорацией опухоли, в 92,0 % – с кишечным кровотечением и в 81,5 % – при сочетанных осложнениях. При умеренно-дифференцированной аденокарциноме наиболее частыми осложнениями были кишечное кровотечение и перфорация опухоли (80,8 и 76,5 % соответственно; $p < 0,05$) (см. табл. 4, 5).

Для злокачественных опухолей толстой кишки характерно частое регионарное и отдаленное метастазирование. Наше исследование показывает, что регионарные метастазы колоректального рака чаще регистрируют в возрасте до 60 лет, чем в более старшем: до 60 лет – в 64 % случаев, 60–69 лет – в 42,4 %, 70–79 лет – в 41,2 %, 80 лет и старше – в 45,7 %.

Более высокая частота отдаленного метастазирования отмечена у пациентов старше 80 лет. Так, в возрасте до 60 лет отдаленные метастазы наблюдались в 26,5 % случаев, 60–69 лет – в 25,9 %, 70–79 лет – в 27,8 %, 80 лет и старше – в 44,7 %.

По данным исследований многих авторов, частота регионарного метастазирования составляет от 17 до 52 %, отдаленного – от 11,2 до 47,3 % [8, 9, 11]. Данные проведенного нами исследования совпадают с литературными, что и отражено в табл. 6.

Обычно (51,7 %) метастазы выявляли в 1–3 регионарных лимфатических узлах. Вторичные изменения в 4 и более узлах отмечены в меньшем числе случаев (27,5 %). Чаще всего отдаленные метастазы были за-

Таблица 5. Распределение пациентов с КРР по характеру осложнений и степени дифференцировки опухоли

Осложнение	Число пациентов						Общее число пациентов	
	с высокодифференцированным раком		с умеренно-дифференцированным раком		с низкодифференцированным раком			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Острая кишечная непроходимость	97	14,5	468	70,2	102	15,3	667	100
Кишечное кровотечение	26	10,8	194	80,8	20	8,4	240	100
Перфорация опухоли	11	13,6	62	76,5	8	9,9	81	100
Перифокальное воспаление	18	32,1	36	64,3	2	3,6	56	100
Сочетанные осложнения	43	79,6	6	11,1	5	9,3	54	100
<i>Всего</i>	<i>195</i>	<i>17,8</i>	<i>766</i>	<i>69,7</i>	<i>137</i>	<i>12,5</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

Таблица 6. Частота регионарного метастазирования у пациентов с ургентными осложнениями КРР

Регионарное метастазирование	Число больных	
	n	%
Отсутствие метастазов	228	20,8
Метастазы в 1–3 регионарных лимфатических узлах	568	51,7
Метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах	302	27,5
<i>Всего</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

Таблица 7. Частота отдаленного метастазирования у пациентов с ургентными осложнениями КРР

Отдаленное метастазирование	Число пациентов	
	n	%
Отсутствие метастазов	954	86,9
Метастазы в печень	108	9,8
Метастазы в легкие	9	0,8
Метастазы в кости	2	0,2
Карциноматоз брюшины	25	2,3
<i>Всего</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

регистрованы в печени (9,8 %), что представлено в табл. 7.

Большинство пациентов с ургентными осложнениями КРР, включенных в исследование, имели III и IV стадии заболевания: ПИВ – в 23,9 % наблюдений, ПИС – в 57,6 %, IV – в 13,1 %; II стадия злокачественного процесса наблюдалась всего в 5,4 % случаев.

У 43,2 % больных КРР, осложненным кишечной непроходимостью, отмечены регионарные метастазы, у 71,4 % регионарное метастазирование сопровождалось перфорацией опухоли, у 41,4 % – наличием сочетанных осложнений, у 23,4 % – перифокальным воспалением и у 60,8 % – кишечным кровотечением. Отдаленные метастазы диагностированы в 35,1 % наблюдений с кишечной непроходимостью, в 25,0 % – с перфорацией опухоли, в 30,8 % – с сочетанными осложнениями, в 18,9 % – с перифокальным воспалением, в 10,0 % – с кишечным кровотечением.

Кроме того, при анализе данных установлено, что частота регионарного и отдаленного метастазирования увеличивается при выраженном распространении злокачественного новообразования вдоль кишечной стенки: при инфильтративном росте опухоли по длине кишки до 4 см – в 20,3 и 15,9 % наблюдений соответственно; 4–8 см – в 43 и 34,1 % соответствен-

но; свыше 8 см – в 39,4 и 32,5 % соответственно ($p = 0,041$).

Для циркулярного распространения опухоли характерно более частое регионарное и отдаленное метастазирование (рис. 3). Наибольшая частота регионарного и отдаленного метастазирования зарегистрирована у 18,6 % пациентов с распространением опухоли до 1/4 окружности кишки, у 52,3 % – от 1/4 до 3/4 и у 70,2 % – при циркулярном поражении кишки.

Проведенное исследование позволило подтвердить данные литературы: у большего числа больных с ургентными осложнениями КРР наблюдали выраженное распространение злокачественной опухоли по окружности, длине и на глубину стенки толстой кишки. У 72,0 % больных встречалось циркулярное поражение злокачественным новообразованием толстой кишки, у 25,8 % опухоль поражала от 1/4 до 3/4 окружности кишки, у 2,2 % – до 1/4 окружности.

Из табл. 8 следует, что для кишечной непроходимости, перфорации опухоли и сочетанных осложнений было характерно выраженное распространение образования по окружности (81,4; 77,8 и 64,8 % соответственно). Циркулярное поражение толстой кишки отмечали у 84,1 % мужчин и у 78,6 % женщин с ургентными осложнениями КРР ($p < 0,05$). Кроме того, значительное распространение опухоли вдоль стенки кишки регистрировали у большего числа пациентов: поражение кишки по длине до 4 см зафиксировано в 16,0 % случаев, 4–8 см – в 69,4 %, 8 см и более – в 14,6 %.

Частота регионарного и отдаленного метастазирования увеличивалась по мере инвазии злокачественного процесса в толщу кишечной стенки. При инфильтрации опухолью слизистого, подслизистого и мышечного слоев кишечной стенки регионарные и отдаленные метастазы отсутствовали. При распространении опухоли на соседние ткани частота регионарного и отдаленного метастазирования составила 78,1 и 50,2 % соответственно, при распространении на все слои стенки кишки – 34,6 и 27,1 % соответственно. Из табл. 9 следует, что в группах пациентов с кишечной непроходимостью, перифокальным воспалением, перфорацией и сочетанными осложнениями

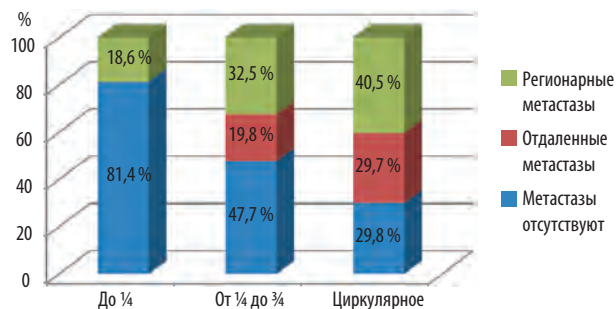


Рис. 3. Частота регионарного и отдаленного метастазирования в зависимости от распространения опухоли по окружности кишки

Таблица 8. Распространение опухоли по окружности кишки у пациентов с urgentными осложнениями КРР

Осложнение	Число пациентов						Общее число пациентов	
	с распространением < 1/4		с распространением 1/4 – 3/4		с циркулярным распространением			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Острая кишечная непроходимость	–	–	124	18,6	543	81,4	667	100
Кишечное кровотечение	13	5,4	102	42,5	125	52,1	240	100
Перфорация опухоли	7	8,6	11	13,6	63	77,8	81	100
Перифокальное воспаление	2	3,6	29	51,8	25	44,6	56	100
Сочетанные осложнения	2	3,7	17	31,5	35	64,8	54	100
<i>Всего</i>	<i>24</i>	<i>2,2</i>	<i>283</i>	<i>25,8</i>	<i>791</i>	<i>72,0</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

КРР чаще регистрировалось большее распространение опухоли по длине, чем в группе больных с кишечным кровотечением. Распространение опухоли вдоль стенки кишки на 4–8 см наблюдалось у 78,6 % пациентов с кишечной непроходимостью, у 62,5 % – с перифокальным воспалением, у 53,1 % – с перфорацией, у 53,7 % – с сочетанными осложнениями и у 54,6 % – с кишечным кровотечением.

Нами зарегистрировано выраженное распространение злокачественного новообразования в глубину кишечной стенки. При гистологическом исследовании зафиксировано, что инфильтративный рост опухоли в толщу слизистого и подслизистого слоев кишечной стенки встречался в 0,7 % случаев, поражение мышечного слоя – в 2,5 % наблюдений, инвазивный рост на всю толщу кишечной стенки – у 81,3 % больных, распространение на соседние органы и ткани – у 30,9 %.

Инвазивный рост опухоли на глубину кишечной стенки не зависел от пола пациентов. И у женщин, и у мужчин отмечено выраженное распространение

злокачественного новообразования в глубину стенки кишки. Инфильтративный рост на всю толщу кишечной стенки зафиксирован у 78,3 % мужчин и у 80,6 % женщин, поступивших в стационары по экстренным показаниям ($p > 0,05$). Инфильтрация злокачественного новообразования в соседние органы и ткани чаще (21,4 %) регистрировалась у мужчин, чем у женщин (14,9 %) ($p = 0,011$).

Выраженное распространение злокачественного новообразования в глубину стенки кишки и распространение на окружающие ткани чаще наблюдали у лиц пожилого и старческого возраста, чем у более молодых пациентов. Инвазивный рост опухоли на соседние органы и ткани отмечен у 8,9 % пациентов до 50 лет, у 17,4 % в возрасте от 50 до 59 лет, у 22,3 % – от 60 до 69 лет, у 15,1 % – от 70 до 79 лет и у 26,4 % – старше 80 лет ($p < 0,05$).

В табл. 10 представлено распределение больных по степени распространения опухоли на соседние органы и ткани. Наиболее часто регистрировали про-

Таблица 9. Протяженность опухоли по длине кишки у пациентов с urgentными осложнениями КРР

Осложнение	Число пациентов						Общее число пациентов	
	с протяженностью < 4 см		с протяженностью 4–8 см		с протяженностью > 8 см			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Острая кишечная непроходимость	74	11,1	524	78,6	69	10,3	667	100
Кишечное кровотечение	65	27,1	131	54,6	44	18,3	240	100
Перфорация опухоли	18	22,2	43	53,1	20	24,7	81	100
Перифокальное воспаление	12	21,4	35	62,5	9	16,1	56	100
Сочетанные осложнения	7	13,0	29	53,7	18	33,3	54	100
<i>Всего</i>	<i>176</i>	<i>16,0</i>	<i>762</i>	<i>69,4</i>	<i>160</i>	<i>14,6</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>

Таблица 10. Распространение опухоли на соседние органы и ткани

Инвазия	Число больных	
	n	%
В брюшную стенку	34	10,0
В забрюшинную клетчатку	51	15,0
В тонкую кишку	52	15,3
В брыжейку и другие отделы толстой кишки	49	14,5
В желудок	9	2,7
В мочевой пузырь	28	8,3
В матку	47	13,9
В придатки матки	38	11,2
В ворота селезенки	31	9,1
<i>Всего</i>	<i>1098</i>	<i>100</i>
Всего местно-распространенных форм	339	30,9
Нет прорастания	759	69,1

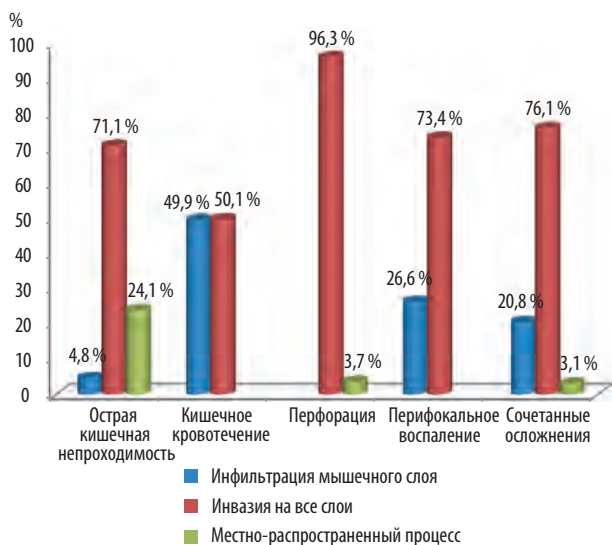


Рис. 4. Распределение пациентов с urgentными осложнениями KPP по глубине инвазии опухоли

растание злокачественного новообразования в забрюшинную клетчатку, тонкую кишку, брыжейку и другие отделы толстой кишки (15,0; 15,3 и 14,5 % соответственно).

Также выявлена определенная зависимость инвазивного роста опухоли в толщу кишечной стенки от вида осложнения KPP (рис. 4).

Инвазию опухолью всех слоев стенки кишки наиболее часто регистрировали у больных с перфорацией рака, острой кишечной непроходимостью, при наличии сочетанных осложнений и перифокального воспаления (96,3; 71,1; 76,1 и 73,4 % соответственно). У пациентов с кишечным кровотечением инфильтративный рост на все слои кишечной стенки наблюдали реже (50,1 %).

Обсуждение

В нашем исследовании местное распространение злокачественного новообразования выявлено у 30,9 % пациентов с urgentными осложнениями KPP, что совпадает с данными литературы, согласно которым местное распространение опухолевого процесса с прорастанием в соседние органы происходит у 10–31 % пациентов [4, 9]. Из проведенного исследования следует, что местное распространение было типично для более тяжелых осложнений злокачественных опухолей толстой кишки (острой кишечной непроходимости, перфорации и сочетанных осложнений). Установлено, что до развития urgentных осложнений KPP у многих больных уже регистрировался выраженный распространенный злокачественный процесс, присутствовали соответственно лимфо- и гематогенные метастазы, серьезная сопутствующая патология, хотя их состояние сохранялось компенсированным. Наличие urgentных осложнений резко ухудшало общее состояние здоровья пациентов и приводило к декомпенсации сопутствующей патологии.

Заключение

Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что наиболее частым осложнением KPP была обтурационная кишечная непроходимость. Осложнения чаще регистрировали у лиц старше 60 лет, кроме того, обращает на себя внимание высокий процент перфорации рака и сочетанных осложнений в возрастной группе старше 80 лет. Осложненный KPP (наиболее часто – кишечная непроходимость, перфорация и сочетанные осложнения) характеризовался преимущественно левосторонней локализацией, выраженным местным распространением, неблагоприятным в плане прогноза выживаемости эндофитным ростом, изъязвлением, средней и низкой степенью дифференцировки злокачественного новообразования. В большинстве случаев из гистологических форм рака наблюдалась аденокарцинома.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с. [Pakhomova G.V., Podlovchenko T.G., Uteshev N.S. Urgent segmented intestine surgery. Moscow: Miklosh, 2009. 96 p. (In Russ.)].
2. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М.: Профиль, 2005. 224 с. [Pugaev A.V., Achkasov E.E. Obturation tumoral colonic obstruction. Moscow: Profil', 2005. 224 p. (In Russ.)].
3. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л. и др. Сочетание осложненных форм рака толстой кишки: клиника, диагностика, хирургическая тактика. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011;4(4):641–6. [Shevchenko Yu.L., Stoyko Yu.M., Levchuk A.L. et al. Combination of complicated forms of the colon cancer: clinics, diagnostics, surgical tactics. Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii = Herald of the Experimental and Clinical Surgery 2011;4(4):641–6. (In Russ.)].
4. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии. Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. М.: Литтерра, 2014. С. 229–67. [Shelygin Yu.A. Coloproctology reference book. By eds.: Yu.A. Shelygin, L.A. Blagodarnyy. Moscow: Litterra, 2014. Pp. 229–67. (In Russ.)].
5. Kam M.H., Tang C.L., Chan E. et al. Systematic review of intraoperative colonic irrigation vs manual decompression in obstructed left-sided colorectal emergencies. Int J Colorectal Dis 2009;24(9):1031–7.
6. Шаева С.Н. Колоректальный рак, осложненный перфорацией. Особенности хирургической тактики. Онкологическая колопроктология 2015;5(4):38–41. [Shchaeva S.N. Colorectal cancer complicated by perforation. Specific features of surgical tactics. Onkologicheskaya koloproktologiya = Colorectal Oncology 2015;5(4):38–41. (In Russ.)].
7. Alvarez-Pérez J.A., Baldonado-Cernuda R.F. Garcia-Bear I. et al. Risk factors in patients older than 70 years with complicated colorectal carcinoma. Cir Esp 2006;79(1):36–41.
8. 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;29(11):1458–64.
9. Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma. Zentralbl Chir 2007;132(1):16–25.
10. Rudra K.M., Charles A.M. Surgical management of obstructed and perforated colorectal cancer: still debating and unresolved issues. Colorectal Cancer 2013;2(6):573–84.
11. Tsai H.L., Hsieh J.S., Yu F.J. et al. Perforated colonic cancer presenting as intra-abdominal abscess. Int J Colorectal Dis 2007;22(1):15–9.
12. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина 2011;22(3):93–124. [Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistics of malignant neoplasms in Russian and CIS countries in 2009. Vestnik RONC im. N.N. Blokhina = Herald of N.N. Blokhin RCRC 2011;22(3):93–124. (In Russ.)].
13. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: Наука, 2008. С. 351–78. [Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2006. By eds.: V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: Nauka, 2008. Pp. 351–78. (In Russ.)].