

Сочетание осложненных форм рака толстой кишки: клиника, диагностика, хирургическая тактика

Ю.Л.ШЕВЧЕНКО, Ю.М.СТОЙКО, А.Л.ЛЕВЧУК, И.В.СТЕПАНЮК, Д.Ю.ФЕДОТОВ

Combination of complicated forms of colorectal cancer: clinical picture, diagnostics, surgical tactics

Yu.L.SHEVCHENKO, Yu.M.STOYKO, A.L.LEVCHUK, I.V.STEPANYC, D.Yu.FEDOTOV

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова

Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных технологий в колопроктологии, частота осложненных форм колоректального рака по-прежнему остается весьма значительной и составляет 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет. В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 226 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака при их сочетании. Настоящее исследование показало, что применение современных методов обследования позволяет в 91,4% случаев диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, но и связанные с ним осложнения. Непосредственные результаты хирургического лечения находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения операции, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак толстой кишки, толстокишечная непроходимость, кишечное кровотечение, перфорация стенки толстой кишки, гемиколэктомия, операция Гартмана, компьютерная томография, фиброколоноскопия

In spite of extension of modern diagnostic and treatment technologies, rate of complicated forms of colorectal cancer is still too high and make 32,7% of all cases of cancer diseases in last 10 years. In this report we overview results of diagnostics and treatment of 226 cases of complicated forms of colorectal cancer in its combinations. Our trial has presented that modern diagnostics approaches can in 91,4% reveal not only localization and proliferation of disease, but also its complications. Results of surgical treatment depend on well-timed diagnostic of disease and its complications, relevant surgical tactics, methods and approaches, and also on full-fledged prophylactics and treatment of post-operative complications.

Key words: colorectal cancer, colonic obstruction, intestinal bleeding, colonic perforation, hemicolectomy, Hartmann's procedure, computed tomography, colonoscopy.

Осложненные формы колоректального рака представляют одну из актуальнейших проблем в онкологии. Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных технологий в колопроктологии, их частота по-прежнему остается весьма значительной и составляет 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет [2, 5, 10, 13]. Это неблагоприятно сказывается, в первую очередь, на непосредственных результатах лечения, т. к. частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3% [3, 11, 12]. Причиной этому, как указывалось на IV Всероссийском съезде колопроктологов (2009), является отсутствие программ раннего выявления злокачественных заболеваний толстой кишки и лечебно-диагностического алгоритма, необходимого для применения в различных стационарах при осложненных формах колоректального рака [1, 7, 9]. Общепринятых стандартов в отдельных вопросах относительно тактики и объема оперативных вмешательств при осложненных формах рака толстой кишки [4, 6, 8, 11].

Материалы и методы

В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 226 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака при их сочетании, в период с 2002 по 2011 годы в клиниках «НМХЦ им Н.И. Пирогова». Мужчин было 120 (53,1%), женщин - 106 (46,9%) в возрасте от 30 до 89 лет. Анализ возрастного состава больных показал, что 139 (61,5%) пациентов были пожилого и старческого возраста, опухолевый процесс у которых был отягощен сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и мочевыделительной системы, а также нарушениями обменных процессов. 87 (38,5%) пациентов были молодого и среднего возраста. Наличие опухолевых маркеров (СА-19-9, РЭА) в крови в 77% случаев оказалось высоким, несмотря на отсутствие генерализации ракового процесса. Причиной этому, по мнению отдельных авторов, являются не стадия опухоли ободочной кишки, а сопутствующие осложнения злокачественных заболеваний [4, 12, 13]. Диагностика распространенности рака ободочной кишки, выявление

Таблица 1

Распределение пациентов с осложненными формами рака толстой кишки

Характер осложнений	Количество больных, абс. (%)	Осложнения, абс. (%)	Летальность, абс. (%)
Толстокишечная непроходимость	97 (42,9)	13 (13,4)	4 (4,1)
Параканкротное воспаление с абсцедированием	51 (22,6)	6 (12,5)	
Перфорация опухоли	43 (19,0)	21 (48,8)	8 (18,6)
Кишечное кровотечение	35 (15,5)	2 (5,7)	
Всего	226 (100)	42 (18,6)	12 (5,3)

осложнений опухолевого процесса, а также сопутствующих заболеваний основывались на комплексе клинико-инструментальных обследований, который включал лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, морфологические методы диагностики с применением трансректальной и трансвагинальной ультрасонографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Наиболее информативными в диагностике кишечной непроходимости оказались рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Патогномичным рентгенологическим признаком явилось наличие горизонтальных уровней жидкости и скопление газа в кишечнике в виде «чаш Клойбера». Они наблюдались у 97% больных как в ободочной, так и в тонкой кишке. Проведение и интерпретация ультразвуковой диагностики при вздутии живота и переполнении кишечника были затруднительны, что позволило лишь в 27% случаев подтвердить диагноз непроходимости кишечника и определить локализацию опухолевого процесса. Наиболее информативным методом явилась компьютерная томография с болюсным контрастированием, которая в 85% случаев позволила диагностировать уровень обтурации толстой кишки, месторасположение опухоли, ее размеры, степень генерализации неоплазмы в брюшной полости. В диагностике формирования внутрибрюшного абсцесса, вследствие перфорации опухоли или параканкротного воспаления, у 19 (19,6%) пациентов наиболее ценной явилась магнитно-резонансная томография. Экстренное эндоскопическое исследование, выполненное 83 (85,6%) больным, позволило установить факт наличия опухоли и ее локализацию лишь в 50% случаев из-за невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию. В зависимости от осложнений заболевания, условно было выделено четыре группы пациентов с опухолями толстой кишки, в клинической картине которых преобладали в основном симптомы: толстокишечной непроходимости – 97 (42,9%), воспалительные параканкротные осложнения с элементами абсцедирования – 51 (22,6%), перфорация опухоли с развитием перитонита различной распространенности – 43 (19%), профузное кишечное кровотечение – 35 (15,5%) /табл. 1/.

Большая часть выявленных осложнений отмечена у пациентов с раком сигмовидной и слепой ки-

шок – 64,7%. Осложненные опухоли в 38% случаев (n=86) локализовались в правой половине ободочной кишки, в 57,1% (n=129) – в левой, в поперечной ободочной кишке наличие осложненных опухолей отмечено у 4,9% (n=11) больных. При распределении больных в зависимости от онкологической стадии заболевания и клинической картины возникшего осложнения использовали классификацию НИИ проктологии (2004) [2,10]. У большинства оперированных пациентов – 143 (63%) выявлена III стадия, у 56 (25%) – IV стадия рака ободочной кишки, у 27 (12%) – II стадия.

Во всех группах больных по данным гистологического исследования основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации – 78,8%, гораздо реже встречались перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (9,1 и 12,1%, соответственно). Было отмечено некоторое преобладание низкодифференцированных форм рака у больных с отдаленными метастазами. В 44% наблюдений во время оперативного вмешательства было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Отдаленные метастазы выявлены у 27% обследованных с наиболее частой локализацией в печени (61,4%), легких (12,6%), а также в виде имплантационных метастазов в других отделах ободочной кишки и органах брюшной полости (2,9%), карцероматоз брюшины выявлен в 17,1% наблюдений.

Результаты и их обсуждение

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (n=97 (42,9%)) являлась самым частым осложнением рака ободочной кишки. Причем в 72,4% это осложнение развивалось у больных старше 60 лет. Преобладающее число пациентов с данным осложнением составили больные с опухолями сигмовидной кишки (n=51 (52,6%)). В 17,5% наблюдений (n=17) онкологический процесс локализовался в селезеночном изгибе и нисходящем отделе ободочной кишки. В эту группу вошли больные с декомпенсированным нарушением проходимости ободочной кишки. Клинически у всех пациентов были отмечены анемия, интоксикация, гипопропротеинемия и нарушение водно-электролитного баланса. Проявления токсико-анемичного синдрома наблюдали в 56% случаев преимущественно у пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки. Неблагоприятным явился и тот

факт, что у 19 (19,6%) больных обтурационная непроходимость сочеталась с опухолевым перифокальным воспалением, у 10 (10,3%) – имели место деструкция опухоли с перфорацией кишки в свободную брюшную полость и развитием разлитого перитонита, у 3 (3,1%) – с пенетрацией опухоли в брыжейку тонкой кишки и развитием абсцесса.

Предоперационная подготовка больных была традиционной и заключалась в проведении лечебных мероприятий, направленных на коррекцию водного и белково-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния и купирования интоксикации. Объем оперативных вмешательств при обтурационной непроходимости ободочной кишки зависел от локализации и распространенности опухолевого процесса, тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний. Из 97 оперированных пациентов в 23,7% (n=23) случаев с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки выполнили правостороннюю гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. Шести (6,2%) пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе были выполнены паллиативные операции – наложение илеотрансверзоанастомоза с назоинтестинальной декомпрессией зондом Миллера-Эббота. При IV стадии онкологического процесса (7 больных) с наличием отдаленных метастазов, но при технически возможной резектабельности опухоли, считали правомочным выполнение паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза.

При раке левой половины толстой кишки и поперечно-ободочной кишки, осложненном непроходимостью, у 61 (63%) пациента выполнены резекции сегмента кишки со стенозирующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки и выведением проксимального конца в виде одностольной колостомы по типу операции Гартмана. Семи (1,2%) пациентам с неоперабельной опухолью были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 13 (13,4%) больных и были представлены: острой сердечной недостаточностью (n=4), гнойно-септическими осложнениями (n=6), тромбозом легочной артерии (n=1), пневмонией (n=2), при этом несостоятельности швов илеотрансверзоанастомоза не наблюдали. Умерли после операции 4 (4,1%) пациента, из них 2 от прогрессирующей раковой интоксикации, 1 от ТЭЛА и 1 от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего перитонита.

Параканкрзные воспалительные процессы, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,6% (n=51). Ведущее этиопатогенетическое значение при этом имела степень распространения опухолевого процесса (III - IV стадии заболевания) и наличие вирулентной микрофлоры толстой кишки. У большинства

пациентов (n=39 (76,5%)) опухоль с перифокальным воспалением локализовалась в правой половине ободочной кишки, что клинически проявлялось токсико-анемичным синдромом. У 12 (23,5%) пациентов воспалительный процесс сопровождал опухоли селезеночного изгиба ободочной и сигмовидной кишки.

Клинические проявления в этой группе зависели от степени выраженности и характера воспалительной реакции тканей вокруг опухоли. В 87% случаев эти больные поступали по неотложным показаниям с симптоматикой острых хирургических заболеваний органов брюшной полости или забрюшинного пространства. Трое пациентов (5,9%) доставлены в стационар с распространением воспалительного процесса на брюшную стенку с формированием флегмоны и калового свища. Почти у половины больных (48,7%) отмечались признаки частичной кишечной непроходимости, которая сопутствовала воспалительному процессу. Ультразвуковая диагностика и компьютерная томография органов брюшной полости в 97% случаев позволили верифицировать диагноз. В сомнительных случаях при наличии положительных симптомов раздражения брюшины, а также на основании дифференциальной диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости, у 19 (37,2%) пациентов была выполнена диагностическая лапароскопия, которая позволила определить характер воспалительного процесса и его распространенность. Однако в 33% случаях лапароскопия не позволила выявить опухоль ободочной кишки, с забрюшинным распространением. У 37 больных (72,5%) этой группы при отсутствии симптомов перитонита и прогрессирования воспалительного процесса, предпринята выжидательная тактика, позволившая выполнить операцию в плановом порядке после купирования воспалительного процесса путем проведения курса комплексной терапии. Однако у 10 (19,6%) из 51 больного с клиникой перитонита и кишечной непроходимости были выполнены экстренные оперативные вмешательства. Четырём (7,8%) пациентам предварительно производилось дренирование параканкрзных абсцессов под УЗИ-наведением с последующим выполнением операции в плановом порядке.

При локализации опухоли в правых отделах, печеночном изгибе, правой трети поперечной ободочной кишки с распространением воспалительной инфильтрации на брыжейку у 39 (76,5%) пациентов произведена расширенная правосторонняя гемиколэктомия. При левосторонней локализации (n=12 (23,5%)) выполняли операцию типа Гартмана, так как наличие параканкрзных абсцессов в зоне оперативного вмешательства не позволяло сформировать надежный толстокишечный анастомоз. У 5 (9,8%) пациентов пришлось выполнить расширенные операции с резекцией вовлеченной в опухолевый процесс петли тонкой кишки. После купирования воспалительного процесса у 17 (33,3%) больных в плановом порядке выполнены традиционные оперативные вмешательства в объеме

левосторонней гемиколэктомии (n=7) с наложением первичного анастомоза.

После операционные осложнения (нагноение ран, парез кишечника, пневмония) отмечены в 62,5% случаев, в группе пациентов, оперированных в ургентном порядке. Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса, метастазы в регионарных лимфатических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов. Чаще увеличение регионарных лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции.

Тяжелым осложнением при раке ободочной кишки является перфорация кишечной стенки. Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у 43 (19%) больных. Значительно чаще это осложнение развивалось при поражении левых отделов ободочной кишки (n=39 (90,7%)), с перфорацией опухоли вследствие ее распада (n=31 (72,1%)). У 4 больных опухоль с перфорацией локализовалась в правых отделах ободочной кишки. Перфорация вне зоны опухоли от пролежня каловым камнем или перерастяжения кишечной стенки при obturационной непроходимости выявлена у 8 (18,6%) больных. Обнаруженные осложнения позволяют предполагать, что ведущим этиологическим фактором при диастатической перфорации кишки являются сосудистые расстройства стенки кишки, тогда как основной причиной перфорации самой опухоли явились в основном деструктивные изменения в этой зоне. Чаще (77,8%) мы наблюдали перфорации при эндофитном росте опухоли. Во всех случаях перфорации обнаружены при III и IV стадиях заболевания, преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста. Клиническая картина при этом виде осложнения характеризуется развитием тяжелых форм перитонита. Особенно тяжело протекает перитонит при диастатических разрывах стенки толстой кишки, обуславливая крайне неблагоприятный прогноз. Так, из 8 (18,6%) пациентов, поступивших с клиникой разлитого перитонита вследствие диаста-

тической перфорации стенки толстой кишки, четверо больных, несмотря на выполненные оперативные вмешательства, погибли на фоне прогрессирования абдоминального сепсиса. У 2 летальный исход наступил от инфаркта миокарда, у 2 - от дыхательной недостаточности на фоне пневмонии. У больных с «прикрытой» перфорацией (n=14 (32,6%)) боли носили локальный характер или ограничивались правой или левой половиной живота. При перфорации в свободную брюшную полость (n=29 (67,4%)) боли локализовались по всему животу, носили интенсивный характер. Таким образом, ведущими симптомами данного осложнения являются сочетание болевого синдрома с признаками распространенного или ограниченного перитонита. Среди специальных диагностических методов исследования, позволяющих установить правильный диагноз перфорации опухоли, выполнялась обзорная рентгенография и КТ органов брюшной полости, которые позволили выявить наличие свободного газа в брюшной полости в 63% случаев, а диагностическая лапароскопия в сомнительных случаях с высокой степенью достоверности подтверждала наличие перитонита и определяла степень его распространенности. Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке. При перфорации самой опухоли, располагающейся в левой половине ободочной кишки, 37 пациентам (86%) выполнили обструктивные резекции типа операции Гартмана. «Прикрытые» перфорации опухоли и ограниченный характер перитонита при правосторонней локализации позволили у двух (4,7%) пациентов выполнить правостороннюю гемиколэктомия. Троем (7%) больным с распространенным раковым процессом (IV стадия) произведены паллиативные операции (наложение трансверзостомы с выведением участка диастатической перфорации стенки кишки). При запущенном распространенном каловом перитоните, вследствие перфорации опухоли слепой кишки и печёночного изгиба, двум (4,7%) больным выполнена санационная правосторонняя гемиколэктомия с выведением обоих резецированных концов кишки на переднюю брюшную стенку в виде транс-

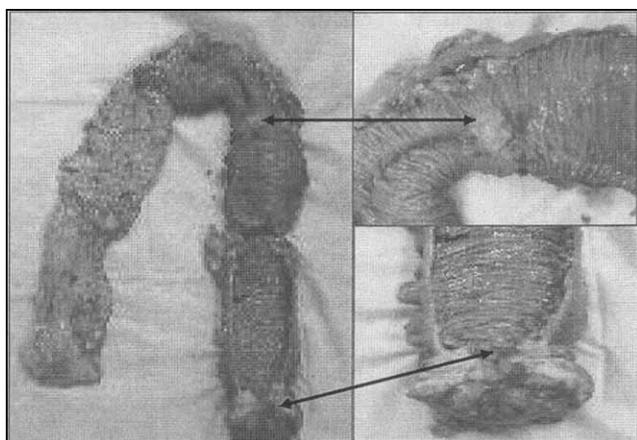


Рис. 1. Первично-множественный синхронный рак нисходящей ободочной и сигмовидной кишок T₃N₁M₁.

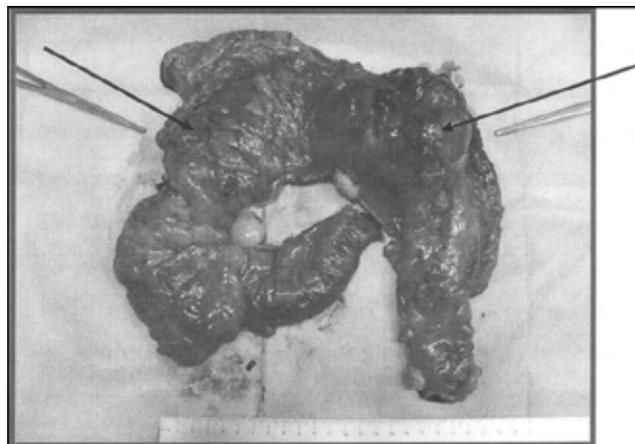


Рис. 2. Первично-множественный синхронный рак восходящей и поперечной ободочной кишок T₃N₁M₁.

верзо- и илеостомы. Всем оперированным больным в обязательном порядке выполнялась назоинтестинальная интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота. В случаях запущенного распространенного калового перитонита операция завершалась временным закрытием лапаротомной раны на «вентрофилах» с последующим осуществлением программных санлирующих релапаротомий. Все эти больные требовали интенсивного дезинтоксикационного и антибактериального лечения в условиях реанимации с подключением методов экстракорпоральной детоксикации. Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений ($n=21$ (48,8%)), в основном гнойно-септического характера и летальных исходов ($n=8$ (18,6%)) на фоне прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности.

Кишечные кровотечения являются нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 35 (15,5%) больных с профузными ($n=13$ (37,1%)) и рецидивирующими ($n=22$ (62,9%)) кровотечениями из опухолей толстой кишки. Локализация опухолей, явившихся источником профузного кровотечения, по нашим данным отмечена в левой половине ободочной кишки (92%), тогда как рецидивирующие кровотечения чаще локализовались в правой половине толстой кишки (соответственно - 8%).

Стадия опухолевого процесса, форма роста опухоли (эндофитная и экзофитная), гистологическая её структура существенно не влияли на частоту и выраженность этого осложнения. Как правило, возникновение обильных кровотечений связано с аррозией сосудов при распаде опухолевой ткани.

Клиническая картина кишечного кровотечения проявляется значительной слабостью пациентов, анемией и кровянистыми выделениями или кратковременными периодическими кровотечениями из прямой кишки. Длительность существования этих признаков у 20 пациентов (57,1%) превышала несколько месяцев. Эти больные длительно лечились и обследовались по поводу анемии, которая, в определенной степени, была связана не только с кровотечением, но и с раковой интоксикацией. Половина пациентов этой группы ($n=18$ (51%)) поступила в стационар с анемией тяжелой степени и требовала заместительных гемотрансфузий. В диагностический алгоритм данной группы пациентов были включены: эндоскопия, ультразвуковая диагностика и компьютерная томография органов брюшной полости, которые в 72% случаев помогли поставить правильный диагноз. Проведение экстренной диагностической фиброколоноскопии у 14 (40%) больных было затруднительным, вследствие невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию из-за наличия сгустков крови и поступления её из проксимальных отделов кишки, затрудняющих визуализацию и идентификацию источника кровотечения. Гемостатическая терапия (препарат «капрофер») оказалась эффективной у большинства этих больных

($n=29$ (82,9%)), что позволило подготовить их к последующим плановым радикальным операциям. В связи с отсутствием эффекта от гемостатической терапии и невозможностью выполнения эндоскопического гемостаза 6 пациентов с профузным кишечным кровотечением опухолевого генеза были оперированы по жизненным показаниям в ургентном порядке (правосторонняя гемиколэктомия выполнена 2 пациентам, резекция сигмовидной кишки - 4). Крайне тяжелое состояние двух пациентов старческого возраста с анемией тяжелой степени позволило выполнить только паллиативные резекции сигмовидной кишки с кровоточащей опухолью по типу операции Гартмана. Послеоперационные осложнения имели место у двух пациентов (инфаркт миокарда - 1, пневмония - 1), без летальных исходов.

Наиболее тяжелую группу пациентов ($n=27$) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. У 15 из них отмечено сочетание острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, у 12 больных острая кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли (8 пациентов), в 4 случаях с образованием «диастиатических» дилатационных перфораций стенки кишки. Несмотря на выполнение экстренных оперативных вмешательств, результаты лечения в этой группе пациентов оказались наименее эффективными: осложнения составили 52,4%, летальность - 25,1 % на фоне полиорганной недостаточности и прогрессирования перитонита.

Вторую наиболее тяжелую группу больных ($n=31$) составили пациенты, которым потребовалось выполнение расширенных резекций толстой кишки из-за распространения и врастания опухоли в тонкую кишку или наличия синхронных опухолей (рис. 1, 2). В этой группе больных послеоперационные осложнения составили 49,7 %, причем в основном за счет тяжелой сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), а летальность составила 9% (у 2 больных - инфаркт миокарда, у 1 пациента - ТЭЛА). Больным этой группы были выполнены: субтотальная гемиколэктомия - 4, правосторонняя гемиколэктомия в сочетании с резекцией сигмовидной кишки по типу операции Гартмана - 11, субтотальная гемиколэктомия с асцендостомой - 6, резекция сигмовидной кишки с резекцией участка тонкой кишки - 10.

При наличии отдаленных метастазов радикальность операции становится сомнительной, даже при удалении видимых очагов поражения. Однако, паллиативные (циторедуктивные) оперативные вмешательства следует выполнять, чтобы избежать развития осложнений при нерезектабельной опухоли. Из-за запущенности онкологического заболевания в ряде случаев хирургическое вмешательство носит симптоматический характер с формированием разгрузочной колостомы. И если общие принципы хирургического

лечения рака толстой кишки включают: радикальность, абластичность, асептичность и создание беспрепятственного отхождения кишечного содержимого, то при срочных или экстренных операциях по поводу осложнений опухолевого процесса предпочтение следует отдавать многоэтапному лечению. На первом этапе необходимо устранить возникшие осложнения, по возможности с удалением опухоли, а на втором - восстановить естественный кишечный пассаж.

Заключение

Таким образом, применение современных методов обследования, включающих УЗИ, КТ, МРТ, эндо-

скопию и эндовидеохирургию, позволяет у большинства больных (91,4%) с осложненными формами рака толстой кишки диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, но и связанные с ним осложнения. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованности хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь. 1980; 18-27.
2. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Жученко А.П., Кузьминов А.М., Шамсиев Г.Х., Корняк Б.С. Диагностика перифокального воспаления при раке ободочной кишки. Вопросы онкологии. 1991; 37: 9- 10: 973-977.
3. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. Хирургия. 2004; 2: 4-7.
4. Жученко А.П. Комбинированное лечение распространенных форм рака ободочной кишки. Автореф. дис... докт. мед. наук. М. 2007; 47.
5. Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М. 2002; 329-394.
6. Резолюция Всероссийской конференции «Современные возможности хирургического, комбинированного и комплексного лечения колоректального рака». Хирургия. 2004; 6: 56-57.
7. Резолюция IV Всероссийского съезда колопроктологов. Клинические технологии. 2009; 8-9.
8. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Абдулаев М.А. Осложненный рак ободочной кишки: диагностика, лечение, реабилитация. СПб. 1997; 154.
9. Berger A., Tiset E., Cunnigham C. et al. Rectal excision and colonic pouch-anal- anastomosis for rectal cancer. Dis. Colon Rectum. 1999; 42: 10: 1265-1271.
10. Borner M. Phase II study of capecitabine + oxaliplatin in first line and second line treatment of advanced or metastatic colorectal cancer. Proc. ASCO. 2001; 20: 67.
11. Kopponen K., Eskelinem M., Kosma V. et al. Comparison of classic and quantitative prognostic factors in colorectal cancer. Anticancer Res. 1996; 16: 66: 3875-3882.

Поступила 01.07.2011 г.

Информация об авторах

1. Шевченко Юрий Леонидович – д.м.н., академик РАМН, проф., президент Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова; e-mail: DmitryFedotov1@gmail.com
2. Стойко Юрий Михайлович – д.м.н., академик РАЕН, проф., главный хирург Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова; e-mail: DmitryFedotov1@gmail.com
3. Левчук Александр Львович – д.м.н., проф., заведующий 2 хирургическим отделением Национального медико-хирургического центра имени Н.И.Пирогова; e-mail: DmitryFedotov1@gmail.com
4. Степанюк Илья Викторович – к.м.н., врач-хирург Национального медико-хирургического центра имени Н.И.Пирогова; e-mail: DmitryFedotov1@gmail.com
5. Федотов Дмитрий Юрьевич – клинический ординатор Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра имени Н.И.Пирогова; e-mail: DmitryFedotov1@gmail.com