

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ПАРХАЧ М.И., СТАНОВЕНКО В.В., МАТВЕЕНКО М.Е.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет»;*

*кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра
патологической анатомии*

Резюме. Была изучена группа больных возраста 60 лет и старше, у которых при оказании неотложной хирургической помощи был выявлен рак ободочной кишки. Больные характеризовались по полу, стадии заболевания, локализации рака ободочной кишки. Определялись типы и количество оперативных вмешательств. По данным исследования женщин в 1,3 раза больше, чем мужчин. Среди гистологических форм рака ободочной кишки преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы по сравнению с низко- и высокодифференцированными (82,5% изученных случаев). Около 45% больных поступили в I и II стадиях заболевания, что улучшает прогноз операбельности.

По локализации заметно превалирует рак сигмовидной кишки – (45%), далее следуют опухоли слепой (14,2%) и восходящей ободочной - (13,3%) кишок. Оперативное лечение в экстренном порядке, несмотря на проведении консервативной терапии, получили 49,2% от всех обследованных. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе (опухоль была удалена у 78% прооперированных больных).

Ключевые слова: рак ободочной кишки, пациенты старше 60 лет, локализация, экстренная хирургия, виды операций.

Abstract. A group of patients over 60 years old, who were urgently diagnosed as having colon cancer, was studied. Patients were according sex, age, and location of tumor inspected. Type and quantity of operations were investigated. Our study shows, that male patients quantity is 1.3 times more, than femail ones. Middle histological differentiation carcinomas were found by 82.5% of all cases. Near 45% of patients had I or II stage of disease, that improves prognosis of operability. Both colon cancer and it's complications had the same rate in old patients. Sigmoid colon cancer is most frequently spread (45% of studied patients), the second and the third places are taken by ascending colon (13.3%) and caecum (14.2%). Urgent operative treatment had place by 49.2% of investigated patients. The age after 60 years old was not a factor, which decreases operability of tumor. The mass was removed by 78% of operated patients.

Key words: colon cancer, location of tumor, urgent surgery, types of operations.

210035, г. Витебск, пр-кт Победы 5/2, 94,
тел. 26-19-69, 24-05-32, моб.
+375297109233. - Пархач М.И.,

Рак ободочной кишки – одно из наиболее распространенных злокачественных заболеваний в Республике Беларусь. По статистическим данным заболеваемость им постоянно увеличивается [1],[2]. Согласно сведениям Белорусского канцеррегистра (Злокачественные новообразования в Беларуси, Минск 2005) заболеваемость злокачественными новообразованиями ободочной кишки в РБ составила 12,5 на 100 000 жителей в 1993 году и 20,0 в 2004 году [1], [2].

Максимальные показатели заболеваемости опухолями ободочной кишки отмечаются в возрастной группе 70-79 лет. Причем частота заболеваемости в общей популяции начинает возрастать у пациентов после 40 лет.

Целостная система организации диагностики и лечения рака ободочной кишки выглядит следующим образом. Первичное выявление заболевания и постановка предварительного диагноза проводятся в общей лечебной сети. Непосредственно хирургическое и комбинированное лечение выполняются в специализированных онкологических лечебных учреждениях. Тем не менее часть больных даже при таком, довольно четком, порядке оказания онкологической помощи госпитализируется для диагностики и лечения не в специализированные онкологические стационары, а в те медицинские учреждения, которые оказывают населению неотложную помощь. И часть больных из этой группы будет прооперирована там же. Это часто касается самым непосредственным образом пациентов с опухолями ободочной кишки в связи с быстрым развитием осложнений (острая кишечная непроходимость, перифокальное воспаление, перфорация в зоне опухоли) и симптомов (боль в животе, тошнота, рвота, неотхождение кала и газов), требующих госпитализации в экстренном порядке в общехирургический стационар, точной и быстрой дифференциальной диагностики с другими, неонкологическими заболеваниями органов брюшной полости с использованием максимально возможного объема диагностических и лечебных мероприятий в течение короткого промежутка времени [3-7].

В первые часы после поступления в стационар поставить точный диагноз определить характер и тяжесть развившихся осложнений не всегда представляется возможным. Дифференциальная диагностика проводится практически со всеми «общехирургическими» заболеваниями органов брюшной полости (острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза, воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит и т.д.), перфорации полых органов, кровотечения, болевой абдоминальный, диспептический синдром, обусловленные опухолями и неопухолевыми заболеваниями и т.д.) [8]. И оперативное лечение осложненного

рака ободочной кишки в ряде случаев проводится по жизненным показаниям [8], [9].

Такого рода пациенты поступают в любое время суток, часто в вечернее и ночное время; нет возможности однозначной гистологической верификации диагноза до операции; диагноз онкозаболевания в ряде случаев может быть выставлен только интраоперационно при вмешательствах по поводу других заболеваний; часть больных может быть нетранспортабельна. Вышеуказанные причины делают невозможным перевод перечисленных групп больных в специализированное онкологическое лечебное учреждение для оперативного или комбинированного лечения. Таким образом, всегда будет иметь место группа больных с онкологическими заболеваниями брюшной полости, диагностика и оперативное лечение которых будет проводиться в лечебных учреждениях, специализирующихся на оказании экстренной хирургической помощи.

Оперативные вмешательства, производимые пациентам при раке ободочной кишки по неотложным показаниям, помимо спасения жизни, преследуют цель как можно более радикального излечения от самой опухоли, послужившей причиной развития осложнений и госпитализации [7], [9-12].

Неотъемлемой частью вопроса улучшения качества врачебной помощи больным указанной группы является анализ их структуры, изучение результатов лечения в условиях экстренной хирургии.

Целью данного исследования было изучение спектра больных возрастной группы 60 лет и старше, учитывая наибольшую встречаемость заболевания в этом возрасте у пациентов, у которых при госпитализации и обследовании в Витебской городской клинической больнице скорой медицинской помощи (БСМП) был выявлен рак ободочной кишки.

Методы

Для диагностики, определения стадии рака ободочной кишки, его осложнений применялись: общеклинические методы, эндоскопическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, ободочной кишки с взятием биопсии, рентгенологическое обследование органов грудной клетки, брюшной полости (включая контрастные исследования). Нами был проведен анализ рандомизированной выборки пациентов, у которых при обращении в условиях БСМП был выявлен рак ободочной кишки.

Больные характеризовались по полу, стадии, локализации рака ободочной кишки. Определялись типы и количество оперативных вмешательств.

Результаты

Было изучено 120 случаев рака ободочной кишки, выявленного у пациентов 60 лет и старше в БСМП в период с 2001 по 2006 годы, у пациентов 60 лет и старше в возрастном интервале от 60 лет до 101 года. Из них мужчин было 51 (42,5%) больной, женщин - 69 (57,5%).

Средний возраст больных не оценивался в связи с однородностью группы обследуемых.

Распределение по стадиям приведено в таблице 1 и изображено на диаграмме 1.

Таблица 1

Распределение больных по стадиям

Стадия	I	II	III	IV
Кол-во больных	4 (3,3%)	49 (40,8%)	39 (32,5%)	28 (23,3%)

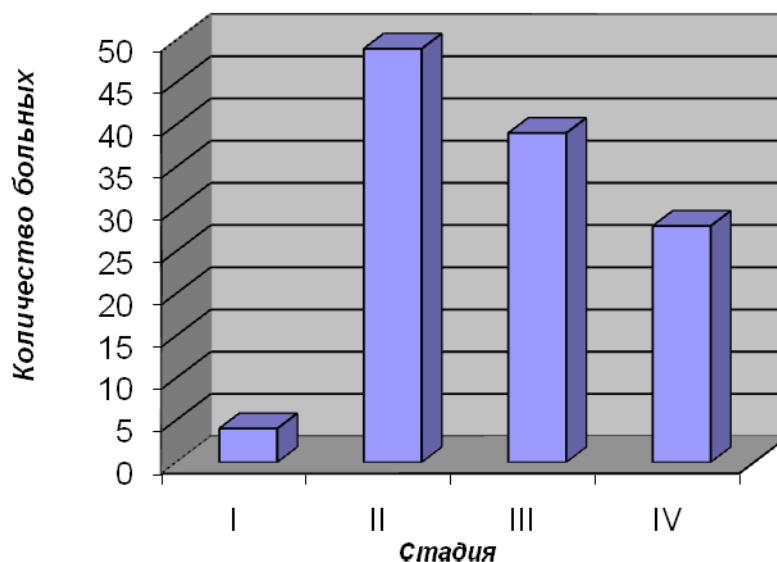


Диаграмма 1. Распределение больных по стадиям

Гистологическая структура и степень дифференцировки выглядят следующим образом: аденокарцинома высокой степени дифференцировки была у 9 (7,5%) пациентов, низкая – у 12 (10,0%) и умеренная – у 99 (82,5%) (Таблица 2).

Таблица 2

Гистологическая структура и степень дифференцировки

Гистологическая хар-ка опухоли	Степень дифференцировки			
	Высокая	Умеренная	Низкая	Всего
Аденокарцинома	9 (7,5%)	99 (82,5%)	12 (10,0%)	120

Распределение по локализациям носит следующий характер: наибольшая частота локализации выявлена в сигмовидной кишке (54 больных, 45,0%), а самая низкая – в нисходящей ободочной кишке (7 больных, 5,8%) (Таблица 3).

Таблица 3

Локализация опухолей

Локализация	Количество больных
Сигмовидная кишка	54 (45,0%)
Восходящая ободочная кишка	16 (13,3%)

Локализация	Количество больных
Слепая кишка	17 (14,2%)
Поперечно-ободочная кишка	8 (6,7%)
Селезеночный изгиб	10 (8,3%)
Печеночный изгиб	8 (6,7%)
Нисходящая ободочная кишка	7 (5,8%)
Всего:	120 – 100%

На диаграмме 2 приведено более наглядное процентное соотношение опухолей по локализации.

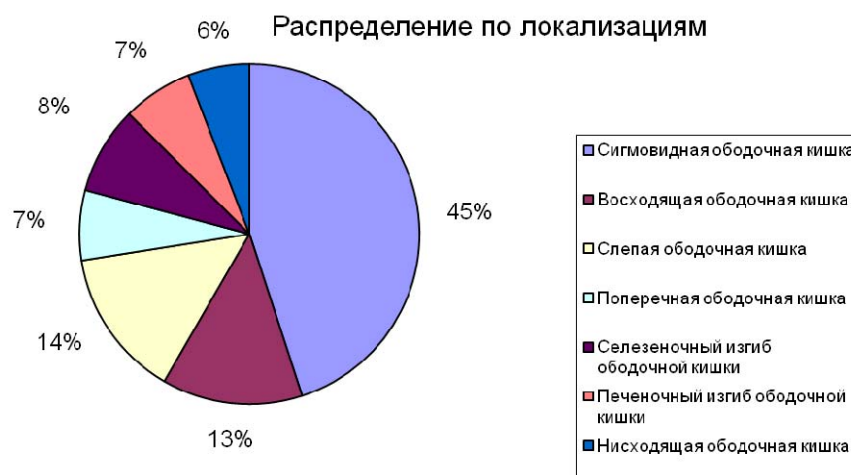


Диаграмма 2. Процентное соотношение опухолей по локализации.

Оперативное лечение было проведено 59 больным, что составляет 49,2% от всех больных. Вмешательства осуществлялись в экстренном и срочном порядке. Были выполнены следующие виды операций: правосторонняя гемиколэктомия -17 случаев, левосторонняя гемиколэктомия - 10, резекция поперечно-ободочной кишки -1, резекции сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана) - 18, выведение коло- и энтеростом на различных уровнях – 10, пробная лапаротомия – 3 случая (Таблица 3).

О количественном соотношении оперативных вмешательств красноречиво свидетельствует диаграмма 3. Наибольшее количество операций выполнено на сигмовидной кишке (18 больных, или 30,5%) (Таблица 4)..

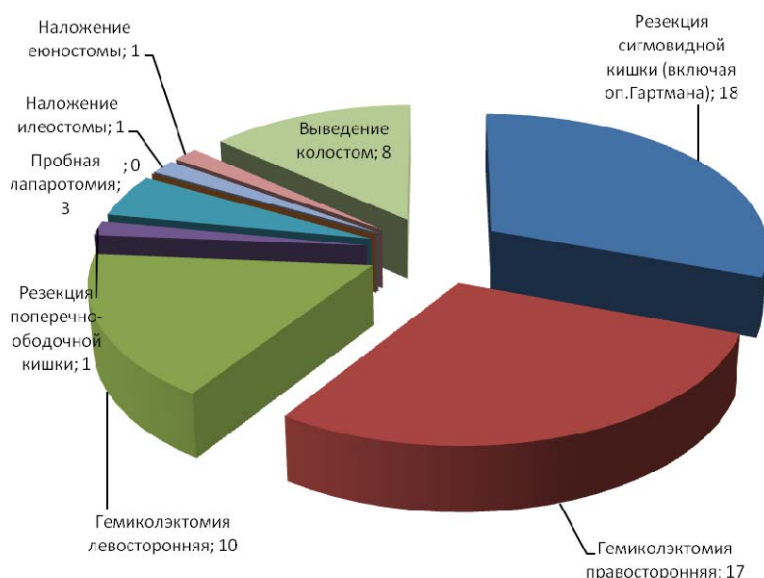


Диаграмма 3. Количественное соотношение оперативных вмешательств.

Таблица 4

Виды операций

Вид операции	Количество человек
Резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана)	18
Правосторонняя гемиколэктомия	17
Левосторонняя гемиколэктомия	10
Резекция поперечно-ободочной кишки	1
Наложение илеостомы	1
Наложение еюностомы	1
Выведение колостом	8
Пробная лапаротомия	3
Всего:	59

Обсуждение

Среди обследованных больных, 51 (42,5%) – мужчины, 69 (57,5%) – женщины, соотношение мужчины/женщины – 1:1,3. Что соответствует статистическим данным Белорусского канцеррегистра, в котором указано, что количество заболевших женщин, к примеру, за 2004 год составляло 55% от общего числа заболевших [1]. В исследуемой группе пациентов несмотря на строгие рамки отбора (только экстренные хирургические больные, возраст 60 лет и старше) соотношение мужчин и женщин являлось типичным и для общей популяции.

Заболевание в I и II стадиях выявлено у 53 больных (44,2%), в III и IV – у 67 больных (55,8%). Таким образом, практически половина больных поступила в I и II стадиях заболевания, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.

По гистологической структуре изученные опухоли представляют собой аденокарциномы, среди которых преобладают умеренно дифференцированные формы – 99 случаев (82,5%). Отсутствие в исследуемой рандомизированной группе стромальных опухолей, вероятно, связано с их небольшой встречаемостью (до 2-3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта).

По локализации заметно лидирует рак сигмовидной кишки – 54 пациента (45,0%), далее следуют опухоли слепой - 17 (14,2%) и восходящей ободочной - 16 (13,3%) кишок, вместе составляющие – 27,5%. Локализация опухоли в селезеночном, печеночном изгибах и в нисходящей и поперечно-ободочной кишках встречается примерно с одинаковой частотой соответственно - 8,3% - 6,7% - 5,8% - 6,7%. Учитывая довольно частую встречаемость опухолей этой локализации, имеет смысл с точки зрения онконастороженности уделять повышенное внимание дифференциальной диагностике заболеваний органов брюшной полости с опухолями в первую очередь сигмовидной, а также слепой и восходящей ободочной кишок.

Оперативное вмешательство было проведено 59 больным, что составляет 49,2% от всех обследованных. Относительно небольшой процент оперативной активности (так, по некоторым данным, резектабельность опухоли составляет 70-80%) связан прежде всего с возможностью успешного лечения тех осложнений рака ободочной кишки, которые привели к госпитализации больных в стационар [5],[9]. Это говорит о возможности проведения успешной консервативной терапии почти у половины больных. При возможности проведения оперативного лечения в отсроченном или плановом порядке больные направлялись в специализированное онкологическое учреждение (Витебский областной клинический онкологический диспансер). Учитывая, что в число оперативных вмешательств включены диагностические и паллиативные вмешательства (диагностическая лапаротомия и выведения коло- и энтеростом), можно говорить о том, что показания к оперативному лечению все-таки были выставлены почти половине больных. От общего количества операций пробные лапаротомии и выведения стом составляют 22%. Таким образом, удалить опухоль удалось в 78,0% случаев. Этот показатель, при сравнении с современными литературными данными, является довольно высоким [5].

Заключение

Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе. Эти данные свидетельствуют о том, что в условиях оказания экстренной помощи лицам старших возрастных групп, как и другим, более молодым пациентам, необходимо выделять два направления действий в отношении рака ободочной кишки. Первое состоит в диагностике этого заболевания, проведении консервативного лечения и дальнейшем направлении в специализированное онкологическое лечебное учреждение. Второе – в проведении пациентам, требующим экстренного хирургического лечения, оперативных вмешательств. При лечении пациентов данной возрастной группы есть возможность такого же

уровня оперативного лечения рака ободочной кишки, что и при лечении более молодых пациентов.

Т.о. можно сделать следующие выводы:

1. При раке ободочной кишки у больных 60 лет и старше, которые поступали для оказания экстренной помощи в БСМП, женщин было в 1.3 раза больше, чем мужчин.

2. Среди гистологических форм рака ободочной кишки преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы (82,5%).

3. С позиций онконастороженности необходимо уделять повышенное внимание дифференциальной диагностике в первую очередь опухолей сигмовидной, а также слепой и восходящей ободочной кишок с прочими заболеваниями брюшной полости.

4. Несмотря на экстренный порядок госпитализации, более 40% больных (42,7%) поступали в I и II стадиях онкозаболевания, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.

5. У 49,2% больных, были выставлены показания к оперативному вмешательству.

6. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе.

Литература

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.

2. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак в Республике Беларусь: заболеваемость, смертность, диагностика / В. Т. Кохнюк, И. В. Ануфреенок // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25-28 мая, 2004г.: в 2 ч. – Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. – Ч.2. – 418 с.

3. Абдурахманов, К. Ф. Особенности клинического течения рака правой половины ободочной кишки / К. Ф. Абдурахманов, Ш. К. Мухамедаминов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25-28 мая, 2004г.: в 2 ч. – Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. – Ч.1. – 424 с.

4. Результаты диагностики и хирургического лечения рака толстой кишки / А. Р. Алиев [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25-28 мая, 2004г.: в 2 ч. – Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. – Ч.1. – 424 с.

5. Тактика лечения осложненного рака толстой кишки / Г. В. Бондарь [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25-28 мая, 2004г.: в 2 ч. – Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. – Ч. 1. – 424 с.

6. Клиническое течение осложненных форм колоректального рака / Д. З. Зикиряходжаев [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск, 25-28 мая, 2004г.: в 2 ч. – Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. – Ч. 2. – 418 с.

7. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин [и др.]. – М.: ИД: Медпрактика. – М., 2004. – С. 292-402.

8. Яицкий, Н. А. Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией / Н. А. Яицкий, Т. А. Мошкова // Вестник хирургии. – 2001. – № 1. – С. 92-96.

9. Важенин, А. В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А. В. Важенин, Д. О. Маханьков, С. Ю. Сидельников // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 4. – С. 49-53.