

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.
Тел. (812) 579-69-28. E-mail: Andrei.Singaevskii@spbmapo.ru;

²ФБГУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова»,
Россия, 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

В работе представлены результаты диагностики и лечения 572 пациентов с осложненным раком ободочной кишки. Изучены особенности клинической картины при различных видах осложнений, результаты рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического обследования. Показано, что оптимальным алгоритмом диагностики в неотложной ситуации являются клиническое обследование и применение одного-двух инструментальных методов.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, осложнения, диагностика

A. B. SINGAEVSKIY¹, M. J. TSICORYDZE²

FEATURES OF DIAGNOSTICS OF COMPLICATED COLON CANCER IN MULTISECTORAL HOSPITAL

¹Chair of faculty of surgery named after I. I. Grekov, North-Western state medical university named after I. I. Mechnikov,
Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41.
Tel. (812) 579-69-28. E-mail: Andrei.Singaevskii@spbmapo.ru;

²Research institute of oncology named after N. N. Petrov,
Russia, 197758, St. Petersburg, Pesochnyi, Leningradskaia str., 68

The article presents results of diagnostics and treatment of 572 patients with complicated colon cancer. Features of clinical data, results of X-ray, ultrasound, endoscopic methods were studied in different types of complications. Optimal diagnostic algorithm for urgent situation is the use of physical examination and one or two methods of instrumental diagnostics.

Key words: colon cancer, complication, diagnostics.

Введение

Рак ободочной кишки (РОК) представляет собой актуальную проблему современного здравоохранения. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости в нашей стране. Так, с 1989 по 1997 г. рост заболеваемости в России составил 14,7% у мужчин и 18,0% у женщин [4]. Последующие исследования показали продолжение этой динамики: с 2003 по 2008 г. заболеваемость увеличилась на 11,6% у мужчин и на 13,4% у женщин [2]. Особенностью данной патологии является длительное бессимптомное развитие, вследствие чего доля больных, у которых рак ободочной кишки впервые диагностируется только при развитии осложнений, составляет от 60% до 89% [5, 6]. Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки является острая кишечная непроходимость (50–85%), реже встречаются разрывы кишки и перфорация опухоли (2–27%), кровотечения (4–18%), кроме того, к осложненному раку ободочной кишки относят перифокальное воспаление и абсцедирование, встречающиеся в 12–35% [1, 3, 7].

Больные с осложненным РОК поступают по скорой помощи в общехирургические стационары, в связи с чем вопросы диагностики и лечения данной патологии являются проблемой хирургов, а не онкологов. При этом как повседневная практика оказания помощи таким пациентам, так и изучение литературы по данной проблеме показывают, что процесс организации помощи в различных учреждениях, представления об оптимальном объеме и последовательности диагностиче-

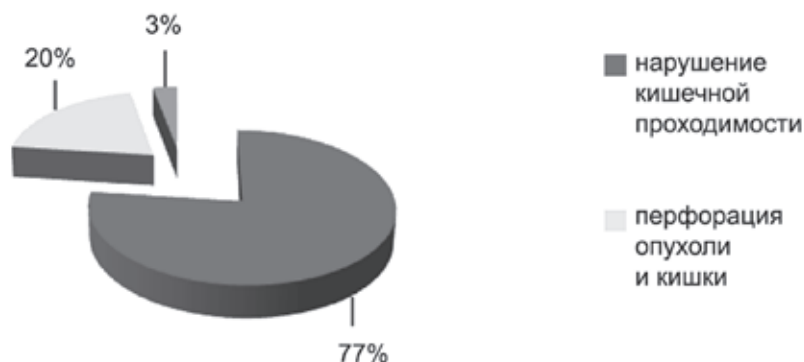
ских мероприятий существенно различаются. Целый ряд вопросов хирургической тактики требует дальнейшего развития.

В ходе настоящей работы исследована структура больных с осложненным РОК в многопрофильном стационаре, изучены особенности его клинической картины, дана оценка эффективности различных методов инструментального обследования.

Материалы и методы исследования

Данная работа основана на изучении результатов диагностики и лечения 572 больных с острыми осложнениями РОК. Все они поступали в хирургические отделения Александровской больницы г. Санкт-Петербурга с 1999 по 2007 г. в порядке оказания скорой медицинской помощи. Женщины составили 58,0% наблюдений. Все пациенты были пожилого и старческого возраста, средний возраст – 64,8±2,9 года. У подавляющего большинства (92,7%) были тяжёлые сопутствующие заболевания. Из общего числа больных у 29,9% диагностирована III стадия заболевания, у 28,1% – IV стадия. Структура осложнений РОК представлена в диаграмме.

Диагностический алгоритм включал в себя помимо традиционного клинического обследования использование рентгенологических методов (рентгенография и ирригоскопия), ультразвукового исследования, фиброколоноскопии, диагностической лапароскопии. Выбор применяемых методов определялся конкретной клинической ситуацией.



Структура осложнений рака ободочной кишки

Результаты исследования

Анализ полученных результатов позволил оценить значимость осложненного РОК в общей структуре поступающих по скорой помощи пациентов хирургического профиля. В целом за изученный период (1999–2007 гг.) в больницу поступили 14 760 больных с различными острыми хирургическими заболеваниями. Пациенты с осложненным раком ободочной кишки (572 человека) составили 3,9% от этого количества. Эта цифра в различные годы колебалась несущественно: от 2,8% до 4,7%.

В то же время при оценке значимости данной патологии для работы хирургического отделения следует принимать во внимание не только данный показатель. В целом летальность при неотложной хирургической патологии составила 9,0%, а при осложненном раке ободочной кишки – 33,2% ($p < 0,01$). При общей частоте развития послеоперационных осложнений у хирургических больных, составившей 1,0%, после операций по поводу осложненного РОК осложнения имели место в 5,8% случаев ($p < 0,01$). Средний койко-день в хирургическом отделении за указанный период составил $7,3 \pm 0,9$ суток, у больных с осложненным РОК этот показатель составил $14,8 \pm 2,1$ суток ($p < 0,05$).

Конкретная симптоматика при поступлении пациентов зависела от характера развившегося осложнения РОК. Клинические проявления при РОК, осложненном нарушением кишечной проходимости, находились в прямой зависимости от степени ее выраженности. В настоящем исследовании компенсированное нарушение кишечной проходимости диагностировано у 84 (19,2%) больных, субкомпенсированное – в 144 случаях (32,9%), декомпенсированное – почти у половины пациентов – 210 наблюдений (47,9%). При этом часто-

та развития декомпенсации зависела от локализации опухоли (табл. 1).

При раке левой половины ободочной кишки боль в животе отмечалась в 96,3% случаев, причем при декомпенсированной степени кишечной непроходимости боли носили приступообразный характер без четкой локализации. Кроме того, были характерны тошнота и рвота в 95,0%, задержка газов и стула в 95,0%, вздутие живота – в 89,9% наблюдений. Аналогичная картина с той же частотой указанных симптомов отмечалась при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке.

В меньшей степени эта симптоматика проявляется при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки. У 51,9% больных ведущими в клинической картине являлись общие неспецифические симптомы: слабость, потеря в весе, анемия. Также преимущественно при раке правой половины ободочной кишки опухоль оказалась доступна пальпации (у 14,1% пациентов).

Для перфорации РОК также оказалась характерна левосторонняя локализация – 69,8% случаев. Следует отметить, что перфорация самой опухоли имела место в 87 наблюдениях (75,0%), у 29 пациентов произошла перфорация кишки проксимальнее опухоли (25,0%). Последний вариант относительно чаще встречался при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки (табл. 2).

Клиническая картина при перфорации опухоли ободочной кишки характеризовалась выраженными болями в животе, тошнотой и рвотой (99,1%), положительным симптомом Щеткина-Блюмберга (98,3%), симптомами общей интоксикации (98,3%). При этом гипертермия отмечена в 94,0% наблюдений, лейкоцитоз – в 93,1% случаев.

Таблица 1

Частота и степень кишечной непроходимости при различной локализации опухоли

Локализация опухоли ободочной кишки	Степень кишечной непроходимости			Всего
	Компенсированная	Субкомпенсированная	Декомпенсированная	
Правая половина	23 (35%)	21 (32%)	22 (33%)	66
Поперечная ободочная	15 (42%)	13 (36%)	8 (22%)	36
Левая половина	46 (14%)	110 (32%)	180 (54%)	336
Итого	84	144	210	438

Вид перфорации в зависимости от локализации опухоли

Локализация опухоли	Количество	Перфорация опухоли	Перфорация кишки проксимальнее опухоли
Правая половина	30	27	3
Поперечная ободочная кишка	4	3	1
Левая половина	82	57	25
Всего	116	87	29

Осложнение РОК в виде кишечного кровотечения с одинаковой частотой встречалось в правой и левой половинах ободочной кишки. Среди всех обследованных больных с осложненным РОК анемия отмечена в 16,3%, однако лишь в 3,1% случаев она явилась следствием острой кровопотери. У большинства больных с развившимся массивным кишечным кровотечением (11 из 18 пациентов, 61,1%) анемия носила смешанный характер, при детальном изучении анамнеза у них выявлялись эпизоды кровянистых выделений или кратковременные кровотечения, а некоторые пациенты на протяжении от 2 месяцев до 1 года обследовались или получали лечение по поводу хронической анемии.

Такие характерные признаки кровотечения, как слабость, головокружение, гипотония, не всегда наблюдались при кишечном кровотечении. Лишь у 10 из 18 больных (55,6%) отмечены слабость и головокружение, и только у трех (16,7%) кровотечение сопровождалось развитием геморрагического шока I–II степени.

Особенности диагностики с использованием различных инструментальных методов исследования были изучены на материале 457 больных, нуждавшихся в неотложной хирургической помощи по поводу осложненного рака ободочной кишки, поскольку именно у этой категории больных наиболее часто возникают диагностические проблемы, решать которые приходится в условиях ограниченного времени и возможностей. В целом у большинства больных (234 наблюдения, 51,2%) было использовано 2 метода диагностики, у 112 – один метод, у 111 – три метода. В качестве единственного использованного метода диагностики чаще всего выступала обзорная рентгенография живота (105 случаев), реже – фиброколоноскопия (7 наблюдений). Это происходило при поступлении больных, когда диагноз можно было с уверенностью установить на основании яркой и однозначной клинической картины, и выполнение инструментального исследования в соответствии со стандартом обследования было призвано лишь подтвердить его. Наиболее часто применяемым сочетанием двух методов являлось применение рентгенографии и ультразвукового исследования.

Ведущая роль в диагностике осложненных форм рака ободочной кишки принадлежала рентгеновскому методу. Из 457 экстренно оперированных больных обзорное рентгеновское исследование живота выполнено 439 больным. В это число вошли все больные, поступившие с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Больным с явной клинической картиной кишечного кровотечения обзорная рентгенография живота не проводилась. При обзорной рентгенографии живота исследование проводили в вертикальном положении больного – стоя или сидя. Рентгенография легких для исключения метаста-

тического поражения и другой патологии выполнена у всех больных.

Растяжение ободочной кишки газом выявлено у 278 (86,1%) обследованных больных с острой кишечной непроходимостью. Считается, что при толстокишечной непроходимости на обзорной рентгенографии выявляется малое количество «чаш Клойбера», но в нашем наблюдении они встречались часто – у 262 больных (81,1%). Они локализовались чаще всего в районах изгибов ободочной кишки.

Иногда на снимках выявлялся лишь умеренный пневматоз толстой кишки с единичными уровнями жидкости. В этих случаях выполнялись повторные рентгенограммы через 3–4 часа для выявления динамики патологических изменений, если состояние больного позволяло. Бариевая проба при клинической картине толстокишечной непроходимости не применялась, поскольку хорошо известны ее малая эффективность и необходимость длительного последующего наблюдения. Большее значение придавали увеличению количества горизонтальных уровней жидкости и газа. Если динамическое исследование не позволяло дифференцировать механическую и динамическую непроходимость, то выполняли срочные специальные исследования.

Экстренная ирригоскопия ободочной кишки при нарушении проходимости выполнена у 52 больных. Данное исследование выполнялось либо тогда, когда обзорное рентгеновское исследование и УЗИ давали сомнительные или неопределенные результаты, либо когда нельзя было произвести колоноскопию. Правильный диагноз опухоли поставлен у 45 (86,5%) больных. У остальных больных диагноз выставлялся предположительно, на основании заключения рентгенолога об остановке контраста в одном из отделов ободочной кишки.

Выполнение обзорной рентгенографии живота у пациентов с перфорацией опухоли позволило выявить свободный газ в брюшной полости у 70 больных (60,3%).

При экстренном ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости у 236 больных диагноз рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью, установлен у 184 (78,0%) пациентов. В 90,2% случаев эхографическая картина соответствовала признакам симптома «пораженного полого органа». Опухоль также проявлялась тканевыми образованиями с утолщенной гипоехогенной наружной стенкой, которая могла быть гетерогенной, и центральным эхогенным очагом вследствие сдавления слизистой оболочки. Большие опухоли выглядели более гетерогенно. Помимо диагностики первичной опухоли и явлений нарушенной проходимости кишки УЗИ проводилось для дооперационной

диагностики асцита, наличия метастазов в печени, опухолевых конгломератов и абсцессов в брюшной полости. Посредством УЗИ можно было четко и достоверно визуализировать уровни жидкости, определять диаметр расширенной кишки, выраженность перистальтики.

У 98 больных с клинической картиной перитонита при выполнении УЗИ в 90,8% случаев выявлены жидкость и наличие кишечного содержимого в свободной брюшной полости. Из 51 больного с IV стадией РОК, осложнённого перфорацией опухоли, УЗИ выявило метастазы в печени в 82,3% случаев.

Необходимость в срочном эндоскопическом исследовании возникала в случаях, когда клиническая картина была нечеткой и дифференциальная диагностика осложненного рака ободочной кишки с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости затруднена. Кроме того, показания к экстренной фиброколоноскопии устанавливались при поступлении пациентов с кишечным кровотечением, что позволяло до операции точно локализовать источник, а в ряде случаев и осуществить эндоскопический гемостаз. Всего в настоящем исследовании экстренная ФКС выполнена 66 больным (14,4%), в том числе в 48 случаях – при развитии кишечной непроходимости, в 18 наблюдениях – при кишечном кровотечении.

Опухоль при эндоскопическом исследовании выявлена в 81,3% случаев. Надо отметить, что поражения кишечника легче выявлялись при локализации образования дистальнее селезеночного изгиба ободочной кишки. Чувствительность метода при этой локализации опухоли составила 93,1% по сравнению с 63,2% при локализации в поперечной, восходящей и слепой кишке.

При установлении источника кровотечения в ходе колоноскопии осуществляли эндоскопический гемостаз (электрокоагуляция, орошение капрофером или раствором аминокaproновой кислоты). При этом источник геморрагии (опухоль) был обнаружен во всех случаях, когда он локализовался в сигмовидной, нисходящей или поперечной ободочной кишке. При локализации образования проксимальнее печеночного изгиба визуализировать источник кровотечения удалось лишь в 3 случаях из 7 (42,9%). В целом колоноскопия при кровотечении позволила установить правильный диагноз в 77,8% наблюдений. Во всех случаях удалось достичь эндоскопического гемостаза, что позволило выполнять оперативное вмешательство в отсроченном и плановом порядке.

Диагностическая лапароскопия как метод диагностики осложнений РОК выполнялась в сложных клинических ситуациях, когда иными методами провести дифференциальный диагноз острых хирургических заболеваний брюшной полости не представлялось возможным. Все 11 диагностических лапароскопий были выполнены при нечеткой клинической картине, когда локальная перитонеальная симптоматика при отсутствии однозначно трактуемых данных рентгенологического и ультразвукового исследования не исключала различных вариантов происхождения местного перитонита. До перехода на лапаротомию диагноз рака ободочной кишки был установлен в 6 наблюдениях (54,5%), при этом во всех случаях имела место прикрытая перфорация с ограниченным перитонитом либо формирование инфильтрата с абсцедированием.

Обсуждение полученных результатов

Проведенное исследование продемонстрировало в целом высокую информативность применявшихся методов обследования. Однако, прежде чем дать оценку их сравнительной эффективности, следует указать на ряд особенностей их использования при поступлении пациентов с неотложной хирургической патологией в многопрофильный стационар.

Первостепенное значение имеет фактор времени, необходимого для подготовки пациента и организации обследования. Существенное значение имеет также ограничение в выборе методов подготовки кишечника к рентгеноконтрастному или эндоскопическому исследованию. Необходимо учитывать тяжесть состояния, сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, пожилой и старческий возраст многих пациентов, препятствующие некоторым манипуляциям. Кроме того, не следует забывать, что реальная оснащенность большинства общехирургических стационаров, куда поступают пациенты, не позволяет осуществлять современные высокоинформативные дорогостоящие исследования. Немаловажную роль имеет и то обстоятельство, что выполнение эндоскопических и сонографических исследований осуществляется врачом-специалистом, однако рентгенографическое исследование в период дежурства по скорой помощи проводит рентгенлаборант, а интерпретация полученных данных возлагается на дежурного хирурга, при этом описание снимков врачом-рентгенологом оказывается доступно по факту, когда принципиальные тактические решения уже приняты и реализованы.

С другой стороны, главной задачей диагностики в неотложной хирургии является не установление полного диагноза, а принятие в кратчайшее время обоснованного решения о показаниях к неотложной операции (или отсутствии таковых). Таким образом, основной целью диагностики urgentных осложнений рака ободочной кишки следует считать установление диагнозов «острая кишечная непроходимость», «перитонит», «кишечное кровотечение», а дооперационная диагностика наличия опухоли и ее стадии является, безусловно, желательной, но не необходимой.

Организация настоящего исследования не позволила оценить специфичность этих методов (долю негативных результатов в группе здоровых пациентов), была исследована их чувствительность (доля позитивных результатов в группе больных пациентов). Позитивным результатом считали установленный диагноз осложнения и принятое на основании выполненного исследования тактическое решение о показаниях к оперативному лечению, правильность решения оценивали по результатам интраоперационной ревизии. В случае применения схемы обследования, включающей два или три метода инструментальной диагностики, оценивали чувствительность их совокупности (позитивной считали ситуацию, когда результат хотя бы одного из методов служил основанием для принятия правильного тактического решения). В целом при использовании одного метода диагностики чувствительность обзорной рентгенографии живота в диагностике кишечной непроходимости и перфорации составила 96,2%, фиброколоноскопии (в диагностике источника кровотечения) – 77,8%. В случае использования сочетания рентгенографии и ультразвукового исследования чувствительность составила 94,6%. При сочетании трех методов исследования чувствительность

составила 92,3%, если третьим методом была ирригоскопия, и 93,8%, если применялась фиброколоноскопия. То, что наиболее высокой цифра чувствительности оказалась при использовании одного метода, объясняется тем, что при получении однозначного результата первого примененного метода другие исследования не назначались.

По мере накопления опыта и анализа полученных данных в учреждении был усовершенствован диагностический алгоритм, в результате чего большинство пациентов после 2004 г. стали обследоваться с использованием одного-двух методов. Так, если в 1999–2003 гг. три метода исследования применены у 37,0% больных, то в 2004–2007 гг. это потребовалось лишь в 11,4% случаев, при этом качество диагностики не снизилось, а время обследования было существенно сокращено. Оптимизация диагностического алгоритма наряду с совершенствованием хирургической тактики явилась фактором, позволившим снизить летальность при осложненном РОК. Данный показатель составил 27,5% в 1999–2003 гг. и 17,6% в 2004–2008 гг. ($p < 0,01$).

Актуальность проблемы лечения больных с осложненным раком ободочной кишки в хирургических отделениях многопрофильного стационара связана с высокими показателями летальности, послеоперационных осложнений, среднего койко-дня.

Таким образом, знание особенностей клинических проявлений различных осложнений рака ободочной кишки позволяет выбрать оптимальную схему инструментального обследования пациента, причем применение одного-двух простых и доступных мето-

дов обследования почти в 90% случаев оказывается достаточным для принятия правильного тактического решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестник хирургии. – 1998. – № 4. – С. 34–39.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2008 г. // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21. Прил. 1 к № 2. – С. 52–86.
3. Курбонов К. М., Кандаков О. К. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза // Колопроктология. – 2006. – № 1. – С. 27–32.
4. Мартынюк В. В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология. – 2000. – № 1. – С. 3–9.
5. Маскин С. С., Старовидченко А. И., Кирсанов А. М. и др. Причины послеоперационной летальности при толстокишечной непроходимости // Материалы Первой международной конференции по торакоабдоминальной хирургии. – М., 2008. – С. 29.
6. Nestorovik M., Pecic V., Stanojevic G., et al. Emergency surgery caused by colorectal cancer // 6-th International EFR Congress Vienna, Austria. – 2009. – Abstract, p. 6.
7. Piccinni G., Angrisano A., Testini M., Martino Bonomo G. Definitive palliation for neoplastic colonic obstruction using enteral stents: Personal case-series with literature review // World j. gastroenterol. – 2004. – Vol. 10. – P. 758–764.

Поступила 14.02.2013

М. Г. СУЛИМОВ, С. В. АВАКИМЯН, С. С. ШНЕЙВАЙС

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. (861) 2524371. E-mail: sulimmr@rambler.ru*

В статье представлены виды оперативного и консервативного лечения и исходы у 38 больных с панкреонекрозом, прошедших лечение в трех экстренных хирургических отделениях Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, за 5 лет.

Ключевые слова: панкреонекроз, свищи желудочно-кишечного тракта, оперативное лечение, исходы.

M. G. SULIMOV, S. V. AVAKIMYAN, S. S. SHNEYVAYS

TO THE QUESTION TREATMENT OF FISTULAS OF THE GASTROENTERIC PATH AT NECROTIZING PANCREATITIS

*Department of hospital surgery of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. (861) 2524371. E-mail: sulimmr@rambler.ru*

The paper presents the types of operative and conservative treatment and outcomes in 38 patients with necrotizing pancreatitis treated in three emergency surgical departments of the Krasnodar city clinical emergency hospital for five years.

Key words: necrotizing pancreatitis, fistulas of the gastroenteric path, operative treatment, outcomes.