

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Щаева С.Н., Нарезкин Д.В.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Смоленск
(ректор – д.м.н., профессор И.В.Отвагин)

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств при колоректальном раке, осложненном кровотечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 240 больных колоректальным раком, осложненным кровотечением, оперированных в хирургических стационарах Смоленска и Смоленской области в период с 2002 по 2013 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В большинстве наблюдений при кишечном кровотечении все радикальные операции выполнялись в объеме одноэтапных вмешательств, n=205 (85,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В связи с высоким риском рецидива кровотечения, больным с данным осложнением колоректального рака, показано хирургическое вмешательство с целью удаления опухоли.

[Ключевые слова: колоректальный рак, кишечное кровотечение]

COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY BLEEDING

Shaeva S.N., Narezkin D.V.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

AIM. To estimate the short and long-term results of surgical treatment of colorectal cancer complicated by bleeding.

MATERIALS AND METHODS. The results of 240 patients with colorectal cancer complicated by bleeding operated in Smolensk and Smolensk region in the period from 2002 to 2013 were analyzed.

RESULTS. In the majority of cases radical treatment was one-stage surgery n=205 (85,4%).

CONCLUSION. Due to the high risk of recurrence of bleeding, patients with this complication of colorectal cancer are candidates for the tumor removing surgery.

[Key words: colorectal cancer, intestinal bleeding]

**Адрес для переписки: Щаева Светлана Николаевна, ОГБУЗ Клиническая больница № 1,
ул. Фрунзе, д. 40, Смоленск, 214000, тел.: (4812) 27-02-75, +79107132726, e-mail: shaeva30@mail.ru**

ВВЕДЕНИЕ

Колоректальный рак (КРР) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В мире ежегодно выявляется около миллиона новых случаев рака толстой кишки [1-3,6]. Сохраняется высокий удельный вес впервые диагностированного КРР III-IV стадий, которые составляют 81-90% от всех случаев рака толстой кишки, причем процент пациентов с III стадией составляет 41-66% [1,3,5].

Лечебная тактика при колоректальном раке затрагивает научные аспекты хирургии и онкологии. В настоящее время разработаны алгоритмы применения радикальных, паллиативных, симптоматических, комбинированных, циторедуктивных операций [3,4,8]. Процент послеоперационной летальности при плановых оперативных вмешательствах в специализированных отделениях составляет 2,5-6%, однако в общехирургических отделениях

при осложненных формах колоректального рака летальность находится на уровне 20-60% [3,4,7,9]. Одним из осложнений опухоли толстой кишки является кровотечение, которое встречается, по данным различных авторов, в 4-15,3% наблюдений [6-11]. Клинически выраженные кровотечения характерны в большей степени для рака прямой кишки, тогда как для рака ободочной кишки они чаще принимают скрытый характер и проявляются только анемизацией. Массивные кровотечения наблюдаются лишь в 2% случаев колоректального рака, в связи с эффективностью гемостатической и заместительной терапии. В большинстве наблюдений многие хирурги придерживаются консервативной тактики при лечении больных раком ободочной кишки, осложненным кровотечением [7,9,10]. Послеоперационная летальность и частота осложнений у больных колоректальным раком, оперированных на высоте кровотечения, достоверно выше, чем у оперированных в плановом поряд-

Таблица 1. Исходные характеристики пациентов

Элементы характеристик	Значения
Общее количество наблюдений	240
Возраст, лет: медиана диапазон	66±1,5 46-79
Пол: мужчины женщины	136 (56,8%) 104 (43,2%)

Таблица 2. Клинические симптомы при колоректальном раке, осложненном кровотечением

Клинические симптомы	абс.	%
Анемия	240	100,0
Патологические выделения из прямой кишки	240	100,0
Инттоксикация	216	90,0
Тошнота и рвота	128	53,3
Боли в животе	40	16,7
Пальпируемая опухоль	24	10,6
Вздутие живота	–	–

ке, что зависит от степени хирургического риска. Для использования современных методов оказания хирургической помощи данной категории больных лечебному учреждению нужен определенный опыт, а так же ряд организационных мероприятий, направленных на улучшение специализированной экстренной помощи, необходимой больным колоректальным раком. Данное исследование посвящено анализу хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным кровотечением в хирургических стационарах многопрофильных больниц города Смоленска.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств при колоректальном раке, осложненном кровотечением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 240 больных колоректальным раком, осложненным кровотечением, оперированных в хирургических стационарах Смоленска и Смоленской области в период с 2002 по 2013 гг. Данный тип осложнения колоректального рака встречается достаточно редко, и выбор адекватной хирургической тактики представляет определенные трудности.

Все пациенты поступали по экстренным показаниям с неопределенным диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

Правильная и своевременная диагностика urgent-ных форм колоректального рака представляет собой определенные трудности. Возникшее осложнение маскирует клинические проявления злокачественной опухоли, и клиника патологического процесса в значительной степени напоминает таковую при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Данные обстоятельства приводят к высокому удельному весу диагностических ошибок. Особое внимание необходимо уделять ведущим симптомам злокачественной опухоли – похуданию, потере аппетита, анемии, наличию патологических выделений из прямой кишки, явлениям абдоминального дискомфорта. В диагностике колоректального рака, осложненного кровотечением, большое внимание должно уделяться физикальным и инструментально-лабораторным методам обследования. Таким образом, обследование пациентов включало необходимый клинический минимум диагностических исследований: общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ФКС, а так же ФГДС и МСКТ брюшной полости по показаниям.

Тяжесть состояния зависела от сроков с момента появления симптомов кишечного кровотечения до госпитализации, стадии злокачественной опухоли, наличия сопутствующих заболеваний.

Сопутствующие заболевания наблюдались в равном числе случаев, как среди мужчин, так и среди женщин. Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания отмечены у 96,5% мужчин и 91,1% женщин (n=131 и n= 95, соответственно), легочная патология наблюдалась у 46,5% лиц мужского и 37,3% женского пола (n=63 и n=39, соответственно), церебральная патология – у 84,9% лиц мужского и 82,8% женского пола (n=115 и n=86, соответственно), сахарный диабет регистрировался чаще у лиц женского пола (у 5,6% мужчин и 10,4% женщин), сочетание сердечно-сосудистой, дыхательной, церебральной патологии и сахарного диабета – у 7,2% женщин и 6,5% мужчин (n=8 и n=9, соответственно).

Интенсивная предоперационная подготовка продолжительностью 1-2 часа проводилась больным в крайне тяжелом состоянии, а так же при декомпенсации сопутствующей патологии в условиях реанимационных отделений и включала в себя коррекцию анемии, водно-электролитных и гемодинамических нарушений. Оперативные вмешательства проводились по экстренным и срочным показаниям.

Статистическая обработка данных проводилась следующим образом: количественные данные с нормальным распределением признака сравнивались при помощи дисперсионного анализа. Для

Таблица 3. Общее состояние больных в зависимости от времени с момента появления симптомов кишечного кровотечения до госпитализации

Время с момента появления симптомов осложнения	До 24 часов		Позже 24 часов		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общее состояние больных	8	100	–	–	8	100,0
Удовлетворительное	174	88,3	23	11,7	197	100,0
Средней тяжести	11	44	14	56	25	100,0
Тяжелое	4	40	6	60	10	100,0
Крайне тяжелое	197	82,1	43	17,9	240	100,0

Таблица 4. Распределение больных с колоректальным раком, осложненным кровотечением по локализации опухоли

Локализация опухоли	абс.	%
Правая половина ободочной кишки	74	30,8
Поперечная ободочная кишка	16	6,7
Левая половина ободочной кишки	88	36,7
Прямая кишка	62	25,8
Всего	240	100,0

сравнения качественных признаков использовался тест χ^2 . Оценка выживаемости – по методу Каплана-Майера. Достоверными считались различия при $p < 0,05$, применялся программный пакет Statistica 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Профузное кишечное кровотечение относится к редким осложнениям колоректального рака. Острая кровопотеря, развившаяся на фоне хронической анемии, характерной для новообразований данной локализации, в значительной степени ухудшает общее состояние больных. В этой клинической ситуации важно грамотно и быстро провести адекватные лечебные мероприятия. Больные, поступившие в удовлетворительном состоянии – 3,3% (n=8) – имели легкую степень кровопотери, поэтому после подтверждения диагноза и коррекции анемии были направлены для планового оперативного лечения в специализированный онкологический стационар.

Кровотечение из распадающейся опухоли толстой кишки наблюдалось у 35 больных, госпитализированных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. По локализации злокачественного новообразования в толстой кишке больные распределились следующим образом (Табл. 4).

В большинстве наблюдений при кишечном кровотечении все радикальные операции выполнялись в объеме одноэтапных вмешательств – в 205 (85,4%) случаях. При наличии отдаленных метастазов рака симптоматические хирургические вмешательства в объеме формирования колостом были произведены у 4 (1,7%) пациентов.

Анализ послеоперационных осложнений и летальных исходов у этой группы больных представлен в табл. 5.

Таким образом, у оперированных в хирургических стационарах больных послеоперационные осложнения наблюдались в 63,3% случаев, летальность составила 12,9%.

Заслуживает внимания тот факт, что из 4 больных с симптоматическими операциями имели послеоперационные осложнения и погибли 3 пациента. При этом тяжелом осложнении колоректального рака единственной возможностью остановить кровотечение и спасти жизнь больного является резекция толстой кишки с кровоточащей опухолью. Любые симптоматические хирургические вмешательства (колостомии, обходные межкишечные анастомозы) не могут обеспечить надежного гемостаза.

Необходимо отметить, что летальные исходы в этой группе больных отмечались в тех случаях, когда первичная опухоль (источник кровотечения) не была удалена.

При морфологическом исследовании послеоперационного материала большинство больных, согласно международной классификации TNM 7 издания, имели IIc-IV стадию заболевания. Распределение пациентов в зависимости от стадии злокачественного заболевания представлено в табл. 6.

По степени дифференцировки преобладала низкодифференцированная аденокарцинома 31,7% (n=76), умеренно дифференцированная аденокарцинома составила 62,2% (n=149), недифференцированный рак – 6,1% (n=15).

Известно, что для колоректального рака характерны следующие формы роста злокачественной опухоли: экзофитная, эндофитная, смешанная (соче-

Таблица 5. Исходы лечения больных с кишечным кровотечением

Проведенная операция	Общее количество больных		С наличием осложнения		Летальный исход		Выписаны из стационара	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Радикальные одноэтапные операции	205	100,0	129	62,9	22	10,5	183	89,5
Радикальные многоэтапные	11	100	5	45,5	1	9,1	10	90,9
Паллиативные	20	100,0	13	65,0	5	25,0	15	75,0
Симптоматические	4	100,0	3	75,0	3	75,0	1	25,0
Всего	240	100,0	152	63,3	31	12,9	209	87,1

Таблица 6. Распределение пациентов в зависимости от стадии заболевания

Стадия	IC (T4bN0M0)	IIIB (T4aN1M0)	IIIC		IV
			T4bN1M0	T4bN2M0	
Количество пациентов (240)	13 (5,4%)	57 (23,8%)	87 (36,2%)	59 (24,6%)	24 (10,0%)

тание элементов вышеперечисленных форм). В данном исследовании в большинстве наблюдений отмечен экзофитный рост опухоли – 214 (89,1%), эндофитный – в 16 (6,9%) случаев, смешанный – в 10 (4%). При всех формах роста зафиксировано изъязвление опухоли. В таблице 7 описана распространенность опухоли по отношению к кишечной стенке. Пациенты с III-IV стадиями заболевания были направлены в Смоленский областной онкологический диспансер для проведения адъювантной ПХТ, химиолучевой терапии. В процессе диспансеризации больных, перенесших радикальное лечение, местные рецидивы заболевания в течение 1 года выявлены в 5,7% наблюдений (n=14). Прогрессирование заболевания в течение 1 года у больных колоректальным раком, осложненным кишечным кровотечением, наблюдалось в 9,4% (n=23) у пациентов после радикальных хирургических вмешательств, при IIIB-IIIC стадиях заболевания.

Трехлетняя безрецидивная выживаемость у пациентов после радикальных хирургических вмешательств составила 68,4% (n=164). У больных, перенесших паллиативные хирургические вмешательства с последующим адъювантным лечением, трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 23,6% (n=57).

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные в результате исследования данные позволили проанализировать причины высокого удельного веса послеоперационных осложнений, а так же причины летальных исходов у оперированных больных. К ним относятся: поздняя госпитализация больных (позже 24 часов от начала заболевания), в тяжелом или крайне тяжелом состоянии из-за несвоевременного обращения

пациентов за медицинской помощью и диагностических ошибок на догоспитальном этапе; выполнение симптоматических операций (формирование колостомы или обходных межкишечных анастомозов) в тех случаях, когда только удаление опухоли может спасти жизнь больного, и отказ от радикальной или паллиативной резекции толстой кишки не может быть убедительно оправдан. Методом выбора хирургического вмешательства при кровотечении из опухоли прямой и ободочной кишки, в том числе при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов, представляется резекция кишки с формированием анастомоза. В случае опухоли правой половины ободочной кишки метод выбора – правосторонняя гемиколэктомия. Тактика при опухолях левой половины ободочной кишки неоднозначная. Возможными вариантами являются первичная резекция с анастомозом, обструктивная резекция по Гартману, субтотальная и тотальная колэктомия с анастомозом. При нерезектабельности процесса возможны варианты: наложение обходного анастомоза, с ушиванием проксимального и дистального участков кишки (зоны опухоли); формирование концевой колостомы; пристеночная колостома. У большого количества больных с колоректальным раком, осложненным кровотечением, наблюдалось выраженное распространение злокачественной опухоли по окружности, длине и на глубину стенки толстой кишки. Наиболее часто встречалось от 1/4 до 3/4 окружности толстой кишки поражение злокачественным новообразованием – до 71,7% больных, циркулярное распространение опухоли отмечено у 25,8%, до 1/4 окружности – в 2,5% случаев. У пациентов с кишечным кровотечением экзофитный рост злокачественного новообразования более часто осложнялся кишечным кровотечением (в 89,1% наблюдений). Кроме того, при кишечном кровотечении при всех формах опухолевого роста наблюдалось изъязвление.

Таблица 7. Распространенность опухоли по длине и окружности кишечной стенки у больных колоректальным раком, осложненным кровотечением

Распространенность злокачественного новообразования	Абс. (%)
Распространенность по окружности:	
До ¼;	6 (2,5%)
От ¼ до ¾ ;	172 (71,7%)
Циркулярное	62 (25,8%)
Распространенность по длине кишки:	
До 3 см;	105 (43,8%)
От 3 до 8 см;	120 (49,9%)
Более 8 см	15 (6,3%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главной задачей медицинской помощи при кровотечении является его остановка. Каждый пациент с колоректальным раком, осложненным кровотечением должен рассматриваться как кандидат на хирургическую операцию с целью удаления опухоли, с учетом высокого риска рецидива кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. Вестник ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – № 2. – с. 21 (прил. 1).
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В.

Злокачественные новообразования в России в 2006 г. – М.: Наука, 2008. – с. 351-378.

3. Шельгин Ю.А. Рак толстой кишки. Справочник по колопроктологии / под ред. Ю.А.Шельгина, Л.А.Благодарного. – М.: Литтерра, 2014. – с. 229-267.
4. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. – М: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с.
5. Chiappa P.A., Zbar A., Biella F. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of left colon for cancer. Am. Surg. – 2008 Jul;74 (7):619-22.
6. Crosland A., Jones R. Rectal bleeding: prevalence and consultation behavior. BMJ. – 1995 Feb 13; 101 (6):486-88.
7. Ellis B.G., Thompson M.R. Factors identifying higher risk rectal bleeding in general practice. Br. J. Gen. Pract. – 2005; 55 (521):949-955.
8. Fijten G.H., Muris J.W., Starmans R. et al. The incidence and outcome of rectal bleeding in general practice. Fam Pract. – 1993 Sep;10 (3):283-87.
9. Heintze C., Matysiak-Klose D., Krohn T. et al. Diagnostic work-up of rectal bleeding in general practice. Br. J. Gen. Pract. – 2005 Jul; 55 (510):14-19.
10. Metcalf J.V., Smith J., Jones R. et al. Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy. Br. J. Gen. Pract. – 1996 Oct; 46:161-64.
11. Wauters H., Van Casteren V., Buntinx F. Rectal bleeding and colorectal cancer in general practice: diagnostic study. BMJ. – 2000 Sep; 321 (7267):998-999.

Комментарии к статье Щаевой С.Н., Нарезкина Д.В. «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ»

Редакционная коллегия журнала «Колопроктология» считает необходимым предостеречь читателя о превышении показаний к формированию первичного анастомоза у больных, экстренно оперированных по поводу колоректального рака, осложненного кровотечением.

Авторами справедливо указывается на необходимость выполнения резекции участка кишки с опу-

холью, осложненной кровотечением, однако высокий процент осложнений и летальности может быть обусловлен именно стремлением завершить первичную резекцию формированием анастомоза, что, в условиях анемии и экстренности выполняемого вмешательства, представляется нецелесообразным.

**Редакционная коллегия
журнала «Колопроктология»**