



И.А. Акперов,
И.С. Каленич,
Б.А. Косяков,
Ю.Л. Шальков

Приднестровский
государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, медицинский
факультет

© Коллектив авторов

ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ИЛЕУС В СВЕТЕ ФАКТОРОВ РИСКА

Резюме. С ростом колоректального рака наблюдается увеличение осложненных случаев заболевания, в том числе толстокишечной непроходимости, определяющей, как правило, непосредственный исход. Это обстоятельство показало необходимость выявления и оценки факторов риска в системе скрининга непроходимости для более раннего формирования показаний к хирургическому вмешательству.

Ключевые слова: колоректальный рак, осложнения, факторы риска, скрининг.

Введение

Опухолевая толстокишечная непроходимость в отличие от занимающего второе место спаечного илеуса, характеризуется более высокой послеоперационной летальностью, что обуславливает актуальность проблемы и необходимость изучения причин сложившейся ситуации. По данным ВОЗ, рак толстой кишки занимает 3–4 место в структуре онкологической заболеваемости, а количество больных с запущенными формами достигает 70 %. Следует отметить, что, к сожалению, многочисленные методики оперативных вмешательств, предложения по оптимизации лечебной тактики и многое другое не сказались на улучшении общих результатов.

Общеизвестным является факт зависимости исходов от сроков выполнения вмешательства и длительности самого заболевания, осложненных форм рака толстой кишки [1, 2]. По-видимому, это обстоятельство могло быть использовано в системе скрининга непроходимости, выявляя факторы более раннего формирования показаний к хирургическому вмешательству, что и явилось основной целью данного исследования.

Материалы и методы исследования

У больных колоректальным раком выделены 19 наиболее характерных и простых клинических показателей (пол, возраст, длительность заболевания, стадия рака, нарушение стула, наличие патологических ректальных выделений, локализация опухоли, её дифференцировка, пребывание больного на диспансерном учете). Исследуемые больные подразделены на 2 группы: группа с хроническим течением рака (264 пациентов) и группа больных, urgently оперированных в связи с развившейся острой толстокишечной непроходимостью (148 пациентов). По частоте каждого фактора в группах находилось его количественное значение

(метод Кульбака) – J условно в ед., что в свою очередь позволило провести ранговое построение факторов по степени их риска в развитии кишечной непроходимости.

Результаты исследования и их обсуждение

Фактор пола (x_1). В совокупной группе наблюдений (412) достоверно преобладали пациенты мужского пола (229) – $55,6 \pm 2,4$ %. Лица женского пола, соответственно – $44,4 \pm 2,4$ % ($p < 0,01$). Однако достоверность различий утрачивалась ($p > 0,05$) в группе больных с кишечной непроходимостью: больные мужского пола составили – $51,4 \pm 4,1$ % и женского – $48,4 \pm 4,1$ % соответственно. Чувствительность критерия пола в группах была незначительной: $J = -1,2$ ед.

Фактор возраста (x_2). Средний возраст больных в группах был равен – $63,3 \pm 1,2$ годам. Несущественно меньше – $62,3 \pm 1,5$ года – в группе больных с кишечной непроходимостью и $65,1 \pm 1,7$ года – у больных планового лечения. Однако весьма характерным оказалось повышение частоты больных с ОКН с увеличением возраста заболевших: больные в возрасте 70 лет и старше составили $39,2 \pm 4,0$ %, в аналогичной по возрасту группе с хроническим течением рака больных было лишь $17,6 \pm 2,45$ % ($p < 0,01$). Информативность возрастного фактора из положительного значения ($J = 3,0$ ед.) больных с обычным течением колоректального рака, опускалась до высоких отрицательных цифр ($J = -8,3$ ед.).

Фактор локализации опухоли (x_3) – достаточно условный, поскольку зависит от профиля оказываемой стационарной помощи: специализированной (онкодиспансеры) или urgentной в общехирургических отделениях. Анализируемый материал является интегральным, сводным, отражая тем самым общую ситуацию. В итоге оказалось, что практически каждый четвертый больной ($23,2 \pm 2,1$ %) поступал с клиникой острой непроходимости или суб-

компенсированного колостаза, требовавших оперативного разрешения. Наиболее частой локализацией являлись сигмовидная кишка и колоректальный переход – 62,5±4,9 % случаев. И лишь у 15 больных из 164 наблюдений рака прямой кишки (9,1±2,2 %) опухолевый процесс сопровождался симптомами кишечной непроходимости, потребовавшей колостомии. Величина фактора локализации оказалась следующей: слепая и восходящая кишка – J = 1,2 ед., поперечноободочная кишка – J = 1,8 ед., нисходящий отдел – 1,9 ед., прямая кишка – J = 11,0 ед. и сигмовидная кишка с ректосигмоидным переходом – J = – 7,7 ед.

Фактор длительности заболевания (x₄). В первые 0-6 месяцев процесса колоректальный рак выявлен в 77,8±2,6 %, из них в эти сроки заболевания с неосложнённым течением найдены в 73,0±3,8 % случаев, а с явлениями ОКН – у 83,5±3,5 % больных (0,05 < p < 0,1). В последующие 6 месяцев обратилось лишь 14,6±3,0 % и 10,4±2,8 % больных (p > 0,05). Анамнез более года в группах оказался равным – 12,4±2,8 % и 6,1±2,2 % (p > 0,05). Таким образом, достоверность различий условно имелась в первые шесть месяцев анамнеза. Однако с практической точки зрения разница в 10 % – не ощутима, что подтверждает и низкая величина чувствительности фактора – J = 1,3 ед.

Фактор нарушенного стула (x₅). Характерным для всей совокупности наблюдений было достоверное нарушение стула, как правило, в виде запоров – 61,7±4,0 %. Причем у больных с развившейся кишечной непроходимостью этот симптом отмечался в два раза чаще: соответственно – 66,7±5,0 % и 33,3±5,0 %. Значение критерия нарушенного стула оказалось равным – J – 2,4 ед. у больных с ОКН и J = + 3,6 ед. при обычном, неосложнённом течении колоректального рака.

Фактор патологических выделений (x₆). Характерность симптома ректальных выделений при колоректальном раке подтверждает высокую частоту в наших наблюдениях – 62,6±2,9 %, причем у больных с непроходимостью он оказался значительно выше – 80,5±4,3 %, нежели у больных без таковой – 54,6±3,5 % (p < 0,01). Прогностическое значение патологических выделений подтверждает и достоверно большая чувствительность критерия в случаях осложнённого течения колоректального рака – J = + 8,4 ед. при обычном течении заболевания и J = – 3,9 ед. у больных с илеусом.

Фактор стадий рака (x₇). В общей совокупности наблюдений, вторая стадия колоректального рака имела место у каждого третьего больного (33,3 % случаев), в 44,2±3,0 % наблюдений констатирован рак III стадии и у 20-25 % больных – IV стадии процесса. Однако у больных с ОКН частота рака в IV стадии превыша-

ла таковую в 3 раза, соответственно: 38,1±4,4 % и 11,9±2,4 % случаев, у больных без ОКН. Величина прогностического коэффициента IV стадии составила – J = 11,6 ед.

Фактор дифференцировки злокачественного роста (x₈). В анализированном материале достоверно преобладали высоко- и умереннодифференцированные формы рака – 87,9±2,7 %; соответственно низко- и недифференцированные формы – 12,1±2,7% случаев (p < 0,01). Несмотря на столь значительную разницу, больным с ОКН оказался характерным критерий с низкой или отсутствием дифференцировки, что выразилось в его отрицательной величине – J = 5,1 ед.

Фактор диспансерного учета (x₉). Этот показатель достаточно реально отражает дефекты организации онкологической помощи и, по-видимому, не только проблемы колоректального рака. В наших наблюдениях на диспансерном учете состоял только каждый четвёртый пациент – 26,7±3,6 %. В группах подразделения («плановой» и «ургентной») это распределение соответствовало 38,1±6,1 % и 18,4±4,2 % соответственно. Таким образом, по тем или иным причинам, среди ургентно поступивших больных в хирургическое отделение лишь один их пяти ранее находился на диспансерном учете. В пересчете на факторы риска роль догоспитального обследования больных с ОКН составила – J = – 7,3 ед.

В целом ранговое построение отрицательных и положительных факторов в прогнозе толстокишечного илеуса оказалась следующим – табл. 1.

Как видно, наиболее характерными факторами риска толстокишечной непроходимости являются четвёртая стадия рака (11,9 ед.), старшая возрастная группа больных (8,2 ед.), локализация в сигме и ректосигмоидном переходе (7,7 ед.), отсутствие диспансерного учета (7,3 ед.) и низкая дифференцировка опухоли (5,1 ед.). Сумма указанных факторов составила 81,9 %. Полученные данные указывают на необходимость более строгого учета больных, а также расширение показаний к оперативному вмешательству колоректального рака левосторонней локализации.

Выводы

1. Перспектива улучшения результатов лечения опухолевой толстокишечной непроходимости возможна в случаях решения организационных вопросов, включающих совершенствование системы скрининга и выставления более ранних показаний к оперативному вмешательству колоректального рака левосторонних локализаций.

2. Наиболее негативными факторами риска острой толстокишечной непроходимости



Таблица 1

Ранговое распределение факторов риска толстокишечной непроходимости

Факторы	Способствующие ОКН	Ранг	Свойственные хроническому течению рака	Ранг
1. Пол: • мужской • женский	- 1,2 -	9	- + 1,5	12
2. Возраст: • 0-39 лет • 40-49 • 50-59 • 60-69 • 70 лет и старше	- - - - - 8,2	2	0,5 0,9 2,9 4,0 -	
3. Локализация: • слепая кишка, • поперечноободочная, • нисходящая, • сигмовидная и ректосигмоидный переход, • прямая кишка	- - - - 7,7 -	3	+ 1,2 + 1,8 + 1,9 - + 11	13 11 10 1
4. Длительность анамнеза: • 0-6 месяцев, • 7-12 месяцев, • более года.	- 1,3 - -	8	- + 3,4 + 7,1	7 4
5. Нарушение стула: • нет, • запоры.	- - 2,4	7	+ 3,6 -	6
6. Патологические выделения: • отсутствуют, • имеют место.	- - 3,9	6	+ 8,4 -	3
7. Стадия рака: • вторая, • третья, • четвертая	- - - 11,9	1	+ 10 + 0,6 -	2 16
8. Степень дифференцировки опухоли: • высокая, • низкая	- - 5,1	5	+ 0,9 -	15
9. Наличие диспансерного учета: • состоит, • не состоит	- - 7,3	4	+ 2,9 -	9
Общая сумма факторов	49,1		62,6	
Средняя величина фактора	5,5±1,1		3,7±0,8	

являются четвертая стадия злокачественного процесса у лиц старшей возрастной группы

с локализацией рака в сигмовидной кишке и ректосигмоидном сегменте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 1993–2002 гг. / В.В. Старинский, Г.В. Петрова, О.П. Грецова, Н.В. Харченко: материалы VIII онкологического конгресса. – М., 2004. – С. 105.

2. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В.В. Мартынюк // Практическая онкология. – 2000. – № 1. – С. 3–9.

ТОВСТОКИШКОВІЙ ІЛЕУС У СВІТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ

*І.А. Акперов, І.С. Каленич,
Б.А. Косяков, Ю.Л. Шальков*

Резюме. З ростом колоректального раку спостерігається збільшення ускладнених випадків захворювання, у тому числі товстокишкової непрохідності, яка визначає, як правило, безпосередній результат. Ця обставина показала про необхідність виявлення та оцінки факторів ризику в системі скринінгу непрохідності для більш раннього формування показань до хірургічного втручання.

Ключові слова: колоректальний рак, ускладнення, фактори ризику, скринінг.

COLONIC ILEUS IN THE LIGHT OF RISK FACTORS

*I.A. Akperov, I.S. Kalenich,
B.A. Kosjakov, Yu.L. Shalkov*

Summary. With the growth of colorectal cancer, an increase in complicated cases, including colonic obstruction, which determines, as a rule, the immediate outcome. This fact shows the need to identify and assess risks in the system of screening for obstruction of an earlier formation of the indications for surgical intervention.

Key words: a colorectal cancer, complications, risk factors, screening.