



П. В. Іванчов,
О. М. Андрусенко

Національний медичний
університет
ім. О. О. Богомольця,
м. Київ

© Іванчов П. В., Андрусенко О. М.

ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

Резюме. З 2002 по 2013 рік в Київський міський центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами госпіталізовано 241 хворого з гострокровоточивим колоректальним раком. Згідно з прийнятою в клініці класифікацією важкості шлунково-кишкових кровотеч (акад. В. Д. Братусь, 2001), помірний ступінь важкості кровотечі був у 99 (41,1 %) пацієнтів, середній — у 49 (20,3 %), важкий — у 93 (38,6 %). Проведено аналіз залежності важкості кишкової кровотечі від локалізації, глибини пухлинної інвазії, морфологічного та гістологічного типів ГКРР. На підставі отриманих даних визначено, що гострокровоточивий рак правої половини ободової кишки зустрічався рідше, порівняно з локалізацією його в лівій половині ободової кишки — 58 (40,6 %) випадків проти 85 (59,4 %), однак у абсолютному значенні частота важких кровотеч при пухлинному ураженні правої половини ободової кишки була вищою у 2 рази по відношенню до злякисного пухлинного ураження лівої половини ободової кишки та у 2,1 разу по відношенню до злякисних пухлин прямої кишки. Глибина інвазії ракової пухлини безпосередньо обумовлює зростання кількості кишкових кровотеч середнього та важкого ступенів, які досягають 68,0 % при глибині пухлинної інвазії Т3-Т4. Кровотечі помірною ступеню у 2,4 разу зустрічалися частіше при екзофітних формах ГКРР, а кровотечі середнього та важкого ступенів визначалися у 67,3 % із 55 хворих з дифузно-інфільтративною формою та у 80,7 % із 57 хворих з виразково-інфільтративною формою, що є вищим у 2,1 та 4,2 разу ніж кровотеч помірною ступеню відповідно до вказаних груп ендофітних форм ГКРР. Зниження показника диференціювання ракової тканини, обумовлює збільшення кількості кровотеч важкого ступеню, що досягає 65,7 % при пухлинах з низьким ступенем диференціювання (G-3).

Ключові слова: гострокровоточивий колоректальний рак, кишкова кровотеча, важкість кишкової кровотечі.

Вступ

По мірі нагромадження досвіду та вивчення результатів лікування хворих з кишковими кровотечами в умовах концентрації цієї категорії хворих в спеціалізованому центрі, спостерігається тенденція до зростання кількості хворих з гострокровоточивими злякисними пухлинами колоректальної зони і на сьогоднішній час частота товстокишкових пухлинних кровотеч не має тенденції до зменшення.

За даними Міжнародного агентства з дослідження онкологічних захворювань (The International Agency for Research on Cancer — IARC), що входить до складу ВООЗ, в 2012 році в світі зареєстровано 1,36 млн нових випадків захворювання на колоректальний рак (КРР), з них в Об'єднаній Європі — 345 тис., а в США — 134 тис. Померло в 2012 році в усьому світі —

694 тис. хворих на КРР, з них в Об'єднаній Європі — 152 тис., в США — 55 тис.

Кровотечі із злякисних пухлин товстої кишки за зведеними статистичними даними вітчизняних та зарубіжних клінік складають від 9 до 16 % в структурі кишкових кровотеч. За даними нашої клініки кишкові кровотечі становлять 9,5 % від загальної кількості шлунково-кишкових кровотеч, а пацієнти з гострокровоточивим колоректальним раком (ГКРР) складають 21,6 % у структурі кишкових кровотеч та 29,7 % у структурі ускладненого колоректального раку.

Зважаючи на вагому актуальність проблеми кишкових кровотеч пухлинного походження, ми визначили необхідність проведення дослідження особливостей кровотеч при злякисних пухлинних ураженнях колоректальної зони.



Мета роботи

Визначити фактори залежності ступеню важкості кишкових кровотеч при ГКРР.

Матеріали та методи досліджень

Об'єктом досліджень стали 241 пацієнт на ГКРР, які були госпіталізовані в Київський міський центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами в період 2002-2013 роки.

З 69 хворих, у яких кишкова кровотеча була першим проявом ГКРР, звернулись за медичною допомогою та госпіталізовані в термін від початку гострої кишкової кровотечі до 3 годин — 4 (5,8 %) хворих, 3–6 годин — 3 (4,3 %), 6–12 годин — 5 (7,2 %), 12–24 години — 5 (7,2 %), 1–2 доби — 9 (13,0 %), 2–3 доби — 9 (13,0 %), 3–5 діб — 16 (23,2 %), 5–7 діб — 18 (26,1 %).

У 109 хворих тривалий симптомокомплекс не спонукав до обстежень, але поява крові у випорожненнях змусила їх звернутися за медичною допомогою. Пацієнти цієї групи звернулись за медичною допомогою і госпіталізовані в термін від початку гострої кишкової кровотечі до 3 годин — 7 (6,4 %) пацієнтів, 3–6 годин — 6 (5,5 %), 6–12 годин — 9 (8,3 %), 12-24 години — 6 (5,5 %), 1–2 доби — 21 (19,3 %), 2–3 доби — 23 (21,1 %), 3–5 діб — 22 (20,2 %), 5–7 діб — 15 (13,8 %).

Серед 63 хворих, у яких діагноз КРР встановлений попередньо в МОЦ, визначені наступні терміни госпіталізації від початку гострої кишкової кровотечі: до 3 годин — 6 (9,5 %) хворих, 3–6 годин — 9 (14,3 %), 6–12 годин — 5 (7,9 %), 12–24 години — 6 (9,5 %), 1–2 доби — 18 (28,6 %), 2–3 доби — 7 (11,1 %), 3–5 діб — 6 (9,5 %), 5–7 діб — 6 (9,5 %).

Оцінку важкості кишкових кровотеч проводили за критеріями: гемоглобін крові (г/л), гематокрит (%), кількість еритроцитів крові ($\times 10^{12}$), дефіцит об'єму циркулюючої крові — ОЦК (%), об'єм крововтрати (мл), частота серцевих скорочень (ударів за хвилину), систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією важкості шлунково-кишкових кровотеч (акад. Братусь В. Д., 2001, табл. 1), помірний ступінь важкості геморагії у хворих з гострокровоточивим колоректальним раком був у 99 (41,1 %) пацієнтів, середній — у 49 (20,3 %), важкий — у 93 (38,6 %).

Співвідношення ступеню важкості кровотечі: помірний/середній/важкий — 1,0/0,5/0,9.

Як показали наші дослідження у 74 (30,7 %) хворих до госпіталізації в клініку у зв'язку з розвитком гострої кишкової кровотечі, мала місце анемія. Серед них 63 (85,1 %) пацієнти раніше оперовані з приводу колоректального раку або проходили спеціальне лікування, та 11 (14,9 %), які обстежувались і лікувались

з приводу інших захворювань до встановлення діагнозу ГКРР у нашій клініці. Наявність анемії ми враховували при визначенні ступеня важкості та інтенсивності кровотечі, що є важливим критерієм для подальшої тактики лікування.

Таблиця 1

Клініко-лабораторна класифікація важкості шлунково-кишкових кровотеч (акад. Братусь В.Д. 2001р.)

Кровотечі показник	Ступінь важкості		
	Помірний	Середній	Важкий
гемоглобін крові, г/л	> 100	80-100	< 80
гематокрит, %	> 30	25-30	< 25
еритроцити крові, $\times 10^{12}$	> 3,5	2,5-3,5	< 2,5
дефіцит ОЦК, %	< 20	20-30	> 30
об'єм крововтрати, мл	500-1000	1000-1700	> 1700
ЧСС, ударів за хвилину	< 80	80-100	> 100
систолічний АТ, мм рт. ст.	> 110	100-110	< 100

Згідно з Міжнародною класифікацією злоякісних новоутворень TNM-7th ed (International Union Against Cancer — UICC, 2009) серед хворих, госпіталізованих з приводу ГКРР, встановлено такі стадії злоякісного процесу: I стадія — у 13 (5,4 %) хворих, II стадія — у 142 (58,9 %), III стадія — у 41 (17,0 %), IV стадія — у 45 (18,7 %).

У нашій клініці користуємось Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин кишечника (J. J. Jass et. L. H. Sobin WHO, 1989). Гістологічний тип ГКРР визначений у 211 (87,6 %) хворих (табл. 2). Матеріалом для досліджень були: операційний матеріал — у 101 (47,9 %) випадку, біопсійний матеріал, який отримано при ендоскопічному дослідженні кишечника — у 81 (38,4 %), аутопсійний матеріал — у 16 (7,6 %). У 13 (6,2 %) пацієнтів гістологічний тип КРР виявлений раніше в МОЦ, де первинно був встановлений діагноз КРР.

Таблиця 2

Гістологічні типи ГКРР

Гістологічний тип ГКРР	Абсолютна кількість	%
Пухлини з високим ступенем диференціювання:	141	66,8
• високодиференційована аденокарцинома (G-1)	35	24,8
• помірnodиференційована аденокарцинома (G-2)	105	74,5
• диморфна-високодиференційована аденокарцинома + карциноід (G-1)	1	0,7
Пухлини з низьким ступенем диференціювання:	70	33,2
• низькодиференційована аденокарцинома (G-3)	58	82,9
• слизова (мукоїдна) аденокарцинома (G-3)	10	14,3
• низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома (G-3)	1	1,4
• залозисто-плоскоклітинний рак (G-3)	1	1,4

Гістологічний тип пухлини не встановлено у 30 (12,4 %) хворих, 28 з яких відмовились від

подальшого обстеження в клініці з різних причин, діагноз ГКРР у них був встановлено за даними іригоскопії, а 2 пацієнти обстежені неповноцінно у зв'язку з розвитком ускладнень на тлі прогресування соматичної патології.

Пухлини з високим ступенем диференціювання виявлено у 141 (66,8 %) хворого: високодиференційована аденокарцинома (G-1) — у 35 (24,8 %), помірнодиференційована аденокарцинома (G-2) — у 105 (74,5 %), диморфна пухлина — високодиференційована аденокарцинома + карциноїд (G-1) — у 1 (0,5 %).

Пухлини з низьким ступенем диференціювання виявлені у 70 (33,2 %) хворих: низькодиференційована аденокарцинома (G-3) — у 58 (82,9 %), слизова (мукоїдна) аденокарцинома (G-3) — у 10 (14,3 %), низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома (NET) (G-3) — у 1 (1,4 %), залозисто-плоскоклітинний рак (G-3) — у 1 (1,4 %).

Таблиця 3

Ступінь важкості кровотечі та локалізація ГКРР

Локалізація	Ступінь важкості кровотечі		Помірний		Середній		Важкий		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Права половина ободової кишки	13	22,4	9	15,5	36	62,1	58	24,1		
Ліва половина ободової кишки	40	47,0	18	21,2	27	31,8	85	35,3		
Пряма кишка	44	47,8	21	22,8	27	29,4	92	38,2		
Первинно-множинний рак	2	33,3	1	16,7	3	50,0	6	2,4		
Усього, %	99	41,1	49	20,3	93	38,6	241	100		

Результати досліджень та їх обговорення

Проведений аналіз залежності важкості кишкової кровотечі від локалізації, глибини пухлинної інвазії, морфологічного та гістологічного типів ГКРР.

У табл. 3 наведений аналіз залежності ступеню важкості кишкової кровотечі від локалізації ГКРР.

Як видно з представлених даних, при локалізації пухлини в правій половині ободової кишки важкі кровотечі спостерігались у 36 (62,1 %) випадках, кровотечі середнього ступеню — у 9 (15,5 %), помірної — у 13 (22,4 %). При локалізації пухлинного ураження в лівій половині ободової кишки важкі кровотечі спостерігались у 27 (31,8 %) випадках, кровотечі середнього ступеню — у 18 (21,2 %), помірного — у 40 (47,0 %). При ураженні прямої кишки важкі кровотечі визначено у 27 (29,4 %) випадках, кровотечі середнього ступеню — у 21 (22,8 %), помірного — у 44 (47,8 %).

Отже, більшість важких кровотеч (62,1 %) спостерігалася при локалізації ГКРР в правій половині ободової кишки, а в лівій половині ободової кишки, та в прямій кишці більше кровотеч помірного ступеню важкості — 47,0 та 47,8 % відповідно.

Аналіз питомої ваги важкості кровотечі при різних локалізаціях ГКРР (рис. 1) встановив, що помірний ступінь кровотечі спостерігався при ураженні прямої кишки у 44 (44,4 %) випадках, лівої половини ободової кишки — у 40 (40,4 %), правої половини ободової кишки — у 13 (13,2 %), при первинно-множинному ураженні — у 2 (2,0 %).

Кровотеча середнього ступеню спостерігалася при ураженні прямої кишки у 21 (42,9 %) випадку, лівої половини ободової — у 18 (36,7 %), правої половини ободової — у 9 (18,4 %), при первинно-множинному ураженні — у 1 (2,0 %).

Кровотеча важкого ступеню спостерігалася при ураженні правої половини ободової кишки у 36 (38,8 %) випадках, лівої половини ободової кишки — у 27 (29,0 %), прямої кишки — у 27 (29,0 %), первинно-множинному ураженні — у 3 (3,2 %).

Таким чином, гострокровоточивий рак правої половини ободової кишки зустрічався рідше, порівняно з локалізацією його в лівій половині ободової кишки — 58 (40,6 %) випадків

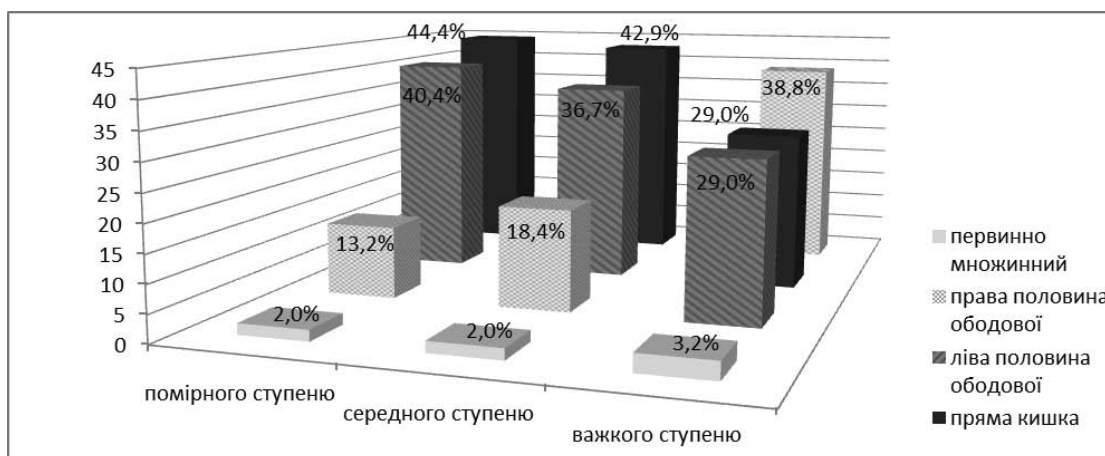


Рис. 1. Питома вага частоти важкості кровотеч в залежності від локалізації ГКРР



проти 85 (59,4 %), однак у абсолютному значенні частота важких кровотеч при пухлинному ураженні правої половини ободової кишки була вищою у 2 рази по відношенню до злоякісного пухлинного ураження лівої половини ободової кишки та у 2,1 разу по відношенню до злоякісних пухлин прямої кишки.

Ми провели детальний аналіз залежності ступеня важкості кровотечі від глибини пухлинної інвазії (табл. 4).

Таблиця 4

Ступінь важкості кровотечі та глибина інвазії ГКРР

Глибина інвазії \ Ступінь важкості кровотеч	Помірний		Середній		Важкий		Усього, %	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
T1	5	100	—	—	—	—	5	2,1
T2	28	93,3	2	6,7	—	—	30	12,4
T3	33	34,7	21	22,1	41	43,2	95	39,4
T4	33	29,7	26	23,4	52	46,8	111	46,1
Усього, %	99	41,1	49	20,3	93	38,6	241	100

З наведених у таблиці даних видно, що з інвазією T1 було 5 (2,1 %) хворих, T2 — 30 (12,4 %), T3 — 95 (39,4 %), T4 — 111 (46,1 %). При цьому кількість хворих з кровотечею помірного ступеню важкості прогресивно зменшувалася із збільшенням глибини пухлинної інвазії і становила при T1 — 5 (100 %), T2 — 28 (93,3 %), T3 — 33 (34,7 %), T4 — 33 (29,7 %). У протипагу цьому, важких кровотеч не відмічено взагалі у хворих з ГКРР із глибиною інвазії T1 та T2. У пацієнтів з глибиною інвазії T3 кровотечі важкого ступеня визначено у 41 (43,2 %), а T4 — у 52 (48,6 %). Загалом, із 206 хворих з глибиною інвазії T3-T4, кровотечі середнього та важко-

го ступеня мали місце у 140 (68,0 %) пацієнтів, складаючи 58,1 % від усіх хворих з ГКРР.

При аналізі питомої ваги частоти важкості кровотеч від глибини пухлинної інвазії (рис. 2) відмічено, що серед кровотеч помірного ступеню пухлини з інвазією T2, T3 та T4 зустрічалися з майже однаковою частотою (28,3–33,3) %, а серед кровотеч важкого ступеню зустрічалися лише злоякісні пухлини з глибиною інвазії T3-T4, при цьому частота їх зростала до 44,1 та 55,9 % відповідно.

Таким чином, при збільшенні глибини інвазії ракової пухлини зростає і кількість кишкових кровотеч середнього та важкого ступенів.

За даними інструментальних методів дослідження кишечника, морфогістологічних досліджень операційного та секційного матеріалів визначені морфологічні типи гострокровоточивого колоректального раку та проведений аналіз залежності ступеня важкості кишкової кровотечі від морфологічних особливостей злоякісного пухлинного ураження колоректальної зони, який представлено в табл. 5.

Серед 241 хворого на ГКРР екзофітний тип росту виявлено у 129 (53,5 %): війчасто-папілярний — у 106 (82,2 %), поліпоподібний — у 14 (10,8 %), вузловий — у 9 (7,0 %), та ендофітний — у 112 (46,5 %): дифузно-інфільтративний — у 55 (49,1 %), виразково-інфільтративний — у 57 (50,9 %).

З наведених у таблиці даних видно, що серед екзофітних форм ГКРР помірний ступінь кровотечі зустрічається в більшій половині випадків — у 54,3 % хворих, а кровотечі середнього та важкого ступенів — у 16,3 % та 29,4 % випадках відповідно. В протипагу, серед ендофітних форм ГКРР майже половину випадків скла-

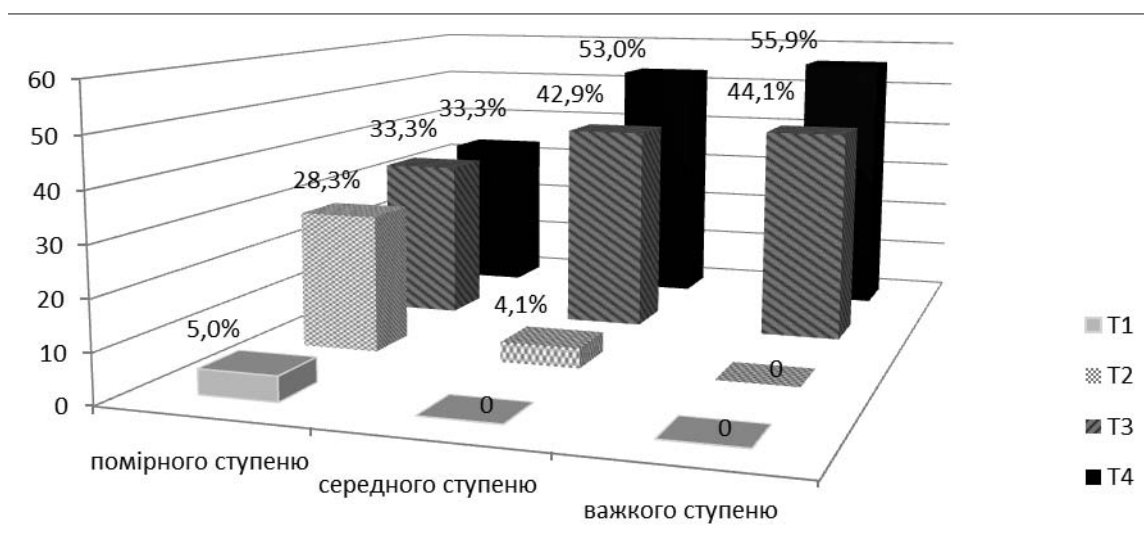


Рис. 2. Питому вагу частоти важкості кровотечі від глибини пухлинної інвазії

дають кровотечі важкого ступеню — 49,1 %, а кровотечі помірною та середнього ступеню зустрічаються в 25,9 та у 25,0 % випадках відповідно.

Таблиця 5

Ступінь важкості кровотечі та морфологічний тип ГКРР

Морфологічний тип	Помірний		Середній		Важкий		Усього, %	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Екзофітний:	70	54,3	21	16,3	38	29,4	129	53,5
• вйчасто-папілярний	51	48,1	20	18,9	35	33,0	106	82,2
• поліпоподібний	12	85,8	1	7,1	1	7,1	14	10,8
• вузловий	7	77,8	—	—	2	22,2	9	7,0
Ендофітний:	29	25,9	28	25,0	55	49,1	112	46,5
• дифузно-інфільтративний	18	32,7	13	23,6	24	43,7	55	49,1
• виразково-інфільтративний	11	19,3	15	26,3	31	54,4	57	50,9
Усього, %:	99	41,1	49	20,3	93	38,6	241	100

В структурі важкості кишкових кровотеч (рис. 3) серед екзофітних морфологічних форм ГКРР більше випадків кровотеч помірною ступеню — 70,7 %, а серед ендофітних форм ГКРР більше випадків кровотеч середнього та важкого ступенів — 57,1 та 59,1 % відповідно.

Таким чином, у структурі важкості кишкових кровотеч кровотечі важкого ступеню у 1,7 разу визначалися частіше при ендофітних формах у порівнянні з екзофітними. При цьому кровотечі середнього та важкого ступенів визначалися у 67,3 % із 55 хворих з дифузно-інфільтративною формою та у 80,7 % із 57 хворих з виразково-інфільтративною формою, що є у 2,1 та 4,2 разу частіше ніж кровотечі помірною ступеню відповідно до вказаних груп ендофітних форм ГКРР.

Ми провели детальний аналіз залежності ступеню важкості кишкової кровотечі від гістологічного типу ГКРР, який наведено у табл. 6.

З представлених даних видно, що переважна кількість кровотеч помірною ступеню відмічена у хворих з пухлинами високого ступеню диференціювання — 73 (51,8 %): високодиференційована аденокарцинома (G-1) — у 18 (51,5 %), помірnodиференційована аденокарцинома (G-2) — у 54 (51,4 %), диморфна пухлина — високодиференційована аденокарцинома + карциноїд (G-1) — у 1 (100 %).

Кровотечі середнього ступеню в цій групі спостерігали у 33 (23,4 %) хворих: високодиференційована аденокарцинома (G-1) — у 11 (31,4 %), помірnodиференційована аденокарцинома (G-2) — у 22 (21,0 %). Важкі кровотечі спостерігались у 35 (24,8 %) хворих: високодиференційована аденокарцинома (G-1) — у 6 (17,1 %), помірnodиференційована аденокарцинома (G-2) — у 29 (27,6 %).

У пацієнтів з пухлинами низького ступеню диференціювання переважну кількість склали хворі з важкими кровотечами — 46 (65,7 %): низькодиференційована аденокарцинома (G-3) — у 41 (70,7 %) хворого, слизова (мукоїдна) аденокарцинома (G-3) — у 4 (40,0 %), низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома (G-3) — у 1 (100 %).

Серед кровотеч середнього ступеню, які спостерігались у 11 (15,7 %) хворих, визначені: низькодиференційована аденокарцинома (G-3) — у 8 (13,8 %) хворих, слизова (мукоїдна) аденокарцинома (G-3) — у 3 (30,0 %). Помірна кровотеча виявлена в цій групі у 13 (18,6 %) хворих: низькодиференційована аденокарцинома (G-3) — у 9 (15,5 %), слизова (мукоїдна)

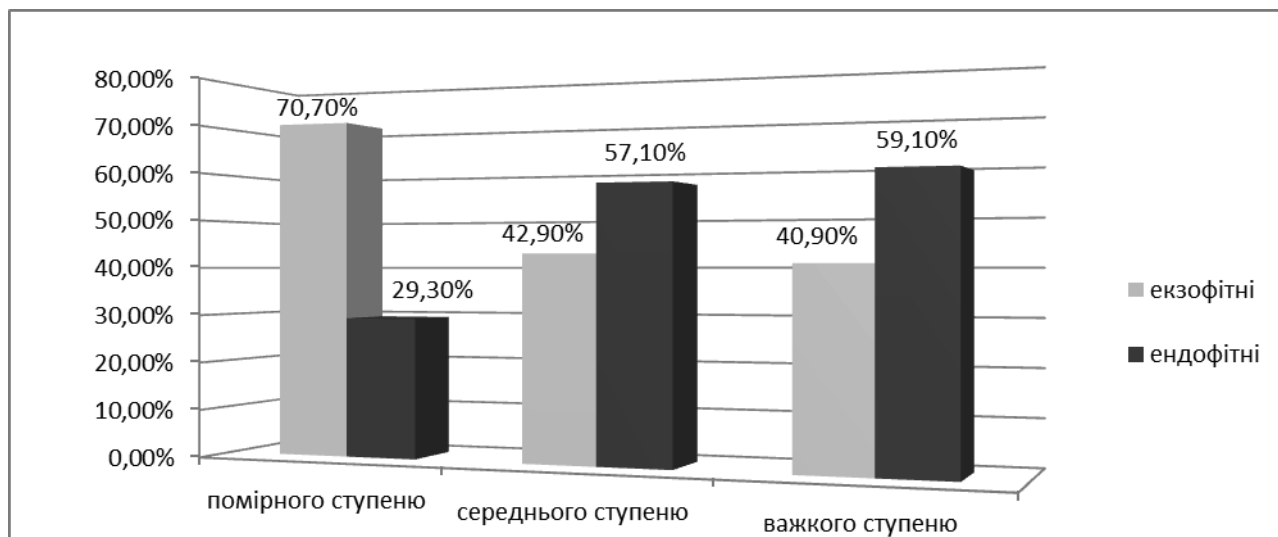


Рис. 3. Питома вага частоти важкості кровотечі від морфологічного типу ГКРР



аденокарцинома (G-3) – у 3 (30,0 %), залозисто-плоскоклітинний рак (G-3) – у 1 (100 %).

Таблиця 6

Ступінь важкості кишкової кровотечі та гістологічний тип ГКРР

Ступінь важкості кровотечі	Помірний		Середній		Важкий		Усього, %	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гістологічний тип								
Пухлини з високим ступенем диференціювання:	73	51,8	33	23,4	35	24,8	141	66,8
• високодиференційована аденокарцинома (G-1)	18	51,5	11	31,4	6	17,1	35	24,8
• помірnodиференційована аденокарцинома (G-2)	54	51,4	22	21,0	29	27,6	105	74,5
• диморфна пухлина високодиференційована аденокарцинома + карциноід (G-1)	1	100	—	—	—	—	1	0,7
Пухлини з низьким ступенем диференціювання:	13	18,6	11	15,7	46	65,7	70	33,2
• низькодиференційована аденокарцинома (G-3)	9	15,5	8	13,8	41	70,7	58	82,9
• слизова (мукоїдна) аденокарцинома (G-3)	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	14,3
• низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома (G-3)	—	—	—	—	1	100	1	1,4
• залозисто-плоскоклітинний рак (G-3)	1	100	—	—	—	—	1	1,4
Усього, %	86	40,7	44	20,9	81	38,4	211	100

Таким чином визначено, що у групі хворих з пухлинами низького ступеню диференціювання, частота важких кровотеч у 2,6 рази перевищує частоту важких кровотеч у хворих з пухлинами високого ступеню диференціювання, та водночас частота помірних кровотеч у 2,8 рази є вищою при пухлинах з високим ступенем диференціювання.

В структурі важкості кишкових кровотеч (рис. 4) серед кровотеч помірною та середнього ступеню значно переважали пухлини з високим ступенем диференціювання – у 5,6 та

у 3 рази відповідно. У групі хворих з кровотечами важкого ступеню у 1,3 рази переважали пухлини з низьким ступенем диференціювання.

Отже, на основі проведеного аналізу встановлено, що із зниженням показника диференціювання тканин, збільшується кількість важких кровотеч, при цьому у групі хворих з низьким ступенем диференціювання (G-3) у 2/3 хворих (65,7 %) визначаються кровотечі важкого ступеню.

Висновки

1. Гострокровоточивий рак правої половини ободової кишки зустрічається рідше, порівняно з локалізацією його в лівій половині ободової кишки – 58 (40,6 %) випадків проти 85 (59,4 %), однак в абсолютному значенні частота важких кровотеч при пухлинному ураженні правої половини ободової кишки є вищою у 2 рази по відношенню до злоякісного пухлинного ураження лівої половини ободової кишки та у 2,1 разу по відношенню до злоякісних пухлин прямої кишки.

2. При збільшенні глибини інвазії ракової пухлини зростає і кількість кишкових кровотеч середнього та важкого ступенів, досягаючи 68,0 % при глибині пухлинної інвазії T3-T4.

3. У структурі важкості кишкових кровотеч, кровотечі важкого ступеню у 1,7 разу визначаються частіше при ендофітних формах у порівнянні з екзофітними, при цьому кровотечі середнього та важкого ступенів визначені у 67,3 % із 55 хворих з дифузною-інфільтративною формою та у 80,7 % із 57 хворих з виразково-інфільтративною формою, що є вищим у 2,1 та 4,2 разу ніж кровотеч помірною ступеню відповідно до вказаних груп ендофітних форм ГКРР.

4. Із зниженням показника диференціювання ракової тканини, збільшується кількість кровотеч важкого ступеню, досягаючи 65,7 % при пухлинах з низьким ступенем диференціювання.

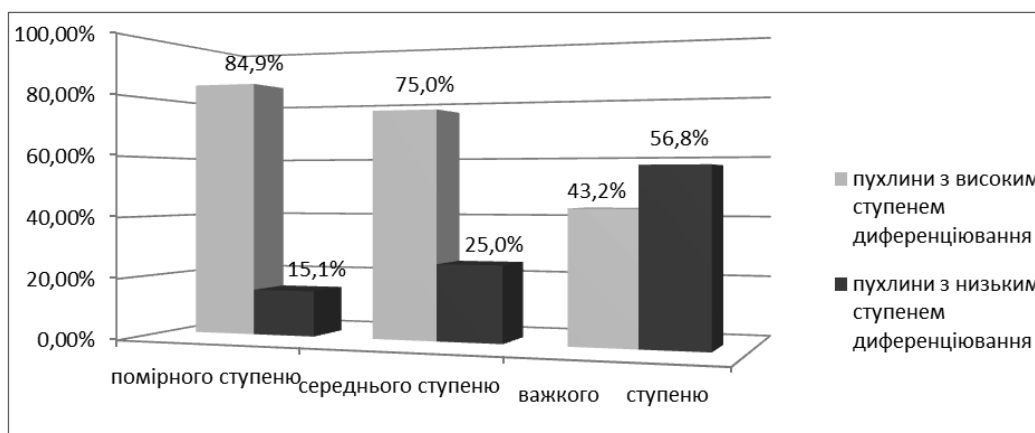


Рис. 4. Питома вага частоти важкості кровотеч в залежності від гістологічного типу ГКРР



ЛІТЕРАТУРА

1. Денисенко В. Л. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин // Новости хирургии. — 2011. — № 1. — С. 103–111.
2. Інденко В. Ф. Товстокишкові кровотечі: діагностика, лікувальна тактика : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.03 / Інденко Віталій Федорович; Львів. держ. мед. ун-т ім. Данила Галицького. — Львів, 2001. — 19 с.
3. Русин В. І. Морфологічні особливості злоякісних колоректальних пухлин / В. І. Русин, А. В. Сочка // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Сер. Медицина. — 2013. — № 2. — С. 82–86.
4. AJCC Cancer Staging Manual / ed. by S. Edge, D. R. Byrd, C. C. Compton [et al.]. — 7th ed. — New York : Springer-Verlag, 2010. — XV, 649 p.
5. Cancer Facts & Figures 2011 [Electronic resource] / American Cancer Society. — Way of access : URL : <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-029771.pdf>. — Title from the screen.
6. Compton C. C. Colorectal carcinoma: diagnostic, prognostic, and molecular features / C. C. Compton // Mod. Pathol. — 2003. — Vol. 16, N 4. — P. 376–388.
7. Fearnhead N. S. Acute lower gastrointestinal bleeding / N. S. Fearnhead // Medicine. — 2007. — Vol. 35, N 3. — P. 164–167.
8. Japanese classification of colorectal carcinoma / Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. — Tokyo : Kanehara, 1997. — 82 p.
9. Jass J. R. Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical morphological and molecular features / J. R. Jass // Histopathology. — 2007. — Vol. 50, N 1. — P. 113–130.
10. Management of bleeding GI tumors / S. J. Heller, J. L. Tokar, M. T. Nguyen [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 2010. — Vol. 72, N 4. — P. 817–824.
11. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: colon cancer / P. F. Engstrom, J. P. Arnoletti, A. B. Benson 3rd [et al.] // J. Natl. Compr. Canc. Netw. — 2009. — Vol. 7, N 8. — P. 778–831.
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: rectal cancer / P. F. Engstrom, J. P. Arnoletti, A. B. Benson 3rd [et al.] // J. Natl. Compr. Canc. Netw. — 2009. — Vol. 7, N 8. — P. 838–881.
13. Severe acute lower gastrointestinal bleeding: risk factors for morbidity and mortality / A. Rios, M. J. Montoya, J. M. Rodriguez [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. — 2007. — Vol. 392, N 2. — P. 165–171.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКРОВОТОЧАЩИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*П. В. Иванчов,
А. Н. Андрусенко*

Резюме. С 2002 по 2013 годы в Киевский городской центр по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями госпитализировано 241 больного с острокровоточащим колоректальным раком. Согласно принятой в клинике классификации тяжести желудочно-кишечных кровотечений (акад. Братусь В. Д., 2001), умеренная степень тяжести кровотечения была у 99 (41,1 %) пациентов, средняя — у 49 (20,3 %), тяжелая — у 93 (38,6 %). Проведен анализ зависимости тяжести кишечного кровотечения от локализации, глубины опухолевой инвазии, морфологического и гистологического типов ОКРР. На основании полученных данных, определено, что острокровоточащий рак правой половины ободочной кишки встречался реже, по сравнению с локализацией его в левой половине ободочной кишки — 58 (40,6 %) случаев против 85 (59,4 %), однако в абсолютном значении частота тяжелых кровотечений при опухолевом поражении правой половины ободочной кишки была выше в 2 раза по отношению к злокачественному опухолевому поражению левой половины ободочной кишки и в 2,1 раза по отношению к злокачественным опухолям прямой кишки. Глубина инвазии раковой опухоли непосредственно обуславливает рост количества кишечных кровотечений средней и тяжелой степеней, которые достигают 68,0 % при глубине опухолевой инвазии Т3-Т4. Кровотечения умеренной степени в 2,4 раза встречались чаще при экзофитных формах ОКРР, а кровотечения средней и тяжелой степеней определялись в 67,3 % из 55 больных с диффузно-инфильтративной формой и 80,7 % из 57 больных с язвенно-инфильтративной формой, что в 2,1 и 4,2 раза выше, чем кровотечений средней степени в соответствии с указанными группами эндофитных форм ОКРР. Снижение показателя дифференцировки раковой ткани обуславливает увеличение количества кровотечений тяжелой степени, достигая 65,7 % при опухолях с низкой степенью дифференцировки (G-3).

Ключевые слова: острокровоточащий колоректальный рак, кишечное кровотечение, тяжесть кишечного кровотечения.



THE PECULIARITY OF
BLEEDINGS IN PATIENTS
WITH ACUTE BLEEDING
COLORECTAL CANCER

P. V. Ivanchov,
O. M. Andrusenko

Summary. From 2002 to 2013 in Kyiv City Centre to assist patients with gastrointestinal bleeding 241 hospitalized patients with colorectal cancer acute bleeding. According to the adopted in classifying the severity of clinical gastrointestinal (Bratus V.D., 2001), moderate severity of hemorrhage was in 99 (41,1 %) patients, the average — in 49 (20,3 %), heavy — at 93 (38,6 %). The dependence of the severity of intestinal bleeding localization, depth of tumor invasion, morphological and histological types of ACRC. Based on these data it is determined that acute bleeding cancer of the right half of the colon was less frequent compared with its localization in the left half of the colon — 58 (40,6 %) versus 85 cases (59,4 %), but the absolute value of the frequency of serious bleeding during tumor lesion of the right half of the colon was higher in 2 times in relation to malignant neoplastic lesions of the left colon and 2,1 times with respect to malignant tumors of the rectum. The depth of cancer invasion directly led to increased amounts of intestinal bleeding of moderate and severe, which reach 68,0 % at the depth of tumor invasion T3-T4. Bleeding moderate 2,4 times more often met with exophytic forms of ACRC, and bleeding of moderate and severe degrees were determined in 67,3 % of 55 patients with diffuse infiltrative form and 80,7 % of 57 patients with ulcerative infiltrative form that above 2,1 and 4,2 times the average degree of bleeding than in accordance with the forms of ACRC endophyte groups. The decline in the differentiation of cancerous tissue causes an increase in the amount of bleeding severe, reaching 65,7 % of tumors with a low degree of differentiation (G-3).

Key words: *acute bleeding colorectal cancer, intestinal bleeding, severity of the intestinal bleeding.*