



П. В. Іванчов,
О. М. Андрусенко

ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

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

© Іванчов П. В.,
Андрусенко О. М.

Резюме. Проаналізовано клінічний перебіг та його особливості у 241 хворого на гострокровоточивий колоректальний рак (ГКРР). У структурі гострих ускладнень КРР кровотеча займає друге місце після гострої кишкової непрохідності, випереджаючи параканкроз та перфорацію. У 73,9 % пацієнтів кровотеча стала приводом для виявлення злоякісного ураження товстої кишки. Серед хворих з вперше виявленим ГКРР 38,8 % не відмічали ніяких скарг до розвитку кишкової кровотечі, у 22,4 % спостерігались лише загальні симптоми, або симптоми кишкової диспепсії, та лише у 38,8 % хвороба носила маніфестний характер. На підставі детального аналізу даних про особливості перебігу колоректального раку нами розроблена та запропонована клініко-патогенетична класифікація колоректального раку. У 64,3 % мала місце клініка кишкової кровотечі в ізолюваному варіанті, а у 35,7 % спостерігалась комбінація кровотечі з іншими гострими ускладненнями КРР.

Ключові слова: *гостроускладнений колоректальний рак, клінічний перебіг, клініко-патогенетична класифікація.*

Вступ

Колоректальний рак стійко залишається вагомою проблемою, не зважаючи на стрімкий розвиток сучасної медицини. Тривалий безсимптомний або малосимптомний перебіг та різноманіття клінічних форм захворювання створює труднощі виявлення його на ранніх стадіях, та є причиною пізньої діагностики, в більшості випадків, вже на стадії розвитку гострих ускладнень. Питома вага ускладнень злоякісного ураження товстої кишки кровотечею за зведеними статистичними даними вітчизняних та зарубіжних клінік варіює в межах від 6,2 до 40 %, гострою кишковою непрохідністю – від 30 до 65 %, перфорацією – від 2,1 до 27 %, параканкрозом – від 12 до 35 %, у значній кількості хворих ускладнення носять поєднаний характер. У структурі кишкових кровотеч колоректальний рак складає від 8,2 до 16 % і на теперішній час частота товстокишкових пухлинних кровотеч не має тенденції до зменшення.

Загалом, до 60–89 % хворих на колоректальний рак госпіталізуються у зв'язку з розвитком гострих ускладнень, що потребує виконання в більшості випадків оперативних втручань в екстреному порядку у необстежених та невідготовлених хворих, результати яких не можна вважати задовільними через високий відсоток післяопераційних ускладнень та летальності.

Мета роботи

Визначити клініко-діагностичні особливості гострокровоточивого колоректального раку та його комбінацій з іншими ускладненнями.

Матеріали та методи досліджень

З 2003 по 2014 рік в Київській міській центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами, що діє на базі Київської міської клінічної лікарні № 12, госпіталізовано 811 хворих з гостроускладненими формами колоректального раку (табл. 1).

Таблиця 1

Структура гостроускладненого колоректального раку (2003-2014рр.)

Форма, ускладнення	Рік													Усього
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Обтураційний	20 29,8 %	21 38,2 %	30 47,6 %	28 51,8 %	26 47,3 %	25 37,9 %	43 57,3 %	38 50,0 %	33 47,8 %	47 54,7 %	27 40,9 %	28 35,4 %	366 45,1 %	
Гострокровоточивий	23 34,3 %	22 40,0 %	18 28,6 %	15 27,8 %	16 29,1 %	20 30,3 %	15 20,0 %	19 25,0 %	18 26,1 %	26 30,2 %	25 37,9 %	24 30,4 %	241 29,7 %	
Параканкрозний	22 32,8 %	11 20,0 %	14 22,2 %	9 16,7 %	10 18,2 %	18 27,3 %	13 17,3 %	11 14,5 %	10 14,5 %	9 10,5 %	7 10,6 %	24 30,4 %	158 19,5 %	
Перфоративний	2 3,0 %	1 1,8 %	1 1,6 %	2 3,7 %	3 5,5 %	3 4,5 %	4 5,3 %	8 10,5 %	8 11,6 %	4 4,7 %	7 10,6 %	3 3,8 %	46 5,7 %	
Усього	67 8,3 %	55 6,8 %	63 7,8 %	54 6,7 %	55 6,8 %	66 8,1 %	75 9,2 %	76 9,4 %	69 8,5 %	86 10,6 %	66 8,1 %	79 9,7 %	811 100 %	

Гострокровоточивий колоректальний рак займає друге місце (29,7 %) після колоректального раку, що ускладнений гострою кишковою непрохідністю (45,1 %), випереджаючи КРР з параканкрозом (19,5 %) та перфоративний КРР (5,7 %).

Вік госпіталізованих хворих з ГКРР варіював від 41 до 94 років. Чоловіків біло 126 (52,3 %), вік у межах від 41 до 94 років, середній вік (66,9±11,8) років. Жінок — 115 (47,7 %), вік у межах від 50 до 89 років, середній вік (69,0±8,4) років. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1,1 : 1. Осіб похилого та старечого віку 81,3 %.

У всіх пацієнтів були супутні захворювання різних органів та систем, що характерно для цієї вікової категорії хворих (поліморбідність 100 %). Індекс поліморбідності склав 4,7 у чоловіків та 5,3 у жінок.

На підставі даних, що отримані при проведенні інструментальних методів дослідження, виявлено ГКРР: правої половини ободової кишки (відносно сфінктера Хорста) — у 58 (24,1 %) випадках, лівої половини ободової кишки — у 85 (35,3 %), прямої кишки — у 92 (38,2 %), мультицентричний рак — у 6 (2,5 %).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією важкості шлунково-кишкових кровотеч (В. Д. Братусь, 2001), помірний ступінь важкості геморагії був у 99 (41,1 %), середній — у 49 (20,3 %), важкий — у 93 (38,6 %) пацієнтів. Як показали наші дослідження у 74 (30,7 %) хворих до госпіталізації в клініку у зв'язку з розвитком гострої кишкової кровотечі, була анемія. Співвідношення важкості кровотечі: помірної/середньої/важка — 1,0/0,5/0,9.

Згідно з Міжнародною класифікацією злоякісних новоутворень TNM-7th ed (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 %).

Гістологічний тип ГКРР визначений у 211 (87,6 %) хворих. Матеріалом для досліджень були: операційний матеріал — у 101 (47,9 %) випадку, біопсійний матеріал, отриманий 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 інших медичних закладах, де первинно був встановлений діагноз КРР. У 208 (98,6 %) випадках виявлена аденокарцинома різного ступеню диференціювання, в 1 (0,5 %) — залозисто-плоскоклітинний рак, в 1 (0,5 %) — низькодиференційована нейро-ендокринна карцинома, в 1 (0,5 %) — диморфна пухлина (високодиференційована аденокарцинома та високодиференційована нейро-ен-

докринна карцинома). Серед аденокарцином: 35 (16,8 %) — високодиференційована (G-1), 105 (50,5 %) — помірнодиференційована (G-2), 68 (32,7 %) — низькодиференційована (G-3).

Результати досліджень та їх обговорення

Дошпитальний симптомокомплекс хворих з вперше виявленим гострокровоточивим колоректальним раком складається з трьох груп симптомів. Це загальні симптоми, симптоми кишкової диспепсії та симптоми кишкової кровотечі.

Після аналізу дошпитального симптомокомплексу хворі розподілені на дві групи: 1 група — хворі з безсимптомним перебігом колоректального раку, у яких кишкова кровотеча була першим проявом захворювання; 2 група — хворі, у яких загальні симптоми захворювання та симптоми кишкової диспепсії спостерігались певний час, але тільки поява симптомів кишкової кровотечі змусила їх звернутися за медичною допомогою.

Група 1 — хворі з безсимптомним перебігом колоректального раку, у яких кровотеча стала першим проявом захворювання. У групі 69 хворих, що складає 38,8 % від кількості хворих з вперше виявленим ГКРР. Всі ці пацієнти до появи кишкової кровотечі вважали себе абсолютно здоровими і в повному обсязі здійснювали свою професійну та фізичну діяльність.

Звернулись за медичною допомогою і 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 14 (20,3 %) хворих з цієї групи, що госпіталізовані у ранні терміни, зовнішні прояви кровотечі так і залишилися основними симптомами захворювання.

У решти 55 (79,7 %) хворих до клінічної картини приєдналися загальні симптоми крововтрати та гемодинамічні порушення: слабкість — у всіх 55 хворих (100,0 %), запаморочення — у 28 (50,9 %), втрата свідомості — у 7 (12,7 %), підвищена втомлюваність — у 6 (10,9 %).

Група 2 — хворі, у яких тривалий симптомокомплекс не спонукав до обстежень, але поява крові у випорожненнях змусила їх звернутися за медичною допомогою. У групі 109 хворих, що складає 61,2 % від кількості хворих з вперше виявленим ГКРР.

Від початку захворювання до появи перших ознак кишкової кровотечі клінічні ознаки пухлинного ураження спостерігались протягом: до 1 місяця — у 5 хворих (4,6 %), 1-3 місяці — у 12 (11,0 %), 3-6 місяців — у 32 (29,4 %), 6-12 місяців — у 60 (55,0 %).



Більшість симптомів у хворих цієї групи склали загальні симптоми («малі ознаки»): слабкість – у 95 (87,2 %) хворих, втрата ваги – у 53 (48,6 %), зниження апетиту – у 50 (45,9 %), запаморочення – у 44 (40,4 %), підвищена втомлюваність – у 37 (33,9 %), підвищення температури тіла, озноби – у 8 (7,3 %).

Симптоми кишкової диспепсії в цій групі хворих були такі: біль в череві – у 53 (48,6 %) хворих, закрепи – у 31 (28,4 %), здуття черева – у 23 (21,1 %), діарея – у 10 (9,2 %), чергування закрепів та діареї – у 6 (5,5 %), тенезми – у 2 (1,8 %), стілець невеликими порціями – у 2 (1,8 %). Виявлені варіанти порушення характеру кишкового вмісту та частоти дефекацій об'єднані в групу симптомів порушення пасажу по кишечнику, ці симптоми спостерігались у 51(46,8 %) хворого.

У 26 хворих (23,9 %) до появи кишкової кровотечі спостерігались лише загальні симптоми («малі ознаки»). Симptomів кишкової диспепсії хворі не відмічали.

У 14 хворих (12,8 %) загальних симптомів захворювання не було взагалі. Спостерігались лише симптоми кишкової диспепсії (порушення характеру та частоти дефекацій, біль у череві, здуття).

Пацієнти, у яких спостерігались лише загальні симптоми чи симптоми кишкової диспепсії об'єднані в підгрупу хворих з малосимптомним перебігом захворювання. В цій підгрупі 40 хворих, що склали 36,7 % від хворих з наявними ознаками пухлинного ураження до розвитку кишкової кровотечі, та 22,4 % від загальної кількості хворих з вперше виявленим колоректальним раком.

Пацієнти, у яких спостерігались одночасно загальні симптоми і симптоми кишкової диспепсії, об'єднані в підгрупу хворих з маніфестним перебігом захворювання. В цій підгрупі 69 хворих, що склали 63,3 % від хворих з наявними ознаками пухлинного ураження до розвитку кишкової кровотечі, та 38,8 % від загальної кількості хворих з вперше виявленим колоректальним раком (рис.).

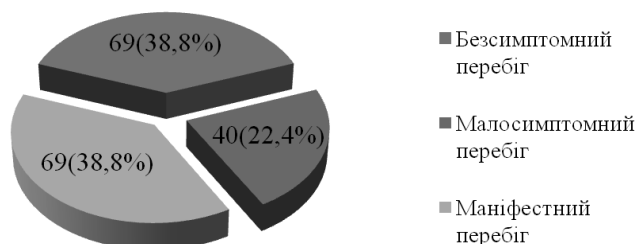


Рис. Загальна структура клінічних проявів ГКРР до розвитку кровотечі

Характер кров'янистих випорожнень був однаковий у хворих обох груп. Випорожнення

чорного кольору спостерігались у 36 (20,2 %) хворих, вишневого – у 33 (18,5 %), малозмінена кров – у 91 (51,1 %), розмита кров («малинове желе», «м'ясні помії») – у 7 (3,9 %), зі згортками крові – у 11 (6,2 %).

Такі симптоми як слабкість, запаморочення, стомлюваність, анемія, виявлена при лабораторному дослідженні, є ознаками загальних проявів ракового процесу і ознаками крововтрати, як ускладнення колоректального раку. Зниження апетиту та втрата ваги є ознаками ракової інтоксикації, при чому втрата ваги у деяких пацієнтів спостерігалася навіть при збереженому апетиті. Підвищення температури тіла, озноб спостерігались при хронічній анемії та явищах параканкрозу.

Епізоди кишкових кровотеч, що встановлені при ретроспективному аналізі, відбувалися без гемодинамічно значимого компоненту, у зв'язку з чим хворі не зверталися за медичною допомогою і цей факт не спонукав хворих до проходження обстеження у фахівців. Такі ситуації часто недооцінюються, що приводить до пізнього звернення за медичною допомогою, коли раковий процес вже носить розповсюджений характер, а компенсаторні механізми зірвані, чи в стані крайньої напруги.

У 11 хворих, що склали 6,2 % від загальної кількості хворих з вперше виявленим гострокровоточивим колоректальним раком, скарги пов'язували з іншими хворобами, від яких вони лікувалися. А саме: 2 хворих лікували коліт від 5 до 6 місяців; 3 хворих гемороєм від 1 до 5 місяців; 1 анальну тріщину 3 місяці; 1 хронічну анемію на протязі 1 року; 1 гастрит на протязі 1 року; 1 виразку шлунку 1 місяць; 2 пацієнтів спостерігали доброякісні поліпи ободової кишки від 3 місяців до 1,5 року, від запропонованого оперативного лікування відмовлялися.

Серед усіх госпіталізованих пацієнтів мав місце обтяжений онкологічний анамнез у 13 (5,4 %) : 4 (30,8 %) оперовані з приводу раку матки, 3 (23,1 %) – раку молочних залоз, 2 (15,4 %) – раку яєчників, 2 (15,4 %) – раку інших відділів кишечника більше 10 років тому, 1 (7,7 %) – базаліоми спини. Усі хворі з обтяженим онкологічним анамнезом – жінки.

При госпіталізації хворих з ГКРР загальні симптоми крововтрати визначено у 213 (88,4 %) хворих, а саме: слабкість – у всіх 213 (100 %), запаморочення – у 109 (51,2 %), втрата свідомості – у 10 (4,7 %) хворих. Серед загальних симптомів ракової інтоксикації найчастіше зустрічались: зниження апетиту – у 94 (44,1 %), втрата ваги – у 89 (41,8 %), підвищена втомлюваність – у 70 (32,9 %), підвищена температура тіла, озноби – у 13 (6,1 %).

Поряд із загальними симптомами у 190 (78,8 %) хворих можна виявити симптоми зло-

якісного пухлинного ураження кишечника при фізикальному обстеженні хворих (табл. 2). Тому детальний збір анамнестичних даних та деталізація скарг хворих у поєднанні з фізикальним обстеженням можуть надати велику допомогу у діагностиці причини кишкової кровотечі.

Під час пальпації черева вдалось виявити пухлину у 42 (17,4 %) хворих з ГКРР. Пухлина у вигляді щільного, бугристого, нерухомого утворення визначалась при пальпації у 16 (38,1 %) пацієнтів, як щільне, малорухоме утворення без чітких контурів – у 17 (40,5 %), рухома пухлина з чіткими контурами виявлена у 9 (21,4 %) хворих.

Таблиця 2

Патологічні зміни, які виявлено при фізикальному обстеженні хворих з ГКРР

№	Симптоми	Абс.	%
1	Блідість шкіри та слизових оболонок	93	38,6
2	Холодний липкий піт	9	3,7
3	Пальпація пухлини в череві	42	17,4
4	Пальпація пухлини per rectum	49	20,3
5	Збільшена печінка з метастазами	9	3,7
6	Болючість в проекції пухлини	45	18,6
7	Болючість по ходу товстої кишки, проксимальніше пухлини	61	25,3
8	Асцит	9	3,7
9	Кахексія	18	7,5

Під час пальцевого обстеження per rectum пухлина виявлена у 49 хворих, що склало 20,3 % від загальної кількості хворих з ГКРР та 53,3 % від хворих з раком прямої кишки.

Збільшена бугриста печінка з метастазами колоректального раку виявлена при пальпації у 9 хворих (3,7 % від загальної кількості хворих з ГКРР та 22,5 % від хворих з метастазами у печінку). У 3(33,3 %) з них при фізикальному обстеженні виявлялися тільки метастази у печінку, первинна пухлина не визначалась при пальпації.

Болючість в проекції пухлини визначалась у 45(18,7 %) хворих, болючість по ходу товстої кишки проксимальніше пухлини визначалась у 61(25,3 %) хворого.

Блідість шкіри виявлена у 93(38,6 %) хворих з важкою анемією, холодний липкий піт спостерігався у 9(3,7 %) пацієнтів, що госпіталізовані в стані геморагічного шоку.

У 9 (3,7 %) пацієнтів з ГКРР асцит був ознакою канцероматозу очеревини.

Отже, на підставі первинного огляду хворого з кишковою кровотечею, зумовленою злоякісним пухлинним ураженням, можливо виявити клінічні ознаки, що мають важливе діагностичне значення, а саме:

- під час пальпації черева та огляду per rectum виявлена пухлина чи збільшена печінка з метастазами у 94 (39,0 %) хворих;

- комбінація симптомів кишкової кровотечі та кишкової диспепсії визначена у 55 (22,8 %) хворих;
- у 24 (10,0 %) хворих діагноз КРР встановлений раніше в інших медичних закладах, а поява симптомів кишкової кровотечі вказала на прогресування або рецидив пухлинного ураження товстої кишки;
- симптоми кишкової кровотечі та «малі ознаки» виявлено у 17 (7,1 %) хворих.

Ракова кахексія та інтоксикація в 18 (7,5 %) випадках доповнювала діагностику.

Таким чином, безпосередньо встановити діагноз злоякісного пухлинного ураження кишечника на підставі первинного огляду можливо у 91(37,8 %) хворого, у яких пухлина визначалась при пальпації черева чи огляді per rectum. З найбільшою ймовірністю встановити діагноз злоякісного пухлинного ураження кишечника можливо у 99 (41,1 %) хворих, у яких виявлені комбінації симптомів кишкової кровотечі та кишкової диспепсії чи комбінації симптомів кишкової кровотечі та симптомокомплексу «малих ознак» або поява симптомів кишкової кровотечі у хворих, у яких діагноз встановлено раніше в інших медичних закладах, вказує на прогресування або рецидив злоякісного пухлинного ураження товстої кишки.

На підставі детального аналізу даних про особливості перебігу колоректального раку нами розроблено та запропоновано клініко-патогенетичну класифікацію колоректального раку.

Клініко-патогенетична класифікація колоректального раку

- I. Латентний.
 - 1) безсимптомний (виявляється при скринінгу);
 - 2) пухлиноподібний (скарг нема, у череві пальпується пухлина).
- II. Інтоксикаційно-анемічний.
- III. З порушенням роботи кишечника.
 - 1) з перевагою закріпів;
 - 2) з перевагою діарей;
 - 3) з чергуванням закріпів та діарей.
- IV. Гостроускладнений.
 - 1) обтураційний;
 - 2) гостро кровоточивий;
 - 3) параканкротичний;
 - 4) перфоративний.
- V. З комбінацією ускладнень.

Щодо основних варіантів клінічного перебігу ГКРР слід відмітити, що явища часткової кишкової непрохідності в різних комбінаціях з іншими ускладненнями ГКРР спостерігались у 74 (30,7 %) хворих. У даній групі в 31 (41,9 %) випадку локалізацією злоякісної пухлини була ліва половина ободової кишки, в 28 (37,8 %) –



пряма кишка, в 15 (20,3 %) – права половина ободової кишки.

Явища параканкрозу спостерігались у 19 (7,9 %) хворих. В даній групі у 8 (42,1 %) випадках ГКРР виявлено в лівій половині ободової кишки, в 6 (31,6 %) – у правій половині ободової кишки, в 5 (26,3 %) – у прямій кишці.

Перфорація злоякісної пухлини спостерігалась в 2 (0,8 %) випадках при локалізації процесу по одному випадку у висхідній ободовій та прямій кишці.

Таким чином, на підставі аналізу отриманих клінічних даних нами визначено шість основних клінічних варіантів перебігу гострокровоточивого колоректального раку:

- клініка кишкової кровотечі (КК) в ізольованому варіанті – у 155 (64,3 %) хворих;
- клініка КК та часткової кишкової непрохідності – у 65 (27,0 %) хворих;
- клініка КК та параканкрозу – у 11 (4,6 %) хворих;
- клініка КК, часткової кишкової непрохідності та параканкрозу – у 8 (3,3 %) хворих;
- клініка КК, часткової кишкової непрохідності та перфорації пухлини – у 1 (0,4 %) хворого;
- клініка КК та перфорації пухлини – у 1 (0,4 %) хворого.

Згідно визначених показань оперативне лікування проведено у 105 (43,6 %) пацієнтів, серед яких 88 (83,8 %) радикальних оперативних втручань, паліативних та симптоматичних – 17 (16,2 %). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія – 13 (14,8 %), II – 43 (48,9 %), III – 31 (35,2 %), IV – 1 (1,1 %).

При місцевому поширенні КРР на інші органи черевної порожнини проведено комбіновані оперативні втручання у 14 (13,3 %) пацієнтів. Додатково виконано: резекція тонкої кишки – 5 (35,7 %), крайова резекція печінки – 4 (28,6 %), резекція шлунка за Б-П – 1 (7,1 %), пангістеректомія – 1 (7,1 %), резекція сечового міхура – 1 (7,1 %), резекція та пластика сечоводу – 1 (7,1 %), резекція передньої черевної стінки – 1 (7,1 %).

Радикальні оперативні втручання – 88 (83,8 %) виконано з приводу КРР, ускладненого кишковою кровотечею в ізольованому варіанті у 40 (45,5 %) пацієнтів, ускладненого КК та частковою кишковою непрохідністю – у 38 (43,2 %), ускладненого КК, частковою кишковою непрохідністю та параканкрозом – у 6 (6,8 %), ускладненого КК та параканкрозом – у 4 (4,5 %). Летальність в цій групі склала 1,1 % (1 хворий з комбінацією ускладнень у вигляді КК та ЧКН).

Паліативні (циторедуктивні) оперативні втручання було виконано з метою видалення

первинної пухлини для забезпечення надійного хірургічного гемостазу за наявності відповідного біологічного ресурсу пацієнта. За таких умов паліативне оперативне втручання є методом здійснення кінцевого хірургічного гемостазу, зменшує питому вагу непластичної тканинної маси, що в свою чергу зменшує інтенсивність ракової інтоксикації та зменшує процеси метастатичного розповсюдження злоякісного пухлинного процесу, суттєво підвищує ефективність проведеної у післяопераційному періоді хіміо- та променевої терапії та створює благоприємні умови для компенсації анемії та відновлення процесів білкового та азотистого обміну.

Нерадикальних (паліативних та симптоматичних) оперативних втручань виконано 17 (16,2 %). З яких 7 (41,2 %) – з приводу КРР ускладненого лише кишковою кровотечею, 6 (35,3 %) – ускладненого КК та частковою кишковою непрохідністю, 2 (11,7 %) – ускладненого КК та параканкрозом, 1 (5,9 %) – ускладненого КК, частковою кишковою непрохідністю та параканкрозом, 1 (5,9 %) – ускладненого КК та перфорацією пухлини. Летальність в цій групі склала 17,6 % (3 хворих з різними комбінаціями ускладнень: КК + ЧКН + перфорація пухлини, КК + ЧКН + параканкрот, КК + параканкрот).

Консервативну терапію отримували 136 (56,4 %) хворих, серед яких відмовились від оперативного лікування – 79 (58,1 %), діагностовано розповсюджені та генералізовані форми раку, що визначали неоперабельність пухлинного процесу – у 23 (16,9 %), операція визнана непереносимою внаслідок наявності важкої соматичної патології – у 34 (25,0 %).

Серед 136 хворих, що отримували консервативну терапію, у 108 (79,4 %) спостерігалась клініка кишкової кровотечі в ізольованому варіанті, у 21 (15,4 %) – клініка КК та часткової кишкової непрохідності, у 5 (3,7 %) – клініка КК та параканкрозу, у 1 (0,7 %) – клініка КК, часткової кишкової непрохідності та параканкрозу, у 1 (0,7 %) – клініка КК та перфорації. Летальність в цій групі хворих склала 11,8 % (16 хворих: КК в ізольованому варіанті у 11, КК + ЧКН – у 2, КК + параканкрот – у 2, КК + перфорація пухлини – у 1).

Висновки

1. У 38,8 % хворих був безсимптомний перебіг захворювання, будь-які клінічні прояви були відсутні і лише розвиток кишкової кровотечі спонукав до первинної діагностики пухлинного ураження товстого кишечника, а у 22,4 % пацієнтів із вперше виявленими злоякісними пухлинами товстої кишки клінічні прояви пухлинного ураження до розвитку



кишкової кровотечі носили невиражений або стертий характер, що вказує на малосимптомний варіант перебігу захворювання.

2. При фізикальному обстеженні можливо виявити симптоми злоякісного пухлинного ураження товстої кишки у 37,8 % випадках.

3. У групі хворих з клінічними проявами захворювання до розвитку кишкової кровотечі найбільш частими були загальні симптоми: слабкість – у 87,2 % хворих, втрата ваги – у 48,6 %, зниження апетиту – у 45,9 %, запаморо-

чення – у 40,4 %; менше зустрічались симптоми кишкової диспепсії: біль в череві – у 48,6 %, симптоми порушення пасажу по кишечнику (закрепи, діарея, чередування закрепів та діарей, здуття, тенезми) – у 46,8 %.

4. Клініка кишкової кровотечі в ізолюваному варіанті мала місце у 64,3 % хворих, а у решти 35,7 % пацієнтів клінічні ознаки кишкової кровотечі визначалися на фоні часткової кишкової непрохідності, параканкрозу, перфорації пухлини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алгоритм лечения осложненных форм колоректального рака / С. В. Антипова, Е. В. Калинин, В. В. Шляхтин, Р. А. Галат // Укр. мед. альманах. – 2009. – № 1. – С. 10–14.
2. Белозьоров І. В. Хірургічна тактика у хворих з гострими ускладненнями раку товстої кишки (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.03 / І. В. Белозьоров. – Харків, 2011. – 35 с.
3. Вопросы хирургической тактики при осложненном колоректальном раке / Б. А. Сотниченко, М. О. Дмитриев, В. И. Макаров [и др.] // Хірургія України. – 2006. – № 4. – С. 21–26.
4. Кутуков В. В. Хирургия осложненного и местно-распространенного рака толстой кишки / В. В. Кутуков, В. В. Севостьянов // Вестн. хирургии имени И.И. Грекова. – 2009. – № 1. – С. 112–115.
5. Маханьков Д. О. Лечение осложненных форм колоректального рака / Д. О. Маханьков, С. Ю. Сидельников, А. В. Важенин // Пробл. клин. медицины. – 2006. – № 3. – С. 46–49.
6. Нарезкин Д. В. Оказание лечебной помощи больным с осложненным колоректальным раком в общехирургическом стационаре / Д. В. Нарезкин, С. Н. Щаева // Колопроктология. – 2011. – № 4. – С. 38–40.
7. Осипов В. А. Оптимизация хирургического лечения больных с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью, кровотечением и их сочетанием : дис. канд. мед. / В. А. Осипов. – СПб., 2014. – 141 с.
8. Осложнения колоректального рака в хирургической клинике / И. А. Акперов, А. П. Василенко, А. Г. Кузнецов [и др.] // Харк. хірург. школа. – 2009. – № 2.2. – С. 8.
9. Особенности хирургической тактики у больных осложненным колоректальным раком / А. А. Маслов, И. С. Тищенко, Г. В. Каминский, Л. Х. Чалхадян // Сиб. онкол. журнал. – 2009. – Прил. 2. – С. 131–132.
10. Colorectal cancer presenting as surgical emergencies / M. Cuffy, F. Abir, R. A. Audisio, W. E. Longo // Surg. Oncol. – 2004. – Vol. 13, N 2/3. – P. 149–157.
11. Emergency colonic surgery: analysis of risk factors predicting morbidity and mortality] : [article in Italian] / G. Costa, F. Tomassini, S. M. Tierno [et al.] // Chir. Ital. – 2009. – Vol. 61, N 5/6. – P. 565–571.
12. Urgent surgery in colon carcinoma] : [article in German] / S. Merkel, C. Meyer, T. Papadopoulos [et al.] // Zentralbl. Chir. – 2007. – Vol. 132, N 1. – P. 16–25.



ВАРИАНТЫ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*П. В. Иванчов,
А. Н. Андрусенко*

Резюме. Проведен анализ клинического течения и его особенностей у 241 больного острокровоточащим колоректальным раком (ОКРР). В структуре острых осложнений КРР кровотечение занимает второе место после острой кишечной непроходимости, опережая параканкроз и перфорацию. У 73,9 % пациентов кровотечение стало поводом для выявления злокачественного поражения толстой кишки. Среди больных с впервые выявленным ОКРР 38,8 % не отмечали никаких жалоб до развития кишечного кровотечения, у 22,4 % наблюдались лишь общие симптомы, или симптомы кишечной диспепсии, и только у 38,8 % болезнь носила манифестный характер. На основании детального анализа данных об особенностях течения колоректального рака нами разработана и предложена клиничко-патогенетическая классификация колоректального рака. У 64,3 % имела место клиника кишечного кровотечения в изолированном варианте, а у 35,7 % наблюдалась комбинация кровотечения с другими острыми осложнениями КРР.

Ключевые слова: *остроосложненный колоректальный рак, клиническое течение, клиничко-патогенетическая классификация.*

VARIANTS OF CLINICAL
COURSE OF ACUTE
BLEEDING COLORECTAL
CANCER

*P. V. Ivanchov,
O. M. Andrusenko*

Summary. The clinical course and its features in 241 patients for acute bleeding colorectal cancer (ABCRC) were analyzed. In the structure of acute complications of colorectal cancer acute bleeding is second after acute intestinal obstruction, outpacing perforation and inflammation. In 73.9 % of patients bleeding was the reason for the detection of malignant lesions of the colon. Among patients with newly diagnosed ABCRC 38.8 % did not report any complaints to the development of gastrointestinal bleeding from 22.4 % observed only general symptoms, or symptoms of intestinal dyspepsia, and only 38.8 % was of demonstrative character of the disease. Based on a detailed analysis of the data about the features of the current colorectal cancer, we have developed and proposed a clinical and pathogenetic classification of colorectal cancer. In 64.3 % there was a clinic of intestinal bleeding in an isolated form, and 35.7 % was observed in combination with other acute complications of CRC.

Key words: *acute complications of colorectal cancer, clinical course, clinical and pathogenetic classification.*