

А.А. Пастухов, Б.Б. Кравец
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.

Каф. онкологии ИПМО ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Дан анализ медицинских и социальных параметров контингента пациентов онкологического профиля, поступающих в порядке экстренной помощи в хирургические отделения г. Воронежа по поводу колоректального рака.

Ключевые слова: колоректальный рак, эффективность экстренной помощи.

Актуальность. Широкое внедрение в клиническую практику за последние несколько десятилетий современных высокоинформативных методов диагностики незначительно уменьшили частоту осложненных форм опухолевого процесса, в структуре которых острая кишечная непроходимость составляет от 30% до 74%.

До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы тактики, объема и методов лечебного воздействия. Оперативные вмешательства характеризуются большой частотой гнойно-воспалительных осложнений (40-80%), значительной послеоперационной летальностью (40-55%).

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов лечения 137 больных.

С целью анализа удельного веса онкологической патологии в структуре ургентной хирургии проанализированы истории болезней пациентов, которым выполнялись оперативные вмешательства по срочной помощи в больницах №3 и №8 за 2000-2004гг. (табл.1)

Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства проводились при раке пищевода, желудка, кишечника, панкреатодуоденальной зоны, желчного пузыря, почек, яичников и маточной трубы, метастазах из невыявленного первичного очага и других локализациях.

Наибольший удельный вес среди оперативных вмешательств по поводу онкологической патологии составляет колоректальный рак (72 %).

Полученные результаты и их обсуждение. Основные виды осложнений при этой патологии, требующие ургентной помощи, представлены острой кишечной непроходимостью, кровотечением, перфорацией стенки кишки и генерализацией опухолевого процесса (табл. 2).

Таблица 1

Неотложные оперативные вмешательства по поводу онкологических заболеваний в 2000-2004гг.

Локализация опухоли	Годы					Всего	
	2000	2001	2002	2003	2004	абс	%
Пищевод	1					1	0,6
Желудок	1	3	3	6		13	7,74
Слепая кишка	1	1	1	4	3	10	5,95
Поперечно-ободочн.кишка	4	1	2	2		9	5,36

Восходящий отдел	1	2		1		4	2,37
Печеночный угол	1			4	1	6	3,57
Селезеночный угол	5	1	5		1	12	7,14
Нисходящий отдел	2		1	1	2	6	3,57
Сигмовидная кишка	5	9	7	12	7	40	23,8
Ректосигмоидный отдел	3	2	5			10	5,95
Прямая кишка	8	3	4	7	2	24	14,29
Печень		2		2		4	2,37
Поджелудочная железа	2	3	1	3	1	10	5,95
Фатеров сосок	2					2	1,19
Желчный пузырь		1				1	0,6
Яичники	1			2	2	5	2,98
Тонкая кишка				1		1	0,6
Подвздошная кишка				1		1	0,6
Канцероматоз без первичного очага	1		1	2		4	2,37
Мочевой пузырь			1			1	0,6
Щитовидная железа			1			1	0,6
Левая почка			1			1	0,6
Легкие			1			1	0,6
Маточная труба		1				1	0,6
Всего	38	29	34	48	19	168	100

Таблица 2

Основные виды осложнений рака толстой кишки

Виды осложнений	Число случаев	%
Непроходимость	90	57,7
Кровотечение	6	3,8
Перфорация	27	17,3
Отдаленные метастазы	33	21,2
Всего	156	100

21,2% больных раком толстого кишечника, поступающих в стационар для оказания экстренной помощи, составляют пациенты с далеко зашедшим опухолевым процессом.

Результаты анализа исследуемого статистического материала диктуют необходимость фокусировать внимание на кишечной непроходимости, которая составляет 57,7 %. Нередким осложнением колоректального рака является перфорация стенки кишки (17,3 %). Кровотечение отмечалось у 3,8 % больных, оперированных по поводу осложненного колоректального рака.

По нашим данным судить об истинной частоте кровотечений при колоректальном раке не представляется возможным, так как определенной части таких больных успешно проводится консервативное лечение.

Ведущими симптомами острой кишечной непроходимости являются схваткообразные боли в животе, его вздутие и асимметрия, задержка стула и газов, тошнота. Позднее присоединяется рвота сначала желудочным, затем кишечным

содержимым. Степень выраженности симптоматики различна и зависит от характера, уровня непроходимости, а также от сроков, прошедших с начала заболевания. При осмотре выявляются симптомы Валя, Кивуля, перкуторно - тимпанит, аускультативно – усиление перистальтики, патологические шумы («плеска», «падающей капли»).

При возникновении перфорации кишки и при длительном течении непроходимости на первый план выходит клиника перитонита. При перитоните ведущим симптомом является постоянная нестихающая боль, усиливающаяся при перемене положения тела. Оно вынужденное, с приведенными к животу ногами. Пальпация неинформативна из-за выраженного напряжения брюшной стенки. Характерным являются симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя. Аускультативно перистальтика значительно ослаблена, вплоть до «гробовой тишины».

При кишечном кровотечении у больного отмечаются слабость, головокружение, вплоть до кратковременной потери сознания, кровянистые выделения из прямой кишки. В анализах крови - снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов.

Особое внимание обращено на виды осложнений у колопроктологических больных при различных локализациях рака (табл.3).

Таблица 3

Осложнения рака толстой кишки в зависимости от локализации опухоли.

Локализация	Непроходимость		Кровотечение		Перфорация		Отдаленные метастазы		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая кишка	33	36,67	2	33,33	5	18,52	14	42,42	54	34,62
Сигмовидная кишка и ректосигмоидный отдел	41	45,55	2	33,33	14	51,85	12	36,37	69	44,23
Прямая кишка	16	17,78	2	33,33	8	29,63	7	21,21	33	21,15
Всего	90	100	6	100	27	100	33	100	156	100

Почти у половины больных(45,55%) острая кишечная непроходимость возникала при локализации опухоли в сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе. Перфорации кишечной стенки более чем в половине случаев наблюдались при той же локализации опухоли. Частота возникновения кровотечения не зависела от места локализации опухоли.

Наибольшее число пациентов было в возрасте старше 70 лет (38,68%). Женщин было 82 (59,85%), мужчин 55 (40,15%) (табл.4).

Таблица 4

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст (годы)								Всего	
	до 40		41-60		61-70		старше 70			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	2	1,46	18	13,14	15	10,95	20	14,60	55	40,15
Женщины	3	2,19	21	15,33	25	18,25	33	24,08	82	59,85
Всего	5	3,65	39	28,47	40	29,20	53	38,68	137	100

По локализации злокачественной опухоли в различных отделах толстого кишечника пациенты распределялись следующим образом (табл.5).

Таблица 5

Локализация опухолей в различных отделах толстой кишки

Локализация опухоли	Всего	
	абс.	%
Слепая кишка	12	8,76
Поперечно-ободочная кишка	18	13,14
Восходящий отдел	6	4,38
Печеночный угол	9	6,57
Селезеночный угол	12	8,76
Нисходящий отдел	6	4,38
Сигмовидная кишка	40	29,20
Ректосигмоидный отдел	10	7,30
Прямая кишка	24	17,51
Всего	137	100

Комплекс диагностических мероприятий включал лабораторные, рентгенологические, эндоскопические исследования. В необходимых случаях с целью уточнения диагноза проводились УЗИ, компьютерная томография органов брюшной полости.

Анализ клинических наблюдений с учетом возрастного состава больных и локализации опухолевого процесса позволил определить удельный вес больных различных возрастных групп с наиболее типичными локализациями рака (табл.6).

Таблица 6

Локализация опухолей у больных разных возрастных групп

Возраст (годы)	Правая половина		Поперечно-ободочная кишка		Левая половина	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 60	3	2,19	5	3,65	36	26,28
61-70	7	5,11	6	4,38	27	19,71
старше 70	17	12,41	7	5,11	29	21,17

Тенденция к росту частоты рака левой половины ободочной кишки с доминирующим поражением сигмовидной подтверждается сведениями других исследователей.

При оказании экстренной медицинской помощи колопроктологическим больным отмечается тесная связь между сроком от момента поступления их в стационар до оказания необходимой хирургической помощи (табл. 7).

У трети пациентов хирургическое пособие производится в первые 6 часов. Однако почти половина больных оперируется позднее 24 часов. Подобная ситуация объясняется дифференцированным подходом к оценке тяжести состояния больного. При поступлении больных в критической фазе острой кишечной непроходимости (перитонит, перфорация, выраженная интоксикация) операция проводится в кратчайшие сроки. У ряда больных при

удовлетворительном общем состоянии делаются попытки разрешения непроходимости консервативными методами, и только при их неэффективности прибегаем к оперативным пособиям.

Таблица 7

Сроки с момента поступления до оказания хирургической помощи

Сроки от поступления до операции (часы)	Всего случаев		Умершие		Выписанные	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 6	51	30,36	17	33,33	34	66,67
6-12	17	10,12	5	29,41	12	70,59
12-18	6	3,57	2	33,33	4	66,67
18-24	15	8,93	1	6,67	14	93,33
Более 24	79	47,02	18	22,78	61	77,22
Всего	168	100	43	25,60	125	74,40

Анализ послеоперационной летальности, в зависимости от сроков предоперационного периода, подтверждает адекватность избранной нами тактики ведения этой категории больных. После операций, выполненных в сроки до 6 часов, от 6 до 12 часов, от 12 до 18 часов послеоперационная летальность практически идентична и составляет 30-33%. Она ниже при выполнении операций позднее 24 часов с момента поступления, что объяснимо меньшей степенью тяжести оперируемых больных.

У части больных, поступивших на ранней стадии кишечной непроходимости, консервативные мероприятия приводили к разрешению непроходимости, что позволяло отодвинуть сроки оперативного пособия, провести дообследование пациентов, перевести операцию из разряда «срочных» и «ранних» в «плановые», что, несомненно, сказывается на качестве оказания помощи и послеоперационной летальности.

Анализ видов оперативных пособий при осложненном колоректальном раке позволяет отметить большой удельный вес (38,95%) радикальных оперативных вмешательств (табл. 8).

Таблица 8

Виды оперативных вмешательств при осложненном раке толстого кишечника

Виды операций	Общее количество		Осложнения		Летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гартмана	34	19,77	11	6,4	10	5,81
Сигмостомия	23	13,37	4	2,34	8	4,65
Колостомия	6	3,49	1	0,58	3	1,74
Резекция ободочной кишки	3	1,74	1	0,58	1	0,58
Энтеро-энтероанастомоз	9	5,23	3	1,74	1	0,58
Гемиколэктомия	20	11,63	8	4,65	3	1,74
Цекостомия	14	8,14	1	0,58	5	2,91
Пробная лапаротомия	12	6,98	0	0	3	1,74
Трансверзостомия	5	2,91	0	0	1	0,58
Резекция сигмы с У-образным анастомозом	3	1,74	1	0,58	0	0
Резекция сигмы	6	3,49	3	1,74	1	0,58

Ушивание перфорации	1	0,58	0	0	0	0
Илеостомия	11	6,4	0	0	4	2,34
Диагностическая лапароскопия	10	5,81	0	0	0	0
Взятие биопсии	8	4,65	0	0	0	0
Вскрытие гнойника	6	3,49	1	0,58	1	0,58
Резекция подвздошной кишки с У-образным анастомозом	1	0,58	0	0	1	0,58
Всего	172	100	34	19,77	42	24,41

Несмотря на осложненное течение рака толстого кишечника, при адекватной подготовке удастся произвести операцию Гартмана (51,51%), гемиколэктомия (30,30%), резекции кишок (18,19%).(табл. 9).

Послеоперационные осложнения при этих видах операций составляет 36,36%, а послеоперационная летальность - 22,72%.

Таблица 9

Радикальные операции при осложненном колоректальном раке

Виды операций	Общее количество		Осложнения		Летальность	
	абс.	%	абс	%	абс	%
Гартмана	34	51,51	11	16,67	10	15,15
Резекция ободочной кишки	3	4,55	1	1,51	1	1,51
Гемиколэктомия	20	30,30	8	12,12	3	4,55
Резекция сигмы с У-образным анастомозом	3	4,55	1	1,51	0	0
Резекция сигмы	6	9,09	3	4,55	1	1,51
Всего	66	100	24	36,36	15	22,72

Временное облегчение приносят паллиативные операции. Наиболее часто производятся сигмостомия, цекостомия, илеостомия, энтеро-энтероанастомоз (табл. 10).

Таблица 10

Паллиативные операции, выполненные по скорой помощи при осложненном колоректальном раке

Виды операций	Общее количество		Осложнения		Летальность	
	абс.	%	абс	%	абс	%
Сигмостомия	23	30,67	4	5,33	8	10,67
Колостомия	6	8	1	1,33	3	4,00
Энтеро-энтероанастомоз	9	12	3	4,00	1	1,33
Цекостомия	14	18,67	1	1,33	5	6,67
Трансверзостомия	5	6,67	0	0	1	1,33
Ушивание перфорации	1	1,33	0	0	0	0
Илеостомия	11	14,66	0	0	4	5,33
Вскрытие гнойника	6	8	1	1,33	1	1,33

Всего	75	100	10	13,32	23	30,66
-------	----	-----	----	-------	----	-------

При осложненном колоректальном раке в послеоперационном периоде развивается ряд осложнений: нагноительные процессы в брюшной полости и ране, несостоятельность швов анастомоза, спаечная непроходимость. Отмечались единичные случаи кишечных кровотечений, тромбозов и тромбофлебитов (табл. 11).

Таблица 11

Отдельные виды осложнений

Виды послеоперационных осложнений	Общее количество		Летальный исход	
	абс	%	абс	%
Кишечное кровотечение	2	5,27	1	2,63
Нагноение раны	17	44,74	2	5,27
Тромбофлебит, тромбоз подвздошных сосудов	1	2,63	0	0
Несостоятельность анастомоза	6	15,79	3	7,89
Эвентерация	3	7,89	1	2,63
Стеноз анастомоза	1	2,63	1	2,63
Ранняя спаечная непроходимость	3	7,89	0	0
Абсцесс	5	13,16	1	2,63
Всего	38	100	9	23,68

Больные госпитализировались для экстренной помощи с различными формами и степенью выраженности острой кишечной непроходимости. Распространенность опухолевого процесса не установлена у 4 больных (2,92%) из-за отказов пациентов от дальнейшего обследования и хирургического лечения. II стадия рака диагностирована у 25 (18,25%), III-у 48 (35,03%), IV-у 60 (43,80%) (табл. 12).

Таблица 12

Распространенность опухолевого процесса

Стадии	абс.	%
Не установлена	4	2,92
II стадия	25	18,25
III стадия	48	35,03
IV стадия	60	43,80
Всего	137	100

Сопутствующие тяжелые заболевания были в 208 случаях (табл.13). У ряда больных имело место сочетание сопутствующих заболеваний.

Таблица 13

Характеристика сопутствующих заболеваний у пациентов с колоректальным раком

Нозологические формы	Количество заболеваний	
	абс.	%
Хроническая ишемическая болезнь сердца с нарушениями кровообращения различной стадии	57	27,4
Гипертоническая болезнь	53	25,48

различной стадии		
Хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких	47	22,6
Сахарный диабет различной степени тяжести	9	4,33
Заболевания желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы	23	11,06
Заболевания мочеполовой системы	19	9,13
Всего	208	100

Из таблицы 14 очевидно, что, несмотря на большее количество послеоперационных осложнений при радикальных оперативных вмешательствах по сравнению с паллиативными, послеоперационная летальность ниже после радикальных пособий.

Таблица 14

Послеоперационные осложнения и летальные исходы

Виды операций	Послеоперационные осложнения	Послеоперационная летальность
Радикальные	24 (36,36%)	15 (22,72%)
Паллиативные	10 (13,32%)	23 (30,66%)

Это объясняется тем, что паллиативные операции выполнялись у наиболее тяжелых больных, которые нередко погибали в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы.

Основной контингент больных, поступающих в порядке экстренной помощи в хирургические отделения, характеризуется негативными для эффективного оказания медицинской помощи критериями: пожилым и старческим возрастом; выраженной сопутствующей патологией; значительной распространенностью опухолевого процесса.

Наибольший удельный вес среди оперативных вмешательств в порядке ургентной помощи по поводу онкологической патологии составляют операции по поводу колоректального рака.

Основным видом осложнений при колоректальном раке является острая кишечная непроходимость.

У больных в процессе оперативных вмешательств обнаружены перфорации стенки кишки (19,71%), опухоли (9,49%), параколические абсцессы (4,38%), перитониты (35,77%), что значительно уменьшало эффективность лечения.

Полученные данные о ближайших результатах оперативного лечения колоректального рака и его осложнений в практике ургентной хирургии позволяют рекомендовать использование радикальных оперативных вмешательств независимо от уровня поражения кишки.

Литература

1. Алиев С.А.//Российский онкологический журнал -2005.-№4-С.21-29.
2. Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Пескова Н.Г.// Российский онкологический журнал.- 2000.-№2.-С. 46-48.
3. Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al.// Minerva. Chir.-1996.-Vol.51, № 6.-Н.433-438.

Abstract

A.A. Pastukhov, B.B. Kravets

ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF EMERGENCY ASSISTANCE TO PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER.

Voronezh State Medical Academy

Summary. The analysis of medical and social parameters of a contingent of patients of an oncological profile, arriving in the order of the emergency help in surgical departments of Voronezh concerning a colorectal cancer is given.

Key words: colorectal cancer, effectiveness of emergency care.

References:

1. Aliev S.A. // The Russian oncological journal -2005.-№4-C.21-29.
2. Makarova NP, Troitsky BS, Peskova NG, // Russian Oncological Journal.-2000.-No.2-S. 46-48.
3. Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al., Minerva. Chir.-1996.-Vol. 51, No. 6.-H.433-438.

Сведения об авторах: Кравец Бронислава Борисовна, д.м.н., профессор каф. онкологии ИПО ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, kravets@vokod.ru.