

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК: 616.34-005.1-089+616.348/35-006-089

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

П. В. Іванчов, П. Д. Фомін, О. М. Андрусенко

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

SURGICAL ASPECTS OF AN ACUTE INTESTINAL HEMORRHAGE IN PATIENTS, SUFFERING COLORECTAL CANCER

P. V. Ivanchov, P. D. Fomin, O. M. Andrusenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv

У міру набуття досвіду і аналізу результатів лікування хворих з приводу ГКК в умовах концентрації таких хворих у спеціалізованому центрі, встановлено тенденцію до збільшення частоти виявлення КРР, ускладненого ГКК [1–3].

За даними Міжнародного агентства з дослідження онкологічних захворювань (The International Agency for Research on Cancer — IARC), що входить до складу ВООЗ, у 2012 р. в світі зареєстровано 1,36 млн. нових спостережень КРР, з них в країнах Європи — 345 тис., в США — 134 тис.; померли 694 тис. таких хворих, з них в країнах Європи — 152 тис., в США — 55 тис. [2, 4–6].

Частота ГКК з злоякісних пухлин товстої кишки, за зведеними статистичними даними вітчизняних та зарубіжних клінік, становить від 9 до 16% в структурі кишкової кровотечі [7–10]; за даними клініки — 9,5%, частота виявлення КРР, ускладненого ГКК, становить 21,6% в структурі кишкової кровотечі та 29,7% — в структурі ускладненого КРР.

Актуальність проблеми ГКК пухлинного походження визначила необхідність проведення дослідження її особливостей при злоякісних пухлинах колоректальної зони.

Мета роботи: визначити фактори залежності тяжкості ГКК при ускладненому КРР.

Реферат

З 2004 по 2015 р. в Київському міському центрі з надання допомоги хворим з шлунково-кишковою кровотечею лікували 241 хворого з приводу колоректального раку (КРР), ускладненого гострою кишковою кровотечею (ГКК). Проаналізовано залежність тяжкості ГКК від локалізації, глибини пухлинної інвазії, морфологічного й гістологічного типу КРР. Рах правій половини ободової кишки виявлений у 58 (40,6%) хворих, лівої половини — у 85 (59,4%). Частота тяжкої ГКК за ураження пухлиною правої половини ободової кишки удвічі більша, ніж за ураження лівої половини ободової кишки, та у 2,1 разу більша, ніж за наявності злоякісної пухлини прямої кишки. При збільшенні глибини інвазії ракової пухлини збільшувалася частота ГКК середньої тяжкості та тяжкої, за глибини пухлинної інвазії Т3–Т4 вона становила 68,0%. Помірну ГКК у 2,4 разу частіше виявляли за екзофітного типу росту КРР, середньої тяжкості та тяжку — відзначали у 67,3% з 55 хворих за дифузно-інфільтративного типу та у 80,7% з 57 хворих — за виразково-інфільтративного типу. У міру зменшення показника диференціювання ракової пухлини збільшувалася частота виявлення тяжкої ГКК, за низького ступеня диференціювання (G–3), вона досягала 65,7%.

Ключові слова: колоректальний рак, ускладнений гострою кровотечею; тяжкість кишкової кровотечі.

Abstract

In 2004–2015 yrs in the Kyiv's Municipal Center for the Help Delivery to Patients Suffering Gastro-Intestinal Hemorrhage 241 patients were treated for colorectal cancer (CRC), complicated by an acute intestinal hemorrhage (AIH). Dependence of the AIH severity from tumoral localization, depth of invasion, morphological and histological type of CRC was analyzed. In 58 (40.6%) patients a right-sided colonic cancer was revealed, and in 85 (59.4%) — a left-sided one. In a right-sided colonic tumoral affection a severe AIH rate was two times more, than in a left-sided colonic affection, and in 2.1 times more, than in rectal cancer. While the depth of cancerous invasion enhancement the rate of severe and of middle severity AIH also raised, in the tumoral invasion depth T3–T4 it constituted 68.0%. Moderate AIH was revealed in 2.4 times more frequently in exophytic type of CRC, and severe and of middle severity — in 67.3% of 55 patients with diffuse-infiltrative type and in 80.7% of 57 patients — in ulcerative-infiltrative type. While reduction of the cancer differentiation stage the rate of the severe AIH diagnosing had enhanced, in a low grade of differentiation (G–3), it progressed up to 65.7%.

Keywords: colorectal cancer, complicated by an acute hemorrhage; severity of intestinal hemorrhage.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У Київському міському центрі з надання допомоги хворим з шлунково-кишковою кровотечею в

період 2004–2015 рр. лікували 241 хворого з приводу КРР, ускладненого ГКК.

За прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишко-

вої кровотечі (В. Д. Братусь, 2001), ГКК помірної тяжкості відзначена у 99 (41,1%) пацієнтів, середньої тяжкості — у 49 (20,3%), тяжка — у 93 (38,6%), співвідношення — 1,0/0,5/0,9.

За Міжнародною класифікацією злоякісних новоутворень TNM 7—го видання (International Union Against Cancer — UICC, 2009), КРР I стадії діагностований у 13 (5,4%) хворих, II стадії — у 142 (58,9%), III стадії — у 41 (17,0%), IV стадії — у 45 (18,7%).

В клініці використовували Міжнародну гістологічну класифікацію пухлин кишечника [3]. Гістологічний тип КРР визначений у 211 (87,6%) хворих. Матеріалом для дослідження були: операційний матеріал — у 101 (47,9%) спостережених, біопсійний матеріал, отриманий під час ендоскопічного дослідження кишечника — у 81 (38,4%), під час патологоанатомічного дослідження — у 16 (7,6%). У 13 (6,2%) пацієнтів гістологічний тип КРР визначений раніше, первинно встановлений діагноз КРР.

Пухлини з високим ступенем диференціювання виявлені у 141 (66,8%) хворого, в тому числі високодиференційована аденокарцинома (G—1) — у 35 (24,8%), помірнодиференційована аденокарцинома (G—2) — у 105 (74,5%), диморфна пухлина — високодиференційована аденокарцинома+карциноід (G—1) — в 1 (0,5%).

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

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовано залежність тяжкості ГКК від локалізації, глибини пухлинної інвазії, морфологічного та гістологічного типу ускладненого КРР.

Як свідчать представлені дані, при локалізації пухлини в правій по-

ловині ободової кишки тяжку ГКК спостерігали у 36 (62,1%) хворих, середньої тяжкості — у 9 (15,5%), помірну — у 13 (22,4%). При локалізації пухлини в лівій половині ободової кишки тяжку ГКК відзначали у 27 (31,8%) хворих, середньої тяжкості — у 18 (21,2%), помірну — у 40 (47,0%); при ураженні прямої кишки — відповідно у 27 (29,4%), 21 (22,8%) та 44 (47,8%).

Отже, у більшості (62,1%) хворих тяжку ГКК спостерігали при локалізації КРР в правій половині ободової кишки, а помірну — у лівій половині ободової кишки (47,0%) та прямої кишки (47,8%).

Таким чином, рак правої половини ободової кишки, ускладнений ГКК, виникав рідше — у 58 (40,6%) хворих, ніж у лівій її половині — у 85 (59,4%).

Проте, частота тяжкої ГКК за пухлинного ураження правої половини ободової кишки удвічі більша, ніж за злоякісного ураження лівої половини ободової кишки, та у 2,1 разу більша, ніж за наявності злоякісних пухлин прямої кишки.

КРР в стадії T1 діагностований у 5 (2,1%) хворих, T2 — у 30 (12,4%), T3 — у 95 (39,4%), T4 — у 111 (46,1%). Частота помірної ГКК прогресивно зменшувалася у міру збільшення глибини пухлинної інвазії, за КРР у стадії T1 вона виникла в усіх хворих, T2 — у 28 (93,3%), T3 — у 33 (34,7%), T4 — у 33 (29,7%).

Тяжку ГКК не виявляли у хворих при КРР за глибини інвазії T1 і T2. За глибини інвазії T3 вона виникла у 41 (43,2%) хворого, T4 — у 52 (48,6%). Загалом, з 206 хворих за глибини інвазії T3—T4 ГКК середньої тяжкості та тяжка виникла у 140 (68,0%) пацієнтів, що становило 58,1% усіх хворих за ускладненого КРР.

Таким чином, при збільшенні глибини інвазії ракової пухлини збільшувалася частота ГКК середньої тяжкості та тяжкої.

За даними інструментальних методів дослідження кишечника, гістологічних досліджень операційного та секційного матеріалу визначений морфологічний тип КРР та проаналізовано залежність тяжкості ГКК від морфологічних особливостей пухлини.

Екзофітний тип КРР діагностований у 129 (53,5%) хворих, в тому числі вільно—папілярний — у 106 (82,2%), поліпоподібний — у 14 (10,8%), вузловий — у 9 (7,0%); ендофітний — у 112 (46,5%), в тому числі дифузно—інфільтративний — у 55 (49,1%), виразково—інфільтративний — у 57 (50,9%). За екзофітного типу КРР помірну ГКК спостерігали у 70 (54,3%) хворих, середньої тяжкості та тяжку — відповідно у 21 (16,3%) та 38 (29,4%). За ендофітного типу КРР тяжка ГКК виникла у 55 (49,1%) хворих, помірна та середньої тяжкості — відповідно у 29 (25,9%) та 28 (25,0%).

Таким чином, тяжку ГКК виявляли в 1,7 разу частіше за ендофітного типу росту КРР, ніж за екзофітного. При цьому, ГКК середньої тяжкості та тяжку відзначали у 67,3% з 55 хворих за дифузно—інфільтративного типу та у 80,7% з 57 хворих — за виразково—інфільтративного типу, що у 2,1 та 4,2 разу більше, ніж частота помірної ГКК за ендофітного типу КРР.

Ми провели детальний аналіз залежності тяжкості ГКК від гістологічного типу КРР.

Помірну ГКК виявляли переважно за високого ступеня диференціювання пухлини — у 73 (51,8%) хворих, в тому числі за високодиференційованою аденокарциномою (G—1) — у 18 (51,5%), помірнодиференційованою аденокарциномою (G—2) — у 54 (51,4%), диморфної пухлини — високодиференційованою аденокарциномою+карциноїду (G—1) — в 1 (100%). ГКК середньої тяжкості спостерігали у 33 (23,4%) хворих, в тому числі за високодиференційованою аденокарциномою (G—1) — в 11 (31,4%), помірнодиференційованою аденокарциномою (G—2) — у 22 (21,0%). Тяжку ГКК спостерігали у 35 (24,8%) хворих, в тому числі за високодиференційованою аденокарциномою (G—1) — у 6 (17,1%), помірнодиференційованою аденокарциномою (G—2) — у 29 (27,6%).

За низького ступеня диференціювання пухлини тяжку ГКК спостерігали у 46 (65,7%) хворих, в тому числі за низькодиференційованою аденокарциномою (G—3) — у 41 (70,7%), слизової (мукоїдної) адено-

карциноми (G—3) — у 4 (40,0%), низькодиференційованої нейроендокринної карциноми (G—3) — в 1 (100%). ГКК середньої тяжкості спостерігали в 11 (15,7%) хворих, в тому числі за низькодиференційованої аденокарциноми (G—3) — у 8 (13,8%), слизової (мукоїдної) аденокарциноми (G—3) — у 3 (30,0%). Помірна кровотеча виявлена у 13 (18,6%) хворих, за низькодиференційованої аденокарциноми (G—3) — у 9 (15,5%), слизової (мукоїдної) аденокарциноми (G—3) — у 3 (30,0%), залозисто—плоскоклітинного раку (G—3) — в 1 (100%).

Таким чином, за наявності пухлини низького ступеня диференціювання тяжка ГКК виникає у 2,6 разу

частіше, ніж за наявності пухлин високого ступеня диференціювання; помірна ГКК — у 2,8 разу частіше.

ВИСНОВКИ

1. Рак правої половини ободової кишки, ускладнений ГКК, виявляють рідше, ніж її лівої половини, проте, частота тяжкої ГКК при ураженні правої половини ободової кишки удвічі більша, ніж при ураженні її лівої половини, та у 2,1 разу — ніж за наявності злоякісних пухлин прямої кишки.

2. У міру збільшення глибини пухлинної інвазії збільшується частота ГКК середньої тяжкості та тяжкої, за глибини пухлинної інвазії Т3—Т4 вона досягає 68%.

3. Тяжка ГКК виникає в 1,7 разу частіше за ендоефітного типу росту пухлини, ніж за екзофітного, ГКК середньої тяжкості та тяжку виявляли у 67,3% спостережень за дифузно—інфільтративного типу та у 80,7% — за виразково—інфільтративного типу КРР.

4. У міру зменшення диференціювання ракової пухлини збільшувалася частота тяжкої ГКК, досягаючи 65,7% — за наявності низькодиференційованих пухлин (G—3).

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. 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.
3. 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.
4. AJCC Cancer Staging Manual; ed. S. Edge, D. R. Byrd, C. C. Compton [et al.]. — N. Y.: Springer—Verlag, 2010. — 7th ed. — 649 p.
5. 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.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal cancer / P. F. Engstrom, J. P. Arnoletti, A. B. Benson 3rd [et al.] // *Ibid.* — P. 838 — 881.
7. Інденко В. Ф. Товстокишкові кровотечі: діагностика, лікувальна тактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 — хірургія / В. Ф. Інденко. — Львів: Держ. мед. ун—т ім. Данила Галицького. — Львів, 2001. — 19 с.
8. 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.
9. Fearnhead N. S. Acute lower gastrointestinal bleeding / N. S. Fearnhead // *Medicine*. — 2007. — Vol. 35, N 3. — P. 164 — 167.
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.

