



Особенности экстренной хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки

А.А. Сопуев, Н.Ж. Сыдыков, А.Ш. Абдиев, Р.К. Успеев
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии
Кыргызской государственной медицинской академии;
Национальный хирургический центр МЗ КР, г.Бишкек, Кыргызстан

Была изучена группа больных (n=146) в возрасте 60 лет и старше, у которых при оказании неотложной хирургической помощи был выявлен рак ободочной кишки. По данным исследования, женщин было в 1,4 раза больше, чем мужчин. Среди гистологических форм рака ободочной кишки преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы по сравнению с низко- и высокодифференцированными (82,2% в исследованных случаях). 44,5% больных поступили в I и II стадиях заболевания, что улучшает прогноз операбельности.

По локализации заметно превалирует рак сигмовидной кишки (44,5%), далее следуют опухоли слепой (14,4%) и восходящей ободочной (10,3%) кишок. Оперативное лечение в экстренном порядке, несмотря на проведение консервативной терапии, получили 49,3% от всех обследованных. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе (опухоль была удалена у 77,8% прооперированных больных).

Ключевые слова: рак ободочной кишки, рак сигмовидной кишки, пожилой и старческий возраст, операбельность, уровень резектабельности

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение рака ободочной кишки требуют дальнейшего совершенствования. Поэтому часто первые признаки заболевания выявляются только при значительном местном распространении опухоли и нередко сопровождаются такими осложнениями, как кишечная непроходимость, перфорация, распад опухоли и кровотечение [1,2]. Большинство таких больных с осложненными формами рака ободочной кишки госпитализируют по экстренным показаниям в общехирургические стационары для оказания неотложной помощи. Однако единой твердо установленной тактики и выборе метода операций у данной категории больных пока нет [3,4].

Получение в стационар поставить точный диагноз и определить характер и тяжесть развившихся осложнений не всегда представляется возможным. Дифференциальная диагностика проводится, практически, со всеми неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости – острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза; воспалительными заболеваниями органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит и т.д.); перфорацией полых органов; кровотечениями; болевыми, абдоминальными, диспепсическими синдромами, обусловленными опухолями и неопухолевыми заболеваниями и т.д. [5,6].

В подавляющем большинстве случаев перевод перенесших групп больных в специализированное онкологическое лечебное учреждение, вследствие многих причин, не возможен. Поэтому всегда будет иметь место группа больных с онкологическими заболеваниями брюшной полости, диагностика и оперативное лечение которых будет проводиться в лечебных учреждениях, специализирующихся на оказании экстренной хирургической помощи [7].

Оперативные вмешательства, производимые пациентам при раке ободочной кишки по неотложным показаниям, помимо спасения жизни, преследуют цель радикального излечения от самой опухоли, послужившей причиной развития осложнений и госпитализации [8-10].

Неотъемлемой частью вопроса улучшения качества врачебной помощи больным указанной группы является анализ результатов лечения в условиях экстренной хирургии.

Цель исследования: определение комплексной информационной картины и характерных тенденций у больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста, находившихся по экстренным показаниям в общехирургическом стационаре.

Материал и методы. Нами был проведён анализ рандомизированной выборки пациентов, у которых, при обращении в условиях общехирургического стационара на базе Национального хирургического центра (НХЦ) МЗ КР, был выявлен рак ободочной кишки.

Больные характеризовались по полу, стадии, локализации рака ободочной кишки. Определялись типы и количество оперативных вмешательств.

Было изучено 146 случаев рака ободочной кишки, выявленного у пациентов 60 лет и старше (до 101 года) в НХЦ в период с 2006 по 2012 гг. Из них мужчин было 62 (42,5%), женщин – 84 (57,5%).

Средний возраст больных не оценивался в связи с однородностью группы обследуемых.

Для диагностики, определения стадии рака ободочной кишки, его осложнений применялись: общеклинические методы; эндоскопическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, ободочной кишки с взятием биопсии; рентгенологическое обследование органов грудной клетки, брюшной полости (включая контрастные исследования); ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов по стадиям заболевания приведено в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Стадия	I	II	III	IV
Кол-во больных	5 (3,4%)	60 (41,1%)	47 (32,2%)	34 (23,3%)

Распределение по локализациям носит следующий характер: наибольшая частота локализации выявлена в сигмовидной кишке (65 больных; 44,5%), самая низкая – в нисходящей ободочной кишке (n=9; 6,2%) (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ

Локализация	Кол-во больных
Сигмовидная кишка	65 (44,5%)
Восходящая ободочная кишка	19 (13,1%)
Слепая кишка	21 (14,4%)
Поперечно-ободочная кишка	10 (6,8%)
Селезёночный изгиб	12 (8,2%)
Печёночный изгиб	10 (6,8%)
Нисходящая ободочная кишка	9 (6,2%)
Всего:	146 (100%)

Оперативное лечение было проведено 72 больным [11,12], что составляет 49,3% от всех пациентов. Вмешательства осуществлялись в экстренном и срочном порядке. Были выполнены следующие виды операций: правосторонняя гемиколэктомия – в 21 случае, левосторонняя гемиколэктомия – в 12, резекция поперечно-ободочной кишки – в 1, резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана) – в 22, выведение коло- и энтеростомии на различных уровнях – в 12, пробная лапаротомия – в 4 случаях (табл. 3). Наибольшее количество операций выполнено на сигмовидной кишке (n=22; 30,5%).

ТАБЛИЦА 3. ВИДЫ ПРОВЕДЁННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Вид операции	Кол-во больных
Резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана)	22 (30,5%)
Правосторонняя гемиколэктомия	21 (29,2%)
Левосторонняя гемиколэктомия	12 (16,7%)
Резекция поперечно-ободочной кишки	1 (1,4%)
Наложение илеостомы	1 (1,4%)
Наложение еюностомы	1 (1,4%)
Выведение колостомы	10 (13,9%)
Пробная лапаротомия	4 (5,5%)
Всего:	72 (100%)

Среди обследованных больных: 62 (42,5%) – мужчины, 84 (57,5%) – женщины, соотношение мужчины/женщины – 1:1,4, что соответствует статистическим данным Республиканского медико-информационного центра МЗ КР, в которых указано, что количество заболевших женщин, к примеру, за 2012 год составляло 55% от общего числа заболевших [13]. В исследуемой группе пациентов, несмотря на строгие рамки отбора (только экстренные хирургические больные, возраст 60 лет и старше) соотношение мужчин и женщин являлось типичным и для общей популяции.

Заболевание в I и II стадиях выявлено у 65 (44,5%) больных, в III и IV – у 81 (55,5%). Таким образом, практически половина больных поступила в I и II стадиях заболевания, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.

По гистологической структуре изученные опухоли представляют собой аденокарциномы, среди которых преобладают умеренно дифференцированные формы – 120 (82,2%) случаев (табл. 4). Отсутствие в



ТАБЛИЦА 4. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬ ЕЁ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

Гистологическая характеристика	Степень дифференцировки			Всего
	Высокая	Умеренная	Низкая	
Аденокарцинома	11 (7,5%)	120 (82,2%)	15 (10,3%)	

исследуемой рандомизированной группе стромальных опухолей, вероятно, связано с их небольшой встречаемостью (до 2-3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта).

По локализации заметно лидирует рак сигмовидной кишки у 65 (44,5%) пациентов, далее следуют опухоли слепой – у 21 (14,4%) больного и восходящей ободочной – у 19 (13,1%), вместе составляющие – 27,5%. Локализация опухоли в селезёночном изгибе, в печёночном изгибе, в нисходящей и поперечно-ободочной кишках встречается примерно с одинаковой частотой. В процентном выражении эти данные были равны – 8,2%; 6,8%; 6,2%; 6,8%, соответственно. Учитывая довольно частую встречаемость опухолей этой локализации, имеет смысл, с точки зрения онкологической настороженности, уделять повышенное внимание дифференциальной диагностике заболеваний органов брюшной полости с опухолями в первую очередь сигмовидной, а также слепой и восходящей ободочной кишок.

Оперативное вмешательство было проведено 72 больным, что составляет 49,3% от всех исследованных. Относительно небольшой процент оперативной активности (так, по некоторым данным, резектабельность опухоли составляет 70-80%) связан, прежде всего, с возможностью успешного лечения тех осложнений рака ободочной кишки, которые привели к госпитализации больных в стационар [14,15]. Это говорит о возможности проведения успешной консервативной терапии почти у половины больных. При возможности проведения оперативного лечения в отсроченном или плановом порядке больные направлялись в специализированное онкологическое учреждение (Национальный центр онкологии ИВЗ КР). Учитывая, что в число оперативных вмешательств включены диагностические лапароскопические вмешательства (диагностическая лапаротомия и выведение коло- и энтеростом), можно говорить о том, что показания к оперативному лечению всё-таки были выставлены почти половине больных. От общего количества операций пробные лапаротомии и выведения стом составляют 22,2%. Таким образом, удалить опухоль удалось в 77,8% случаев. Этот показатель, при сравнении с современными литературными данными, является довольно высоким [15].

Таким образом, у больных старших возрастных групп уровень резектабельности рака ободочной кишки не ниже, чем у больных более молодого возраста. Поэтому в условиях оказания экстренной помощи лицам старших возрастных групп возникает необходимость выделения двух основных направлений в лечебно-диагностической программе ведения больных со сложным раком ободочной кишки. Первое – состоит в диагностике этого заболевания, проведение консервативного лечения и дальнейшем направлении в специализированное онкологическое лечебное учреждение. Второе – в предоставлении пациентам, требующим экстренного хирургического лечения, оперативных вмешательств. При лечении пациентов данной возрастной группы есть возможность такого же уровня оперативного лечения рака ободочной кишки, что и при лечении более молодых пациентов.

ВЫВОДЫ:

1. При раке ободочной кишки у больных в возрасте 60 лет и старше, которые поступали для оказания экстренной помощи в общехирургический стационар, женщин было в 1,4 раза больше, чем мужчин.
2. Среди лиц пожилого и старческого возраста, страдающих раком ободочной кишки, наиболее часто определялись умеренно дифференцированные аденокарциномы (82,2%).
3. Несмотря на экстренный порядок госпитализации, более 40% больных (44,5%) поступали в I и II стадиях рака ободочной кишки, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.
4. У 49,3% больных, были выставлены показания к оперативному вмешательству. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов К.Ф. Особенности клинического течения рака правой половины ободочной кишки / К.Ф.Абдурахманов, Ш.К.Мухамедаминов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск. - 2004. - Ч.1. - 424 с.
2. Алиев А.Р. Результаты диагностики и хирургического лечения рака толстой кишки / А.Р. Алиев // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск. - 2004. - Ч.1. - 424 с.
3. Blowhole colostomy for the urgent management of distal large bowel obstruction / [K.R. Kasten, E.F. Midura, B.R. Devis [et al.] // J Surg Res. - 2014.- №14. -p. 18-23.
4. Sanoff H.K. How we treat metastatic colon cancer in older adults / H.K. Sanoff, R.M. Goldberg // J. Geriatr Oncol. - 2013. - p. 295-301.
5. Денисенко В.Л. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В.Л.Денисенко, Ю.М.Гаин // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19. - №1. - С. 103-111.
6. Яицкий Н.А. Рак толстой кишки, осложнённый воспалительным процессом и перфорацией / Н.А.Яицкий, Т.А.Мошкова // Вестник хирургии. - 2001. - № 1. - С. 92-96.
7. Analysis of the quality of care in surgical treatment of colorectal cancer: national study. Follow-up results. / [E. Rodríguez-Cuellar [et al.] // Cir Esp. - 2014. - №13. - p. 77-80.
8. Жарникова Т.Н. Прогнозирование течения заболевания и летальных исходов при осложнённом колоректальном раке / Т.Н.Жарникова, П.М.Сидельников, Р.И.Игнатьев // Якутский медицинский журнал. - 2011. - №1. - С. 55-57.
9. Брехов Е.И. Перфорация кишечника при колоректальном раке / Е.И. Брехов, В.В. Калинин, И.Г. Репин [и др.] // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. - 2012. - №3. - С. 93-95.
10. Руководство по колопроктологии / В.И.Сивкин, А.С.Бронштейн, С.Н.Файн [и др.] - М.: Изд-во Мед-практика. - М., 2004. - С. 292-402.
11. Теоретическое обоснование применения многокомпонентной мази левомеколь в профилактике спаечной болезни брюшной полости / А.А.Сопуев, Н.Н.Маматов, Ж.Т.Мамакеев [и др.] // Актуальные проблемы фундаментальных и естественных наук. - 2011. - № 1(34) ноябрь. - С.254-257.
12. Оценка эффективности интраоперационной мазевой профилактики спаечной болезни брюшной полости / Н.Н.Маматов, А.А.Сопуев, А.Ш.Абдиев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - М.: Изд-во «Академия естествознания»/ - 2013. - №5.
13. Важенин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В.Важенин, Д.О.Маханьков, С.Ю.Сидельников // Журнал хирургия им. Н.И.Пирогова. - 2007. - №4. - С. 49-53.
14. Кабанов М.Ю. Результаты комплексного лечения больных с острой кишечной непроходимостью карциноматозного генеза / М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьёв, О.В. Балюра // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2012. - Т. 1. - С. 34-39.
15. Решетина Е.А. Прогностические факторы развития рецидивов и метастазов у больных колоректальным раком: автореф. дис... канд. мед. наук / Е.А.Решетина. Национальный центр онкологии КР. - Бишкек. - 2010. - 23с.



Summary

Features of emergency surgery to patients of elderly and senile ages with colon cancer

A.A. Sopuev, N.J. Sidikov, A.Sh. Abdiev, R.K. Uspeev

Chair of Hospital Surgery with course of Operational Surgery of the Kyrgyz State Medical Academy;
National Surgical Center MOH, Bishkek, Kyrgyzstan

The group of patients (n=146) aged 60 years and older in whom colon cancer identified during emergency surgical care was studied. According to the study, women were 1.4 times more than men. From histological forms of colon cancer moderately differentiated adenocarcinoma prevailed compared with low and highly differentiated (82,29% of the cases studied). 44,5% of patients admitted in stages I and II of disease, which improves operability forecast.

By localization cancer of the sigmoid colon (44,5% more occurred, than the caecum (14,4%) and ascending colon (13,1%) intestines. Urgent surgical treatment, despite of conservative therapy, received 49,3% of all surveyed. For patients from older age groups did not reduce the level of resectability of colon cancer in the study group (the cancer was removed in 77,8% of operated patients).

Key words: colon cancer, cancer of the sigmoid colon, elderly age, operability, resectability rate

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сопуев Андрей Асанкулович – заведующий кафедрой
госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии
Кыргызской государственной медицинской академии;
720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. 3-я линия, 25
E-mail: uspeev_ruslan@mail.ru