



П. В. Іванчов,
О. М. Андрусенко

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

© Іванчов П. В., Андрусенко О. М.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Резюме. Тривалий безсимптомний чи малосимптомний перебіг колоректального раку створює труднощі виявлення його на ранніх стадіях, є причиною пізньої діагностики в більшості випадків вже на стадії розвитку ускладнень. З 2002 по 2012 рік у Київський міський центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами, що діє на базі Київської міської клінічної лікарні № 12 госпіталізовано 217 хворих з гострокровоточивим колоректальним раком. Проведений аналіз перебігу захворювання до розвитку гострої кишкової кровотечі, пацієнти розподілені на клінічні групи в залежності від особливостей симптомокомплексу. Серед 157 хворих з вперше виявленим гострокровоточивим колоректальним раком 62 (39,5 %) мали безсимптомний перебіг захворювання до розвитку кишкової кровотечі. У 95 (60,5 %) хворих тривалий час мали місце клінічні прояви онкологічного процесу, але тільки розвиток кишкової кровотечі спонукав хворих до діагностики та лікування.

Ключові слова: гострокровоточивий колоректальний рак, дошпитальний симптомокомплекс, клінічний перебіг.

Вступ

Колоректальний рак (КРР) стійко залишається важливою проблемою, не зважаючи на стрімкий розвиток сучасної медицини [1, 2]. За статистичними даними щорічно в світі реєструється більш ніж 1,2 мільйонів випадків колоректального раку, за даними Національного канцер-реєстру України в структурі захворюваності та смертності серед злоякісних новоутворень рак ободової та прямої кишок стабільно займає одне з п'яти рангових місць з частотою виявлення близько 41,3 на 100 тисяч населення [3, 4, 5].

Тривалий безсимптомний або малосимптомний перебіг захворювання створює труднощі виявлення його на ранніх стадіях і є причиною пізньої діагностики, в більшості випадків вже на стадії ускладнень [6, 8, 9, 11, 12]. Розвиток ускладнень злоякісного ураження товстої кишки кровотечею за зведеними статистичними даними вітчизняних та зарубіжних клінік варіює в межах від 6,2 до 40 %, а в структурі кишкових кровотеч колоректальний рак складає від 9 до 16 % [7, 10].

Мета роботи

Проаналізувати дошпитальний симптомокомплекс та визначити особливості клінічного перебігу гострокровоточивого колоректального раку (ГКРР).

Матеріали та методи досліджень

З 2002 по 2012 рік в Київський міський центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами, що діє на базі Київ-

ської міської клінічної лікарні № 12 госпіталізовано 10883 хворих з клінікою ШКК різного генезу.

Пацієнтів з клінікою кишкової кровотечі було 1023, що складає 9,4 % від загальної кількості хворих, які госпіталізовані з приводу шлунково-кишкових кровотеч. Серед них хворих з гострокровоточивим колоректальним раком 217 (21,2 %), вони займають третє місце після кровоточивого геморою 38,1 % та дивертикульозу ободової кишки 23,6 %.

З приводу ускладнених форм колоректального раку за цей період госпіталізовано 732 хворих. Гострокровоточивий колоректальний рак розташований на другому місці (29,6 %) після колоректального раку, ускладненого гострою кишковою непрохідністю (46,2 %).

Згідно з Міжнародною класифікацією злоякісних новоутворень TNM-7th ed. серед хворих, які госпіталізовані з приводу ГКРР, встановлено такі стадії злоякісного процесу: 1 стадія – 11 (5,1 %), 2 стадія – 125 (57,6 %), 3 стадія – 38 (17,5 %), 4 стадія – 43 (19,8 %).

Вік госпіталізованих хворих варіював від 41 до 94 років. Чоловіків 110 (50,7 %), вік у межах від 41 до 94 років, середній вік $66,9 \pm 11,6$ років. Жінок 107 (49,3 %), вік у межах від 50 до 89 років, середній вік $68,8 \pm 8,3$ років. Осіб похилого та старечого віку 81,6 %.

У всіх пацієнтів були супутні захворювання різних органів та систем, що характерно для цієї вікової категорії хворих (поліморбідність 100 %). Індекс поліморбідності склав 4,6 у чоловіків та 5,2 у жінок.



У 60 хворих (27,6 %) діагноз вже встановлений раніше в інших медичних закладах. Вперше колоректальний рак виявлений в нашій клініці у 157 хворих (72,4 %).

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: перша – хворі з безсимптомним перебігом колоректального раку, у яких кишкова кровотеча була першим проявом захворювання; друга – 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 I. Хворі з безсимптомним перебігом колоректального раку, у яких кровотеча стала першим проявом захворювання. У групі 62 хворих, що складає 39,5 % 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 та госпіталізовані в термін від початку гострої кишкової кровотечі: до 3 годин – 4 хворих (6,5 %), 3-6 годин – 3 хворих (4,8 %), 6-12 годин – 4 хворих (6,5 %), 12-24 годин – 5 хворих (8,1 %), 1-2 доби – 7 хворих (11,3 %), 2-3 доби – 8 хворих (12,9 %), 3-5 діб – 16 хворих (25,8 %), 5-7 діб – 15 хворих (24,2 %).

У 11 хворих з цієї групи (17,7 %), госпіталізованих у ранні терміни, зовнішні прояви кровотечі так і залишилися основними симптомами захворювання.

У решти 51 хворого (82,3 %) до клінічної картини приєдналися загальні симптоми кровотрати та гемодинамічні порушення: слабкість – у всіх 51 хворого (100,0 %), запаморочення – у 26 (41,9 %), втрата свідомості – у 7 (11,3 %), підвищена втомлюваність – у 6 (9,7 %).

Група II. Хворі, у яких тривалий симптомокомплекс не спонукав до обстежень, але поява крові у випорожненнях змусила їх звернутися за медичною допомогою. У групі 95 хворих, що складає 60,5 % 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 3 хворих (3,2 %), 1-3 місяці – у 9 (9,5 %), 3-6 місяців – у 28 (29,5 %), 6-12 місяців – у 55 (57,9 %).

Більшість симптомів у хворих цієї групи склали загальні симптоми («малі ознаки»): слабкість – у 82 хворих (86,3 %), втрата ваги – у 45 (47,4 %), зниження апетиту – у 40 (42,1 %), запаморочення – у 37 (38,9 %), підвищена втомлюваність – у 28 (29,5 %), підвищення температури тіла, озноби – у 8 (8,4 %).

Симптоми кишкової диспепсії в цій групі хворих були такі: біль у череві – у 44 хворих (46,3 %), закрепи – у 24 (25,3 %), здуття черева – у 17 (17,9 %), діарея – у 8 (8,4 %), чередування закріпів та діареї – у 4 (4,2 %), тенезми – у 2 (2,1 %), стул невеликими порціями – у 1 (1,6 %). Виявлені варіанти порушення характеру кишкового вмісту та частоти дефекацій об'єднані в групу симптомів порушення пасажу по кишківнику, ці симптоми спостерігались у 48 хворих (50,5 %).

У 24 хворих (25,3 %) до появи кишкової кровотечі спостерігались лише загальні симптоми («малі ознаки»). Симптомів кишкової диспепсії хворі не відмічали.

У 13 хворих (13,7 %) 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 37 хворих, що складає 38,9 % від хворих з наявними ознаками пухлинного ураження до розвитку кишкової кровотечі.

Пацієнти, у яких спостерігались одночасно загальні симптоми і симптоми кишкової диспепсії, об'єднані в підгрупу хворих з маніфестним перебігом захворювання. В цій підгрупі 58 хворих, що складає 61,1 % від хворих з наявними ознаками пухлинного ураження до розвитку кишкової кровотечі.

Характер кров'янистих випорожнень не різнився у хворих обох груп. Стул чорного кольору спостерігався у 32 (20,4 %) хворих, вишневого – у 28 (17,8 %), малозмінена кров – у 82 (52,2 %), розмита кров («малинове желе», «м'ясні помий») – у 6 (3,8 %), зі згортками крові – у 9 (5,7 %).

Такі симптоми як слабкість, запаморочення, стомлюваність, анемія, виявлена при лабораторному дослідженні, є ознаками загальних проявів ракового процесу і ознаками кровотрати, 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, відбували-



ся 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.

У 11 хворих, що склало 7,0 % від загальної кількості хворих з вперше виявленим гостро-кровоточивим 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 лікували геморої від 1 до 5 місяців; 1 хворий лікував анальну тріщину 3 місяці; 1 пацієнт лікував хронічну анемію на протязі 1 року; 1 лікував гастрит на протязі 1 року; 1 лікував виразку шлунку 1 місяць; 2 пацієнтів спостерігали доброякісні поліпи ободової кишки від 3 місяців до 1,5 року, від запропонованого оперативного лікування відмовлялися.

Діагноз поліпоз товстої кишки встановлено у клініці 18 пацієнтам: при обстеженні – 15 хворим, інтраопераційно – 2 хворим, за даними аутопсії – 1 хворому. У 2 хворих діагноз встановлений при дошпитальному обстеженні.

Ще троє хворих раніше оперовані з приводу поліпів товстої кишки, у двох виконана ендоскопічна електроексцизія, у одного резекція кишки.

Діагноз дивертикулез товстої кишки встановлений при обстеженні кишечника у 14 хворих з вперше виявленим ГКРР. Хворих, які лікували дивертикулез до госпіталізації не виявлено.

У 4 хворих діагностовано одразу два джерела кровотечі. В двох випадках розповсюдження ракового процесу на печінку стало причиною портальної гіпертензії та додатковим джерелом кровотечі з флебектазій стравохода. По одному випадку додатковим джерелом кровотечі були поодинокі дивертикули сигмоподібної кишки та виразка шлунка.

Під час пальпації черева вдалось виявити пухлину у 25 хворих з вперше виявленим ГКРР (15,9 %).

Під час обстеження *per rectum* пухлина виявлена у 14 хворих, що склало 8,9 % від загальної кількості вперше виявленого ГКРР та 17,1 % від хворих з вперше виявленим раком прямої кишки. Ракова кахексія та інтоксикація в 3 випадках доповнювала діагностику.

Асцит спостерігався у 5 пацієнтів з вперше виявленим ГКРР: в 4 випадках асцит був ознакою канцероматозу очеревини, в 1 випадку – наслідком портальної гіпертензії при масивному вторинному ураженні печінки.

Серед хворих з вперше виявленим колоректальним раком у 15 (9,6 %) діагностовано вже розповсюджені форми, хворі віднесені до 4 клінічної групи.

Серед усіх госпіталізованих пацієнтів мав місце обтяжений онкологічний анамнез у 13 (6,0 %) – 4 оперовані з приводу раку матки, 3 оперовані з приводу раку молочних залоз, 2 з приводу раку яєчників, 2 з приводу раку інших відділів кишечника більше 10 років тому, 1 з приводу базаліоми спини. Усі хворі з обтяженим онкологічним анамнезом – жінки.

Висновки

1. У 39,5 % хворих мав місце безсимптомний перебіг захворювання, будь-які клінічні прояви були відсутні і лише розвиток кишкової кровотечі спонукав до первинної діагностики пухлинного ураження товстого кишечника.

2. У 23,6 % 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.

3. У групі хворих з клінічними проявами захворювання до розвитку кишкової кровотечі найбільш частими симптомами були: слабкість – 86,3 %, симптоми порушення пасажу по кишечнику – 50,5 %, втрата ваги – 47,4 %, біль у череві – 46,3 %, зниження апетиту – 42,1 %, запаморочення – 38,9 %.

4. Клінічні прояви пухлинного ураження товстої кишки передували розвитку гострої кишкової кровотечі у 57,9 % хворих із вперше виявленим ГКРР протягом 6-12 місяців.

5. При фізикальному обстеженні можливо виявити симптоми злоякісного ураження товстої кишки у 24,8 % випадків.

6. При наявності синдрому «малих ознак», що опосередковано вказує на наявність пухлинного ураження колоректальної зони, обов'язковим є проведення фіброколоноскопії, що дозволяє підвищити рівень виявлення даної патології до 100 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захворюваність і виживаність хворих на колоректальний рак у Закарпатській області / О. В. Ігнат, А. В. Русин, В. І. Русин [та ін.] // Наук. вісн. Ужгород. університету. Сер. Медицина. – 2013. – № 2. – С. 42–52.
2. Ковальов А.А. Скринінг колоректального раку в Україні / А. А. Ковальов // Сучас. гастроентерологія. – 2009. – № 1. – С. 93–95.
3. Рак в Україні, 2009-2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюл. нац. канцер-реєстру України / голов. ред. І. Б. Щепотін. – К., 2011. – № 12. – 117 с.
4. Рак в Україні, 2011-2012. Захворюваність, смертність, виживання, діагностика, лікування : бюл. нац. канцер-реєстру України / голов. ред. І. Б. Щепотін. – № 14. – К., 2013. – 124 с.
5. Ткач С. М. Колоректальний рак: распространенность, основные факторы риска и современные подходы к профилактике / С. М. Ткач, А. Ю. Иоффе // Укр. терапевт. журнал. – 2005. – № 2. – С. 83–88.
6. Циммерман Я. С. Колоректальний рак: современное состояние проблемы / Я. С. Циммерман // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 4. – С. 5–16.
7. Шалімов С. О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки : навч. посібник / С. О. Шалімов, О. І. Євтушенко, Д. В. М'ясоєдов. – К. : Четверта хвиля, 2004. – 247 с.
8. Colorectal cancer and rectal bleeding in primary care: rectal bleeding needs attention in primary care / С. М. Newman, G. F. Nash, T. Armstrong, K. Darcy // BMJ. – 2006. – Vol. 333, N 7560. – P. 201.
9. Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and tests in relation to colorectal cancer / M. Olde Bekkink, C. McCowan, G. A. Falk [et al.] // Br. J. Cancer. – 2010. – Vol. 102, N 1. – P. 48–58.
10. Du Toit J. Risk in primary care of colorectal cancer from new onset rectal bleeding: 10 year prospective study / J. du Toit, W. Hamilton, K. Barraclough // BMJ. – 2006. – Vol. 333, N 7558. – P. 69–70.
11. Predicting colorectal cancer risk in patients with rectal bleeding / R. Robertson, C. Campbell, D. P. Weller [et al.] // Br. J. Gen. Pract. – 2006. – Vol. 56, N 531. – P. 763–767.
12. Purkayastha S. Colorectal cancer and rectal bleeding in primary care: urban or rural myth? / S. Purkayastha, A. Darzi // BMJ. – 2006. – Vol. 333, N 7560. – P. 201–202.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*П. В. Иванчов,
А. Н. Андрусенко*

Резюме. Длительное бессимптомное или малосимптомное течение колоректального рака создает трудности выявления его на ранних стадиях, является причиной поздней диагностики в большинстве случаев уже на стадии развития осложнений. С 2002 по 2012 год в Киевский городской центр по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями, который действует на базе Киевской городской клинической больницы №12 госпитализировано 217 больных с острокровоточащим колоректальным раком. Проведен анализ течения заболевания до развития острого кишечного кровотечения, пациенты распределены на клинические группы в зависимости от особенностей симптомокомплекса. Среди 157 больных с впервые выявленным острокровоточащим колоректальным раком 62 (39,5 %) имели бессимптомное течение болезни до развития кишечного кровотечения. У 95 (60,5 %) больных длительное время имели место клинические проявления онкологического процесса, но только развитие кишечного кровотечения побудило больных к проведению диагностики и лечению.

Ключевые слова: острокровоточащий колоректальный рак, догоспитальный симптомокомплекс, клиническое течение.

PARTICULARITY OF CLINICAL COURSE ACUTE BLEEDING COLORECTAL CANCER

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

Summary. Prolonged asymptomatic or oligosymptomatic course colorectal cancer makes it difficult to identify its early stages, is the cause of late diagnosis in most cases at the stage of development of complications. From 2002 to 2012 in Kyiv City Centre to assist patients with gastrointestinal bleeding, acting on the basis of the Kyiv City Clinical Hospital № 12 217 hospitalized patients with colorectal cancer acute bleeding. The analysis of the disease to the development of acute intestinal bleeding, patients were divided into clinical groups according to the features of symptom. Among 157 patients with newly diagnosed colorectal cancer acute bleeding 62 (39.5 %) had asymptomatic disease to the development of intestinal bleeding. In 95 (60.5 %) patients for a long time there were clinical signs of cancer, but the development of intestinal bleeding induced patients to diagnosis and treatment.

Key words: acute bleeding colorectal cancer, preclinical syndrome, clinical course.