

УДК 616.34-006-06-089

Б.А. Сотниченко, М.О. Дмитриев

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: НЕ ТОЛЬКО ХИРУРГИЧЕСКАЯ, НО И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: колоректальный рак, осложнения, хирургическая тактика.

В структуре смертности населения развитых стран от злокачественных новообразований колоректальный рак (КРР) занимает второе место после рака легкого [15]. Несмотря на выраженность клинических признаков и технические возможности диагностики, подавляющее число больных попадают в стационар с осложненными формами заболевания и впервые обращаются не к онкологу, а к общему хирургу [14]. Большинство пациентов с осложненным КРР — лица старше 60 лет (65,5% наблюдений). Среди осложнений чаще всего встречаются острая кишечная непроходимость (71,8%), перфорация (17,8%) и кровотечение (10,4%) [3].

Одним из основных показателей, характеризующих состояние диагностики КРР, является степень запущенности опухолевого процесса. В России за 1996 г. удельный вес больных раком ободочной кишки IV стадии составил 32%, раком прямой кишки IV стадии — 28,6%, раком прямой кишки III стадии — 65% [1]. Неудовлетворительные результаты лечения объясняются неуклонным ростом числа запущенных форм заболевания из-за недостаточной квалификации врачей, низкой эффективности профилактических осмотров и диспансеризации населения, неполного использования диагностических возможностей лечебных учреждений [1, 2, 6, 7, 13].

По литературным данным частота осложнений после операций на толстой кишке по поводу осложненного КРР остается довольно высокой — 11,3–65,6% [3, 5, 9, 14], общая послеоперационная летальность при обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости составляет 31,3–41,6% [4, 9–11]. Среди лиц пожилого и старческого возраста послеоперационная летальность достигает 74% [13].

Целью нашего исследования явился анализ результатов хирургического лечения осложненного КРР и выработка наиболее рациональной хирургической тактики при его осложнениях. В основу работы положены данные о 137 пациентах с осложненным колоректальным раком, поступивших в отделение неотложной хирургии Городской клинической больницы № 2 Владивостока за последние 5 лет (возраст от 33 до 89 лет). Мужчин было 55 (40,1%), женщин — 82 (59,9%). Лица пожилого и старческого возраста составили большинство — 71%. Осложненный рак обо-

дочной кишки диагностирован у 123 (98,8%), прямой — у 14 больных (1,2%). Из числа наблюдений рака прямой кишки кровотечение отмечено в 9 случаях, обтурационная кишечная непроходимость — в 3, перфорация опухоли — в 2.

Лица пожилого и старческого возраста имели тяжелые фоновые заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. 60% из них страдали декомпенсированным сахарным диабетом, более трети имели по 2 и более фоновых заболеваний.

У 51,2% пациентов в анамнезе были явные нарушения пассажа кишечного содержимого давностью от 3 месяцев до 1,5 года. 18 человек на протяжении 3–5 лет страдали упорными запорами. Все они неоднократно обращались за медицинской помощью в поликлинику к специалистам различного профиля. Опухоли чаще локализовались в сигмовидной и прямой кишке (рис. 1).

Синхронные злокачественные опухоли различных локализаций (толстая кишка, яичник, молочная железа) отмечены у 3 больных, в одном случае они локализовались в трех органах.

Большинство пациентов по поводу возникших осложнений КРР были госпитализированы в стационар поздно или слишком поздно. Так, больные с перфорацией кишки и разлитым перитонитом только в 20,1% наблюдений попали в клинику в первые 6 часов. При острой толстокишечной непроходимости из 88 больных в срок поступило только 6 человек (7%). При кишечном кровотечении и прикрытой перфорации кишки с воспалительным инфильтратом из 25 человек в течение 3 суток были госпитализированы только 7 (28%). Остальные больные были

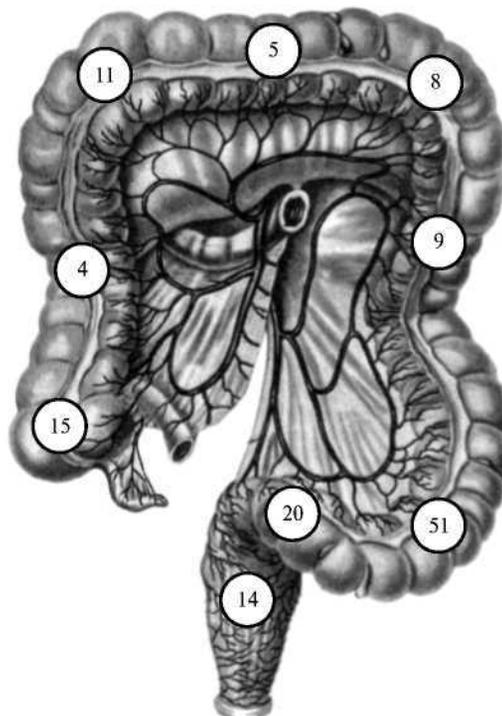


Рис. 1. Локализация опухоли при осложненном КРР (кол-во случаев).

госпитализированы на 5-14-е сутки с момента развития осложнения. Основными причинами поздней госпитализации явились поздняя обращаемость за медицинской помощью и ошибки диагностики на догоспитальном этапе.

Диагноз осложнений устанавливался на основании тщательно собранного анамнеза, данных клинического, рентгенологического, ультразвукового исследований. Для уточнения уровня обструкции в целях выбора рациональной хирургической тактики и операционного доступа при obturational толстокишечной непроходимости у 52 пациентов предпринята экстренная ирригография, у 28 — экстренная колоноскопия. При перфоративном раке и картине местного или распространенного перитонита в 12 случаях у больных преклонного возраста пришлось прибегнуть к экстренной лапароскопии.

Сроки оперативных вмешательств после госпитализации больных осложненным КРР зависели от характера осложнения и клинической картины заболевания, эффективности проведенных консервативных мероприятий, тяжести сопутствующих заболеваний, своевременности установления диагноза (табл. 1).

Из числа неоперированных у 5 больных смерть наступила в течение ближайших часов после госпитализации от сердечно-сосудистой недостаточности на фоне тяжелого эндотоксикоза. Консервативное лечение оказалось эффективным у 13 человек, 6 из них не были оперированы в связи с отказом от вмешательства, остальные — в связи с обширностью онкологического процесса, наличием отдаленных метастазов и тяжелыми фоновыми заболеваниями. Из 119 оперированных экстренные вмешательства произведены в 91 случае (76,5%), отсроченные — в 28 (23,5%). После экстренных операций погибло 24 больных (27,4%), после отсроченных — 1 (3,5%).

Диагностика obturational кишечной непроходимости и других осложнений КРР у больных старческого возраста была крайне затруднена, так как подавляющее число пациентов поступают в стационар с тяжелыми фоновыми заболеваниями [8]. В 30% случаев на собственном материале клинические признаки осложнения имели стертый характер. Усложняла диагностику путаный анамнез заболевания, состояние энцефалопатии и полиорганной недостаточно-

сти. У 22% больных в результате тяжелого эндотоксикоза наблюдалась анурия, азотемия. Несмотря на необходимость экстренного вмешательства, 34 пациентам для коррекции нарушений гомеостаза понадобилась предоперационная подготовка длительностью до 12-14 часов. Особую сложность в диагностике и хирургической тактике представляли пациенты с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (12 случаев).

К великому сожалению, ошибки диагностики и хирургической тактики при осложненном КРР допускаются не только на догоспитальном этапе, но и во время самого вмешательства. В 3 случаях при анамнестических указаниях на перенесенные в прошлом операции и наличие обширных спаечных процессов в брюшной полости при операции ограничились рассечением спаек (основная причина obturации — опухоль — не была распознана). В связи с некупированной клиникой obturации эти больные оперированы повторно, двое из них погибли.

Из 119 человек, подвергнутых оперативному вмешательству, у 44 (37%) имелась IV стадия заболевания, у 75 (63%) — III стадия. Множественные метастазы в печени обнаружены в 20 случаев, карциноматоз брюшины — в 29, легочные метастазы — в 4. У 3 женщин обнаружен синхронный рак яичников, у одной — еще и запущенная форма рака молочной железы. Первично множественный рак ободочной кишки встретился в 1 наблюдении.

Obturational кишечная непроходимость является одним из наиболее частых осложнений КРР. Рост частоты этого осложнения в последние годы отмечают многие исследователи, тогда как частота других осложнений КРР остается на стабильном уровне. У лиц старших возрастных групп среди всех форм непроходимости на долю опухолевой толстокишечной непроходимости приходится 20,0-53,6% [1, 2, 4, 5]. На нашем материале она зарегистрирована в 97 случаях (70,1%). Рак левой половины толстой кишки явился причиной непроходимости у 79 больных (80,1%), правой — у 18 (19,9%). Весьма неблагоприятным фактором явилось сочетание непроходимости с перфорацией в зоне роста опухоли (6 случаев) или выше места obturации (3 случая). Перфорация толстой кишки в свободную брюшную полость без явления obturации отмечена в 15 наших наблюдениях. При этом перфорация опухоли слепой кишки наблюдалась у 3 больных, поперечной ободочной кишки — у 3, сигмовидной — у 11, ректосигмовидного отдела толстой кишки — у 2, прямой — у 2.

Хирургическая тактика при перфоративном раке и obturational кишечной непроходимости толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста представляет собой сложную задачу. Несмотря на большой риск оперативного вмешательства при резектабельной опухоли, независимо от

Структура осложнений КРР

Осложнение	Число наблюдений		Смертность	
	оперировано	не оперировано	абс.	%
Острая кишечная непроходимость	77	11	19	21,6
Перфорация	15	0	5	33,3
Перфорация и кишечная непроходимость	9	0	4	44,4
Кровотечение	11	7	0	0,0
Воспалительный инфильтрат	7	0	0	0,0
Всего:	119	18	29	21,2

Таблица 1

стадии заболевания, целесообразно ее удаление. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки традиционно выполняется правосторонняя или расширенная гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. При локализации опухоли в левых отделах толстого кишечника операцией выбора является операция типа Гартмана, неоспоримым преимуществом которой служит ее радикализм и возможность решения двух задач: удаление опухоли и ликвидация непроходимости. Даже при наличии отдельных метастазов в печени удаление основной опухоли может продлить жизнь пациента. Так, одной из наших пациенток с obtурационной кишечной непроходимостью и наличием трех метастазов в печени после операции Гартмана и иссечения метастазов была двукратно произведена химиоэмболизация правой печеночной артерии. Пациентка прожила после операции, сохраняя трудоспособность, в течение 5 лет.

Наибольшие технические трудности возникают при удалении опухоли у больных с перфоративным раком, в связи с распространенностью процесса. Однако, как показывает наш опыт, для этой категории больных только возможность удаления опухоли вселяет надежду на благоприятный исход. Из 24 наших больных с перфоративным раком толстой кишки 13 пациентам была удалена опухоль (умерло 2). 11 пациентам были предприняты операции паллиативного характера (умерло 7). Из 101 пациента с перфорацией опухоли и obtурационной непроходимостью радикальные и условно радикальные операции выполнены в 58 случаях, паллиативные — в 33; летальность здесь составила 20,3 и 20,0% соответственно.

Из 18 случаев с кишечными кровотечениями у 4 пациентов опухоль располагалась в слепой кишке, у 3 — в восходящей кишке, у 4 — в сигмовидной. Наиболее часто осложнялись кровотечением опухоли прямой кишки (7 наблюдений). Как правило, больные поступали в стационар с кровотечениями средней степени тяжести. В одном случае у больного отмечен геморрагический шок III-IV степени. Консервативными мероприятиями удалось остановить кровотечение у 17 пациентов. Один больной умер от геморрагического шока в течение 3 часов с момента поступления. После дообследования, восполнения кровопотери и коррекции показателей гомеостаза на 7-30-е сутки оперировано 11 больных, из них трое успешно перенесли радикальные вмешательства.

Из 7 человек с воспалительными инфильтратами у 4 оказался рак слепой кишки с распадом и параколитом, у 2 — прикрытая перфорация опухолей левой половины ободочной кишки, у 1 — рак прямой кишки с распадом и образованием ишиоректального гнояника. В экстренном порядке оперирован один больной, ему произведено вскрытие параректального пространства. Отсроченные операции после антибактериальной терапии и дообследования произведены 6 больным, радикальные и условнорадикальные операции выполнены в 3 случаях.

Среди послеоперационных осложнений наиболее часто отмечались гнойно-септические, сердечно-сосудистые и бронхолегочные. Основной причиной гибели больных в послеоперационном периоде (19 чел.) явился прогрессирующий перитонит с полиорганной недостаточностью. По одному человеку умерли от инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, тромбоэмболии легочной артерии, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии, раковой кахексии.

Неуклонный рост осложненного КРР параллельно с запоздалой обращаемостью больных на сегодняшний день является не только хирургической, но и социальной проблемой. Медико-социальные аспекты ее решения должны быть направлены на усиление санитарно-просветительной работы среди населения, разработку соответствующих мировому уровню развития науки и техники стандартов диагностики и лечения КРР, повышению профессиональной подготовки и онкологической настороженности врачей.

Позднее поступление больных с осложненным КРР, наличие тяжелых фоновых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста обуславливает низкий процент радикальных операций и высокую послеоперационную летальность даже при минимальных вмешательствах. Опыт клиники факультетской хирургии свидетельствует о том, что, несмотря на тяжесть состояния больных с осложненным КРР, при выборе хирургической тактики и объема операции должен быть индивидуальный подход к каждому больному.

Преимущество отсроченных операций при осложненном КРР несомненно, однако их проведение не всегда возможно. Показанием к отсроченным оперативным вмешательствам является obtурационная непроходимость, разрешившаяся консервативными мероприятиями, остановившими кровотечение и воспалительные инфильтраты опухолевой природы.

Литература

1. Алтаев Б. Н., Машков Ю. Р., Ступин В. В. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №3. — С. 65-66.
2. Андреев Г. Н., Ибадильдин А. С., Назаров И. В. // *Хирургия*. — 1989. — №5. — С. 59-62.
3. Бондарь Г. В., Звездин В. Я., Ладур А. И. // *Хирургия*. — 1990. — №9. — С. 125-127.
4. Ванцян Э. Н., Богомолова Н. С., Данданов В. С. // *Хирургия*. — 1988. — № 11. — С. 3-8.
5. Ганичкин А. М., Яицкий Н. А., Кицай Т. А. // *Вестник хирургии*. — 1988. — №1. — С. 55-57.
6. Григорьев Е. Г., Нестеров И. В., Пак В. С. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №3. — С. 72-79.
7. Гринев М. В., Карачун Р. В., Бойков О. В. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №5. — С. 79.
8. Дивилин В. Я., Брычков Г. А., Рыбальченко Ю. Н., Сытратимов А. А. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №5. — С. 74.
9. Ефимов Г. А., Ушаков Ю. М. *Осложненный рак ободочной кишки*. — М.: Медицина, 1984.

10. Зиневич В. П., Бабкин В. Я. // *Вестник хирургии*. — 1991. — №2. — С. 127-129.
11. Инояттов И. Н., Николаев Н. М., Вардонян В. К., Федоров З. 3. // *Хирургия*. — 1991. — №4. — С. 61-65.
12. Кукош Н. В., Разумовский Н. К., Голодов Г. Н. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №3. — с. 95-96.
13. Лузин В. В., Староконь П. Н., Шкота С. М. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №3. — С. 103.
14. Мельников Р. А., Правосудов И. В. // *Вестник хирургии*. — 1983. — №3. — С. 66-72.
15. Старинский В. В., Ременник Л. В., Харченко Н. В., Кокина В. Д. // *Российский онкологический журнал*. — 1998. — №6. — С. 4-9.

Поступила в редакцию 08.10.04.

COMPLICATED COLORECTAL CANCER AS BOTH SURGICAL AND SOCIAL PROBLEM

*B.A. Sotnichenko, M.O. Dmitriev
Vladivostok State Medical University*

Summary — The authors present analysis of treatment results of 137 patients suffering from complicated colorectal cancer. Among them, patients of elderly and old ages amounted to 71%. 119 patients were operated on. Based on the findings, the authors show advantages of delayed and radical surgery, as well as conditionally radical operations to be performed on this patient population. The paper also touches upon a subject of the quality of diagnostics of colorectal cancer, especially at patients of elderly age.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 4, p. 39-42.

УДК611-013.16:618.314

Г. Ю. Ишахтин, Л. С. Логутова, О. М. Олексенко

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЯИЧНИКОВ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Ключевые слова: яичник, внутриутробное развитие, предлежание, морфометрия.

Особое значение в проблеме снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности имеет ранняя диагностика, прогнозирование и рациональная тактика ведения различных осложнений беременности и родов. Одним из наиболее серьезных факторов риска для матери и новорожденного остается тазовое предлежание плода. При тазовом предлежании продолжают оставаться высокими показатели перинатальной заболеваемости и смертности, а также чаще возникают осложнения в родах [9, 10]. К настоящему времени доказано наличие патологических изменений в центральной нервной системе, опорно-двигательном аппарате и других системах и органах, обусловленных этим повреждающим фактором [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования явился анализ морфофункциональных особенностей яичников в антенатальном онтогенезе, в зависимости от вида предлежания плода.

Морфологические исследования были проведены на 62 яичниках 31 плода, в возрасте от 35 до 40 недель внутриутробного развития. Из них 18 плодов находились в тазовом предлежании, 13 — в головном (контроль). Все плоды развивались при физиологическом течении беременности, причиной смерти в большинстве случаев являлась острая асфиксия (тугое обвитие или выпадение пуповины и др.).

После извлечения органокомплекса проводили микропрепарирование яичников. Измеряли длину, толщину, ширину и массу гонад. Для гистологического исследования применяли окраски гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, суданом III. С целью дифференцированной оценки функциональной активности женских половых желез использовали шкалу, предложенную Н. В. Кобозевой и Ю. А. Гуркиным [4].

Морфометрические исследования проводили на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином при 600-кратном увеличении (объектив — 40^x, окуляр — 15^x). Подсчитывали абсолютное количество примордиальных фолликулов на стандартной площади, с помощью 100-точечной окулярной сетки определяли удельную площадь гранулезной ткани.

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

В группе плодов, родившихся в тазовом предлежании, в 38 наблюдениях из 48 (80%) отмечены расстройства органной гемодинамики различной степени выраженности. В одном случае имелось массивное кровоизлияние в левый яичник, занимавшее половину органа. Постоянно выявлялись отек стромы, стазы в сосудах микроциркуляторного русла, полнокровие вен и диапедезные кровоизлияния (рис. 1, а). В гонадах плодов из группы головного предлежания подобные патологические изменения зарегистрированы лишь в 15% наблюдений. Данное различие обусловлено, очевидно, не столько общей острой гипоксией, а расстройствами кровообращения, которые происходят в предлежащей части плода. Отеки промежности и наружных половых органов отмечались во всех случаях рождения живого плода в тазовом предлежании.

Масса яичников колебалась от 123,5 до 458,7 мг в группе тазового предлежания и от 143,5 до 521,4 мг в группе головного предлежания. Величина яичников в контроле также в основном превалировала над величиной яичников при тазовом предлежании во всех изученных сроках беременности, однако различия размеров и массы гонад были статистически недостоверны. Обращало на себя внимание незначительное