

УДК 616.348/.351-006.6-089.197.5

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

М.Ш. Осомбаев, М.Д. Джекишенов, Б.И. Алымкулов, Н.К. Мукамбетов, О.А. Сатыбалдиев

Национальный центр онкологии Республики Кыргызстан (720064 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

Ключевые слова: колоректальный рак, отдаленные метастазы, паллиативные операции, циторедуктивные операции.

Проанализированы результаты оперативного лечения 136 пациентов в возрасте от 33 до 81 года (71 женщина, 65 мужчин), страдавших колоректальным раком с отдаленными метастазами. Послеоперационные осложнения развились в 17% случаев после циторедуктивных вмешательств и 17,5% случаев после симптоматических операций. Сделано заключение, что объем вмешательства не влияет на частоту осложнений и послеоперационную летальность. Это позволяет расширить показания к циторедуктивным операциям в практике хирургического лечения колоректального рака.

Колоректальный рак относится к одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. В структуре онкологической заболеваемости в мире он занимает 4-е место, а в общей структуре заболеваемости имеет удельный вес от 2 до 10% [1, 4]. Несмотря на то что рак ободочной и прямой кишки имеет многочисленные симптомы, до 80% больных поступают в клинику с III и IV стадиями заболевания, а у каждого третьего пациента из числа оперированных диагностируют отдаленные метастазы, преимущественно в печень (80%) и реже – в другие органы (легкие, яичники, кости и головной мозг) [6].

Паллиативные оперативные вмешательства при колоректальном раке подразделяются на циторедуктивные, когда удаляется первичная опухоль, и симптоматические, которые предусматривают формирование обходного анастомоза или противоестественного заднего прохода [2]. В конце прошлого века хирургические вмешательства носили симптоматическую направленность и, как правило, сопровождалась формированием разгрузочных колостом или обходных межкишечных анастомозов [3, 6]. Приоритетность хирургического лечения запущенных форм рака прямой и ободочной кишки оспаривается многими специалистами.

В последние годы значительно изменилось отношение к больным с метастатическим колоректальным раком. Согласно большинству зарубежных исследований, жизнеугрожающие осложнения первичной опухоли, такие как обтурационная кишечная непроходимость, перфорация кишки, массивное кровотечение, развиваются более чем в 20% случаев, в связи с этим у подавляющего контингента пациентов лечение начинается с хирургического вмешательства [12]. Встречаются лишь единичные работы, где специалисты отдадут предпочтение выполнению на первом

этапе циторедуктивных операций [11]. Совершенствование хирургической техники, уменьшение послеоперационных осложнений и летальности, успехи реаниматологии и анестезиологии, появление новых лекарственных препаратов, достижения химиотерапии позволяют расширить показания к оперативным вмешательствам при диссеминированных формах колоректального рака [5, 8–10].

При диссеминированном колоректальным раке лечение преследует следующие цели: 1) избавление больного от возможных осложнений опухолевого процесса; 2) уменьшение опухолевой массы (циторедукция) для снижения выраженности симптомов интоксикации, улучшения качества жизни и создания условий для последующей лекарственной терапии; 3) максимальное продление жизни больного (в некоторых случаях оперативное вмешательство может способствовать даже излечению).

Исходя из вышесказанного, нами была поставлена задача проанализировать непосредственные результаты после циторедуктивных и симптоматических операций у больных колоректальным раком при наличии отдаленных метастазов.

Материалы и методы. Изучен камамнез 136 пациентов в возрасте от 33 до 81 года (71 женщина, 65 мужчин), страдавших колоректальным раком с отдаленными метастазами и находившихся на лечении в отделении опухолей кишечника НЦО МЗ КР с 2000 по 2008 г. Для стадирования опухолевого процесса использовали 4-е издание классификации TNM (1997). В подавляющем большинстве случаев первичная опухоль локализовалась в прямой кишке, далее по частоте поражения следовали сигмовидная кишка, слепая кишка и ректосигмоидный отдел (табл. 1).

Результаты исследования. Выход опухоли на серозную оболочку кишечника (T_3) выявлен у 59, местная распространенность опухоли (T_4) – у 74 больных. Опухоль не выходила за пределы стенки кишечника (T_2) только в 2 случаях, наблюдений с поражением только слизистой оболочки кишки (T_1) на нашем материале не зарегистрировано. Циторедуктивные операции удалось выполнить у всех пациентов с поражением, соответствовавшим T_2 у большинства больных с T_3 -стадией, и лишь у 23% больных со стадией T_4 (табл. 2). Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах было подтверждено морфологически у 24 человек. В большинстве случаев отдаленные метастазы локализовались в печени, забрюшинных лимфатических узлах и легких (табл. 3).

Таблица 1
Распределение пациентов в зависимости от локализации первичной опухоли

Локализация опухоли	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Прямая кишка	69	50,0
Ректосигмоидный отдел	11	8,2
Сигмовидная кишка	25	18,4
Нисходящая ободочная кишка	7	5,4
Поперечная ободочная кишка	7	5,4
Восходящая ободочная кишка	6	4,4
Слепая кишка	11	8,2
<i>Всего:</i>	136	100,0

Таблица 2
Частота выполнения паллиативных операций при различной степени поражения кишечной стенки

Распространение опухоли	Операция			
	циторедуктивная		симптоматическая	
	абс.	%	абс.	%
T ₂	2	100	0	0
T ₃	43	72	16	28
T ₄	18	23	57	77
<i>Всего:</i>	63	–	73	–

Таблица 3
Отдаленные метастазы при колоректальном раке

Локализация	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Печень	106	63,0
Забрюшинные л/у	26	15,6
Легкие	11	6,5
Яичники	4	2,3
Большой сальник	9	5,5
Другие органы	12	7,1
<i>Всего:</i>	168	100,0

Примечание: количество локализаций метастазов больше, чем количество больных, так как в некоторых случаях имелось поражение нескольких локализаций.

Опухоль была морфологическая верифицирована в 107 случаях (78,6%). По строению большинство новообразований было представлено умеренно-дифференцированной аденокарциномой (табл. 4).

Осложненное течение колоректального рака отмечено у 83 больных, в том числе: анемия (у 38), периканкрозное воспаление (у 3), кишечная непроходимость (у 79 больных: у 55 – субкомпенсированная, у 24 – декомпенсированная). У некоторых пациентов было сочетание двух и более осложнений. Эти осложнения существенно затрудняли предоперационную подготовку и отягощали течение сопутствующих заболеваний: запущенный опухолевый процесс неизбежно связан с истощением больного, наличием анемии, гипопроteinемии, водно-электролитных нарушений [7]. В большинстве случаев течение колоректального рака осложнялось кишечной непроходимостью,

Таблица 4
Распределение опухолей по морфологической структуре

Морфологическая структура опухоли	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Аденокарцинома высокодифференцированная	4	3,7
Аденокарцинома умеренно-дифференцированная	68	63,5
Аденокарцинома низкодифференцированная	28	26,1
Аденокарцинома со слизееобразованием	3	2,8
Аденокарцинома недифференцированная	3	2,8
Перстневидно-клеточный рак	1	0,9
Плоскоклеточный рак	0	0,0
<i>Всего:</i>	107	100,0

Таблица 5
Послеоперационные осложнения при колоректальном раке

Осложнения	Кол-во наблюдений после операций			
	циторедуктивных	симптоматических		
Пневмония	–	–	–	1
Кровотечение	3	–	1	–
Эвентрация	1	–	1	–
Перитонит, абсцесс	–	–	3	–
Тонко- и толстокишечные свищи	–	–	3	–
Нагноение раны	2	–	2	–
Кишечная непроходимость	1	–	1	–
Атония мочевого пузыря	2	–	–	–
Почечная недостаточность	–	1	–	–
Сердечно-сосудистая недостаточность	–	–	–	1
Нарушение мозгового кровообр.	–	1	–	–
<i>Всего:</i>	9	2	11	2

в связи с чем из 63 циторедуктивных вмешательств 21 случай пришелся на операцию Гартмана (в т.ч. 5 комбинированных). Брюшно-промежностных экстирпаций выполнено 14 (в т.ч. 6 комбинированных), правосторонних гемиколонэктомий – 10 (в т.ч. 2 комбинированные). Из симптоматических операций 59 случаев пришлось на формирование колостом и 14 – на наложение обходных анастомозов.

Обсуждение полученных данных. Одним из главных критериев оценки непосредственных результатов лечения являются послеоперационные осложнения (табл. 5). Они развились в 17% случаев после циторедуктивных вмешательств и в 17,5% случаев после симптоматических операций. В структуре осложнений после циторедуктивных вмешательств хирургические осложнения составили 80%, терапевтические – 20%, 1 пациент умер от кишечной непроходимости (послеоперационная летальность – 1,5%). После симптоматических операций хирургические осложнения составили 84%, терапевтические – 15%, умерли 4 больных (послеоперационная летальность – 5,4%). Осложнения после симптоматических операций в большинстве

случаев были связаны с онкологическим процессом: распад опухоли с развитием перитонита, формирование опухолевых свищей и кровотечение из опухоли.

Таким образом, сравнительный анализ осложнений после циторедуктивных и симптоматических вмешательств показывает, что объем операции не влияет на их частоту и на летальность. Это позволяет расширить показания к циторедуктивным операциям в практике лечения колоректального рака.

Литература

1. Александров В.Б. Рак прямой кишки. М.: Медицина, 2001. 207 с.
2. Барсуков Ю.А. Алиев В.А. Сборник материалов XIII российского онкологического конгресса. М., 2009. 125 с.
3. Гарин А.М. Рак толстой кишки. М., 1998. 58 с.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования населения России и стран СНГ в 2005 г. // *Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. 2007. Т. 18, № 2, прил. 1. С. 52–89.
5. Ибрагимов С.С. Хирургическое и комбинированное лечение метастатического рака печени: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1990. 42 с.
6. Кныш В.И. Рак прямой и ободочной кишки. М.: Медицина, 1997. 304 с.
7. Куликов Е.П., Бубликов И.Д., Головкин Е.Ю. и др. Реконструктивно-восстановительные вмешательства у больных с колостомами // *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2002. № 2–3. С. 74–75.
8. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В. Современные подходы к лечению при метастатическом поражении печени у больных колоректальным раком // *Новое в терапии колоректального рака*. М., 2001. С. 49–52.

9. Патютко Ю.И., Черкес В.Л., Ананьев В.С., Сагайдак И.В. Лечение распространенных форм колоректального рака // *Рак ободочной и прямой кишки*. М.: Медицина, 2001. С. 259–267.
10. Benoist S., Pautrat K., Mitry E. et al. Treatment strategy for patients with colorectal cancer and synchronous irresectable liver metastases // *Br. J. Surg.* 2005. Vol. 92, No. 9. P. 1155–1160.
11. Bilchik A.J., Curley S.A., Strasberg S. et al. Neoadjuvant chemotherapy for metastatic colon cancer. A cautionary note // *J. of Clinical Oncology*. 2005. Vol. 23, No. 36. P. 9073–9078.
12. Scoggins C.R., Meszoely I.M., Blanke C.D. et al. Nonoperative management of primary colorectal cancer in patients with stage IV disease // *Ann. Surg. Oncol.* 1999. Vol. 6, No. 7. P. 651–657.

Поступила в редакцию 15.12.2010.

IMMEDIATE RESULTS OF PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

M.Sh. Osombaev, M.D. Dzhekshenov, M.D. Alyimkulov, N.K. Mukambetov, O.A. Satyibaldiev
National Oncological Centre of the Kyrgyz Republic (92 Akhunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

Summary – The paper analyses results of operative treatment of 136 patients aged 33 to 81 years (71 women and 65 men) suffering from colorectal cancer with distant metastases. The post-operative complications have been observed in 17% of cases after performing cytoreductive interventions and in 17.5% of cases after performing symptomatic operations. The authors conclude the extent of surgery does not correlate with the rates of complications and post-operative lethality. This allows extending the list of indications for cytoreductive operations in the practice of surgical treatment of colorectal cancer.
Key words: colorectal cancer, distant metastases, palliative operations, cytoreductive operations.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 30–32.

УДК 616.98:578.828NIV-055.2-053.3

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖДЕННЫХ ИМИ ДЕТЕЙ

В.Н. Рассказова¹, В.Н. Лучанинова¹, В.Я. Кривелевич^{1,2}, М.Е. Рассказова¹

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Лечебно-диагностический центр «Мечников» (690001 г. Владивосток, ул. Капитана Шефнера, 2а)

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, дети.

Проведен клиничко-статистический анализ медицинских карт стационарного больного и медицинских карт родов 280 ВИЧ-инфицированных беременных, а также медицинских карт новорожденных 280 детей, рожденных данными женщинами. Показано, что социальный статус ВИЧ-инфицированных женщин чаще отрицательный, у них регистрировалась множественная соматическая, гинекологическая и хроническая инфекционная патология. Дети, рожденные данной категорией женщин, имели отставание в физическом и нервно-психическом развитии и различную соматическую патологию. Полученные данные свидетельствуют о социальном аспекте проблемы, которая требует решения на уровне государства.

На рубеже XXI века глобальными проблемами в мире оказались эпидемии СПИДа и наркомании, рождение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом детей [3, 4]. Ситуацию с ВИЧ-инфекцией в мире можно охарактеризовать как пандемическую и поставить в один ряд с мировыми войнами, как по числу потерянных жизней,

так и по ущербу, который она наносит обществу [5, 8]. В мире из почти 35 млн людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), около 4 млн составляют дети [1, 2, 6, 7]. В Российской Федерации от матерей, инфицированных ВИЧ, родилось 15 тыс. детей [3]. Проблема ВИЧ-инфекции у беременных является весьма актуальной, а для Российской Федерации с учетом беспрецедентного роста заболеваемости и низкой рождаемости – приоритетной [1]. Все это свидетельствует о серьезной угрозе для будущих поколений, как в нашей стране, так и во всем мире [4, 9].

Материал и методы. За 1997–2008 гг. в Приморском крае ВИЧ-позитивными женщинами было рождено 553 ребенка. Нами проведен анализ медицинских карт стационарного больного и медицинских карт родов 280 ВИЧ-инфицированных беременных и 280 медицинских карт новорожденных. Большая часть женщин (86,4%) находилась в возрасте 15–25 лет. Осуществлен ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации, результатов клинических,

Рассказова Валентина Николаевна – канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ; e-mail: v.rasskazova@mail.ru