

Критериями определения тактики дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с различной степенью выраженности посттромботического макулярного отека и выбора применения лекарственного препарата для его купирования, с предпочтением интравитреальному введению ингибиторов эндотелиального фактора роста сосудов и/или препарату «озурдекс» (биодеградируемый имплантант, содержащий 0,7 мг дексаметазона), являются оценка толщины сетчатки в центральной зоне диаметром 1 мм, средний макулярный объем и степень снижения максимально скорректированной остроты зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова М. М., Вагин А. Ф. Патогенетические принципы терапии ишемии сетчатки при некоторой сосудистой патологии глазного дна на основе изучения роли оксида азота // Вестник офтальмологии. – М., 2001. – № 1. – С. 51–53.
2. Тахчиди Х. П., Магарамов Д. А., Пантелеев Е. Н., Шмыкова П. А. Предварительные результаты комбинированного лечения макулярного отека при тромбозе центральной вены сетчатки и ее ветвей // Офтальмохирургия. – М., 2008. – № 2. – С. 20–23.

3. Тульцева С. Н., Астахов Ю. С. Оклюзии вен сетчатки (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – СПб: издательство Н-Л, 2010. – 112 с.

4. Каменских Т. Г., Нугаева Н. Р., Сумарокова Е. С., Гилева Е. В. Результаты комплексной терапии тромбоза ветвей центральной вены сетчатки, осложненного кистозным макулярным отеком // Российский офтальмологический журнал. – М., 2013. – № 2. – С. 20–23.

5. Шурьгина И. П., Милютин Н. П., Прокофьев В. Н., Шкурят Т. П. Влияние инфракрасного низкоинтенсивного лазерного излучения на метаболический статус и спонтанный мутагенез различных тканей крыс при экспериментальной ишемии зрительного анализатора // Офтальмохирургия. – М., 2008. – № 2. – С. 46–49.

6. Coscas G., Loewenstein A., Augustin A. Management of retinal vein occlusion – consensus document // Ophthalmologica. – 2011. – V. 226. – P. 4–28.

7. Rogers S., McIntosh R. L., Cheung N. et al. International eye disease consortium: The prevalence of retinal vein occlusion: pooled data from population studies from the United States, Europe, Asia, and Australia // Ophthalmology. – 2010. – V. 117. – P. 313–319.

Поступила 03.12.2014

С. Н. ШАЕВА

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28; тел. +7 (910) 7132726. E-mail: shaeva30@mail.ru*

Хирургическое лечение проведено 1998 больным с urgentными осложнениями рака толстой кишки, которые в период с 2001 г. по 2011 г. были пролечены в стационарах Смоленска и Смоленской области. Кишечная непроходимость наблюдалась в 1644 случаях (82,3%), перфорация опухоли – в 208 (10,4%), кровотечение – в 146 (7,3%). Из числа всех оперированных пациентов радикальные операции выполнены у 1427 больных (71,4%). Больным пожилого и старческого возраста радикальное оперативное вмешательство проводилось реже, чем у лиц более молодого возраста. Кроме того, объем и характер операции зависели от сроков госпитализации с момента развития осложнения, тяжести общего состояния, распространенности злокачественного процесса и наличия отдаленных метастазов.

Ключевые слова: колоректальный рак, urgentные осложнения, радикальные операции.

S. N. SHAEVA

RESULTS OF RADICAL SURGERIES AT THE COMPLICATED COLORECTAL CANCER

*Department of faculty surgery of Smolensk state medical academy,
Russia, 214019, Smolensk, str. Krupskoj, 28; tel. +7 (910) 7132726. E-mail: shaeva30@mail.ru*

Surgical treatment is carried out 1998 patients with urgently complications of a cancer of a thick gut which during the period from 2001 to 2011 were treated in hospitals of Smolensk and the Smolensk region. Intestinal obstruction was observed in 1644 cases (82,3%), perforation of a tumor 208 (10,4%), bleeding of 146 (7,3%) (n = 146). From among all operated patients radical operations are executed at patients 1427 (71,4%). Radical surgery was carried out by the patient of advanced and senile age less than at persons of younger age. At men with the complicated cancer of a thick

gut the bigger percent of radical operations in comparison with women is noted. Besides, the volume, and nature of operation depended on hospitalization terms from the moment of development of complication, weight of the general state, prevalence of malignant process and existence of the remote metastases.

Key words: colorectal cancer, urgently complications, radical operations.

Введение

На сегодняшний день колоректальный рак – распространенное заболевание, которое в России в структуре онкологической заболеваемости занимает 3-е место, а в структуре смертности – 2-е [1, 2, 3]. Сохраняется высокий процент запущенных стадий рака (III–IV стадии): до 71,4% при раке ободочной кишки и до 62,4% – при раке прямой кишки [2, 5, 6, 7, 9]. Увеличивается число пациентов, обращающихся за помощью с осложненными формами этого заболевания, госпитализируемых в экстренном порядке в связи с осложнениями заболевания, такими как кишечная непроходимость, перфорация опухоли, параколитическое воспаление, кишечное кровотечение, анемия. Большая часть из них поступают с неопределенным диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости [2, 8, 9]. Проблема лечения больных колоректальным раком по-прежнему остаётся актуальной [2, 3, 7, 9, 10].

Цель исследования – проанализировать результаты оперативных вмешательств при urgentных осложнениях колоректального рака на региональном уровне.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1998 больных с urgentными осложнениями рака толстой кишки, которые в период с 2001 г. по 2011 г. были пролечены в стационарах Смоленска и Смоленской области и внесены в базу данных областного популяционного ракового регистра. Кишечная непроходимость наблюдалась в 1644 случаях (82,3%), перфорация опухоли – в 208 (10,4%), кровотечение – в 146 (7,3%). Пациенты были госпитализированы по экстренным и срочным показаниям. Средний возраст больных составил $61 \pm 1,2$ года и колебался от 39 до 86 лет. Из числа всех оперированных женщин было 1057 (52,9%), мужчин – 941 (47,1%). Согласно международной классификации TNM большинство пациентов (94%) имели III–IV стадии заболевания (T3-4N0-2M0-1).

Из сопутствующей патологии лидирующее место занимала ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая диагностирована у 1732 больных (86,7%). Гипертоническая болезнь наблюдалась у 1455 (72,8%), сахарный диабет – у 352 (17,6%) пациентов. Удовлетворительное состояние при поступлении отмечалось у 40 больных (2%), средней

степени тяжести – в 1056 наблюдениях (52,8%), тяжелое – у 841 (42,1%), крайне тяжелое – у 61 пациента (3,1%). Сроки с момента возникновения осложнения были различными: от 6 до 12 часов – 26% (n=520), 12–24 часа – 39,6% (n=791), остальные пациенты поступили более чем через 24 часа от момента заболевания.

Обследование пациентов включало необходимый клинический минимум диагностических исследований: общеклинические анализы крови и мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ, УЗИ брюшной полости. Кроме того, в зависимости от состояния больного выполнялось эндоскопическое исследование толстой кишки и КТ брюшной полости.

Правосторонняя локализация опухоли выявлена в 783 случаях, локализация в поперечной ободочной кишке – в 204, левосторонняя и прямокишечная – у остальных 1011 пациентов. Все больные с urgentными осложнениями колоректального рака нуждались в целенаправленной и интенсивной предоперационной подготовке, содержание и продолжительность которой зависели от состояния больного и срочности показаний к операции. Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию водно-электролитных и гемодинамических нарушений, а также, по возможности, очистку толстой кишки очистительными клизмами.

Для оценки степени выраженности кишечной непроходимости была использована классификация Государственного научного центра проктологии, согласно которой в зависимости от клинических, рентгенологических и эндоскопических данных выделяют 3 степени выраженности толстокишечной непроходимости: I (компенсированная); II (субкомпенсированная); III (декомпенсированная) степени. Компенсированная степень толстокишечной непроходимости характеризуется жалобами на периодически возникающие запоры продолжительностью 2–3 дня, которые могут быть устранены при помощи диеты и слабительных. Общее состояние больного удовлетворительное, живот периодически вздут, симптомы интоксикации отсутствуют. По результатам эндоскопии, проктографии, рентгенологического исследования опухоль сужает просвет кишки до 1,5 см, определяется небольшое количество газов и кишечного содержимого в ободочной кишке. При субкомпенсированной кишечной непроходимости пациенты предъявляют жалобы на стойкие запоры, отсут-

твие самостоятельного стула. В данной ситуации прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект. Отмечаются периодическое вздутие живота, затрудненное отхождение газов. Общее состояние относительно удовлетворительное. Характерны симптомы интоксикации. Опухоль сужает кишечный просвет до 1 см. При рентгенологическом исследовании наблюдаются расширение ободочной кишки, заполнение кишечным содержимым, могут быть отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера). В случае декомпенсированной толстокишечной непроходимости отмечаются жалобы на отсутствие стула и отхождение газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, иногда рвоту. Характерны выраженные признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса, анемия, гипопротенемия. На рентгенограммах петли кишечника расширены, раздуты газом, множество уровней жидкости (чаши Клойбера).

В проведенном исследовании компенсированная кишечная непроходимость наблюдалась у 191 больного (11,6%), субкомпенсированная отмечалась у 700 (42,6%) и декомпенсированная – в 753 случаях (45,8%).

Объем оперативного вмешательства зависел от локализации новообразования, распространенности опухолевого процесса, общего состояния больного, характера ургентного осложнения.

Обсуждение результатов

Из числа всех оперированных пациентов радикальные операции выполнены у 1427 больных (71,4%), паллиативные – у 288 (14,4%), симптоматические – в 283 (14,2%) случаях. Среди радикальных и паллиативных оперативных вмешательств (1715) наиболее часто проводились правосторонняя и левосторонняя гемиколэктомии, резекция сигмовидной кишки. В 108 случаях выполнены комбинированные операции. Симптоматические операции проводились при множественном характере отдаленного метастазирования, нерезектабельности опухоли (врастание в магистральные сосуды забрюшинного пространства, кости таза) и тяжелом состоянии пациента.

Больным пожилого и старческого возраста радикальное оперативное вмешательство проводилось реже, чем лицам более молодого возраста. Радикальность хирургических вмешательств зависела от сроков госпитализации с момента развития осложнения и уменьшалась при удлинении последних. Радикальные операции проведены 71,1% (n=1015) больных, госпитализированных до 24 часов, и 28,9% (n=412) – позднее 24 часов от момента развития осложнения колоректального рака (p<0,01). Объем и характер операции определялись и общим состоянием пациентов. Из 1998 больных с ургентными осложнениями

рака толстой кишки большинство было госпитализировано в тяжелом и в среднетяжелом состояниях.

Большой процент паллиативных операций при поступлении больных в тяжелом состоянии (41,2%) связан с наличием распространенного злокачественного процесса и отдаленных метастазов.

Из осложнений в послеоперационном периоде зафиксированы: нагноение послеоперационной раны – 58 случаев (2,9%), пневмония – 1,5% (n=30) и несостоятельность анастомоза – 1,2% (n=23). Летальность составила 1,6% (n=23) в раннем послеоперационном периоде в группе радикально оперированных больных и 1,4% (n=4) – в группе с симптоматическими операциями. Основными причинами летальных исходов явились: тромбоэмболия основного ствола легочной артерии, острая сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность.

Согласно результатам проведенного ретроспективного исследования хирургическое лечение является основным при наличии ургентных осложнений колоректального рака. Отдаленные результаты хирургического лечения ургентных осложнений рака толстой кишки прежде всего зависят от степени распространения опухоли к моменту операции, поэтому при осложнениях следует стремиться не только к ликвидации осложнения, но и к выполнению первичной радикальной операции, так как удаляется опухоль – источник метастазирования. Однако у больных, поступающих в тяжелом состоянии, приходится выполнять разгрузочные операции с целью ликвидации осложнения, с последующими реконструктивными операциями. При правосторонней локализации опухоли допустимо выполнение гемиколэктомии с формированием илеотрансверзоанастомоза. В случае левосторонней локализации, небольших изменений в стенке кишки возможна ее резекция с формированием анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операция выполняется в объеме обструктивной резекции (операция Гартмана) либо проводится операция Микулича. Разгрузочные и дренирующие операции проводятся в случаях исходного тяжелого состояния пациента, выраженной интоксикации, наличия местной нерезектабельной опухоли или генерализации злокачественного процесса. Выбор оперативного лечения зависел и от наличия сопутствующей патологии. В случае наличия сопутствующей патологии радикальные хирургические вмешательства производились в 54,3% наблюдений, при отсутствии – в 83,6% случаев (p<0,01). Кроме того, процент радикальных операций был гораздо меньше при злокачественных новообразованиях прямой кишки по сравнению с другими отделами толстой кишки.

Таким образом, при urgentных осложнениях рака ободочной кишки удаление опухоли на первом этапе является необходимым независимо от выраженности осложнения. В случае значительного местного распространения опухоли и большом числе отдаленных метастазов показано симптоматическое лечение (различные виды колостом). У больных с нестабильной гемодинамикой, нарастающей за счет интоксикации или тяжелой соматической патологии, данные операции применяются как единственно возможные. Следовательно, характер радикального вмешательства зависит от локализации новообразования и степени выраженности urgentного осложнения. Так как число осложненных форм связано с запущенными стадиями заболевания, необходимо усиление мероприятий по выявлению данного заболевания в более ранних стадиях, что в итоге улучшит результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. – № 2. – С. 21 (прил. 1).
2. Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г., Утешев Н. С. Неотложная хирургия ободочной кишки. – М.: Миклош, 2009. – 96 с.

3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. – М.: Наука, 2008. – С. 351–378.

4. Alvarez-Perez J. A., Baldonado-Cernuda R. F. et al. Risk factors in patients older than 70 years with complicated colorectal carcinoma // Cir. esp. – 2006. – Vol. 79. № 1. – P. 36–41.

5. Biondo S., Pares D., Frago R. et al. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality // Dis colon rectum. – 2004. – Vol. 47. № 11. – P. 1889–1897.

6. Chiappa P. A., Zbar A., Biella F. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of left colon for cancer // Am. surg. – 2008. – Vol. 66. № 7. – P. 619–622.

7. Coco C., Verbo A., Manno A. et al. Impact of emergency surgery in the outcome of rectal and left colon carcinoma // World j. surg. – 2006. – Vol. 29. № 11. – P. 1458–1464.

8. Kunitake K., Hiroko P. et al. Caring for octogenarian and nonagenarian patients with colorectal cancer: what should our standards and expectations be? // Diseases of the colon & rectum. – 2010. – Vol. 53. № 5. – P. 735–743.

9. Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma // Zetrabl chir. – 2007. – Vol. 132. № 1. – P. 16–25.

10. Tong D. K., Law W. L. Laparoscopic versus open right hemicolectomy for carcinoma of the colon // JSLS. – 2007. – Vol. 11. № 1. – P. 76–80.

Поступила 28.10.2014