

quality improvement program // Journal of vascular surgery. — 2001. — Vol. 34, № 2. — P. 283–290.

10. Bowdeijn G., Vasbinder C., Nelemans P.J., Kessels A.G. et al. Diagnostic tests for renal artery stenosis in patients suspected of having renovascular hypertension: a meta-analysis // Annals of internal medicine. — 2001. — Vol. 135. — P. 401–411.

11. Eagle K.A., Berger P.B., Calkinset H. et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery — executive summary: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (Committee to update the 1996 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery) // Circulation. — 2002. — Vol. 105, № 10. — P. 1257–1267.

12. Brewster D.G., Cronenwett J.L., W.Hallett J. et al. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms: report of subcommittee of the joint council of the American association for vascular surgery and society for vascular surgery // Journal of vascular surgery. — 2003. — Vol. 37, № 5. — P. 1145–1154.

13. White R.H. Risk factors for venous thromboembolism // Circulation. — 2003. — Vol. 107, № 4–8. — P. 342–374.

14. Типовая программа по хирургическим болезням №08-14/59 от 3 сентября 1997 г.

15. Решения XVIII конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов // Медицинская газета. — 2003. — № 91.

Поступила 27.03.2006

УДК 616.34

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

С.Л. Ачинович, Т.И. Пригожая, В.В. Бондаренко, О.А. Голубев,
Э.А. Надыров, Э.В.Туманов, В.Э. Нитиш

Гомельский областной клинический онкологический диспансер
Гомельское областное патологоанатомическое бюро
Гомельский государственный медицинский университет

Клинико-анатомический анализ по данным аутопсий является важным аспектом деятельности стационаров, который позволяет выявить причины смерти больных, возможные дефекты лечебно-диагностического процесса и широко используется для научных исследований. В работе проанализированы случаи смерти больных от тяжелой и неуправляемой патологии — тромбоэмболии легочной артерии при раке прямой кишки.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, аутопсия, рак прямой кишки.

TROMBOEMBOLY OF LANG ARTERIES AT THE CANCER OF RECTUM ON DATA AUTOPSY

S.L. Achinovich, T.I. Comely, V.V. Bondarenko, O.A. Golubev,
E.A. Nadyrov, E.V. Tumanov, V.E. Nitish

Gomel Regional Oncological Clinic
Gomel Regional Pathoanatomical Bureau
Gomel State Medical University

The clinical and anatomic analysis on the data autopsy is a prominent aspect of activity of hospitals which allows to reveal the reasons of death of patients, probable defects of medical-diagnostic process and is widely used for scientific researches. In work cases of death of patients from a heavy and unguided pathology — tromboemboly lang arteries are analysed at a cancer of rectum.

Key words: tromboemboly of lang arteries, autopsy, cancer of rectum.

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является актуальной проблемой современной медицины. Больные с раком прямой

кишки относятся к группе с повышенным риском заболевания ТЭЛА [2]. При колоректальных карциномах (КРК) ТЭЛА является непосредственной причиной смерти в

послеоперационный период в 15,5% [1]. В группе больных КРК, осложненного кишечной непроходимостью, ТЭЛА явилась причиной 12,4% летальных исходов. По данным других исследований, операции по поводу РПК осложнялись ТЭЛА в 11,2%, а оперативные вмешательства по поводу рака толстой кишки (РТК) — в 1,4% [3]. Кроме того, почти у половины пациентов после операции по поводу КРК при помощи дуплексной сонографии выявляется асимптомный тромбоз глубоких вен голени.

Цель настоящей работы: оценить роль ТЭЛА как непосредственной причины смерти у больных, страдавших КРК.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ протоколов вскрытий больных, страдавших раком прямой кишки (РПК) и РТК, у которых непосредственной причиной смерти явилась ТЭЛА. Работа проведена на архивном материале патологоанатомического отделения Гомельского областного клинического онкологического диспансера за период с 1983 по 2005 гг. Данные обрабатывались статистическими методами.

Результаты и обсуждение

Всего выявлено 134 КРК, из которых 66 случаев (49,3%) — РПК и 68 (50,7%) — РТК. При анализе 66 аутопсий пациентов, страдавших РПК, было установлено, что наиболее частой непосредственной причиной смерти была ТЭЛА — 17 (25,8%). Перитонит находился на втором месте среди причин смерти — 11 случаев (16,7%), сердечно-сосудистая недостаточность занимала третье место — 7 случаев (10,6%) и четвертое место сепсис — 6 случаев (9,1%). При анализе 68 аутопсий пациентов, страдавших РПК, установлено, что наиболее частой причиной смерти явился перитонит — 26 случаев (38,2%), второе место по частоте занимает ТЭЛА — 8 случаев (11,8%), на третьем месте сепсис — 6 случаев (8,8%), на четвертом месте — прогрессирование опухолевого процесса и раковая кахексия — 5 случаев (7,4%). Таким образом, ТЭЛА диагностирована в 25 случаях (18,7%) из 134 случаев КРК.

Из 17 больных РПК женщин было 9 (52,9%), мужчин — 8 (47,1%). Больше всего больных скончалось в интервале 61–70 лет — 7 (41,2%). Средний возраст больных составил $66,4 \pm 3,4$ лет (от 54 до 82 лет).

Пациентов в возрасте до 60 лет было 4 (23,5%), после 60 лет — 13 (76,5%). Из 8 умерших от РТК мужчин и женщин было по 4 (50%). Средний возраст — $62,5 \pm 2,6$ лет (от 54 до 80 лет). Больше всего больных скончалось в интервале 51–60 лет — 5 (62,5%). Пациентов в возрасте до 60 лет было 5 (62,5%), после 60 лет — 3 (37,5%). Во всех случаях РТК источником тромбообразования явились глубокие вены голени. При РПК глубокие вены голени явились источником тромбообразования в 15 случаях (88,2%). В 1 случае (5,9%) тромб сформировался в ушке правого предсердия, в 1 случае (5,9%) — тромб образовался в подвздошной вене в месте вставания метастаза РПК.

При аутопсиях отмечено преобладание поражения средних ветвей легочной артерии: при РПК — 9 случаев (52,9%), при РТК — 4 (50%); поражение крупных ветвей и ствола легочной артерии составило при РПК 6 случаев (35,3%), при РТК — 2 (25%), поражение мелких ветвей случалось реже: при РПК — 2 (11,8%), при РТК — 2 (25%).

ТЭЛА развивалась после радикальных операций у 12 больных РПК (70,6%) и у 5 больных РТК (62,5%), после паллиативных операций — у 3 больных РПК (17,6%) и 2 больных РТК (25%). У 2 больных, страдавших РПК (11,8%), и 1 больного, страдавшего РТК (12,5%), ТЭЛА развивалась без предшествующей операции.

Среди всех КРК преобладали опухоли 1–2 стадии, что составило при РПК 13 случаев (76,5%) и при РТК — 6 случаев (75%). Опухоли 3–4 стадии составили при РПК 4 случая (23,5%) и при РТК — 2 случая (25%).

По мнению большинства исследователей, возникновению ТЭЛА способствуют: пожилой и старческий возраст, гиподинамия, иммобилизации, хирургические операции, злокачественные новообразования, хроническая сердечная недостаточность, варикозное расширение вен ног, ожирение, наследственные заболевания и другие факторы [2, 3].

В нашей группе наблюдения из факторов риска при РПК отмечены:

- 1) злокачественная опухоль — 17 (100%);
- 2) оперативное вмешательство — 15 (88,2%);
- 3) возраст более 54 лет во всех 17 случаях (100%);
- 4) общая анестезия — 15 (88,2%);
- 5) гнойно-воспалительные осложнения — 8 (47%);

6) локализация опухоли в области таза — 17 (100%);

7) длительность операции более одного часа — 13 случаев (76,5%);

8) повторная операция — 3 (17,6%);

9) варикоз вен ног — 1 (5,9%);

10) ожирение — 7 (41,2%);

11) сахарный диабет — 2 (11,8%);

12) острый инфаркт миокарда — 1 (5,9%);

13) ИБС: атеросклеротический кардиосклероз с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью — 8 случаев (47,1%);

14) наличие ТЭЛА в анамнезе — 1 (5,9%);

15) профузное кровотечение — 2 случая (11,8%), при этом в одном случае кровотечение из РПК, в другом — кровотечение из трещин пищевода;

16) фибромиома матки больших размеров — 1 (5,9%);

17) дыхательная недостаточность с наличием хронического бронхита и остаточных изменений после перенесенного туберкулеза — 1 (5,9%);

18) дегидратация и анемия на фоне хронического гастроэнтероколита — 1 (5,9%).

Из факторов риска при РТК выявлены:

1) злокачественная опухоль — 8 (100%);

2) оперативное вмешательство — 7 (87,5%);

3) возраст более 54 лет — 8 (100%);

4) общая анестезия — 7 (87,5%);

5) длительность операции более одного часа — 6 (75%);

6) гнойно-воспалительные осложнения операции — 5 (62,5%);

7) повторная операция — 5 (62,5%);

8) тромбоз катетеризированной лучевой вены — 1 (12,5%);

9) варикозное расширение вен нижних конечностей — 1 (12,5%);

10) ИБС: постинфарктный кардиосклероз с нарушением ритма по типу мерцательной аритмии — 1 (12,5%);

11) кровотечение внутрибрюшинное послеоперационное — 1 (12,5%);

12) ИБС: атеросклеротический кардиосклероз с наличием хронической сердечной недостаточности — 1 (12,5%);

13) наличие ТЭЛА в анамнезе — 1 (12,5%).

У больных РПК было выявлено больше факторов риска (ФР) ТЭЛА, чем у больных РТК. В среднем, на 1 пациента РПК приходилось $7,3 \pm 1,4$ ФР (2 случая — 5 ФР, 1 случай — 6 ФР, 6 случаев — 7 ФР, 6 случаев — 8 ФР, 2 случая — 9 ФР). В среднем, на 1 пациента РТК приходилось $3,8 \pm 1,1$ ФР (1 случай — 4 ФР, 2 случая — 5 ФР, 3 случая — 6 ФР, 1 случай — 7 ФР, 1 случай — 8 ФР).

Степень риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений оценивалась по многобалльной системе Доманига (табл. 1). Критической суммой баллов, которая требует проведения специфической медикаментозной терапии ТЭЛА (тромбоопасный индекс), считали 11 баллов и выше.

Таблица 1

**Схема Доманига для определения степени риска
послеоперационных тромбоэмболических осложнений**

Фактор риска	Балл
Возраст от 20 до 50 лет	2
Возраст от 51 до 90 лет	3
Мужской пол	1
Женский пол	2
Астеническая конституция	1
Нормостеническая конституция	2
Адипозная конституция	3
Тяжесть заболевания	
Легкая	1
Средняя	2
Тяжелая	3
Вид операции	
Экстраабдоминальная	1
Торакальная	2
Абдоминальная	3
Варикозное расширение вен	2

Из 15 больных РПК, подвергавшихся операционному вмешательству, у 15 (100%) индекс Доманига (ИД) был критическим (11 баллов и выше). Из 7 больных РТК, подвергавшихся оперативному лечению, у 6 (85,7%) ИД был критическим и в 1 случае (14,3%) был высоким

(ИД = 10) — у пациента после радикальной операции.

Наличие отягощающих факторов позволяет выделить 3 группы больных (табл. 2): с высокой, умеренной и низкой степенью риска развития венозных тромбоэмболических осложнений.

Таблица 2

Степень риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений

Риск	Фактор риска	
	Операция	Состояние больного
Низкий	Неосложненные вмешательства продолжительностью до 45 мин, например, аппендэктомия, грыжесечение, трансуретральная аденомэктомия и др.	Отсутствует
Умеренный	Большие вмешательства, например, холецистэктомия, резекция желудка или кишечника, ампутация матки, артериальные реконструкции, чреспузырная аденомэктомия и др.	Возраст старше 40 лет, варикозное расширение вен, прием эстрогенов, недостаточность кровообращения, постельный режим более 4 дней, инфекции, операционный послеродовой период (6 недель).
Высокий	Расширенные вмешательства, например, гастрэктомия, панкреатэктомия, колэктомия, экстирпация матки, ампутация бедра.	Онкологические заболевания, тромбоз глубоких вен, ТЭЛА в анамнезе, паралич нижних конечностей, тромбофилии.

Из 15 больных РПК, подвергавшихся оперативному вмешательству, 11 случаев (73,4%) были отнесены к группе высокого риска и 4 (26,6%) — к группе умеренного риска развития ТЭЛА. Из 7 больных РТК, подвергавшихся операции, 5 случаев (71,4%) были отнесены к группе высокого риска и 2 (28,6%) — к группе умеренного риска развития ТЭЛА. Из 25 аутопсий КРК количество ТЭЛА в зимние месяцы составило 6 случаев (24%), весенние — 6 (24%), летние — 5 (20%), осенние — 8 (32%). Из 8 случаев РТК только в 1 случае (12,5%) был рак печеночного угла толстой кишки, а в 7 случаях (87,5%) определялись опухоли левой половины толстой кишки (из них 1 случай (12,5%) — рак селезеночного угла, 1 случай (12,5%) — рак нисходящего отдела толстой кишки, 5 случаев (62,5%) — рак сигмовидной кишки). Первично-множественные злокачественные новообразова-

ния (ПМЗН) при РТК не определялись. В 17 случаях РПК было выявлено 5 случаев (29,4%) ПМЗН.

Заключение

Таким образом, в нашей группе наблюдения ТЭЛА явилась наиболее частой непосредственной причиной (25,8%) госпитальной смерти больных РПК. ТЭЛА возникала у больных РПК чаще, чем у больных РТК. Необходимо тщательно определять объем профилактических мер в зависимости от степени риска ТЭЛА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 1994–2003 гг. / Под ред. Граковича А.А., Залуцкого И.В. — Мн., 2004. — 56 с.
2. Факторы прогноза в онкологии: Пер.с англ. / Под ред. В.Е.Кратенка. — Мн: БелЦМТ, 1999. — 34 с.
3. Частная хирургия / Под ред. акад. РАМН проф. Ю.Л. Шевченко. — СПб: СпецЛит, 2000. — С. 304–309.

Поступила 23.02.2006