

УДК 616.348-006-089

**РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ****М. И. Пархач¹, Ю. В. Крылов¹, В. В. Становенко²**¹**Витебский государственный медицинский университет**²**Витебское областное патологоанатомическое бюро**

Изучена группа больных, у которых при оказании неотложной помощи был выявлен рак ободочной кишки. Больных характеризовали по полу, возрасту, стадии, локализации рака ободочной кишки. Определяли типы и количество оперативных вмешательств. По данным исследования, женщин в 1,7 раза больше, чем мужчин. Около 45% больных поступили в I и II стадиях заболевания. Показания к экстренному вмешательству имели место у больных всех четырех стадий. Рак ободочной кишки и развивающиеся осложнения одинаково часто встречаются в старших возрастных группах. По локализации заметно лидирует рак сигмовидной кишки (44%), далее следуют опухоли восходящей (14%) и слепой кишки (13%). Оперативное лечение в экстренном порядке получили 50,7% от всех обследованных.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, локализация, экстренная хирургия, возраст пациентов, виды операций.

COLON CANCER IN URGENT SURGERY**M. I. Parkhach¹, Yu. V. Krylov¹, V. V. Stanovenko²**¹**Vitebsk State Medical University**²**Vitebsk Regional Pathoanatomical Bureau**

A group of patients, who were urgently diagnosed as having colon cancer, was studied. Patients were characterized according sex, age, stage and location of tumor. Types and quantity of operations were investigated. Our study shows, that male patients quantity is 1.7 times more, than female ones. Near 45% of patients had stage of disease II or I. Both colon cancer and its complications had the same rate in old patients. Sigmoid colon cancer is most frequently spread (44% of studied patients), the second and the third places are taken by ascending colon (14%) and caecum (13%). Urgent operative treatment had place by 50.7% of investigated patients. The indications to emergent surgery were found among patients of all the 4 stages.

Key words: colon cancer, location, urgent surgery, age of patients, types of operations.

Введение

Рак ободочной кишки — одно из наиболее распространенных злокачественных заболеваний в нашей республике. По данным статистики, заболеваемость им постоянно увеличивается [1, 2]. Согласно Белорусскому канцерреестру (Злокачественные новообразования в Беларуси, Минск, 2005), заболеваемость злокачественными новообразованиями ободочной кишки в РБ составила 12,5 на 100000 жителей в 1993 году и 20,0 — в 2004 году [1, 2].

Как и при злокачественных новообразованиях других локализаций, частота заболеваемости раком ободочной кишки возрастает после 40 лет. Максимальные показатели заболеваемости отмечаются в возрастной группе 70–79 лет.

Тактика диагностики и лечения онкозаболеваний ободочной кишки достаточно четко определена. Роль первичного выявления заболевания отводится общей лечебной сети. Основное лечение проводится в специализированных онкологических лечебных учреждениях, однако определенная группа больных при любой организации оказания онкологической помощи будет стационарно пролечена и прооперирована

на не в специализированных онкологических лечебных учреждениях, а в тех медицинских учреждениях, которые оказывают населению экстренную хирургическую помощь. В связи с быстрым развитием осложнений (острая кишечная непроходимость, перифокальное воспаление, перфорация в зоне опухоли) такие случаи имеют место у пациентов с опухолями ободочной кишки при наличии симптомов (боль в животе, тошнота, рвота, неотхождение кала и газов), требующих экстренной госпитализации в хирургический стационар, точной и быстрой дифференциальной диагностики с другими, неонкологическими заболеваниями органов брюшной полости с использованием максимально возможного объема диагностических и лечебных мероприятий в течение короткого промежутка времени [3–7].

В первые часы после обращения в стационар и тем более в приемном покое поставить точный клинический диагноз с указанием характера патологии, выраженности и генеза развития осложнений не всегда представляется возможным. Дифференциальная диагностика проводится практически со всеми «общехирургическими» заболеваниями органов брюшной полости (острая

кишечная непроходимость неопухолевого генеза, воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит и т. д.), перфорации полых органов, кровотечения, болевой абдоминальный, диспептический синдром, обусловленный опухолями и неопухолевыми заболеваниями и т.д.) [8]. И оперативное их лечение зачастую должно проводиться по экстренным показаниям с целью спасения жизни пациента [8, 9].

Такие пациенты поступают в любое время суток, часто в вечернее и ночное время, что требует постоянного наличия необходимого количества операционных бригад; нет возможности однозначной гистологической верификации диагноза, диагноз онкозаболевания в ряде случаев может быть выставлен только интраоперационно при вмешательствах по поводу других заболеваний; больным требуется оперативное вмешательство с целью спасения их жизни по неотложным показаниям; больные могут быть нетранспортабельны. Это делает невозможным немедленный перевод определенной группы больных для оперативного или комбинированного лечения в специализированное онкологическое лечебное учреждение. Из этого следует, что всегда будет иметь место группа больных с онкологическими заболеваниями брюшной полости, диагностика и оперативное лечение которых будет проводиться в лечебных учреждениях, специализирующихся на оказании экстренной хирургической помощи.

Не менее важной целью, которую преследует оперативное вмешательство, помимо спасения жизни пациента, является как можно более радикальное излечение пациента от самого заболевания, послужившего причиной развития осложнений и госпитализации [7, 9–12]. В

связи с этим появляется необходимость анализа структуры вышеуказанной группы больных, изучения результатов их лечения в условиях оказания экстренной хирургической помощи.

Целью данного исследования явилось изучение спектра больных, у которых при оказании помощи и обследовании в Витебской городской клинической больнице скорой медицинской помощи (БСМП) в период с 2001 по 2006 годы были выявлены онкозаболевания ободочной кишки.

Материалы и методы

Для диагностики, определения стадии онкозаболеваний органов брюшной полости, их осложнений наряду с общеклиническими методами в больнице скорой медицинской помощи применяется эндоскопическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, ободочной кишки с взятием биопсии, рентгенологическое обследование органов грудной клетки, брюшной полости (включая пассаж бариевой взвеси и ирригоскопию).

Нами был проведен анализ рандомизированной выборки пациентов, у которых при обращении в условиях БСМП был выявлен рак ободочной кишки. Больных характеризовали по полу, возрасту, стадии, локализации рака ободочной кишки. Определялись типы и количество оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение

Было изучено 154 случая рака ободочной кишки. Из них 58 (37,7%) — у мужчин, 96 (62,3%) — у женщин. Средний возраст больных составил 70,7 лет (у женщин — 72,5, у мужчин — 68,9 лет). Возрастной интервал — от 34 лет до 101 года.

Распределение по стадиям представлено в таблице 1.

Гистологическая структура и степень дифференцировки отражены в таблице 2.

Таблица 1 — Распределение по стадиям

Стадия	I	II	III	IV
Количество больных	6 (3,9%)	64 (41,6%)	50 (32,5%)	34 (22,1%)

Таблица 2 — Гистологическая структура и степень дифференцировки

Гистологическая характеристика опухоли	Степень дифференцировки			Всего
	высокая	умеренная	низкая	
Аденокарцинома	16 (10,4%)	118 (76,6%)	20 (13,0%)	154

Количественное распределение больных по возрасту отображено на рисунке 1. Также рассматривали распределение пролеченных оперативно больных по стадиям. В первой стадии был прооперирован 1 больной, во II — 27 (41,5% от общего числа больных в данной

стадии), в III — 33 (66%) и в IV — 18 (52,9%) больных.

Распределение по локализациям приведено в таблице 3.

Процентное соотношение опухолей по локализации представлено на рисунке 2.

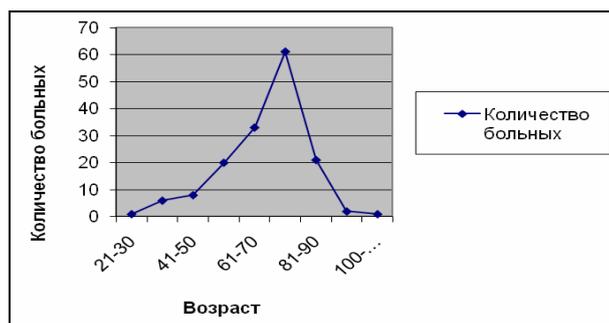


Рисунок 1 — Распределение больных по возрасту

Таблица 3 — Локализация опухолей

Локализация	Количество больных
Сигмовидная кишка	67
Восходящая ободочная кишка	22
Слепая кишка	20
Поперечно-ободочная кишка	12
Селезеночный изгиб	12
Печеночный изгиб	10
Нисходящая ободочная кишка	11
Всего:	154



Рисунок 2 — Процентное соотношение опухолей по локализации

Оперативное лечение было проведено 78 пациентам, что составило 50,7% от всех больных. Вмешательства осуществляли в экстренном и срочном порядке. Выполняли следующие типы

операций: право- и левостороннюю гемиколэктомию, резекцию поперечной ободочной кишки, субтотальную и тотальную колэктомию, резекции сигмовидной кишки разного вида.

Таблица 4 — Виды операций

Вид операции	Количество больных
Резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана)	26
Правосторонняя гемиколэктомия	19
Левосторонняя гемиколэктомия	13
Резекция поперечно-ободочной кишки	6
Тотальная колэктомия	1
Субтотальная колэктомия	1
Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза	2
Наложение илеостомы	1
Наложение еюностомы	1
Выведение колостом	8
Всего:	78

Обсуждение результатов

Среди обследованных больных 58 (37,7%) — мужчины, 96 (62,3%) — женщины. Женщин в 1,7 раза больше, чем мужчин. По статистическим данным Белорусского канцеррегистра, количество заболевших женщин за 2004 год составило 55% от общего числа при постоянном увеличении доли мужчин [1].

Заболевание в I и II стадиях выявлено у 72 больных (46,8%), в III и IV — у 82 больных (53,3%). Таким образом, около 45% больных поступили в I и II стадиях заболевания, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности опухоли.

По гистологической структуре изученные опухоли представляют собой аденокарциномы, среди которых преобладают умеренно дифференцированные формы — 118 (76,6%). Отсутствие в исследуемой рандомизированной группе стромальных опухолей связано с их небольшой частотой (до 2–3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта).

Средний возраст больных составил 70,7 лет. В возрастной структуре изучаемого контингента преобладали мужчины в возрасте 60–80 лет и женщины 50–80 лет. Полученные сведения соответствуют имеющимся в литературе данным о наибольшей частоте рака ободочной кишки в этих возрастных группах [1]. Выявленная корреляция говорит о том, что возраст больных с развитием осложнений значительно не отличается от среднего возраста больных с выявленным заболеванием.

По локализации заметно лидирует рак сигмовидной кишки — 67 (44%), далее следуют опухоли восходящей — 22 (14%) и слепой кишки — 20 (13%), вместе составляющие 27%. Локализация опухоли в селезеночном, печеночном изгибах, в нисходящей и поперечной ободочной кишке встречается примерно с одинаковой частотой — 8, 7, 7 и 8% соответственно.

Оперативное лечение получили 78 больных, что составило 50,7% от всех обследованных. Относительно небольшой процент оперативной активности (по некоторым данным резектабельность опухоли доходит до 75%) связан прежде всего с возможностью успешного консервативного лечения тех осложнений рака ободочной кишки, которые привели к госпитализации больных в стационар для оказания экстренной помощи [5, 9].

Заключение

Несмотря на консервативные мероприятия, половине больных с выявленным в неотложном состоянии раком ободочной кишки выставлены показания к оперативному вмешательству. При этом показания к экстренному вмешательству

имели место у больных всех четырех стадий. При возможности проведения оперативного лечения в отсроченном или плановом порядке больных направляли в специализированное онкологическое учреждение (Витебский областной клинический онкологический диспансер).

В условиях оказания экстренной помощи выделяются два направления действий в отношении рака ободочной кишки. Первое состоит в диагностике этого заболевания, проведении консервативного лечения и дальнейшем направлении больного в специализированное онкологическое лечебное учреждение. Второе — в проведении пациентам, требующим экстренного хирургического лечения, оперативных вмешательств.

Выводы

1. Среди больных, которые поступили для оказания им экстренной помощи в БСМП, наибольшая заболеваемость раком ободочной кишки приходится на возрастной период 61–90 лет. Женщин было в 1,7 раза больше, чем мужчин.

2. Среди гистологических форм рака ободочной кишки преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы по сравнению с низко- и высокодифференцированными (более 2/3 изученных случаев).

3. Необходимо уделять повышенное внимание дифференциальной диагностике заболеваний брюшной полости с опухолями сигмовидной, а также слепой и восходящей ободочной кишок.

4. Несмотря на экстренный порядок госпитализации в связи с наличием симптомов со стороны органов брюшной полости 45,5% больных поступали в I и II стадиях, что является благоприятным прогностическим признаком резектабельности опухоли.

5. У 50,7% больных, несмотря на проведение консервативной терапии, были выставлены показания к экстренному оперативному вмешательству. При этом такие показания выставляли больным во всех стадиях онкозаболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Мн.: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
2. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак в Республике Беларусь: заболеваемость, смертность, диагностика / В. Т. Кохнюк, И. В. Ануфреенок // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г., в 2 ч. Ч. 2. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — 418 с.
3. Абдурахманов, К. Ф. Особенности клинического течения рака правой половины ободочной кишки / К. Ф. Абдурахманов, Ш. К. Мухамедаминов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г., в 2 ч. Ч. 1. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — 424 с.
4. Результаты диагностики и хирургического лечения рака толстой кишки / А. Р. Алиев [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г., в 2 ч. Ч. 1. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — 424 с.
5. Тактика лечения осложненного рака толстой кишки / Г. В. Бондарь [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г., в 2 ч. Ч. 1. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — 424 с.

6. Клиническое течение осложненных форм колоректального рака / Д. З. Зикирходжаев [и др.] // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г., в 2 ч. Ч. 2. — Мн.: ОДО «Тонпик», 2004. — 418 с.

7. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин [и др.]. — М., 2004. — С. 292–402.

8. Яицкий, Н. А. Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией / Н. А. Яицкий, Т. А. Мошкова // Вестник хирургии. — 2001. — № 1. — С. 92–96.

9. Важенин, А. В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А. В. Важенин // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 4. — С. 49–53.

Поступила 26.11.2007

УДК 616.89-008.441.12-008.6-02:615.835.3

«БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕНА» СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕЛЕСНЫХ ФОРМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЦЕЛИ И ПОДХОД К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

О. А. Скугаревский¹, С. Л. Мельгуй¹, Д. П. Саливончик³, И. И. Попова²,
Л. В. Картун², Е. В. Ходосовская², В. Н. Склема², В. С. Оборотов², Л. И. Кудина²

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

²Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск

³Гомельский государственный медицинский университет

Произведена оценка динамики компонентов оксидантного стресса (супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, малоновый диальдегид (МДА)) как маркеров общей стрессовой реакции организма в ответ на нарушения пищевого поведения при применении курса гипербарической оксигенации. Адаптивный характер изменчивости маркеров ПОЛ (прежде всего СОД и каталазы) выявлен лишь при «низком» давлении ГБО (0,03 МПа) в сравнении с «высоким» (0,3 МПа). Такой режим оказывает шадящее влияние на характер процессов антиоксидантной защиты при нарушениях пищевого поведения, не допуская прогрессирующего снижения активности СОД ($p = 0,043$) и каталазы ($p = 0,0071$).

Ключевые слова: нервная анорексия, нервная булимия, оксидантный стресс, ГБО.

«BIOLOGICAL PRICE» FOR BODY PERFECTION IN EATING DISORDERS: AIMS AND APPROACH TO HOMEOSTASIS RESTORATION UNDER HYPERBARIC OXYGENATION THERAPY

O. A. Skugarevsky¹, S. L. Melguy¹, D. P. Salivonchik³, I. I. Popova²,
L. V. Kartun², E. V. Hodosovskaya², V. N. Sklema², V. S. Oborotov², L. I. Kudina²

¹Belarusian State Medical University, Minsk

²Republic Clinical Psychiatric Hospital, Minsk

³Gomel State Medical University

Dynamic of oxidative stress components (superoxid dismutase (SOD), catalase (CAT) and malon dialdehyde (MD)) as a markers of general stress reactivity due to eating disorders have been assessed during hyperbaric oxygenation therapy. Adaptive changes in the SOD and CAT activity revealed only in low-pressure regimen (0,03 MPa) by comparing with high-pressure (0,1 MPa) one. Low-pressure regimen provide spare influence on the antioxidant defense processes by protection from the SOD and CAT activity decline during hyperbaric oxygenation therapy.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, oxidative stress, hyperbaric oxygenation.

Нарушения пищевого поведения (НПП) — нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) — представляют собой группу расстройств, поражающих преимущественно девушек и молодых женщин (типичный возраст манифестации 13–20 лет; женщины : мужчины = 10:1 – 20:1; распространенность: НА — 280 случаев на 100 тыс. женщин молодого возраста, НБ — 1000 на 100 тыс. [17]. НПП определяются целенаправленным вмешательством субъекта в биологические механизмы контроля аппетита, формы и массы тела посредством так называемых экстремальных методов (выраженные диетические ограничения вплоть до полного продолжительного отказа от еды, изнуряющие физические нагрузки, само-

вызывание рвоты, прием мочегонных и слабительных препаратов, лекарственных средств каталитического действия и пр.). Целью такого поведения является, как правило, стремление достижения субъективно «более приемлемой» формы и массы тела, а его результатом — интенсивная активация катаболических процессов организма, приводящая к выраженной потере массы тела, тяжелым метаболическим нарушениям, полиорганной недостаточности, ответственным за риск неблагоприятного исхода НПП. В патофизиологическом плане системное повреждение, которое наносится организму при дезадаптивном пищевом поведении, может быть оценено с позиции синдрома «гиперкатаболизма-гиперметаболизма» («ауто-