

Показатель одногодичной летальности составил 22,7%. Это довольно высокий показатель. Несмотря на некоторое снижение на протяжении 5 исследуемых лет, он свидетельствует о том, что врачи поздно устанавливают правильный диагноз, учитывающий степень распространенности опухолевого процесса при раке ободочной кишки. Он свидетельствует и о недостаточном уровне подготовки как онкологов, так и врачей лечебной сети по диагностике злокачественных опухолей ободочной кишки и низком качестве проведения профилактических осмотров населения.

Из разнообразных аспектов исследований по проблеме рака ободочной кишки особое значение в настоящее время придается вопросам ранней диагностики этого заболевания, что может быть обеспечено своевременной и эффективной организацией массовых профилактических осмотров. Разным видам профилактических осмотров в крае ежегодно подвергаются значительные контингенты населения, однако эффективность их чрезвычайно низка (7,8% из общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом), а выявляемость больных ранними стадиями рака ободочной кишки при профосмотрах составила всего 0,9%.

Сложившееся положение позволяет утверждать, что известные формы организации выявления злокачественных опухолей малоэффективны. Причины этого, на наш взгляд, кроются в следующем: профилактические осмотры населения производятся формально, без учета принятых при их исполнении стандартов; недостаточный уровень контроля результативности профилактических осмотров; низкий уровень санитарной культуры населения; практическое отсутствие роли административных, экономических, организационных рычагов стимулирования выявления рака.

Вместе с тем онкологическая настороженность как врача, к которому обращается больной, так и самого пациента позволяет у трети потенциально больных раком ободочной кишки своевременно установить диагноз.

Из всех больных, выявленных активно, 59,7% имели I–II стадию. Самый низкий процент злокачественных новообразований ободочной кишки, выявленных при профосмотрах, зафиксирован в Калининском, Приморско-Ахтарском, Темрюкском, Щербиновском, Мостовском и Славянском районах.

Отмеченный выше рост заболеваемости и состояние онкологической помощи требуют улучшения ранней диагностики и лечения больных раком ободочной кишки, непременным условием которых должны быть: повышение уровня подготовки по онкологии врачей общей лечебной сети, обязательное знание региональных особенностей распространения злокачественных новообразований ободочной кишки, использование при проведении массовых профилактических обследований населения доступных, простых методов, которые информировали бы врачей о заболевании и диктовали необходимость углубленного обследования.

Пути улучшения ранней диагностики рака ободочной кишки и уменьшения числа больных с запущенными стадиями заболевания видятся нами в создании региональной комплексной программы по диагностике и специализированному лечению злокачественных новообразований этой локализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2004 году // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН. – М., 2006. – № 3. Т. 17. – С. 78–79.
2. Двойрин В. В., Аксель Е. М. Интегральная оценка состояния онкологической помощи населению России // Состояние онкологической помощи населению России и некоторых других стран СНГ в 2001–2002 гг. – М., 2003. – С. 79–82.
3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Соломатина Е. С. Кооперативные научные исследования по онкологии в России // Мат. Всерос. съезда онкологов «Высокие технологии в онкологии». – Казань. – 2000. – Т. 1. – С. 3–4.

Поступила 20.09.2010

А. А. НАУМОВ, А. М. МАНУЙЛОВ, Е. А. БОЛДОВСКАЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОТГРАНИЧЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79183127188

Нами пролечено 173 пациента с ограниченными гнойно-воспалительными скоплениями в брюшной полости. Больным основной группы в дополнение к традиционной терапии после эвакуации содержимого полости одновременно местно и системно вводили ронколейкин. На 7-е сутки от начала терапии в основной группе выявлено повышение абсолютной и относительной концентрации лимфоидных клеток с достоверным увеличением количества CD3+, CD4+, CD25+. Таким образом, включение в комплексное лечение больных ронколейкина манифестируется фазной активацией защитных механизмов системы иммунитета.

Ключевые слова: иммунитет, пункция, сепсис, ронколейкин.

A. A. NAUMOV, A. M. MANUILOV, E. A. BOLDOVSKAYA

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT-INFLAMMATORY PROCESSES DELINEATED THE ABDOMINAL CAVITY

We have treated 173 patients with otgranichennymi pyoinflammatory accumulations in the abdominal cavity. Study group in addition to conventional therapy after evacuation of the cavity both locally and systemically administered Ronkoleykin. On day 7 of therapy in the study group revealed improvement of absolute and relative concentration of lymphoid cells with a significant increase in the number of CD3, CD4, CD25. Thus, the inclusion in the complex treatment of patients Roncoleukin manifested phasic activation of protective mechanisms of the immune system.

Key words: immunity, puncture, sepsis, ronkoleykin.

Введение

Одним из распространенных хирургических осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде, являются абсцессы брюшной полости. Лечебная тактика при отграниченных гнойно-воспалительных жидкостных скоплениях (ОГВЖС) в брюшной полости, по мнению большинства авторов, должна быть направлена на оперативное лечение и медикаментозную терапию, которые, в свою очередь, представляют собой санацию, дренирование и антибактериальную терапию. В последнее время в тактике лечения подобных хирургических осложнений либо первичных заболеваний быстрыми темпами развивается одно из направлений малоинвазивной хирургии – чрескожные вмешательства под ультразвуковым контролем. Однако применение данной методики в качестве единственного метода лечения, как правило, затягивает сроки лечения и увеличивает количество вынужденных лапаротомий в связи с прогрессированием гнойного процесса. Следует учитывать также, что данный процесс чаще всего развивается в послеоперационном периоде, т. е. на фоне той или иной степени выраженности дисфункциональных нарушений иммунной системы, что диктует необходимость подключения направленной иммуностропной терапии.

Методика исследования

В данной работе представлен материал, основанный на научном анализе 173 случаев лечения больных

с отграниченными гнойно-воспалительными жидкостными скоплениями брюшной полости с использованием малоинвазивных технологий под сонографическим контролем в сочетании с иммуноориентированной терапией. Руководствуясь изложенным, мы провели простое «слепое», рандомизированное, контролируемое исследование клинко-иммунологической эффективности комплексного лечения отграниченных гнойно-воспалительных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства с использованием ронколейкина® («Биотех», Россия), представляющего собой рекомбинантный IL-2, обладающий плюрипотентными иммуностропными эффектами. Для этого всем включенным в исследование больным с ОГВЖС под сонографическим контролем проводилось чрескожное дренирование полостного образования с использованием дренажа с управляемым дистальным концом. В соответствии с протоколом в дальнейшем назначалась рациональная антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Кроме того, больным основной – I группы (60 пациентов) в дополнение к традиционной терапии после эвакуации содержимого полости, санации ее раствором диоксида в полость вводили 250 000 ЕД раствора ронколейкина на 0,9%-ном растворе NaCl в объеме 10 мл. Одновременно ронколейкин в той же дозе в объеме 50 мл вводили внутривенно и в объеме 1 мл в две точки подкожно. Процедуру повторяли еще дважды с интервалом

Таблица 1

Распределение больных с внеорганными гнойно-воспалительными образованиями в зависимости от методов лечения

№ п/п	Клинический диагноз	Лечение с ронколейкином, подгруппа I (N 60)				Лечение без ронколейкина, подгруппа II (N 113)				Всего больных	
		Число больных		Всего		Число больных		Всего			
		М	Ж	Абс.	%	М	Ж	Абс.	%	Абс.	%
1	Подпеченочные абсцессы	4	9	13	21,7	10	19	29	25,7	42	24,3
2	Поддиафрагмальные абсцессы	6	5	11	18,3	14	8	22	19,4	33	19,1
3	Межкишечные абсцессы	16	14	30	50,0	24	27	51	45,2	81	46,8
4	Множественные абсцессы	2	1	3	5,0	5	2	7	6,2	10	5,8
5	Аппендикулярные абсцессы	1	2	3	5,0	2	2	4	3,5	7	4,0
	Итого	29	31	60	100,0	55	58	113	100,0	173	100,0
	%	48,3	51,7	100,0		48,7	51,3	100,0			

48 часов. До начала лечения, а также на 7-е сутки от его начала всем больным проводилось иммунологическое обследование с определением концентрации лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, на проточном цитофлуориметре «Becton Dickinson» (США) с использованием меченых FITC прямых моноклональных антител («Caltag Laboratories», США) идентифицировали кластерную принадлежность лимфоидных клеток периферической крови. Кроме того, определяли фагоцитарную активность нейтрофильных лейкоцитов, а также спонтанный и стимулированный NBT-тест. Формирование групп происходило методом случайной выборки при помощи генератора случайных чисел, что обеспечило статистическую гомогенность обеих подгрупп по полу, возрасту, нозологии и тяжести процесса (табл. 1).

мунотропной терапии. Все же следует отметить, что у больных подгруппы I, в комплексном лечении которых применялось внутрибрюшинное введение ронколейкина, ни у одного больного не отмечалось ухудшения течения процесса, и только у одного наступило не излечение, а только стабилизация процесса. В сравнительном аспекте по нозологии наилучшие, причем достоверные ($P < 0,05$), результаты при применении ронколейкина получены у больных с более тяжелыми и распространенными процессами (множественные абсцессы брюшной полости, поддиафрагмальные абсцессы). В целом же из-за высокой исходной эффективности лечения по данным критериям доказать преимущество применения ронколейкина не представляется возможным (табл. 3).

Таблица 2

Результаты лечения ОГВЖС в зависимости от метода терапии

№ п/п	Клинический диагноз	Результаты лечения в подгруппах											
		Излечение				Стабилизация процесса				Ухудшение			
		Подгруппа I		Подгруппа II		Подгруппа I		Подгруппа II		Подгруппа I		Подгруппа II	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Подпеченочные абсцессы	12	92,3	26	89,6	1	7,7	3	10,4	-	-	-	-
2	Поддиафрагмальные абсцессы	11	100,0	19	90,9	-	-	-	-	-	-	2	9,1
3	Межкишечные абсцессы	30	100,0	48	94,1	-	-	-	-	-	-	3	5,9
4	Множественные абсцессы	3	100,0	6	85,7	-	-	-	-	-	-	1	14,2
5	Аппендикулярные абсцессы	3	100,0	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Все варианты ОГВЖС		59	98,3	103	91,1	1	1,7	3	2,7	-	-	7	6,2

Результаты исследования

Результаты лечения больных обеих групп ОГВЖС изучены нами как в общей совокупности больных в подгруппах, так и по нозологическим принципам (табл. 2).

Как следует из таблицы 2, эффективность предлагаемого метода лечения больных с ОГВЖС по критериям их клинического состояния является достаточно высокой даже без дополнительного применения им-

Значительно более чувствительным критерием, отражающим сравнительную эффективность лечения, является продолжительность клинических проявлений патологического процесса, т. е. зависимость сроков пребывания в стационаре от варианта применяемого лечения. По данному критерию (табл. 3), также как и по критериям клинической эффективности, наиболее показательными являются различия между более тя-

Таблица 3

Сроки пребывания в стационаре больных с ОГВЖС в зависимости от метода терапии ($M \pm m$; P)

№	Клинический диагноз	Среднее количество койко/дней пребывания в стационаре		Достоверность различий (P)
		Подгруппа I (N=60)	Подгруппа II (N=113)	
1	Подпеченочные абсцессы	14,1 $\pm$ 0,7	18,2 $\pm$ 0,8	<0,001
2	Поддиафрагмальные абсцессы	15,3 $\pm$ 0,4	21,2 $\pm$ 0,6	<0,001
3	Межкишечные абсцессы	13,6 $\pm$ 1,2	15,5 $\pm$ 0,9	>0,05
4	Множественные абсцессы	15,1 $\pm$ 0,6	19,1 $\pm$ 0,7	<0,001
5	Аппендикулярные абсцессы	14,6 $\pm$ 0,9	16,5 $\pm$ 0,9	>0,05
Все варианты ОГВЖС		14,2 $\pm$ 0,7	17,8 $\pm$ 1,2	<0,05

желыми формами ОГВЖС, а именно: подпеченочными абсцессами, поддиафрагмальными абсцессами и множественными абсцессами брюшной полости. Так, для перечисленных нозологических форм продолжительность пребывания в стационаре больных I группы была соответственно на 12,6%, 17,9% и 11% ($P < 0,001$) меньше, чем у пациентов, в комплексном лечении которых не использовался ронколейкин. Причем при анализе по данному критерию всей выборки больных ОГВЖС достоверность различий между подгруппами по-прежнему сохраняется ($P < 0,05$).

При изучении иммунного статуса выявлено, что у большинства больных с ОГВЖС, несмотря на наличие гнойного процесса, не отмечалось выраженного лейкоцитоза, хотя достаточно часто выявлялись сдвиг влево до метамиелоцитов и относительная, а иногда и абсолютная лимфопения. Популяционный и субпопуляционный составы лимфоидных клеток характеризовались снижением концентрации CD3+ в основном за счет CD4+ и в значительно меньшей степени CD8+, что сопровождалось соответственно достоверным ($P < 0,01$) снижением соотношения CD4+/CD8+. Наиболее патогномичным для данного состояния являлось снижение абсолютной концентрации CD25+, сопровождавшееся увеличением процентного содержания клеток, несущих рецепторы CD95+ и CD-HLADR+. Поглощительная активность нейтрофильных лейкоцитов оставалась в пределах нормы, либо даже отмечалась ее стимуляция, тогда как их микробицидная активность была в значительной степени депрессирована. Вероятно, данный факт обусловлен дисфункцией кислородзависимой бактерицидной системы, так как у этих больных на фоне высокого процента формазанпозитивных клеток и высокого среднего цитохимического индекса выявлялась парадоксальная реакция в стимулированном NBT-тесте.

На 7-е сутки от начала терапии в группе, получавшей традиционную терапию, несмотря на выраженное улучшение клинического состояния у большинства больных, достоверной динамики со стороны исследованных параметров системы иммунитета, за исключением уменьшения коэффициента сдвига, исчезновения токсической зернистости в нейтрофильных лейкоцитах и увеличения коэффициента стимуляции в NBT-тесте, не отмечено. В противоположность этому

в основной группе выявлено повышение абсолютной и относительной концентрации лимфоидных клеток с достоверным увеличением количества CD3+, CD4+, CD25+ при тенденции к нормализации соотношения CD4+/CD8+, снижению количества клеток, несущих активационный рецептор CD-HLA DR+ и рецептор апоптоза CD95+. Количество формазанпозитивных клеток в спонтанном NBT-тесте снизилось более чем в два раза при появлении положительного коэффициента стимуляции.

Обсуждение

Таким образом, ОГВЖС, в особенности проявившиеся в постоперационном периоде, протекают на фоне выраженных вторичных дисфункциональных нарушений в параметрах системного и местного иммунитета, что обуславливает замедленное течение репаративных процессов, вероятность развития диссеминации и рецидивов заболевания. Включение в комплексное лечение больных местного (интраперитонеального) и системного (подкожного) применения ронколейкина манифестируется фазной активацией защитных, в особенности антимикробных, механизмов системы иммунитета, что клинически проявляется в отсутствии рецидивов, прогрессирования гнойного процесса, уменьшении сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А. Ю. Иммунотерапия ронколейкином® в комплексном лечении больных абдоминальным сепсисом: Пособие для врачей. – Казань, 2004. – 28 с.
2. Дергачев А. И. Абдоминальная эхография: Справочник. – 2005. – С. 350.
3. Димуратов А. М. Прицельная пункция патологических образований брюшной полости под контролем ультразвукового исследования / А. М. Димуратов, А. Б. Эшпулатов // Хирургия. – 1993. – № 12. – С. 57–58.
4. Козлов В. К. Иммунопатогенез и цитокиноterapia хирургического сепсиса // Вестник РВМА. – 2002. – № 2 (8). – С. 12–22.
5. American college of chest physicians? Society of critical care medicine consensus conference committee: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Crit care med. – 1992. – V. 20. – P. 864.

Поступила 16.09.2010

А. Ф. РОМАНЧИШЕН¹, Г. О. БАГАТУРИЯ²

МЕСТНО-ИНВАЗИВНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ОБЪЁМА ОПЕРАЦИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

¹Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы,
Россия. 191014, г. Санкт-Петербург, просп. Литейный, 56,
тел. +7921 9621527. E-mail: afromanchishen@mail.ru;

²ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

В литературе опубликовано небольшое количество исследований, посвященных «запущенному» раку щитовидной железы. В представленной работе проанализированы особенности техники и результаты 581 операции, предпринятой у 441 больного «запущенным» папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЩЖ. Были выполнены 256 комбинированных, 246 расширенных и 146 паллиативных из 581 операций. В 67 наблюдениях расширенные или комбинированные операции