

© САФРОНОВ Д.В., БОГОМОЛОВ Н.И. –

ОСЛОЖНЕННЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов

(Читинская областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. И.Д. Лиханов, отделение колопроктологии, зав. — Л.Г. Пикулина; Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра госпитальной хирургии, зав. — д.м.н., проф. Н.И. Богомолов)

Резюме. На основании данных зарубежных авторов рассматриваются современные взгляды на осложнения таких заболеваний ободочной кишки, как дивертикулярная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, заворот сигмовидной кишки и др. Описаны основные варианты хирургического лечения доброкачественных заболеваний ободочной кишки при наличии осложнений, на основании классификаций и индексов, используемых зарубежными хирургами. Обоснована необходимость выполнения двухэтапных оперативных вмешательств на основании результатов летальности и числа послеоперационных осложнений.

Ключевые слова. Ободочная кишка, доброкачественные заболевания, осложнения.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки является одной из самых частых патологий ободочной кишки. Заболеваемость достигает 25–30% от всей популяции людей, а в возрасте старше 60 лет — 40–75%. Особенно высока заболеваемость в экономически развитых странах [34]. Осложнения, в частности несостоятельность швов анастомоза, в послеоперационном периоде у больных с осложненной дивертикулярной болезнью встречаются в 3 раза чаще, чем при раке ободочной кишки. Толстокишечная непроходимость при дивертикулезе встречается в 4,5% случаев, причиной ее, как правило, становится перидивертикулярный инфильтрат или дивертикулярный стеноз. Перфорация — в 5,1% случаев на фоне дивертикулита [30,35]. Наиболее частая локализация дивертикулов, это левая половина ободочной кишки, особенно сигмовидная кишка, хотя описано и тотальное поражение. При правосторонней локализации — дивертикулы чаще врожденные и отличаются по гистологическому строению. При наличии осложнения, большинство хирургов склонны выполнять резекцию ободочной кишки [52] — чаще это резекция сигмовидной кишки или левосторонняя гемиколэктомия [55], реже субтотальная колэктомия, хотя возможно выполнение и экономных резекций ободочной кишки. Одним из плюсов в пользу радикальной операции является то, что не отмечено образование новых дивертикулов, после резекции. Однако объем операции должен включать участки кишки с дискоординацией деятельности мышц кишечной стенки, что важно для последующего формирования анастомоза [19,32]. Немногие авторы больным группы риска рекомендуют выполнять первым этапом наложение кишечной стомы [48]. При перфорации — выведение места перфорации, а при кишечной непроходимости — проксимальная стома [31,42]. Между тем, имеются многочисленные данные о повышении летальности [40,64] при выполнении симптоматических операций. Необходимо сказать, что в большинстве случаев практически невозможно отличить перидивертикулярный инфильтрат или стеноз от злокачественной опухоли, поэтому многие авторы указывают на необходимость выполнения резекции кишки в объеме, принятом для рака [56].

В настоящее время общепринятым является выполнение двухэтапных операций при стадии 3 и 4 по классификации Hinkley (1978 г.) и одноэтапных — при ста-

дии 1 и 2 [19,20,43,44,60,61]. Двухэтапные операции при осложненном дивертикулезе являются общепринятыми [31,38,62], а эталонной считается операция типа Гармана [5,6,7,9,11,22,33,35,42,49,54], на втором месте — наложение первичного анастомоза с проксимальной колостомой [5,6,7,9,11,22,33,42], хотя имеются немногочисленные сведения о применении операции типа Микулича [22,42,62], терминологического У-образного анастомоза. Летальность после данных операций составляет 5–44%, осложнения — 22–50% [5,33,38,42]. Летальность согласно стадиям дивертикулярной болезни по Hunkley составляет при 1-й стадии 10,6%, при 2 — 14,4%, при 3 — 15,6%, при 4 — 63,6% [11,40].

Сведения об одноэтапных операциях при осложненном дивертикулезе менее многочисленные, однако, имеются данные о них даже при 3 и 4 стадии по Hunkley после декомпрессии ободочной кишки и однократного интраоперационного лаважа, а иногда и после обычной трансанальной интубации [6,16,26,28,35]. Несостоятельность швов анастомоза при этом составила 13–30% [6,58].

Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона имеют между собой в клиническом проявлении больше сходства, чем различий. О сложностях диагностики говорит и то, что с момента посещения врача до постановки диагноза проходит в среднем при болезни Крона — 16 месяцев, при язвенном колите — 8,5 месяцев; лишь в 62% случаев при болезни Крона диагноз ставится сразу, в то время как при колите — в 81%. В 15% случаев с болезнью Крона ставится первоначально диагноз неспецифического язвенного колита, в 15% — аппендицит, в 3% — гинекологическая патология, в 1% — дивертикулез и туберкулез [51]. Описаны случаи одновременного обнаружения у одного больного болезни Крона и язвенного колита [12].

Свободная перфорация ободочной кишки может возникнуть в любом ее отделе, чаще на фоне тяжелого обострения язвенного колита или на фоне токсической дилатации, иногда она является первым клиническим проявлением болезни Крона [3,24]. Толстокишечная непроходимость при данных заболеваниях появляется на фоне стриктуры или инфильтрата ободочной кишки, которая обнаруживается в 30–50% случаев с болезнью Крона и в 7–11% — с язвенным колитом. Токсическая дилатация — это общее или сегментарное расширение ободочной кишки на фоне трансмурального вос-

паления, предвестник перфорации [1], выявляется чаще на фоне неспецифического колита в 1,6–22% случаев, реже при болезни Крона — в 0,3–6,4% [8] и возникает в 30% случаев при первом обострении заболевания. Диагноз ставится при наличии рентгенологически подтвержденного расширения ободочной кишки от 5 до 16 см. и наличии синдрома интоксикации [8]. Консервативная терапия в таком случае допускается до 24–72 часов и дополнительно включает эндоскопическую декомпрессию, при неэффективности — оперативное лечение [8]. Хирургическое лечение применяется в 9–94% случаев. Многие клиники для объективной оценки активности воспаления ободочной кишки используют Европейский индекс активности (SAI), при SAI > 240 — показано оперативное лечение.

Мнения хирургов в отношении объема операции, при осложненном неспецифическом язвенном колите, расходятся. Часть из них настаивает на первичном наложении кишечной стомы [13,50]. Несомненно, наиболее радикальной операцией является колпроктэктомия или тотальная колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки [1,17,25]. Имеются данные о хороших результатах последующей реконструкции с формированием илеорезервуара [15,29], даже при лапароскопии [21]. Хотя другие авторы говорят о больших количествах осложнений [10] после таких операций и даже об одинаковом качестве жизни после формирования концевой илеостомы и илеорезервуара [37]. Некоторые авторы говорят о более оправданной субтотальной колэктомии с оставлением прямой кишки и естественных клапанов (баугиниева заслонка и анальный сфинктер) [1,3,39,45] и даже гемиколэктомии. В дальнейшем формируется илеоректальный анастомоз, при этом показания к последующему удалению прямой кишки отсутствуют [39,46], хотя вероятность возникновения рака в прямой кишке остается [53]. Субтотальная колэктомия может заканчиваться по типу Гартмана, с ушиванием культи прямой или сигмовидной кишки наглухо [8], или по типу Микулича, с формированием двустольной илеосигмостомы. Осложнения после таких операций составляют: при перфорации — 90%, при токсическом мегаколоне — 50%; летальность при перфорации достигает — 70%, при токсическом мегаколоне — 40% [50]. Следует отметить, что даже при выполнении таких операций в плановом порядке, то есть, при отсутствии осложнений язвенного колита, послеоперационные осложнения составляют 9,4–78%, летальность — 10,3–48,5%. Несостоятельность швов анастомоза встречается в 20%. В основе высокой летальности лежат выраженный эндотоксикоз, ведущий к полиорганной недостаточности и гнойно-септические осложнения.

В отличие от язвенного колита, при болезни Крона может поражаться весь желудочно-кишечный тракт, поэтому ни о каком радикальном хирургическом лечении речи идти не может. Именно поэтому общепринятыми являются сегментарные резекции ободочной кишки (гемиколэктомия и другие) [2,4,36]. При данной тактике отмечено 5% рецидивов и 1,1% — летальность. Описаны даже простые реконструкции места стеноза [63], однако после стриктуропластики отмечены частые рецидивы [59].

Заворот ободочной кишки относится к одним из самых сложных видов кишечной непроходимости и многие аспекты этой проблемы не решены до сих пор. Наи-

более часто встречается заворот сигмовидной кишки, что связано с анатомо-физиологическими особенностями этого участка кишки [18]. Среди причин острой кишечной непроходимости, заворот сигмовидной кишки составляет 10–18%, слепой — 1–2%.

Консервативное лечение таким больным основано на деторсии (развороте) сигмы с помощью эндоскопа [14,18,41,57] или под рентгенконтролем с помощью бариевой клизмы. Многие авторы описывают эффективность фиброколоноскопии, хотя указывают на возможность развития перфорации воспаленной стенки сигмовидной кишки до 24%, с летальностью 8–12% [41,57]. Консервативное лечение возможно только в первые 6 часов, пока вероятность некроза кишки минимальна. Однако даже удачная консервативная деторсия не исключает последующего оперативного лечения в холодный период заболевания.

В настоящее время известно несколько способов оперативного лечения острого заворота сигмовидной кишки. Самой простой является симптоматическая операция — деторсия. Хотя мировой опыт оперативного лечения заворота сигмовидной кишки свидетельствует, что метод простого раскручивания кишки является неполноценной мерой, так как дает частые рецидивы болезни — 23–42%. Вторым недостатком деторсии, предшествующей и паллиативным вмешательствам, является несомненные трудности при оценке глубины изменений кишечной стенки. Третий недостаток — возможность развития турникетного шока, связанного с попаданием в кровь токсинов из ишемизированной стенки сигмовидной кишки. Паллиативные операции, такие как сигмопексия, мезосигмопликация, формирование колостомы или межкишечного анастомоза, также проводят после деторсии и не исключают турникетного шока и возможности оставления нежизнеспособной кишки в брюшной полости. Таким образом, наиболее совершенной является операция — резекция сигмовидной кишки без деторсии, предложенная Л.Г.Ратнером в 1973г.

Описаны случаи формирования первичного анастомоза [27,47], однако летальность в таких случаях составляет 13,7–75,8%. Поэтому резекцию сигмовидной кишки по поводу острого заворота лучше завершать наложением колостомы. Наиболее часто упоминаемыми являются операции типа Гартмана и реже — типа Микулича. Описано и формирование первичного анастомоза с разгрузочной кишечной стомой, однако операцией выбора признана операция типа Гартмана [14,18,27]. Осложнения после этих операций составляют 3–48%, в основном это пневмония и урогенитальная инфекция [27]; летальность — 13–30%.

На сегодняшний день не существует «идеальной» операции, преимущества которой были бы очевидны. Поэтому большинство хирургов указывают на необходимость индивидуального выбора объема и метода операции [23] в зависимости не только от локализации, вида заболевания и его осложнения и квалификации хирурга и анестезиолога, но и от наличия так называемых факторов риска (крайне тяжелое состояние, пожилой и старческий возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии и др.). Однако необходимость выполнения первичной резекции ободочной кишки при ректальном процессе, признана большинством хирургов.

COMPLICATED BENIGN DISEASES OF COLON

D.V.Safronov, N.I.Bogomolov

(Chita Regional Hospital, Chita State Medical Academy)

According to foreign data the modern views on colonic complications, such as diverticulitis, ulcerative colitis, Crohn's disease, sigmoid volvulus, etc. are surveyed. Types of benign colonic surgery in case of complications are described as applied by foreign surgeons. Two-stage surgical intervention is substantiated.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aeberhard P. Toxic megacolon: surgical timing important // Zentralbl. Chir. — 1998. — Vol.123. — P.1365-1374.
2. Andersson P., Olaison G., Hallbook O., Sjodahl R. Segmental resection or subtotal colectomy in Crohn's colitis? // Dis. Colon. Rectum. — 2002. — Vol.45. — P.47-53.
3. Berg D.F., Bahadursingh A.M., Kaminski D.L., Longo W.E. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease // Am. J. Surg. — 2002. — Vol.184. — P.45-51.
4. Bernell O., Lapidus A., Hellers G. Recurrence after colectomy in Crohn's colitis // Dis. Colon. Rectum. — 2001. — Vol.44. — P.647-701.
5. Bezzi M., Lorusso R., Forte A. et al. Emergency surgical treatment of complicated acute diverticulitis // Chir. Ital. — 2002. — Vol.54. — P.203-211.
6. Bielecki K., Kaminski P. Surgical treatment of colonic diverticulitis—personal observations // Wiad. Lek. — 2001. — Vol.54. — P.233-273.
7. Blair N.P., Germann E. Surgical management of acute sigmoid diverticulitis // Am. J. Surg. — 2002. — Vol.183. — P.525-533.
8. Bortlik M., Lukas M. Toxic megacolon // Cas. Lek. Cesk. — 2001. — Vol.140. — P.619-632.
9. Boulos P.B. Complicated diverticulosis // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2002. — Vol.16. — P.649-711.
10. Breen E.M., Schoetz D.J., Marcello P.W. Functional results after perineal complications of ileal pouch-anal anastomosis // Dis. Col. Rect. — 1998. — № 6. — P.691-695.
11. Celi S., Parisi A., Maccarone P. et al. Surgical treatment of acute colonic diverticulitis. Personal experience // Ann. Ital. Chir. — 2001. — Vol.72. — P.437-478.
12. Chen G.I., Saibil F., Morava-Protzner I. Two for one: coexisting ulcerative colitis and Crohn's disease // Can. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol.16. — P.29-34.
13. D'Addazio G., Scordamaglia R., Tedeschi U. Emergency surgery in inflammatory bowel disease. Experience in 26 cases // Minerva Chir. — 1998. — Vol.53. — P.1001-1008.
14. Degiannis E., Levy R.D., Sliwa K. Volvulus of the sigmoid colon at Baragwanath Hospital // Afr. J. Surg. — 1996. — Vol.34. — P.25-33.
15. Ecker K.W., Kreissler-Haag D., Franz S. et al. Progress in colitis surgery. Is there a standard in the primary operative treatment // Zbl. Chir. — 1998. — №4. — P.388-395.
16. Ely C.A., Arregui M.E. The use of enteral stents in colonic and gastric outlet obstruction // Surg. Endosc. — 2002. — Vol.23. — P.1.
17. Fazio V.W., Oakley J.R. Proctocolectomy for ulcerative colitis: When, how and what are the results? // Inflammatory bowel disease — from bench to bedside. — London: Kluwer acad. publ., 1997. — P.349-362.
18. Fluckiger R., Huber A. Sigmoid volvulus—clinical, radiological and therapeutic aspects of rare Disease // Schweiz. Rundsch. Med. Prax. — 1995. — Vol.84. — P.826-856.
19. Gallinaro L.S., Forte A., D'Urso A. Indications and surgical treatment of acute complicated diverticulitis // Ann. Ital. Chir. — 2001. — Vol.72. — P.431-436.
20. Cangemi V., Volpino P., Gentili S. et al. Perforated diverticulitis of the colon: modalities of the surgical treatment // G. Chir. — 1996. — Vol.17. — P.249-303.
21. Georgeson K.E. Laparoscopic-assisted total colectomy with pouch reconstruction // Semin. Pediatr. Surg. — 2002. — Vol.11. — P.233-239.
22. Gooszen A.W., Gooszen H.G., Veerman W. et al. Operative treatment of acute complications of diverticular disease: primary or secondary anastomosis after sigmoid resection // Eur. J. Surg. — 2001. — Vol.167. — P.35-44.
23. Gordon P.H., Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus: 2nd ed. // St. Louis. — Missouri, 1999. — P.994.
24. Gullas Pineiro A., Madrinan Gonzalez M., Prego Mateo E. Acute peritonitis due to perforating Crohn's disease // Gastroenterol. Hepatol. — 2001. — Vol.24. — P.346-354.
25. Guy T.S., Williams N.N., Rosato E.F. Crohn's disease of the colon // Surg. Clin. North. Am. — 2001. — Vol.81. — P.159-68.
26. Hoemke M., Treckmann J., Schmitz R. et al. Complicated diverticulitis of the sigmoid: a prospective study concerning primary resection with secure primary anastomosis // Dig. Surg. — 1999. — Vol.16. — P.420-424.
27. Isbister W.H. Large bowel volvulus // Int. J. Colorectal Dis. — 1996. — Vol.11. — P.96-114.
28. Jeppesen G.A., Willerth M. Perforated congenital diverticulum of the sigmoid colon // J. Pediatr. Surg. — 2002. — Vol.37. — P.35.
29. Jimmo B., Hyman N.H. Is ileal pouch anal anastomosis really the procedure of choice for patients with ulcerative colitis? // Dis. Col. Rect. — 1998. — Vol.41. — P.41-45.
30. Kasperk R., Muller S.A., Schumpelick V. Sigmoid diverticulitis. Extent of resection and choice of procedure // Chirurg. — 2002. — Vol.73. — P.690-695.
31. Koperna T., Kisser M., Schulz F. Emergency surgery for colon cancer in the aged // Arch. Surg. — 1997. — Vol.132. — P.1032-1037.
32. Krachi M., Hay J.M., Fagneiz P.L. Heocolonic anastomosis after right haemicolectomy for carcinoma. Stapled or handsewn? // Colorectal. Dis. — 1993. — № 8. — P.29-33.
33. Landen S., Nafteux P. Primary anastomosis and diverting colostomy in diffuse diverticular peritonitis // Acta. Chir. Belg. — 2002. — Vol.102. — P.24-33.
34. Ludeman L., Warren B.F., Shepherd N.A. The pathology of diverticular disease // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2002. — Vol.16. — P.543-605.
35. Makela J., Kiviniemi H., Laiinen S. Prevalence of perforated sigmoid diverticulitis is increasing // Dis. Colon. Rectum. — 2002. — Vol.45. — P.955-1016.
36. Martel P., Betton P.O., Gallot D., Malafosse M. Crohn's colitis: experience with segmental resections; results in a series of 84 patients // J. Am. Coll. Surg. — 2002. — Vol.194. — P.448-501.
37. McReod R.S., Baxter N.N. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease after surgery // W. J. Surg. — 1998. — Vol.22. — P.375-381.
38. Miller B.J., Schache D.J. Colorectal injury: where do we stand with repair? // Aust-N-Z-J-Surg. — 1996. — Vol.66. — P.348-352.
39. Ozuner G., Strong S.A., Fazio V.W. Effect of rectosigmoid stump length on restorative proctocolectomy after subtotal colectomy // Dis. Col. Rect. — 1995. — № 38. — P.1039-1042.
40. Porzio S., Rossi S., Lombardi V., Milito G. Surgical treatment of complicated diverticular disease of the colon // Chir. Ital. — 1999. — Vol.51. — P.199-205.
41. Renzulli P., Maurer C.A., Netzer P. et al. Preoperative colonoscopic derotation is beneficial in acute colonic volvulus // Dig. Surg. — 2002. — Vol.19. — P.223-232.
42. Ressetta G., Simeth C., Ziza F. et al. Colonic diverticulosis complicated with perforation. Analysis of several prognosis variables and criteria for emergency surgery // Ann. Ital. Chir. — 1998. — Vol.69. — P.63-70.
43. Rothlin M., Rietschi G., Largiadier F. Value of Hartmann's operation as an emergency intervention in sigmoid Diverticulitis // Swiss. Surg. — 1997. — Vol.3. — P.107-118.
44. Saccomani G.E., Santti F., Gramegna A. Primari resection with and without anastomosis for perforation of acute diverticulitis // Acta. Chir. Belg. — 1993. — Vol.93. — P.169-172.
45. Sagar P.M., Penberion J.H. Update on the surgical management of ulcerative colitis and ulcerative proctitis: current controversies and problems // Inflammatory bowel disease. — 1995. — Vol.1. — P.299-312.
46. Saito Y., Sawada T., Tsuno N. et al. Total colectomy and ileorectal anastomosis in ulcerative colitis // J. Gastroenterol. — 1995. — Vol.30. — P.131-134.
47. Samuel M., Boddy S.A., Capps S. et al. Volvulus of the transverse and sigmoid colon // Pediatr. Surg. Int. — 2000. — Vol.16. — P.522-526.
48. Schulz C., Lemmens H.P., Weidemann H. et al. Die Resektion mit primärer Anastomose bei der komplizierten Diverticulitis. Eine Risikoanalyse // Chirurg. — 1994. — Vol.65. — P.50-53.
49. Schwesinger W.H., Page C.P., Gaskill H.V. et al. Operative management of diverticular emergencies: strategies and outcomes // Arch. Surg. — 2000. — Vol.135. — P.558-620.
50. Seelig M.H., Uhlig H., Braun J., Schumpelick V. Surgical therapy of severe colitis // Chirurg. — 1996. — Vol.67. — P.50-54.
51. Sefr R., Rotterova P., Konecny J. Perforation peritonitis in primary intestinal tuberculosis // Dig. Surg. — 2001. — Vol.18. — P.475-484.
52. Setti Carraro P.G., Magenta A., Segala M. et al. Predictive value of a pathophysiological score in the surgical treatment of perforated diverticular disease // Chir. Ital. — 1999. — Vol.51. — P.31-37.
53. Solomon M.J., Schmitzler H.A. Cancer and inflammatory bowel disease: bias, epidemiology, surveillance and treatment // W. J. Surg. — 1998. — Vol.22. — P.352-358.
54. Somasekar K., Foster M.E., Haray P.N. The natural history

- diverticular disease: is there a role for elective colectomy? // J. R. Coll. Surg. Edinb. — 2002. — Vol.47. — P.481-483.
55. Stock W., Hansen O., Graupe F. Colonic diverticulitis-therapy concepts from the surgical viewpoint // Langenbecks. Arch. Chir. Suppl. Kongressbd. — 1998. — Vol.115. — P.166-175.
 56. Tasaki M., Tsutsui Y., Maruyama R. A case of gas gangrene caused by colon diverticulitis with perforation into the retroperitoneal space // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. — 2002. — Vol.93. — P.758-819.
 57. Taviloglu K., Aydin E., Ertekin C. Our current approach in the treatment of sigmoid colon volvulus // Ulus. Travma. Derg. — 2002. — Vol.8. — P.102-109.
 58. Thorn M., Graf W., Stefansson T. et al. Clinical and functional results after elective colonic resection in 75 consecutive patients with diverticular disease // Am. J. Surg. — 2002. — Vol.183. — P.7-11.
 59. Tjandra J.J., Fazio V.W. Strictureplasty for ileocolic anastomotic strictures in Crohn's disease // Dis. Colon Rectum. — 1993. — Vol.36. — P.1099-1202.
 60. Ugenti I., De Ceglie A., Ferrarese F. et al. Hartmann's operation in acute perforated diverticulitis // Chir. Ital. — 1999. — Vol.51. — P.429-463.
 61. Vician M., Hrbaty B., Vrtik L. et al. Surgical treatment of acute diverticulitis of the large intestine // Rozhl. Chir. — 2000. — Vol.79. — P.275-283.
 62. Vyslouzil K., Unger R., Zmrzlik P. Colon diverticular disease as cause of acute abdominal cases // Acta. Univ. Palacki. Olomuc. Fac. Med. — 1993. — Vol.135. — P.75-81.
 63. Yamamoto T., Keighley M.R. Long-term results of strictureplasty for ileocolonic anastomotic recurrence in Crohn's disease // J. Gastrointest. Surg. — 1999. — Vol.3. — P.555-615.
 64. Zeitoun G., Laurent A., Rouffet F. et al. Multicentre, randomized clinical trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis // Br. J. Surg. — 2000. — Vol.87. — P.1366-1440.

© ПИНСКИЙ С.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В., БЕЛОБОРОДОВ В.А. —

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (сообщение 4)

С.Б. Пинский, В.В. Дворниченко, В.А. Белобородов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра онкологии, зав. — д.м.н. В.В. Дворниченко)

Резюме. В 1999 г. авторами настоящей статьи изданы две монографии «Опухоли щитовидной железы» и «Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы», в которых освещены литературные и собственные данные по этой проблеме. В настоящей работе приводятся современные преимущественно отечественные литературные данные о диагностике и выборе метода лечения злокачественных новообразований щитовидной железы, опубликованные после 2000 г.

Ключевые слова. Злокачественные новообразования, щитовидная железа, хирургия.

В структуре злокачественных опухолей различной локализации рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 0,4-3% [47]. За последнее десятилетие в России и во многих странах мира заболеваемость РЩЖ возросла в 1,5-2,0 раза [2,7,31,48,53]. Если в 1985 г. показатель заболеваемости РЩЖ по России составлял 1,7, то в 2002 г. — 5,8 на 100 000 населения [38]. Динамика заболеваемости РЩЖ выдвинула эту патологию в России на первое место по рейтингу среднегодового темпа прироста на период с 1991 по 2000 гг. [42]. В США только в 2000 г. выявлено 18 000 новых случаев РЩЖ [51]. Однако рост заболеваемости РЩЖ в различных регионах России не одинаков. В Воронежской области заболеваемость РЩЖ на 100 000 населения выросла с 2,5 (1991 г.) до 6,0 (2001), в Ярославской области за это же время соответственно с 3,2 до 6,1 [1,28]. В Саратовской области частота РЩЖ за 10 лет возросла с 4,1 до 10,1 на 100 000 населения [35]. В Иркутской области она повысилась с 2,7 до 6,7 на 100 000 населения.

Приводимые данные по многим регионам России о частоте РЩЖ среди оперированных больных по поводу различных заболеваний ЩЖ весьма противоречивы и не дают истинного представления о заболеваемости. Это обусловлено и тем, что в России хирургическое лечение РЩЖ проводится не только в специализированных онкологических отделениях, но и в эндокринологических центрах и хирургических стационарах общей сети. Этим объясняются и определенные расхождения в выборе объема и характера хирургического вмешательства и послеоперационной терапии между хирургами-эндокринологами и онкологами. Следует отметить, что в онкологических учреждениях значительно чаще, чем в общехирургических отделениях, госпита-

лизируются больные с высокой вероятностью наличия злокачественной опухоли ЩЖ, что увеличивает их процент среди узловых образований ЩЖ, а также чаще оперируются больные с III-IV стадией заболевания [3]. В последние 5 лет в результате разработанной и согласованной между хирургами-эндокринологами и онкологами Иркутской области концепции все больные с верифицированными на доклиническом этапе РЩЖ и высокой его вероятностью подлежат оперативному лечению в областном онкологическом диспансере. В связи с этим за эти годы в онкологическом диспансере РЩЖ среди оперированных больных по поводу узловых образований ЩЖ составил 25-30%, а в областном центре эндокринной хирургии снизился с 10-13% до 2-3%.

В последние годы в росте заболеваемости РЩЖ, наряду с генетической предрасположенностью, особое значение придается влиянию ионизирующего излучения, особенно в детском возрасте. В результате аварии на Чернобыльской АЭС в России пострадали Орловская, Брянская, Калужская, Тульская и Рязанская области, у жителей которых отмечен резкий рост заболеваемости РЩЖ. К настоящему времени в Украине подтверждено достоверное увеличение больных детского и подросткового возраста с папиллярным РЩЖ, как следствие радиационного воздействия после Чернобыльской катастрофы. Минимальный латентный период между облучением и развитием опухоли составил 3-4 года (аналогичный срок отмечен после атомной бомбардировки в Японии). Длительность периода, в течение которого имеется риск развития радиоиндуцированного РЩЖ, окончательно не установлена. Считается, что пик заболеваемости возможен через 15-20 лет после облучения [16,48].