

Таким образом, можно предположить, что у больных с АГ и первичным манифестным гипотиреозом более выраженные изменения суточного профиля АД, установленные в нашем исследовании, вероятно, обусловлены присоединением так называемого «эндокринного» компонента.

Таким образом, у больных с АГ и первичным манифестным гипотиреозом выявлены более высокие значения большинства показателей САД и ДАД за сутки, в дневное и ночное время, индекса времени и индекса площади, преобладание не только «non-dipper», но и наиболее неблагоприятного типа суточной кривой «night-peaker» при оценке степени ночного снижения АД, что, вероятно, связано с повышением общего периферического сопротивления и активацией симпатoadrenalовой системы как вследствие дефицита тиреоидных гормонов, так и имеющейся АГ.

Необходимо подчеркнуть, что результаты проведенного исследования позволили, с одной стороны, выявить особенности суточного профиля АД у пациентов с АГ и первичным гипотиреозом, с другой – судить об очень высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений, что повышает требования к проводимой антигипертензивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Кремская В. М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Учеб. пособие. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – С. 816.
2. Гаркунова Л. В., Аметов А. С. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных гипотиреозом в пожилом возрасте // Терапевтический архив. – 2004. – № 12. – С. 97–99.
3. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Моисеев В. С. Особенности утреннего подъема артериального давления у больных

гипертонической болезнью с различными вариантами суточного ритма // Кардиология. – 1999. – № 6. – С. 23–26.

4. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Хирманов В. Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике / Под ред. В. С. Моисеева, Р. С. Карпова. – М.: Реафарм, 2004. – С. 384.

5. Лопатин Ю. М. Бессимптомный атеросклероз при артериальной гипертензии: насколько эффективными в этой ситуации могут оказаться ингибиторы АПФ? // Consilium medicum. – 2006. – № 11. – С. 3–7.

6. Мареев В. Ю., Беленков Ю. Н., Азеев Ф. Т., Арутюнов Г. П., Коротеев А. В., Ревуашвили А. Ш. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т. 10. № 2. – С. 64–101.

7. Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А., Алехин М. Н., Батыралиев Т. А. Гипертрофия левого желудочка при гипертонической болезни. Часть I. Критерии диагностики гипертрофии левого желудочка и ее распространенность // Кардиология. – 2003. – № 10. – С. 99–104.

8. Старкова Н. Т. Клиническая эндокринология – М.: Медицина, 1991. – С. 511.

9. Frills T., Pedersen L. Serum lipids in hyper- and hypothyroidism before and after treatment // Clin. chim. acta. – 1987. – № 1. – P. 155–163.

10. Diez J. J. Hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of the etiology and assessment of the effectiveness of therapy // J. gerontol. a biol. sci. med. sci. – 2008. – Vol. 57. № 5. – P. 315–320.

11. Chobanian A. V., Bakris G. L., Black H. R. Seventh report of the Joint National committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure // Hipertension. – 2003. – Vol. 42. – P. 1206–1252.

Поступила 01.02.2012

С. Н. ШАЕВА

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК ОСНОВНОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. (4812) 27-02-75. E-mail: shaeva30@mail.ru

Рассмотрена тактика лечения пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака на территориальном уровне на примере города Смоленска и Смоленской области. Указана важность выполнения первичной радикальной операции, а не только ликвидации осложнений, что позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: осложненный колоректальный рак, хирургическое лечение.

S. N. SHAeva

RADICAL OPERATIONS AS THE BASIC STAGE OF TREATMENT PATIENTS COMPLICATED COLORECTAL CANCER (RETROSPECTIVE RESEARCH)

Department of faculty surgery GBOU VPO «Smolensk state medical academy», Russia, 214019, Smolensk, street Krupsky, 28, tel. (4812) 27-02-75. E-mail: shaeva30@mail.ru

Tactics of treatment of patients with urgent complications colorectal cancer at territorial level on an example of a city of Smolensk and the Smolensk region. Is considered, importance of performance of primary radical operation, and not just liquidation of complications that allows to improve considerably the direct and remote results of treatment is specified.

Key words: complicated colorectal cancer, surgical treatment.

Введение

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в Канаде, США, странах Западной Европы и России. На сегодняшний день данные статистики свидетельствуют о том, что в России колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место [2, 3, 4].

Наибольший удельный вес рака обеих локализаций отмечен в возрасте старше 60 лет у мужчин (6,4% и 5,8%) и женщин (9,8% и 7,0%). В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака ободочной кишки приходится 4,3% у мужчин и 7,9% у женщин, прямой кишки – 4,2% и 6,1% соответственно [2, 4, 5, 7, 8].

Тревогу вызывает и тот факт, что на 100 тысяч больных колоректальным раком приходится более 70 умерших, из них на первом году с момента установления диагноза – около 40%. Это обусловлено тем, что при первичном обращении к врачу запущенные стадии рака (III–IV стадии) диагностируются у 71,4% раком ободочной кишки и у 62,4% раком прямой кишки [2, 4]. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, в Смоленской области в 2008 году зарегистрировано 23,2% больных раком ободочной кишки в IV стадии заболевания, из них 28,9% умерли в течение первого года с момента установления диагноза, в III стадии заболевания было выявлено 35,1%.

Число пациентов, обращающихся за помощью с запущенными стадиями и осложненными формами этого заболевания, неуклонно растёт. Высокий процент (до 60%) больных колоректальным раком госпитализируется в экстренном порядке в связи с осложнениями заболевания, такими как кишечная непроходимость, перфорация опухоли, параколитическое воспаление, кишечное кровотечение, анемия. Большая часть из них поступает с неопределённым диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости [1, 3, 6, 8, 9]. Проблема лечения больных колоректальным раком по-прежнему остаётся актуальной [3, 5, 10]. Хирургическое лечение urgentных осложнений рака толстой кишки на сегодняшний день является самым эффективным.

Цель исследования – рассмотреть тактику лечения пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака на региональном уровне.

Задачи – рассмотреть тактику лечения пациентов с urgentными осложнениями колоректального рака на территориальном уровне на примере города Смоленска и Смоленской области, оценить результаты хирургического лечения urgentных осложнений колоректального рака.

Материалы и методы

За период с 2001 по 2011 год в клинике факультетской хирургии на базе первой городской клинической больницы выполнено 168 оперативных вмешательств у больных со злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишок, осложненными кишечной непроходимостью – 131 (78,4%), перфорацией опухоли – 24 (14,1%), кровотечением – 13 (7,5%). Все пациенты поступали по экстренным и срочным показаниям. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Из числа всех оперированных женщин было 88 (52,4%), мужчин – 80 (47,6%). Удовлетворительное состояние при поступлении отмечалось у 5 больных (3%), средней степени тяжести – в 119 наблюдениях (70,8%), тяжелое – у 38 (22,6%), крайне

тяжелое – у 6 (3,6%) пациентов. Сроки с момента возникновения непроходимости были различными: от 6 до 12 часов поступило 23% (n=31), 12–24 часа – 36,6% (n=48), остальные пациенты поступили более чем через 24 часа от момента заболевания.

Всем больным проводился необходимый клинический минимум диагностических исследований: общеклинические анализы крови и мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ, УЗИ брюшной полости.

Правосторонняя локализация опухоли выявлена в 56 случаях, локализация в поперечной ободочной кишке – в 15, левосторонняя и прямокишечная – у остальных 97 пациентов. Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию водно-электролитных и гемодинамических нарушений, а также, по возможности, очистку толстой кишки очистительными клизмами. У 39 пациентов (23%) кишечную непроходимость удалось разрешить консервативно, в последующем они были прооперированы в плановом порядке. Степень выраженности кишечной непроходимости была различной и подразделялась нами на компенсированную (n=43) – 47%, субкомпенсированную – 33% (n=30) и декомпенсированную – 20% (n=18).

Для определения степени кишечной непроходимости прежде всего оценивались клиническая картина, рентгенологические данные, интраоперационные находки: цвет и степень расширения кишки, наличие или отсутствие тонкокишечного компонента, диастатических разрывов.

Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации опухоли, распространенности опухолевого процесса, общего состояния больного, степени кишечной непроходимости. Всем больным проводилась интра- и послеоперационная антибиотикотерапия.

Результаты

При правосторонней локализации опухоли операцией выбора в большинстве случаев была правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза – 71 (42%). При левосторонней и прямокишечной локализации опухоли выполнялись различные операции. Наиболее часто выполнялась операция типа Гартмана (56 наблюдений). У 14 больных была выполнена операция Микулича. У 3 пациентов с декомпенсированной кишечной непроходимостью, сопровождавшейся диастатическими разрывами кишечной стенки, была выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза. У 24 больных после резекции участка кишки с опухолью операция была завершена формированием первичного анастомоза.

При выраженных явлениях кишечной непроходимости и диффузном распространенном перитоните со вздутием петель тонкого кишечника проводилась назоинтестинальная интубация – у 32 больных (19%).

При гистологическом исследовании материала наиболее часто наблюдались аденокарцинома – 144 (86,1%), слизистый рак – у 2 (1,3%), солидный рак – в 4 наблюдениях (2,3%); в 20 (12,0%) случаях гистологическая структура опухоли не была установлена. Регионарные метастазы отмечены в большем числе случаев до 70 лет, n=57 (34%). Отдаленные метастазы новообразований регистрировались чаще в возрасте старше 80 лет, n=72 (43,1%).

В целом послеоперационные осложнения развились у 21 (12,5%) больного. Чаще всего отмечались нагноение послеоперационной раны – у 14 больных (8,3%), послеоперационная пневмония – у 2,9% (n=5) и несостоятельность анастомоза – у 1,2% (n=2). Показа-

тель общей летальности составил 10,1% (n=17) в связи с тромбозом легочной артерии (n=2) и сердечно-сосудистой недостаточностью (n=1).

Обсуждение

При осложненном раке толстой кишки следует стремиться не только к ликвидации осложнения, но и к выполнению первичной радикальной операции, так как удаляется опухоль — источник метастазирования. 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). Разгрузочные и дренирующие операции проводятся в случаях исходного тяжелого состояния пациента, выраженной интоксикации, наличия местно-нерезектабельной опухоли или генерализации злокачественного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков В. Я., Блохин В. Н., Панков С. М., Козлов С. Е. Принципы диагностики и хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости у больных раком ободочной кишки. Десятый Всероссийский съезд хирургов. — Волгоград, 2000. — С. 15.

2. 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 (прил.1).

3. Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г., Утешев Н. С. Неотложная хирургия ободочной кишки. — М.: Миклош, 2009. — 96 с.

4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. — М.: Наука, 2008.

5. 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. — Jan. № 79 (1). — P. 36–41.

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

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

8. 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. — Nov. № 29 (11). — P. 458–464.

9. Merkel S., Meyer C., Paradopoulos T. et al. Urgent surgery in colon carcinoma // Zentrabl chir. — 2007. — Feb. № 132 (1). — P. 16–25.

10. Tong D. K., Law W. L. Laparoscopic versus open right hemicolectomy for carcinoma of the colon // JSLs. — 2007. — Jan-Mar. № 11 (1). — P. 76–80.

Поступила 16.01.2012

Л. Д. ЭРКЕНОВА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития РФ,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310,
тел. +7 (928) 005-00-31. E-mail: Enver-V@list.ru

В работе представлены результаты экспериментального исследования лабораторных животных — белых крыс. Получена экспериментальная модель гипотиреоза путем операции тиреоидэктомии. Проведено гистологическое исследование ткани лобной, затылочной, теменных и височных долей больших полушарий головного мозга в разные сроки. В головном мозге выявлены признаки гипотиреоидной энцефалопатии: отек, набухание, дистрофические и деструктивные изменения нервной ткани с растворением нейроцитов, глиальных клеток, нервных волокон с образованием полостей.

Ключевые слова: щитовидная железа, гипотиреоз, головной мозг, гипотиреоидная энцефалопатия.

L. D. ERKENOVA

MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE BRAIN AT THE HYPOTHYROIDISM

Department of pathological anatomy with a course of forensic medicine,
Russia, 355017, Stavropol, 310 Mira street, tel. +7 (928) 005-00-31. E-mail: Enver-V@list.ru

In work results of an experimental research of laboratory animals — white rats are presented. The experimental model of a hypothyroidism by operation thyroidectomy is received. Histologic research of a fabric frontal, occipital, parietal and temporal shares of the big cerebral hemispheres in different terms is conducted. In a brain signs hypothyroid encephalopathies are revealed: a hypostasis, swelling, dystrophic and destructive changes of a nervous fabric with dissolution neyrotsity, glial cages, nervous fibres with formation of cavities.

Key words: a thyroid gland, a hypothyroidism, a brain, hypothyroid encephalopathy.