

Оглавление

Список условных сокращений	6
Введение	8
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	9
1.1. Актуальность проблемы.....	9
1.2. Непользование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в хирургии и онкологии	10
1.3. Метод вариабельности сердечного ритма как ключ системного подхода к колоректальному раку	14
1.4. Общие неспецифические адаптационные реакции организма по методу Гаркави – Квакиной – Уколовой	21
1.5. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)	21
1.6. Иммунная система у онкологических больных	22
1.7. Стресс у онкологических больных	25
1.8. Реабилитация больных и стресс	32
Цель исследования.....	33
Задачи исследования	33
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1. Клиническая характеристика больных	34
2.2. Иммунологические методы.....	35
2.3. Определение системных неспецифических механизмов адаптации	36
2.4. Оценка типов общих неспецифических адаптационных реакций у больных	37
2.4.1. Определение общих неспецифических адаптационных реакций организма (ОНАРО) по способу Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной, М.А. Уколовой.....	37
2.4.2. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)	38
2.5. Оценка вегетативного статуса	40
2.6. Определение актуальной проблемы.....	41
2.7. Оценка психофизиологического состояния здоровья и психодинамических свойств обследованных лиц.....	43
2.7.1. Определение конституционального психологического типа, экстра – интраверсии, уровня нейротизма	44
2.7.2. Определение уровня реактивной и личностной тревожности.....	45
2.7.3. Многофакторная самооценка функционального состояния личности	46

2.7.4. Тест самооценки Дембо – Рубинштейна	47
2.7.5. Анкета схема – опроса «Индивидуальные представления о здоровье»	48
2.8. Статистическая обработка материала	49
Глава 3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	51
3.1. Клиническая часть	51
3.2. Ультразвуковая диагностика рака ободочной кишки	54
3.3. Метастазирование колоректального рака	55
3.4. Ультразвуковая диагностика метастазов колоректального рака в печень эхокамерой «АЛОКА» SS Д – 630	56
3.5. Сравнительный анализ диагностики рака ободочной кишки эхокамерой «АЛОКА» SS Д – 630 и эхокамерой LOGIQ S7	58
3.6. Дифференциальная диагностика с помощью чрескожного УЗИ между опухолью и дивертикулярной болезнью ободочной кишки	58
3.7. Изучение применения лазеротерапии в комплексном хирургическом лечении	59
3.8. Сравнительный анализ выживаемости после хирургических операций	61
3.8.1. Выживаемость больных раком прямой кишки III стадии (группировка стадии Т3N1M0)	62
3.8.2. Выживаемость больных раком ободочной кишки III стадии (группировка стадии Т3N1M0)	63
3.8.3. Выживаемость больных раком прямой кишки IV стадии	64
3.8.4. Выживаемость больных раком ободочной кишки IV стадии	65
3.8.5. Показатели иммунитета у пациентов	66
3.8.6. Показатели фагоцитоза у пациентов в группах исследования	66
3.8.7. Показатели количества лимфоцитов, лишенных маркеров Т- и В	68
3.8.8. Показатели гуморального иммунитета	69
3.9. Общий адаптационный синдром и его динамика	71
3.9.1. Изучение интегрального показателя активности регуляторных систем – ПАРС	71
3.9.2. Индекс Гаркави-Квакиной-Уколовой	75
3.9.3. Лейкоцитарный индекс интоксикации	76
3.9.4. Лейкоциты периферической крови	77
3.9.5. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	78
3.9.6. Психологический статус больных и его динамика в процессе хирургического лечения	80
3.9.6.1. Исследование психозмоциональной сферы больных Результаты исследования и интерпретации	81

3.9.6.2. Стандартизированное диагностическое интервью «Индивидуальные представления о здоровье»	81
3.9.6.3. Анкета МАС	81
3.9.6.4. Анкета САН	84
3.9.6.5. Тест самооценки Дембо – Рубинштейна	86
3.9.7. Цветовой тест Люшера у больных колоректальным раком	93
3.9.8. Шкала самооценки (тест Спилбергера)	97
3.9.9. Вегетативный тонус и его динамика в процессе лечения	99
3.9.9.1. ИН – индекс напряжения регуляторных систем (Si – стресс-индекс)	99
3.9.9.2. Вегетативный индекс Кердо	100

Глава 4. ОЦЕНКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ СИСТЕМЫ АДАПТАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ	115
--	------------

Глава 5. НЕКОТОРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ	117
---	------------

5.1. Профилактика несостоятельности анастомоза при передних резекциях прямой кишки	119
5.2. Особенности выведения стом у больных раком толстой кишки	123

Глава 6. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТИПА ГАРТМАНА	126
--	------------

Заключение	127
-------------------------	------------

Научная новизна работы	129
-------------------------------------	------------

Практические рекомендации	130
--	------------

Список литературы	132
--------------------------------	------------

Глава 3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Клиническая часть

Диагноз ставился на основании жалоб больного, данных истории настоящего заболевания, объективного исследования, специальных методов пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопия, УЗИ, ФЭГДС, ирригография, МРТ, КТ брюшной полости (рис.2) и дополнительных лабораторных анализов.

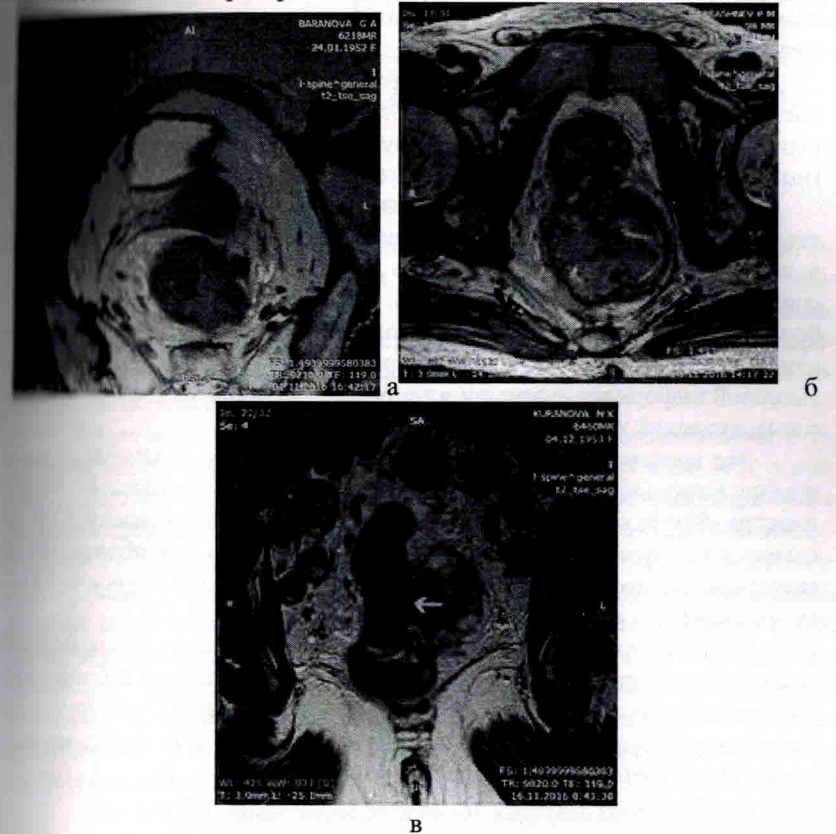


Рис. 2. МРТ малого таза: а – опухоль прямой кишки с прорастанием собственной фасции кишки; б – опухоль прямой кишки с прорастанием предстательной железы (указана стрелкой); в – опухоль прямой кишки (зеленая стрелка) с пакетом метастатически пораженных лимфоузлов (красная стрелка)

Все больные осматривались терапевтом, анестезиологом и по показаниям узкими специалистами, в зависимости от выявленной сопутствующей патологии. Для проведения лечебной гимнастики и ЛФК больные осматривались врачом ЛФК.

Диагноз рака был верифицирован морфологическим исследованием.

По гистологической структуре опухоли распределились следующим образом: аденокарцинома у 692 больных (98,7%), плоскоклеточный рак у 4 (0,6%), саркома у 3 (0,4%), карциноид у 2 (0,3%). У 491 (70,9%) больного была умеренно дифференцированная аденокарцинома, у 174 (25,2%) низкодифференцированная и у 27 (3,9%) высокодифференцированная.

Проблема состоит не только в росте заболеваемости, но и в неудовлетворительной диагностике заболевания. Вследствие этого период от первого обращения больного к врачу до постановки правильного диагноза, по данным литературы, нередко составляет 7–8 мес.

Анализ 408 больных с КРР, показал, что больные доверяют средствам массовой информации, основная масса опрошенных – 74,2% получала информацию о том, что надо делать, чтобы быть здоровыми из средств массовой пропаганды: газет, телевидения, радио. Лишь 25,8% больных получала информацию от соседей, друзей, родственников. Это свидетельствует о необходимости грамотного проведения средствами массовой информации передач о здоровье с научной медицинской, а не с коммерческой точки зрения.

По нашим данным за медицинской помощью в лечебные учреждения в первые 3 месяца от начала заболевания обратились 41,5% пациентов, 58,5% обратилась за медицинской помощью к врачу в сроки свыше 3 месяцев от начала заболевания, а 10,3% из них обратились за медицинской помощью в еще более поздние сроки – только после 12 месяцев с момента появления первых признаков рака (рис.3).

При первичной диагностике до проведения специальных методов исследования необходимо тщательное изучение анамнеза заболевания. Патологические примеси в кале у больных отмечались более чем в половине случаев. Наиболее часто это была кровь со сгустками, кровь и слизь, слизь только в одном проценте случаев.

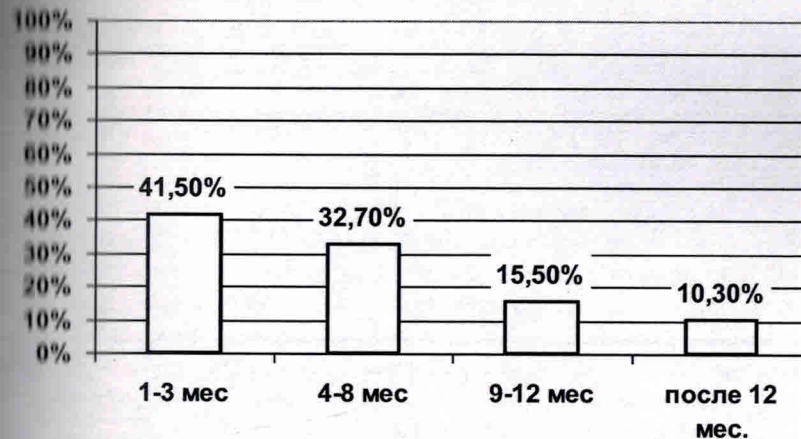


Рис. 3. Сроки обращения больных за медицинской помощью

Анемия наблюдалась в 21,6% случаев, лейкоцитоз в периферической крови – у 19,4% пациентов. Необходимо отметить высокую чувствительность реакции СОЭ, она была повышена в 75,7% случаев. Несомненно, практические врачи должны иметь онкологическую настороженность и учитывать характер патологических изменений в кале и показатели периферической крови, особенно СОЭ.

Более половины больных (57,6%) поступали с осложнениями: с частичной кишечной непроходимостью было зарегистрировано 36%, с анемией – 21,6%. Мы в своей практике наблюдали трех пожилых пациентов с редким осложнением рака прямой кишки – пилефлебитом. Двое погибли – больной с запущенным раком, паратуморозным абсцессом, который поступил в крайне тяжелом состоянии с пилефлебитом и больная с II стадией болезни после операции типа Гартмана со свищем культи прямой кишки, который открывался в срединную рану. Пилефлебит сопровождался образованием множественных абсцессов печени. Один больной с раком прямой кишки II стадии выздоровел – после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у него образовался единственный абсцесс печени, который был дренирован под контролем УЗИ.

Лишь 9,6% были терапевтически здоровы (все больные в возрасте до 56 лет). 66,4% пациентов имели одну сопутствующую патологию (как правило, ИБС), 20,1% имели две сопутствующие патологии

(чаще ИБС и ГБ или сахарный диабет), 3,9% имели три и больше сопутствующих заболеваний (ИБС, ГБ, ЦВБ, сахарный диабет, мочекаменную болезнь и т.д.)

3.2. Ультразвуковая диагностика рака ободочной кишки

В начале 2000-тысячных годов применяли эхокамеру «АЛОКА» SS Д – 630, затем более современную LOGIQ S7. Необходимо отметить высокий процент диагностики опухолей ободочной кишки с помощью чрескожного УЗИ исследования. Выявляются характерные для злокачественного поражения изменение стенки кишки – снижение эхогенности (отек стенки кишки), утолщение стенки, деформация кишки, увеличение лимфоузлов, выпот в брюшную полость по периферии (рис.4, 5).

Диагностическая чувствительность (ДЧ) метода УЗИ и диагностическая специфичность (ДС) метода УЗИ высчитывались по формулам: $ДЧ = a / (a+c)$, в % и $ДС = d / (d+b)$, в % [Реброва О.Ю., 2006], где: а – совпадение заключений о наличии болезни (истинно-положительный результат), b – гипердиагностика (ложно – положительный результат), с – гипердиагностика (ложно – отрицательный результат), d – совпадение заключений об отсутствии болезней (истинно-отрицательный результат).

Для диагностики рака ободочной кишки эхокамерой «АЛОКА» SS Д – 630 эти показатели составили соответственно 53,6% и 89,7%.

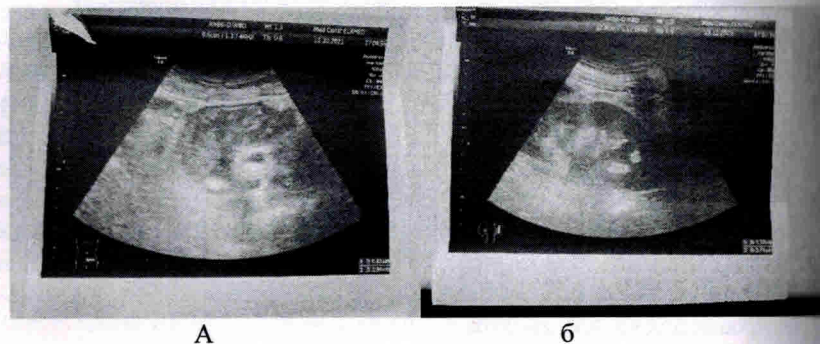


Рис. 4. УЗИ опухоль сигмовидной кишки: а – в проекции сигмовидной кишки гипозоногенное образование 68 на 29 мм с неровным контуром, с неоднородной структурой; б – эта же больная – лоханка левой почки расширена до 28 на 17 мм

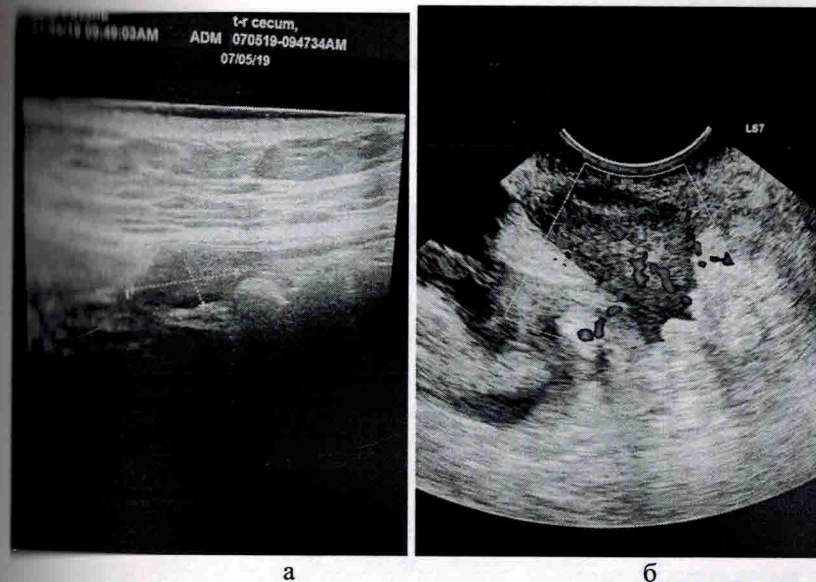


Рис. 5: а – УЗИ опухоль слепой кишки, по передней стенке кишки гипозоногенное образование; б – УЗИ опухоль сигмовидной кишки, в нижней трети сигмовидной кишки гипозоногенное образование с неровными контурами, с сосудистым локусом

3.3. Метастазирование колоректального рака

Анализировано 408 больных, которым применялась эхокамера «АЛОКА» SS Д – 630. Отдаленные метастазы выявлены у 95 человек (23,3%), преобладали пациенты с метастазами в печень – 83 пациента (87,4%); метастазы в яичник от общего числа больных с метастазами составили 5,3% (5 пациенток) (рис. 6), метастазы в легкие 5,3% (5 пациентов), метастазы в позвоночник 1% (один пациент) и у одного больного (1%) были метастазы одновременно в печень и легкие.

Наши наблюдения подтверждают возможность редких метастазов рака толстой кишки. У двух больных отмечались метастазы аденокарциномы толстой кишки в кожу, что по данным литературы составляет от 0,4 до одного процента случаев. В одном случае у пациентки 59 лет был метастаз аденокарциномы дистальной части сигмовидной кишки в кожу перианальной области, во втором случае у пациентки 66 лет метастаз аденокарциномы прямой кишки в кожу и подкожную клетчатку водосистой части головы. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием.

дованием. В обоих случаях выполнено иссечение метастазов. У больного 54 лет с низкодифференцированной аденокарциномой слепой кишки отмечался метастаз опухоли в правую лопатку, который проявлялся болями в лопатке; объемное образование в лопатке было выявлено при РКТ (биопсия-гистологическое заключение аденокарцинома).

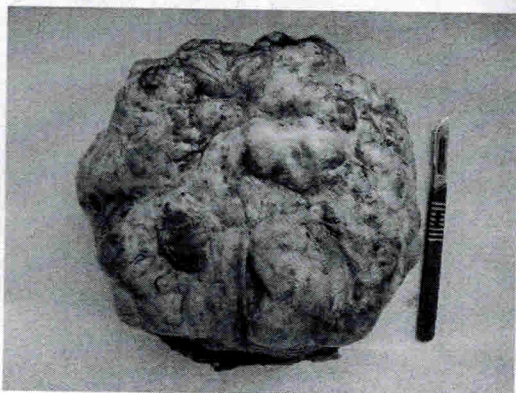


Рис. 6. Метастаз рака прямой кишки в яичник (проведена мезоректумэктомия с аппаратным анастомозом и резекция метастаза)

Плановых больных женщин с метастазами в яичники мы, как правило, направляли на лечение в РОКОД, учитывая наличие в нем онкогинекологического отделения. У 42 пациентов применялась для УЗИ сканирования эхокамера LOGIQ S7.

3.4. Ультразвуковая диагностика метастазов колоректального рака в печень эхокамерой «АЛОКА» SS Д – 630

У 20,3% больных со злокачественным поражением прямой и ободочной кишки IV стадии имело место метастатическое поражение печени. Как видно из рисунка 2, до операции метастазы с помощью УЗИ выявлены в 67% случаев. Размер диагностируемых метастазов составил от 30 до 75мм. Метастазы же, выявленные интраоперационно, не превышали размер 25-30мм.

Для диагностики метастазов колоректального рака в печень составили: ДЧ – 67,5, ДС- 89,4%; для диагностики рака ободочной кишки составили соответственно 53,6% и 89,7%. Наиболее часто локализация метастазов (вторичное поражение печени): правая доля – (60%), левая (35%), обе доли – 5% случаев (рис. 7, 8, 9).

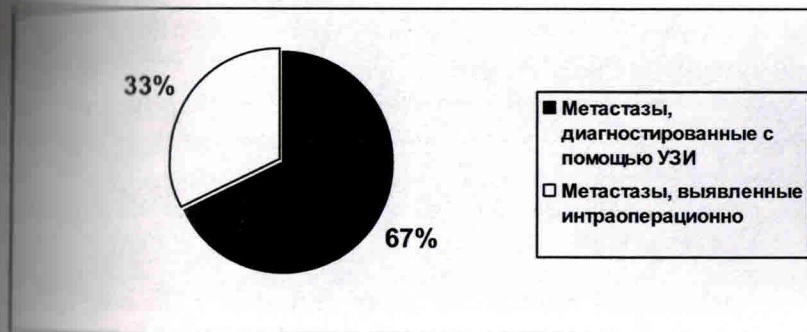


Рис. 7. Диагностика метастазов печени

Структура метастазов: 70% – однородные, гиперэхогенные с наличием или отсутствием гипоэхогенного ободка по периферии; 30% – гипоэхогенные метастазы. При сопоставлении эхографической картины метастазов с первичной локализацией опухоли прослеживается тенденция к зависимости УЗ структуры метастаза от первичной опухоли. При локализации опухоли в сигмовидной кишке выявлялись однородные гиперэхогенные структуры, а в прямой кишке – гиперэхогенные структуры с гипоэхогенным ободком.

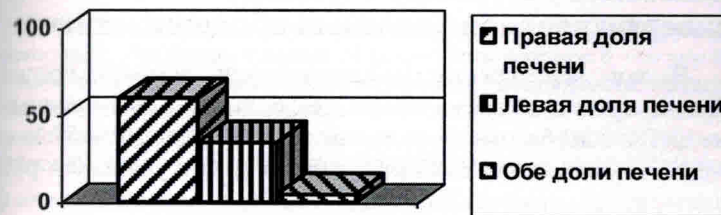


Рис. 8. Локализация метастазов в печени

3.5. Сравнительный анализ диагностики рака ободочной кишки эхокамерой «АЛОКА» SS Д – 630 и эхокамерой LOGIQ S7

Сравнительный анализ проведен между 189 больными с раком ободочной кишки третьей и четвертой стадией, которым применялась эхокамера «АЛОКА» SS Д – 630 (первая группа) и 56 больными с раком ободочной кишки второй, третьей и четвертой стадиями, которым применялась эхокамера LOGIQ S7 (вторая группа).

Диагностика проводилась двумя ведущими в клинике врачами ультразвуковой диагностики высшей квалификационной категории с большим опытом работы.

Выявляемость опухоли у больных в первой группе составила 74,1%, во второй эхокамерой LOGIQ 7- 87,5 % ($p < 0,05$).

Таким образом, выявляемость опухолей ободочной кишки достоверно зависит от уровня класса применяемой аппаратуры. Необходимо укреплять роль УЗИ как эффективного метода первичной диагностики опухолей ободочной кишки.

3.6. Дифференциальная диагностика с помощью чрескожного УЗИ между опухолью и дивертикулярной болезнью ободочной кишки

В плане дифференциальной диагностики с помощью чрескожного УЗИ нами проведено исследование у 62 больных с осложненным течением ДБТК. УЗИ было информативно у 88,7% больных, в 57 % случаев (35 чел) были отчетливо выявлены дивертикулы с указанием размеров, инфильтрацией стенки кишки, жидкости около кишки, наличия свищевого хода при перфорации, а у 20 пациентов отмечались косвенные признаки осложненной ДБТК, такие, как, диффузное гипохогенное утолщение стенки кишки, инфильтрация ее, жидкость около кишки, свищевой ход; гиперэхогенная структура околокишечного жира и клетчатки, наличие параколического абсцесса, замедление или отсутствие перистальтики; у 7 пациентов не выявлено изменений.

Полученные нами результаты, подтверждают данные Фазыловой А.А., Фазыловой С.Ф., 2010, Орловой Л.П. и др., 2014, Тотикова З.В. и др., 2020, Трубачевой Ю.Л., 2020, Shibasaki S. et al., 2015, что УЗИ диагностика относится к новым современным развивающимся технологиям в диагностике заболеваний толстой кишки.

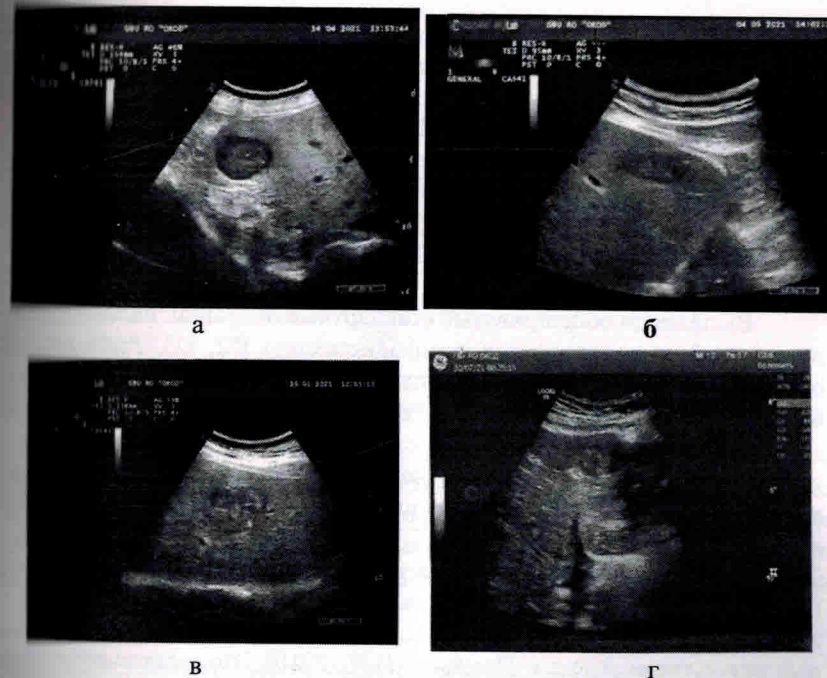


Рис. 9. УЗИ. Метастазы в печень: а-подкапсульно в правой доле печени гипохогенное образование с неровным анэхогенным ободком; б – по нижнему краю левой доли печени гипохогенное образование с неоднородной структурой, неровным анэхогенным ободком; в – в левой доле печени неоднородное, преимущественно, гипохогенное образование с неравномерным анэхогенным ободком; г-по нижнему краю печени подкапсульно гипохогенное образование с неровным контуром.

3.7. Изучение применения лазеротерапии в комплексном хирургическом лечении

Оно проводилось в двух группах больных:

1 группа (контрольная) – 303 пациента (136 мужчин и 167 женщин);

2 группа (основная) – 105 пациентов (51 мужчины и 54 женщины), которые помимо хирургического лечения получали лазеротерапию.

По возрасту, соотношению мужчин и женщин, нозологии, сопутствующей патологии, стадийности, гистологической картине, характеру произведенных операций группы были однородны. Возраст больных составлял от 25 до 82 лет. Средний возраст $63,7 \pm 9,8$ года (рис.10).

Наши данные совпадают с данными литературы, что основная масса больных КРР – люди пожилого и старческого возраста [Воробей Г.И. и др., 2010; Тимербулатов В.М. и др., 2010; Царьков П.В., 2010; Delaney C.P. et al., 2002; Braga M. et al., 2002] и пик заболеваемости наблюдается после 50 лет [Пророков В.И., Залит Н.Ю., 2005].

Колоректальный рак III стадии был у 261 больного, IV стадии – у 147. Рак прямой кишки III стадии был у 140 больного, рак ободочной кишки – у 121. Рак прямой кишки IV стадии был у 79 человек, рак ободочной кишки IV стадии – у 68.

Выполняли общепринятые стандартные операции, включая лапароскопические технологии и лимфодиссекцию D2, D3. Радикальных операций выполнено 262 (64,2%), паллиативных – 146 (35,8%). Резектабельность при раке прямой кишки составила 64,4%, при раке ободочной кишки – 64%.

У большинства больных раком прямой кишки выполнены радикальные сфинктеросохраняющие операции – из 141 больного они выполнены у 85 чел (60,3%).

Известно, что хирургия рака толстой кишки является технической сложной и требует технических навыков и лечения больных в специализированных учреждениях для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения [Помазкин В.И., 2010]. Это связано со специализацией хирургов и большим количеством операций, проводимых в крупных больницах, чем в отделениях общей хирургии с небольшим ежегодным количеством данных операций [Bljmqvist P et al., 1999; Platell G., 2002; Mc Ardle G, Hole D, 2004; Rogers S. et al., 2006 и др.]

Учитывая специализацию клинического областного колопроктологического отделения (куратором которого от клиники факультетской хирургии является автор) по онкоколопроктологии в течение более чем 40 лет (с 1977 года) со стабильным кадровым медицинским персоналом, мы имеем низкие показатели общей и после операционной летальности, процента гнойных осложнений. На 408 больных послеоперационная летальность составила один процент, процент гнойных осложнений – 0,49. На 225 операций с кишечными анастомозами отмечено 4 случая несостоятельности анастомоза – 1,78%.

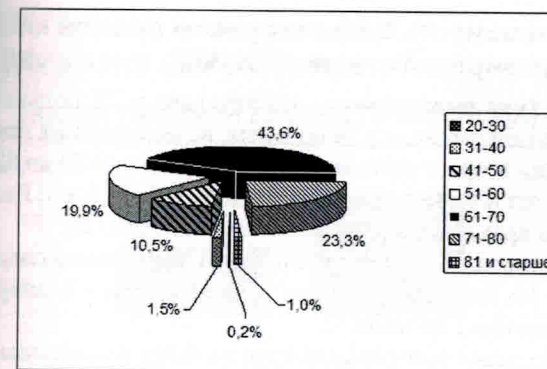


Рис. 10. Распределение больных по возрасту

Это стало также возможным благодаря применению современных спивающих аппаратов и новых методик гемостаза, антибиотикопрофилактике гнойных осложнений, профилактике ТЭЛА в предоперационном и послеоперационном периодах, ранней активизации больных в послеоперационном периоде, применению лечебной гимнастики, бинтованию нижних конечностей.

3.8. Сравнительный анализ выживаемости после хирургических операций

Отдаленные результаты изучены у 252 больных, из них у 60 больных, получавших лазеротерапию (рис.10), и у 192 больных, не получавших лазеротерапию. По возрасту, половому составу, стадии рака, морфологическим признакам, характеру операций группы были сопоставимы.

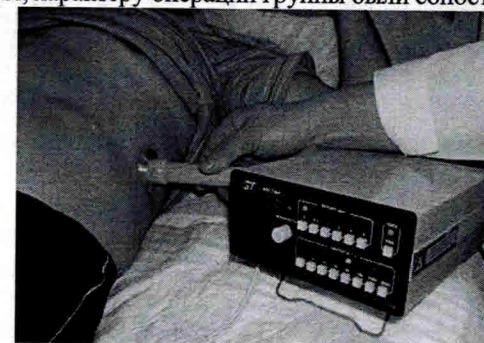


Рис. 11. Сеанс инфракрасного низкоинтенсивного лазерного излучения на проекцию селезенки аппаратом «Мустанг»