

## НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК РА

Փորձար. և կլինիկ.  
բժշկություն

XXXIII No 1-2 1993

Эксперим. и  
клинич. медицина

УДК 616.348-006.6

Л. У. Назаров, А. С. Акопян, А. М. Агавелян, А. А. Багдасарян,  
А. М. Минасян

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ

Ввиду отсутствия четких критериев при выборе тактики лечения больных раком ободочной кишки, осложненным перифокальным воспалительным процессом, решение этой проблемы в настоящее время имеет важное значение.

Широко применяемые многоэтапные операции типа Цейдлера-Шлоффера, Грекова имеют существенные недостатки. Это прежде всего оставление опухоли при первом этапе лечения и осложнения, возникающие на втором и третьем этапах, не говоря уже о возрастающей угрозе диссеминации процесса в связи с многократными манипуляциями на пораженных органах брюшной полости.

Имеющийся опыт лечения таких больных позволил нам усовершенствовать и объективизировать применяемые методы [1-4]. Начиная с 1989 г. при раке ободочной кишки, осложненном перифокальным воспалительным процессом, применяется разработанный нами комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение непосредственных результатов хирургического лечения.

После установления у больных раком ободочной кишки перифокального воспалительного процесса назначалась комплексная антибактериальная терапия. Антибактериальное лечение начинали с внутримышечных инъекций 1 млн. ЕД канамицина или 10-12 млн ЕД пенициллина в сутки. При выявлении бактериемии антибактериальную терапию осуществляли с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Ежедневно больные внутривенно капельно получали 40 мл 0,1% раствора диоксицина в 400 мл гемодеза или 5% глюкозы.

В последующем этим больным под местным обезболиванием производилась лапароскопия. Место для введения лапароскопа на передней стенке живота выбирается в противоположной от локализации опухоли стороне с целью полноценного осмотра органов брюшной полости. После оценки степени выраженности воспалительного процесса, его распространенности и диагностики отдаленных метастазов к зоне опухоли подводится специальная дренажная трубка с микроиригатором, через который вводится раствор диоксицина по 10 мл 2-3 раза в день. Лечение производится под контролем бактериологических исследований и определения чувствительности к антибактериальным препаратам.

С целью дезинтоксикации организма и коррекции основных показателей гомеостаза больным назначалось внутривенное переливание глюкозо-солевых растворов, белковых и аминокислотных препаратов.

Применение комплекса антибактериальной терапии у 52 больных позво-

дило в 48 случаях (92,3%) добиться стихания клинических проявлений воспалительного процесса в течение 7-8 дней и прооперировать их в плановом порядке. Положительный эффект проводимого антибактериального и дезинтоксикационного лечения оценивался по улучшению общего состояния больного, снижению или нормализации температуры тела, улучшению показателей клинико-биохимических анализов крови, стиханию болей в животе и уменьшению размеров пальпируемой опухоли.

В случае неэффективности проведенной терапии в течение 3-4 дней хирургическое вмешательство выполняли в срочном порядке (4 больным) во избежание развития абсцесса или вскрытия гнояника в брюшную полость.

Для установления степени выраженности перифокального воспалительного процесса рака ободочной кишки производилось морфологическое исследование с использованием гистохимических и морфометрических методов. Материалом для исследования служили биоптаты, взятые из тканей опухоли и со слизистой оболочки, прилегающей непосредственно к ней. Изучено 48 случаев. С целью проведения сравнительного анализа эффективности антибактериальной терапии в предоперационном периоде биоптаты для исследований брали до и после лечения. При морфологическом изучении биоптатов из тканей опухоли в большинстве случаев отмечались резко выраженные дегенеративно-дистрофические изменения вплоть до некроза тканей. Наряду с этим наблюдалась интенсивная воспалительная инфильтрация, состоящая в основном из полиморфно-ядерных лейкоцитов, находящихся местами в состоянии лизиса. В некоторых случаях отмечалась выраженная сосудистая реакция с гиперплазией капилляров и их тромбозом, имелись кровоизлияния. Дегенеративно-дистрофические изменения были выявлены в поверхностных слоях опухоли, в более глубоких слоях между раковыми комплексами преобладали лимфоциты и плазмциты.

Морфологическое изучение биоптатов, взятых с окружающей опухоль слизистой оболочки до предоперационной подготовки, показало выраженную воспалительную инфильтрацию из нейтрофилов, лимфоцитов и плазмцитом, расположенных в межкрипальной соединительной ткани. Здесь же местами обнаруживался очаговый отек, в основном в периваскулярной зоне, а в некоторых наблюдениях отмечалось фиброзирование волокнистых структур стромы. Кроме того, были выявлены нарушения кровообращения в виде застойного полнокровия капилляров и диапедезных кровоизлияний.

После завершения курса предоперационной подготовки в слизистой оболочке, окружающей опухоль, наблюдалась картина затихания процессов воспаления. В 90,4% случаев шло восстановление кровообращения в микроциркуляторном русле, уменьшалась интенсивность воспалительной инфильтрации. Участки некротической ткани опухоли в отдельных случаях полностью рассосались, в единичных наблюдениях они сохранились в виде небольших очагов, отмечались также небольшие поля грануляционной ткани, инфильтрированной лимфоцитами и единичными лейкоцитами. С помощью стерометрического метода с использованием принципа точечных полей в сочетании с методами случайных секущих определены такие параметры количественного характера, как объемная фракция элементов воспаления в единице объема тканей и суммарная площадь, занятая дистрофическими и некробиотическими изменениями. Динамика этих показателей в процессе лечения была положительной.

Имелись также положительные изменения в цитологических и микробиологических исследованиях тканей в зоне опухоли и в самой опухоли. Значи-

тельно уменьшался количественный и видовой состав микрофлоры. При этом не отмечено нарастания дисбиотических сдвигов в микрофлоре толстой кишки, условные патогенные виды не появлялись на фоне сокращения количества облигатных микроорганизмов.

Радикальные операции выполнены 47 больным (90,4%), из которых наложен первичный анастомоз у 37 (74,4%). В ближайшем послеоперационном периоде гнойные осложнения наблюдались у 8 больных (13,5%), из которых в одном случае был летальный исход от развившегося перитонита.

Таким образом, гистологическое, морфометрическое, цитологическое и микробиологическое изучение биоптатов, взятых с тканей опухоли и окружающей слизистой оболочки, свидетельствует об эффективности комплексной предоперационной антибактериальной терапии.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.07.1993

Լ.Ն.Նազարով, Ա.Ս.Հակոբյան, Ա.Մ.Աղավելյան, Ա.Հ.Բաղդասարյան,  
Ա.Մ.Մինասյան

ՀԱՐՕՉԱԽԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՂՈՒՄՈՎ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԽԹԱՂՈՒ  
ՔԱՂՑԿԵՂՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

ՀՀ ԱՆ Պրոկտոլոգիայի ԳՀ ինստիտուտում կիրառվում է հարօչախային քրո-  
բոքումով բարդացած խթաղու բաղկեղի բուժման մշակված բուժկանխարգելիչ  
միջոցառումների համախումբ՝ անմիջական վիրաբուժական արդյունքների լա-  
վացման նպատակով:

Ուոցքից, հարուոցքային շրջանից վերքած հյուսվածքների հյուսվածա-  
բանական, ձևաշափական, բջջաբանական և մանրեակենսաբանական հետազո-  
տություններով հաստատված է նախավիրահատական, հակաբակտերիալ բու-  
ժման դրական ազդեցությունը:

Նշված նախավիրահատական միջոցառումների մշակված համախումբը  
նպաստում է արմատական վիրահատությունների միանվագ կատարմանը և  
հետվիրահատական անմիջական արդյունքների լավացմանը:

L.U.Nazarov, A.S.Hakopian, A.M.Aghavelian, A.A.Baghdassarian,  
A.M.Minassian

RESULTS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COLON CANCER  
COMPLICATED BY PERIFOCAL INFLAMMATORY PROCESS

Application of a complex of therapeutic, prophylactic measures in presurgical  
period facilitates the conduction of single radical operations and the improvement  
of immediate treatment results.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Яковец Ю.И., Кудряшов А.Г., Борота А.В., Клиш.  
хир., 1990, 2, с.32.
2. Ганичкин А.М., Яидский Н.А., Борисов Л.Б., Кицай Т.А., Талазюня Р.В.  
Вестн. хир., 1985, 2, с. 39.
3. Жученко А.П., Шамсиев Г.Х., Бабкин В.Я., Гаврилов С.Г., Корнева  
Т.К., Кузьминов А.М. Проблемы проктологии. М., 1991, с. 156.
4. Мерабишвили В.М., Снешко Л.И. Вестн. хир., 1986, 3, с. 36.