

Тем не менее уровень информированности населения о естественном радиоактивном загрязнении помещений нельзя считать достаточным, поскольку более 40 % респондентов не имеют ясного представления о радоновой опасности, не осознают ее и не знают элементарных способов защиты.

Выводы

Опрос, проведенный среди населения Кировограда — одного из крупнейших центров добычи и переработки урана в Украине, позволил выявить некоторые особенности общественного и индивидуального восприятия онкологических рисков, в том числе отношения разных слоев населения к вредным привычкам, и его зависимости от осведомленности, осознания и готовности к активным действиям.

1. Полученные данные свидетельствуют о наличии обеспокоенности населения влиянием радиации на состояние здоровья, в частности, на онкологическую заболеваемость на фоне недостаточной информированности в этом вопросе. Необходим поиск и внедрение действенных путей донесения информации до граждан, улучшения эффективности ее восприятия и качества усвоения. В этом смысле внедрение санитарно-просветительских мер для профилактики онкологических рисков населения регионов добычи и переработки урана имеет существенное значение.

2. Большинство опрошенных, в семьях которых были случаи онкологических заболеваний (56,7 %), связывают их именно с влиянием радиации. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности населения о других, часто более весомых факторах риска возникновения этих болезней и традиционной привычке переносить проблемы с индивидуальным здоровьем на внешние факторы, игнорируя собственный образ жизни. С другой стороны, такое отношение населения к проблеме рака можно считать одним из главных проявлений радиотревожности в регионе.

3. Респонденты достаточно информированы о вреде курения, но это не проявляется в

адекватном осознании опасности и противодействии ей. Табакокурение имеет значительное распространение среди лиц молодого возраста. Учитывая возраст курильщиков, склонность к активному общению этой группы граждан, необходимо активнее проводить антитабачную пропаганду в социальных сетях, по телевидению, радио. Учитывая финансовое состояние большинства молодых людей, целесообразно повышение цен на табачные изделия в разы.

4. Город Кировоград относится к особым относительно естественной радиоактивности территориям Украины. В соответствии с полученными при анкетировании данными, показана необходимость в разработке и внедрении программы информирования жителей Кировограда о вредном влиянии на здоровье человека радона, попадающего в воздух жилых и общественных помещений, а также пути профилактики его отрицательного влияния на организм.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Звіт по проекту «Екологія Кіровоградської області»: Дослідження на тему «Екологічна оцінка Кіровоградської області України в частині впливу радіаційного фону техно-генного та природного характеру на здоров'я населення регіону». Підприємство з іноземними інвестиціями у формі Товариства з обмеженою відповідальністю «БЮРО ВЕРІТАС Україна». Харків. — 2009. — С. 7.
2. Стусь, В. П. Стан урологічної захворюваності населення, яке мешкає в умовах урановидобувного та переробного регіону / В. П. Стусь // Урологія. — 2003. — № 3. — С. 39.
3. Зыкова, И. А. Радиотревожность населения загрязненных территорий и меры по ее снижению / И. А. Зыкова, Г. В. Архангельская // Пособие для специалистов Роспотребнадзора [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://eur.pu/facts.asp?site=fouser.ru&id=7509335388D4F536C3257424004C9636>.
4. Бахтин, Ю. К. Факторы формирования здоровья человека и их значение / Ю. К. Бахтин // Молодой ученый. — 2012. — № 5. — С. 397.
5. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Human Health Risk Assessment from Environmental Chemicals: Руководство. — Москва, 2004.
6. Гігієнічна оцінка кліматогеографічних особливостей та радіаційної ситуації в різних регіонах України / С. В. Грищенко, [и др.] // Гігієна населених місць. — Київ, 2011. — Вип. 58. — С. 208.
7. Радон: радіаційна безпека і методи захисту / А. І. Севальнев [и др.] // Запоріжжя. — 2009. — С. 74.

Поступила 11.02.2013

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.348-006.6-06:616.342-007.253

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОБОДОЧНО-ДВЕНАДАТИПЕРСТНЫМ СВИЩОМ (описание клинического случая и обзор литературы)

^{1,2}И. В. Михайлов, ^{1,2}В. М. Бондаренко, ²Т. И. Пригожая, ^{1,2}В. Н. Беляковский

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельский областной клинический онкологический диспансер

Ободочно-двенадцатиперстные свищи являются редким осложнением рака ободочной кишки. Приведен краткий обзор литературы и описан случай радикального хирургического лечения рака печеночного изгиба ободочной кишки, осложненного ободочно-двенадцатиперстным свищем, хронической кишечной непроходимостью, субкомпенсированным дуоденальным стенозом, тяжелой анемией, алиментарной недостаточно-

стью и прогрессирующей потерей веса, с благоприятным непосредственным результатом. Пациенту на первом этапе были наложены обходные анастомозы с целью восстановления пассажа кишечного содержимого и уменьшения инфицирования тонкой кишки. Через месяц проведена радикальная операция — правосторонняя гемиколэктомия, гастропанкреатодуоденальная резекция, резекция паранефрия и капсулы правой почки, краевая резекция IV сегмента печени и холецистэктомия с лимфодиссекцией по ходу общей и собственной печеночных артерий, верхней брыжеечной и воротной вен, гепатодуоденальной связки, нижней полой вены. Послеоперационный период протекал тяжело, с явлениями выраженной гипопроотеинемии. На 6 сутки после операции в связи с истечением желчи из ушитого дефекта печени произведена релапаротомия, дренирование подпеченочного пространства. Пациент выписан с выздоровлением на 25 сутки после операции.

Ключевые слова: ободочно-двенадцатиперстный свищ, колоректальный рак, хирургическое лечение.

COLON CANCER COMPLICATED BY COLO-DUODENAL FISTULA (a case report and literature review)

^{1,2}I. V. Mikhailov, ^{1,2}V. M. Bondarenko, ²T. I. Prigozhaya, ^{1,2}V. N. Belyakovskiy

¹Gomel State Medical University

²Gomel Regional Clinical Oncologic Dispensary

Colo-duodenal fistula is a rare complication of malignant bowel disease. The article presents a brief review of the literature and a case report of radical surgery of the cancer of the hepatic flexure of the colon, complicated by colo-duodenal fistula, chronic intestinal obstruction, duodenal stenosis, severe anemia, malnutrition and gross weight loss with a positive immediate result.

At the first stage of the surgery, bypassed loops were applied to restore the passage of the intestinal content and to reduce infection of the small intestine. A month later a curative operation was performed and included right-side hemicolectomy, gastropancreaticoduodenectomy, resection of paranephrium and the right kidney capsule, marginal excision of the IV liver segment and cholecystectomy with lymph node dissection along the hepatic artery and superior mesenteric, portal and inferior cava veins. The postoperative period was difficult with symptoms of severe hypoproteinemia. On the sixth day after surgery due to the outflow of bile from the liver defect, relaparotomy and drainage of the subhepatic cavity were performed. The patient was discharged 25 days after surgery resulted in convalescence.

Key words: colo-duodenal fistula, colorectal cancer, surgical treatment.

Ободочно-двенадцатиперстные свищи являются редким осложнением рака правой половины ободочной кишки. Сообщения о данной патологии содержат описание единичных случаев [1, 4, 7–10]. Развитие свищей между ободочной кишкой и проксимальными отделами желудочно-кишечного тракта резко утяжеляет состояние больных. Наряду с системным воздействием опухоли, хронической кровопотерей, нарушением кишечного пассажа происходит инфицирование проксимальных отделов пищеварительного тракта содержимым толстой кишки. Это сопровождается развитием тяжелого энтерита, алиментарной недостаточности и прогрессирующей потерей веса [1, 5, 7, 8]. Однако «классическая» клиническая картина – рвота с каловым запахом, стул с неперевавшими остатками пищи встречается редко [1, 4, 7, 8, 9], вследствие чего клиническая диагностика данного осложнения трудна. При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта свищи могут не выявляться, более информативна ирригоскопия [7, 9]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография применяются для оценки степени распространенности опухолевого процесса [7, 9, 10]. Лечение пациентов с данной патологией является сложной задачей вследствие декомпенсированного общего состояния пациентов, распространенности опухо-

ли и травматичности радикальной операции. В предоперационном периоде необходима коррекция водно-электролитных нарушений и анемии, массивное парентеральное питание. В большинстве случаев выполняются шунтирующие операции с выключением из пассажа участка ободочной кишки, несущего свищ [7, 8, 10]. Такие вмешательства уменьшают бактериальное загрязнение тонкой кишки и выраженность диареи, но не предотвращают развитие других осложнений [1, 4, 7, 9, 10]. Консервативным вариантом лечения свищей у иноперабельных пациентов является энтеральное введение антибиотиков и холестирамина (для уменьшения раздражающего действия желчных кислот на слизистую толстой кишки), в резистентных к терапии случаях эффективно введение октреотида [4, 8]. Объем радикальной операции дискутируется. В некоторых случаях технически выполнима резекция стенки двенадцатиперстной кишки с ушиванием дефекта [1, 5, 10], однако она сопровождается высокой (до 28 %) летальностью из-за несостоятельности швов, большой частотой рецидивов и низкой выживаемостью пациентов [2]. Некоторые хирурги используют «заплату» из стенки тонкой кишки, что снижает риск осложнений [3]. Радикальная операция, как правило, включает правостороннюю гемиколэктомию и панкреатодуоденальную резекцию [7, 9, 10]. Хотя медиана выживаемости пациентов со-

ставляет около 10 мес. [6], в отдельных случаях достигается пятилетняя выживаемость [9]. Из-за спорадического характера данной патологии нет единого мнения о тактике лечения, в частности, обсуждается целесообразность двухэтапного или одномоментного выполнения операции [3, 8].

Приводим наблюдение, представляющее клинический интерес с точки зрения диагностики и благоприятных непосредственных результатов радикального хирургического лечения больного с данной патологией.

Пациент С., 48 лет, поступил в Гомельский областной клинический онкологический диспансер 16.02.2009 г. с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, вздутие живота, жидкий стул до 5 раз в сутки, периодическое повышение температуры до 38,0 °С, общую слабость, похудение в течение 7 мес. В анамнезе вирусный гепатит В. В июле 2008 г. в районной больнице по месту жительства выявлена анемия, в связи с чем выполнена фиброколоноскопия (ФКС), но эндоскоп проведен лишь до нисходящей ободочной кишки. Проведено также УЗИ и фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), онкопатологии не выявлено. Проводилось лечение железодефицитной анемии (гемоглобин крови — 69 г/л). При очередном обращении пациента в районную больницу в феврале 2009 г. выполнена ФГДС с биопсией, при которой выявлена глубокая язва нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки 1,5×2,5 см, при гистологическом исследовании — аденокарцинома. С диагнозом «Рак двенадцатиперстной кишки» пациент был направлен в онкодиспансер.

При обследовании в ГОКОД: общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс — 120 в 1 мин., ритмичный, АД — 120/80 мм рт. ст. Имеется пастозность брюшной стенки, отеки нижних конечностей. Живот вздут, в правом подреберье пальпируется плотная бугристая, практически несмещаемая опухоль около 12 см в диаметре. При лабораторном исследовании крови выявлена тяжелая анемия, резко выраженная гипо- и диспротеинемия (гемоглобин — 67 г/л, общий белок — 46,2 г/л, альбумин — 14,6 г/л, А/Г коэффициент — 0,46). При УЗИ в правом подреберье выявлен симптом поражения полого органа (утолщение стенок кишки на протяжении 10 см), несколько параколических лимфоузлов до 2 см в диаметре, диффузные изменения в печени и умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. При ФЭГДС — признаки опухолевой инфильтрации и стеноза нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки. При ирригоскопии обнаружено стойкое циркулярное сужение печеночного изгиба ободочной кишки. Установлен клинический диагноз: «Рак печеночного изгиба ободочной кишки, врастание в нисходящую ветвь двенадцатиперстной кишки T4N1M0G2 III стадия. Хроническая толстоки-

шечная непроходимость. Субкомпенсированный дуоденальный стеноз. Вторичная анемия тяжелой степени. Хронический гепатит В. Хроническая печеночная недостаточность II ст. Асцит».

После проведенной предоперационной подготовки 26.02.2009 г. больной оперирован. При интраоперационной ревизии подтверждено массивное врастание опухоли печеночного изгиба ободочной кишки в нисходящую ветвь двенадцатиперстной кишки, наличие хронической кишечной непроходимости и дуоденального стеноза. Кроме того, выявлено врастание в желчный пузырь, нижнюю поверхность IV сегмента печени и паранефральную клетчатку, наличие около 500 мл прозрачного выпота (при цитологическом исследовании — без опухолевых клеток). Отдаленных метастазов, инвазии крупных сосудов и других признаков нерезектабельности опухоли не обнаружено. Печень «глинистая», при ее экспресс-биопсии — жировой гепатоз. В связи с декомпенсированным общим состоянием пациента консилиумом принято решение о функциональной непереносимости комбинированного оперативного вмешательства в объеме правосторонней гемиколэктомии с гастропанкреатодуоденальной резекцией. С целью устранения нарушений пассажа по кишечнику наложены гастроэюноанастомоз с межкишечным соустьем и илеотрансверзоанастомоз однорядным непрерывным серозно-мышечно-подслизистым швом. При этом в просвете начального отдела тонкой кишки выявлено типичное толстокишечное содержимое и констатировано наличие толстокишечно-дуоденального свища. Однако пересечение дистального отдела подвздошной кишки с целью выключения свища из пассажа решено не производить ввиду угрозы при стенозирующем характере опухоли создания замкнутого кишечного резервуара. В послеоперационном периоде наблюдалось большое количество (около 1,5 л) серозного отделяемого по дренажам из брюшной полости, снижение уровня общего белка до 35 г/л, что сопровождалось развитием анасарки. С целью коррекции гипо- и диспротеинемии проводились инфузии 5 % раствора альбумина 1000 мл в сутки, парентеральное питание. Больной был выписан на 12 сутки в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями приема гемостатических препаратов и явки через 2 недели для решения вопроса о дальнейшем лечении.

Пациент был повторно госпитализирован в ГОКОД 23.03.2009 г. После предоперационной подготовки, включавшей переливание эритро-массы, плазмы крови, раствора альбумина, гемостатической и антибиотикотерапии — общий белок крови — 59,2 г/л, альбумин — 27,3 г/л, А/Г коэффициент — 0,86, гемоглобин крови — 90 г/л. 26.03.2009 г. произведена повторная операция: правосторонняя гемиколэктомия с

резекцией 35 см подвздошной кишки и ранее наложенного илеотрансверзоанастомоза, гастропанкреатодуоденальная резекция, резекция паранефрия и капсулы правой почки, краевая резекция IV сегмента печени, холецистэктомия, лимфодиссекция по ходу общей и собственной печеночных артерий, верхней брыжеечной и воротной вен, гепатодуоденальной связки, нижней полой вены. Реконструктивный этап выполнен по Cattell. С проведенной позадибодочно, мобилизованной по Ру петлей тощей кишки анастомозирована культия поджелудочной железы конец в бок двухрядным узловым швом, с «потерянным» дренажом для профилактики стеноза соустья, учитывая малый диаметр (2 мм) панкреатического протока. Холедох (диаметром 3 мм) анастомозирован с той же петлей кишки конец в бок однорядным узловым швом. Наложены еюноэюноанастомоз и илеотрансверзоанастомоз конец в бок однорядными узловыми серозно-мышечно-подслизистыми швами. Гемостаз в зоне плоскостной резекции печени и капсулы правой почки с использованием аргонплазменной коагуляции. Ложе желчного пузыря и дефект IV сегмента печени в зоне резекции ушиты атравматичным непрерывным швом.

При исследовании макропрепарата — на фоне массивного врастания опухоли печеночного изгиба ободочной кишки в двенадцатиперстную кишку имеется свищевой ход около 1 см в диаметре.

Заключительный диагноз: «Рак печеночного изгиба ободочной кишки, блюдцеобразная форма, врастание в нисходящую ветвь двенадцатиперстной кишки, желчный пузырь, левую долю печени, капсулу правой почки, паранефрий T4N2M0G2-3 III стадия. Ободочно-двенадцатиперстный свищ. Хроническая толстокишечная непроходимость. Субкомпенсированный дуоденальный стеноз. Вторичная анемия тяжелой степени. Хронический гепатит В. Хроническая печеночная недостаточность II ст. Асцит».

Послеоперационный период протекал тяжело. На фоне массивной инфузионной терапии наблюдалось снижение уровня общего белка до 42 г/л, большое количество (до 1660 мл) серозного отделяемого из брюшной полости. На 6 сутки после операции по дренажам из подпеченочного пространства стала выделяться желчь, в связи с чем произведена релапаротомия. При ревизии выявлено истечение желчи между швов дефекта IV сегмента печени в зоне его резекции, ограниченный подпеченочным пространством желчный перитонит. Все анастомозы состоятельны. Дефект печени повторно ушит, брюшная полость промыта растворами антисептиков и дренирована.

Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 25 сутки после операции. При контрольном обследовании через 2 недели: паци-

ент прибавил в весе 5 кг, жалоб не предъявляет, лабораторные показатели — без существенных отклонений (сохраняется лишь легкая анемия — гемоглобин 105 г/л). Проведено 6 курсов адьювантной химиотерапии фторурацилом и лейковорином. При контрольном обследовании через 6 мес. после операции — состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Пациент умер через 11 мес. после операции от прогрессирования (метастазов в забрюшинные лимфоузлы) опухолевого процесса.

Анализ данного клинического наблюдения позволяет отметить ряд моментов, касающихся диагностической и лечебной тактики.

В течение 7 мес. пациент неоднократно обращался за медицинской помощью с типичными клиническими проявлениями рака правой половины ободочной кишки, однако наличие злокачественного новообразования было установлено лишь по результатам биопсии язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки. Выполнение диагностического алгоритма в полном объеме, с обязательным исследованием правых отделов ободочной кишки у пациента с анемией позволило бы в данном случае своевременно установить диагноз.

Выполнение шунтирующей операции позволило снизить выраженность явлений интоксикации и создать условия для проведения вторым этапом радикального вмешательства. На целесообразность предварительного выключения свища при декомпенсированном состоянии пациентов указывают и другие авторы [7, 8]. При этом радикальную операцию следует выполнять в ближайшее время, на фоне интенсивной предоперационной подготовки [9, 10].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Malignant colo-duodenal fistula: a case report and literature review / N. H. Bhuiyan [et al.] // *J. of Chittagong Medical College Teachers' Association*. — 2009. — Vol. 20, № 2. — P. 53–55.
2. Chang, A. E. Malignant duodenocolic fistulas: a case report and review of the literature / A. E. Chang, J. E. Rhoads // *J Surg Oncol*. — 1982. — Vol. 21. — P. 33–36.
3. Ellis, H. 'Curative' surgery in carcinoma of the colon involving duodenum. A report of six cases / H. Ellis, M. N. Morgan, C. Wastell // *Brit. J. Surg*. — 1972. — Vol. 59. — P. 932–935.
4. Successful palliation of diarrhea owing to malignant duodenocolic fistula by octreotide / V. Giridhar [et al.] // *J. Can. Chir*. — 2009. — Vol. 52, № 6. — P. 306–308.
5. Guraya, S. Y. Malignant duodenocolic fistula. Various therapeutic surgical modalities / S. Y. Guraya, K. R. Murshid // *Saudi Med. J*. — 2004. — Vol. 25, № 8. — P. 1111–1114.
6. Malignant duodenocolic fistula: report of a case and considerations for operative management / Y. Izumi [et al.] // *Surg. Today*. — 1993. — Vol. 23. — P. 920–925.
7. Soulsby, R. Malignant colo-duodenal fistula; case report and review of the literature / R. Soulsby, S. E. Leung, N. Williams // *World Journal of Surgical Oncology*. — 2006. — Vol. 4, № 86. — Mode of access: <http://www.wjso.com/content/4/1/86>. — Date of access: 1.11.2011.
8. Steer, M. L. Colonic exclusion bypass principle / M. L. Steer, D. J. Glotzer // *Arch. Surg*. — 1980. — № 115. — P. 7–9.
9. Welch, J. P. Malignant duodenocolic fistulas / J. P. Welch, A. L. Warshaw // *Am. J. Surg*. — 1977. — № 133. — P. 658–661.
10. Xenos, E. S. Duodenocolic fistula: case report and review of the literature / E. S. Xenos, J. D. Halverson // *J. Postgrad. Med*. — 1999. — № 45. — P. 87–89.