

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 617 553/559+618.13-006

НЕОРГАННІ НОВОУТВОРЕННЯ МАЛОГО ТАЗА (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ)

М.Г. Кононенко, проф.

Рання діагностика неорганичних новоутворень малого таза (ННМТ) як злоякісних (ЗННМТ), так і доброякісних (ДННМТ) через відсутність специфічних симптомів дуже утруднена [1,2]. Тому ННМТ виявляються пізно, особливо у дітей, коли з'являються ознаки здавлення суміжних органів [3-5].

Лікування хворих на ННМТ теж є складною проблемою: ще не повністю визначені протипоказання до оперативних втручань; не до кінця розроблені та не систематизовані хірургічні доступи; не визначені переваги та недоліки кожного з них; не розроблені раціональні методики видалення ННМТ; не з'ясована роль комбінованого та комплексного методів лікування; не досить повно вивчені ускладнення; не з'ясовані віддалені результати залежно від природи та поширеності ННМТ та інше. У зв'язку з цим ми вважали доцільним подати накопичений нами досвід.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 330 хворих з ННМТ: дітей у віці 3 міс. - 14 років - 110, дорослих - 220. Найчастіше - у 99 (30%) - ННМТ були виявлені у першій декаді життя (до 10 років). Жінки хворіли в 3,4 рази частіше, ніж чоловіки. З ДННМТ було 105 хворих, із них 17 дітей; із ЗННМТ - 225 (93 дітей і 132 дорослих). Найбільша кількість хворих була з тератоїдними ННМТ (91 або 27,6%).

Для ранньої діагностики ННМТ велике значення має онкологічна настороженість лікарів загальнолікувальної мережі. Важливо, щоб лікарі вірно інтерпретували скарги хворих. Першими, найбільш частими (умовно ранніми) симптомами захворювання були біль у порожнині таза (36,7%) та порушення фізіологічних відправлень (21,8%), але при госпіталізації хворих ці симптоми були уже набагато частіше (80% та 83,6% відповідно). При ЗННМТ біль відзначали 54,5% хворих, при ДННМТ - 32,9%. Характерно, що загальні симптоми спостерігалися частіше у дітей - 80,0±3,7%, ніж у дорослих - 17,3±2,4% ($t = 13,9$, $p < 0,001$). Важливо, що при першому зверненні клінічні ознаки ННМТ нерідко приймали за інші захворювання: радикуліт, парапроктит, гематома, аднексит та інші. Тому діагностичні помилки спостерігались у 113 (34,2%) хворих. Ступінь клінічних проявів залежала не від природи, а від розмірів ННМТ: чим більшу частину порожнини таза воно займало, тим більше здавлювало його органи та структури.

Основну інформацію про ННМТ можна отримати при клінічному фізикальному обстеженні - пальцевому бімануальному (через пряму кишку та передню черевну стінку) дослідженні порожнини таза. Уже при огляді у 115

(34,8%) хворих були знайдені непрямі ознаки ННМТ: “шльопаюча ступня”, гіпотрофія м'язів гомілки, стегна, сідниці, набряк ноги, деформація крижово-куприкової або надлонної ділянки. При пальцевому дослідженні виключали пухлини органів таза. Одночасно вивчали розміри, контури, форму, поверхню, консистенцію, рухомість, сінтопію ННМТ, ступінь здавлення суміжних органів. Чіткі контури ННМТ спостерігалися у 72,5% хворих, щільна консистенція - у 56,5%, нерухомість - у 89,8%. Досвід свідчить, що поліциклічна форма характерна для лімфоми, плоска - для метастатичного інфільтрату або рецидивної пухлини, бугриста поверхня - для ЗННМТ, гладка - для ДННМТ. Відмічено, що ННМТ локалізувалися на боковій стінці таза у 25,7%, на задній - у 22,4%, на задньо-боковій - у 14,7% і майже всю порожнину малого таза займали у 25,2% хворих. Характерно, що ДННМТ розміщувалися, як правило, пресакралью, ЗННМТ - на бокових стінках таза. При пальцевому дослідженні вторинні зміни органів таза виявлені у 77,9% хворих. Для клінічної класифікації ЗННМТ за стадіями та системою TNM ми [6] розробили таку класифікацію з деталізацією всіх символів TNM (оскільки її в світовій літературі ще не було).

Для уточнюючої діагностики ННМТ після клінічного обстеження проводили інструментальне та променеве дослідження. Інформативність використаних методик подана в таблиці 1.

Таблиця 1

Методика дослідження	Кількість спостережень	Висновки			Тест, M±m		
		дійсно негативні	хибно негативні	хибно позитивні	Чутливість	Специфічність	Загальна точність
Ректороманоскопія	158	21	13	11	89,6± 2,44	65,6± 3,74	84,8± 2,82
Цистоскопія	123	19	9	6	90,8± 2,64	76,0± 3,87	87,8± 3,0
Тазова пневмографія	72	10	17	7	69,0± 5,47	57,8± 5,83	66,7± 5,56
Екскреторна урографія	175	22	13	9	90,9± 2,23	70,9± 3,46	87,4± 2,44
Ретроградна цистографія	48	4	3	1	93,0± 3,60	80,0± 5,83	91,6± 4,12
Ректосигмографія	178	21	18	5	88,2± 2,44	80,7± 3,0	87,0± 2,44
Ультразвукове дослідження	102	4	19	2	80,2± 3,87	66,7± 4,69	79,4± 4,0
Комп'ютерна томографія	118	34	3	5	96,2± 1,73	87,2± 3,0	93,2± 2,23
Ангіографія	112	16	10	5	89,0± 2,82	76,2± 4,0	86,6± 3,16
Цитологічна діагностика	138	31	9	1	91,5± 2,44	96,8± 1,73	92,7± 2,23
Патогістологічна діагностика	74	1	5		93,1± 3,0	100,0± 0	93,2± 3,0
Цитологічно-гістологічна діагностика	40	1	2		94,8± 3,46	100,0± 0	95,0± 3,46

При ректоскопії вторинні зміни виявлені у 113 (71,5%) хворих: звуження до повного здавлення та зміщення прямої кишки - у 27,8%, проростання ЗННМТ в пряму кишку - у 3,8%. Через різке зміщення кишки у кожного четвертого хворого (24%) вдалося оглянути лише дистальну її половину і у 5% хворих дослідження було неможливим.

Цистоскопію проводили в першу чергу тим хворим, у кого спостерігалася гостра затримка сечі - 61 (18,5%). Із них у 47 хворих сеча виводилася катетером, двом хворим виконали мікроепіцистостомію. Вторинні зміни сечового міхура та/або уретри (девіація стінки, зміщення, здавлення органа) виявлені у 72,3%.

Оглядова рентгенографія таза проведена у 306 хворих. Із них зміни виявлено у 24,5%: прямі ознаки (тінь ННМТ) спостерігали у 17,6%, непрямі (атрофія, деструкція кісток) - у 6,9%.

Від тазової пневмографії через невисоку її інформативність, ризику ускладнень, можливості отримати більш достовірні дані за допомогою неінвазивних методів, ми відмовилися.

При внутрішньовенній урографії вторинні зміни виявлені у 74,8% хворих. Найчастіше (62,8%) відмічалось здавлення та зміщення сечового міхура, у 42,3% - розширення та зміщення сечоводів, у 41,7% - пієлоектазія з порушенням уродинаміки і навіть відсутність функції нирки.

Завдяки ретроградній цистографії на бічних рентгенограмах вторинні зміни сечового міхура (ригідність, вдавлення задньої стінки, зміщення) спостерігали у 83,3% хворих.

З метою виявлення розпоширення пухлини на сім'яний комплекс у 9 чоловіків виконали вазо-везикулографію. У всіх було знайдено зміщення протоків, їх ампул, сім'яних міхурців та збільшення вугла між ними з 90 до 180°.

У 5 жінок у зв'язку з різким здавленням ННМТ піхви виконали вагінографію.

За допомогою ректосигмографії вторинні зміни виявлені у 75,3% хворих. У 7,3% через значне здавлення прямої кишки це дослідження провести неможливо було. Здавлення та зміщення прямої кишки відмічені у кожного третього хворого (33,1%). Причому за рельєфом слизової оболонки в ділянці здавлювання можна було підозрювати природу ННМТ: про ЗННМТ свідчили ригідність стінки кишки, нерівні її контури, безладний рельєф слизової оболонки з грубими складками; про ДННМТ - чіткі контури, еластична стінка кишки та більш правильний рельєф слизової оболонки.

У 14 хворих проведена кистографія, яка давала можливість візуалізувати кисту зсередини, з'ясувати її розміри, форму, локалізацію, що важливо для вибору операційного доступу.

УЗД дало можливість виявити ННМТ у 75,5%, з'ясувати їх розміри - у 45%, контури - у 43,1%, структуру - у 66,7% хворих. Пієлоектазії виявлено у 28,4% спостережень. Але з'ясувати стан тазового відділу сечоводів, прямої кишки, відношення ННМТ до магістральних судин за допомогою УЗД було неможливо. Тому ні в якому разі результати УЗД не повинні бути вирішальними при визначенні операбельності.

Комп'ютерною томографією (КТ) ННМТ виявлені у 97,5%, їх розміри визначені у 92,4%, форма - у 83,3%, контури - у 90,7%, структура - у 83,9%, природа - у 64,4% та навіть тканинне походження - у 20,3%. КТ - високоінформативний метод, особливо при визначенні поширення пухлини, її природи та гістогенезу. На жаль, і КТ не дає можливості отримати чітку уяву про відношення ННМТ до магістральних судин.

Це з'ясовували, виконуючи ангиографію. У 67 хворих проведена аортографія, у 28 - флебографія, у 17 - артеріо-флебографія. Для флебографії ми вперше при ННМТ застосували пенальний (в *v. dorsalis penis*) та внутрішньокістковий (пункцією *os pubis* у жінок) шлях введення контрастної речовини. Така флебографія дала змогу контрастувати не лише магістральні вени (що можна досягти і при трансфеморальній флебографії), а, по-перше, і навколоорганні венозні сплетення, по-друге, шляхи коллатерального кровотоку, що давало можливість деякі з них зберегти під час втручання.

Вторинні зміни (зміщення, здавлення) при флебографії виявлені у 77,8% хворих, при артеріографії - у 64,3%.

З метою вивчення стану нирок, в першу чергу нефункціонуючої, а також з'ясування ступеня поширення ННМТ виконували радіонуклідне дослідження. За перші 30 хв. після введення 99^m Tc-пірофосфату проводилася реносцинтиграфія (16 хворих). З метою візуалізації пухлин виконували через 1-3 скінтиграфію з 99^m Tc-пертехнетатом (31 хворий).

Морфологічні дослідження ННМТ до лікування проведені у 252 хворих. Найбільш інформативними, як і у інших авторів [7], були гістологічно-цитологічні дослідження.

Досвід показав, що обсяг інформації залежав не лише від методики дослідження, а й від інших факторів: поширеності, розмірів, природи ННМТ, досвіду дослідника, повноти при інтерпретації результатів дослідження.

Із 330 хворих лікування не проводилося у 12 (3,6%) через тяжкий загальний стан і 3 хворих від лікування відмовилися.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хірургічна активність при ННМТ залежить від правильного вибору показань і протипоказань до оперативного втручання.

Протипоказання до хірургічних втручань ми розділили на 2 групи.

1. Абсолютні протипоказання: А. Місцеві: а) генералізація процесу (дисемінація по очеревині, метастази в органи, асцит); б) виявлена неоперабельна пухлина якогось органа; в) проростання пухлини з деструкцією проксимального відділу крижі або хребта, які не підлягають резекції. Б. Загальні протипоказання: тяжкі захворювання життєво важливих органів з декомпенсацією їх функцій.

2. Відносні протипоказання: А. Місцеві: а) поодинокі метастази в одній із частин печінки, для видалення яких хірург або хворий не готові;

б) проростання пухлини в здухвинні судини, аорту, нижню порожнисту вену, а до судинної операції не готові; в) втягнення в процес кількох органів і необхідна евісцерація таза, на яку хворий чи батьки дитини не згодні;

г) лімфоретикулярні пухлини, які чутливі до хіміопроменевої терапії.

Б. Загальні: а) супутні захворювання з помірно вираженою недостатністю функції життєво важливих органів; б) загострення супутніх або виникнення інтеркурентних захворювань.

Як видно, при визначенні операбельності і головним чином резектабельності вирішальне значення має ступінь поширення пухлини і загальний стан хворого. Але значну роль відіграє рівень і технічна оснащеність закладу. Важливо й інше - досвід і кваліфікація хірурга, його активність і переконання в доцільності досить складного, із значним ступенем ризику, важкого і фізично, і морально (інколи приводить до каліцтва) комбінованого втручання як, можливо, останнього шансу врятувати хворого. Радикальні операції при великих, нерухомих ННМТ завжди атипові, складні, нерідко потрібні втручання на суміжних органах і

структурах, для чого необхідно володіти хірургічною технікою в урології, гінекології, проктології, ортопедії, судинній хірургії. У кожного лікаря уявлення про місцеве розпоширення пухлинного процесу суб'єктивне, і це може відіграти вирішальну роль у необміркованій відмові від видалення пухлини. Досить часті іноді масивні кровотечі, які важко піддаються зупинці. Тому і не дивно, що не так вже й рідко в хірургії ННМТ суб'єктивний фактор є вирішальним.

Успіх радикальних операцій при ННМТ багато в чому залежить від операційного доступу. Ми систематизували відомі доступи, розробили нові, визначили показання, з'ясували переваги і недоліки кожного з них. Застосовували 9 видів доступів: черезочеревинний, черезочеревинно-пахво-стегновий, позаочеревинний, черезсіднично-черезкрижовий (черезкуприковий), парасакральний, черезпіхвовий, інтерлабіальний, промежинний, комбінований (верхній та нижній). Через малі розміри таза комбінований доступ в 3 рази частіше використовували у дітей ($38,8 \pm 7\%$), ніж у дорослих ($12,9 \pm 2,2\%$), $t = 3,6$; $p < 0,001$. Черезочеревинний доступ більш часто застосовували у чоловіків ($69,4 \pm 7,8\%$), ніж у жінок ($37,6 \pm 3,9\%$), $t = 3,6$; $p < 0,001$, у яких завдяки анатомічним особливостям таза є більше можливостей для інших доступів. Вибір доступу залежав не стільки від природи ННМТ, скільки від їх розміру і локалізації. Великі новоутворення у $38,3\%$ хворих видаляли з комбінованого доступу.

Методика хірургічних втручань при ННМТ має ряд особливостей. При субопераційній ревізії не завжди можна оцінити онкологічну можливість і доцільність операції. Тому нерідко тільки в процесі мобілізації пухлини, а іноді лише в кінці втручання з'ясовувалося, чи можна її видалити. Вчинити інакше - вважати хворого неоперабельним без спроби мобілізації пухлини - є, ми впевнені, найгрубішою помилкою. Хірургічна техніка видалення ННМТ ще не досить розроблена, єдиної методики немає. Пухлину мобілізують, можна сказати, способом енуклеації, тому що м'які тканини розсікають поряд з пухлиною, оскільки широко відступити не дозволяє вузьке операційне поле малого таза. Нами розроблена нова методика операції.

Її суть у тому, що іміобільна пухлина виділяється не в м'язово-фасціальному шарі, а вповдовж сідничної кістки разом з м'язом і надкістницею. Переваги запропонованого способу; а) полегшується і спрощується методика видалення пухлини; б) збільшується операбельність; в) скорочується час мобілізації новоутворення від стінки таза; г) зменшується ризик кровотечі; д) підвищується радикалізм втручань.

При ННМТ найбільш часто - у 145 ($43,9\%$) чоловік застосовували хірургічне лікування. Але з урахуванням комбінованого і комплексного методів, компонентом яких були втручання, вони виконані всього у 242 ($73,3\%$) чоловік. Прооперовано 94 із 105 ($89,5 \pm 2,8\%$) хворих з ДННМТ і 148 з 225 ($65,7 \pm 3,1\%$) з ЗННМТ, $t = 5,8$; $p < 0,001$. Операбельність при ЗННМТ є набагато нижча у дітей: $37,6 \pm 5\%$ (прооперовано 35 із 93), ніж у дорослих - $85,6 \pm 3,2\%$ (113 із 132), $t = 8,0$, $p < 0,001$. Це зумовлено значно більшим поширенням пухлинного процесу у хворих дитячого віку. Радикально прооперовано 192 хворих, резектабельність склала $79,3\%$ від оперованих і $58,2\%$ від всіх хворих. ДННМТ видалені у 91 із 105 ($86,7\%$), ЗННМТ - у 101 з 225 ($44,9\%$). Паліативні втручання проведені у 21 ($8,7\%$), пробні - у 28 ($11,6\%$) хворих, діагностична лапаротомія була у 1.

Залишається актуальним і закономірним пошук шляхів підвищення операбельності і радикалізму втручань. Одним із таких шляхів є використання комбінованих операцій [8]. Вони виконані (в основному при

ЗННМТ) у 72 (37,5%) із числа радикально прооперованих. Показанням до комбінованих втручань є ознаки вrostання ННМТ в суміжні органи та структури. У 41 хворого разом з пухлиною резеційовано або видалено один орган, у 31 - два і більше. Найчастіше втручання проводилися на сечовому міхурі, піхві. При ЗННМТ спостерігалася залежність частоти радикальних операцій від поширення процесу: пухлини Т1 видаляються у 4 рази частіше, ніж Т4.

Серед 242 прооперованих ускладнення відзначені у 136 (56,2%). Вони частіше зустрічались у хворих із ЗННМТ ($64,2 \pm 3,8\%$), ніж із ДННМТ ($43,6 \pm 5,0\%$), $t=3,2$; $p<0,001$). Найбільш частим - у 64 (47%) із 136 хворих - і грізним ускладненням під час операції була кровотеча. Ймовірність кровотечі зростала: а) із збільшенням пухлини; б) при рецидивних ННМТ; в) при ЗННМТ майже в три рази частіше, ніж при ДННМТ - $35,1 \pm 3,8\%$ проти $12,7 \pm 3,3\%$ ($t=4,5$; $p<0,001$); г) при агресивному фіброматозі; д) із збільшенням об'єму операції: при простих операціях - у $18,2 \pm 3\%$, при комбінованих - у $44,5 \pm 5,8\%$ ($t=4,0$; $p<0,001$) хворих. Специфічним ускладненням хірургічного лікування хворих на ННМТ можна вважати плексалгію та неврит сідничного нерва (9,5%) як наслідок травми корінців крижового сплетення. Для профілактики та лікування ускладнень нами розроблено комплекс заходів.

Променева терапія (ПТ) застосована всього у 147 (65,9%) хворих, але як самостійний метод - у 28 (12,4%). Поліхіміотерапія (ПХТ) застосована у 117 (52%), як єдиний метод лікування - у 19 (8,4%). З'ясувалося, що ПТ і ПХТ при ЗННМТ у самостійному вигляді малоефективні. Також повідомляється [2], що вони прогноз не покращують. Комбінований метод проведений у 81 (36%), комплексний - у 45 (20%).

Вивченням лікувального патоморфозу з'ясовано, що найбільшого терапевтичного ефекту досягнуто при поєднанні ПТ, ПХТ, гіперглікемії і гіпертермії (індекс ушкодження при тератобластомі у дітей досяг $95,3\%$). Це свідчить про важливість комплексу заходів до операції.

Завдяки розробленим заходам (нові способи операцій, удосконалені хірургічні методики і прийоми, профілактика та лікування ускладнень) резектабельність при ЗННМТ підвищилася з $48,3\%$ до $59,2\%$, частота паліативних операцій зменшилась від $17,2$ до $11,6\%$; частота ускладнень після радикальних втручань зменшилась від 75% до $53,8\%$. Летальність після радикальних втручань склала $3,1\%$ (за даними літератури $11,5\%$ [9]), після паліативних - $14,3\%$, після пробних - $10,3\%$. Рецидиви ЗННМТ виявлені у $20,8\%$, у інших авторів $27,1\%$ [10], у $61,5\%$ [1].

Вживання усіх хворих ЗННМТ, яка вивчена актуаріальним методом, склала: 1 рік - $33,8\%$ хворих, 3 роки - $25,2\%$, 5 років - $23,5\%$, 10 років - $17,5\%$. Після радикального лікування 1-річне виживання досягло $56,4\%$, 5-річне - $42,9\%$, 10-річне - $32,2\%$. Встановлено, що результати лікування хворих дитячого віку і дорослих з ЗННМТ суттєво відрізняються: 1 рік прожило дорослих $51,2\%$, дітей - лише $17,2\%$; 3 роки дорослих прожило $37,2\%$, дітей - ніхто. Це свідчить про значно агресивніші ЗННМТ у дітей. Основною причиною смерті були метастази, переважно в легені.

Найбільш суттєво на прогноз впливав ступінь поширення ЗННМТ: з І стадією 3 роки прожило $72,4\%$, з ІУ стадією - тільки $8,7\%$. Серед гістологічних форм ЗННМТ краще піддається лікуванню фібросаркома. Прогноз дещо кращий при комплексному методі. Якщо врахувати, що комплексне лікування проводилося в основному при місцево-поширених, по

суті неоперабельних, ЗННМТ, то отримані результати можна вважати задовільними, а метод лікування найбільш доцільним.

ВИСНОВОК

Таким чином, діагностика ННМТ повинна бути комплексною, в декілька етапів. Слід розрізняти первинну (I етап) та уточнюючу (II-IV етапи). I етап - виявлення ННМТ. Це можливо: а) при достовірній інтерпретації скарг хворого; б) при детальному огляді хворого; в) при бімануальному ректо-вагінальному дослідженні. II етап - підтвердження неорганного характеру новоутворення. III етап - морфологічне дослідження. IV етап - визначення ступеня поширеності ЗННМТ: а) до операції за допомогою різних методик дослідження; б) під час втручання в процесі ревізії та мобілізації пухлини; в) при морфологічному макро- та мікроскопічному вивченні препарату.

Основним методом лікування ННМТ є хірургічний. Найбільш ефективними шляхами підвищення операбельності і радикалізму втручань є комплексний і комбінований методи.

Хірургічне лікування хворих ЗННМТ супроводжується великою кількістю ускладнень, які значно частіше зустрічаються при ЗННМТ, після комбінованих і паліативних втручань (найбільш грізне - кровотеча). Променева терапія або поліхіміотерія в самостійному вигляді при ЗННМТ малоєфективні. ЗННМТ у дитячому віці значно агресивніші, на прогноз найбільш впливає ступінь поширення пухлинного процесу. При місцево поширених ЗННМТ доцільне комплексне лікування.

SUMMARY

Examined were 308 patients at the long-term period after different methodics of operation of a perforative ulcer of the stomach and duodenum. The ulcer recurrences were revealed in 143 (46,4%) of them. After simple closure ulcer recurrences were diagnosed in 80,5% patients and complications of ulcer - in 24,4% patients. After incision of ulcer the frequency of ulcer recurrence was established 76,7%, the complications of ulcer were revealed in 9,0% patients. The supplement of incision of ulcer by lapotomy improved the long-term results of treatment: level of ulcer recurrence was established in 5,4%, complications of ulcer - only 1,6%. The most impotent cause of ulcer recurrences was the stomach hypersecretion.

14,5% of patients had been repeated operation. The indications for the second operation were mainly complications of ulcer. The better results of repeated surgical intervention were marked after resection methodics of operation.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Никитин А.М., Коплатадзе А.М., Манвелідзе А.Г. Діагностика и хірургическое лечение внеорганных опухолей околопрямокишечной клетчатки у взрослых // Хирургия, 1986.- № 9.- С.65-68.
2. Farthmann E.H., Fiedler L. Retrorectale and prasacrale Tumoren // Chirurg, 1986.- Bd.57, N8.-S.496-501.
3. Масляк В.М., Витвицкий К.Ф., Витвицкий И.К. Діагностика и лечение околопрямокишечных тератоидных образований у взрослых // Вестник хирургии, 1990.- №5.- С.104-106.
4. Calo P.G., Congiu A., Ferrel C. et al. Primary retroperitoneal tumors. Our experience // Minerva Chir., 1994.- Vol.49.-N1.-P.43-49.
5. Wolf G., Pierer G., Steiner H. Benigne prasacrale Tumoren als Ursache mechanischer Obstruction // Chirurg., 1989.- Bd.60, N 7.- S.488-491.
6. Кононенко Н.Г. Клиническая классификация злокачественных внеорганных опухолей малого таза по стадиям и системе TNM // Клиническая хирургия, 1989.- №6.- С.34-36.
7. Красильникова Л.А., Пунанов Ю.А. Цитологическая диагностика забрюшинных опухолей у детей // Вопросы онкологии, 1998.- №1.- С.112-116.
8. Клименков А.А., Баронин А.А., Губина Г.И. и др. Современные принципы диагностики и

- хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Вопросы онкологии, 1998.- №5.- С.546-550.
9. Бачиашвили А.К., Черкес В.Л. Неорганные забрюшинные опухоли таза // Хирургия, 1989.- №5.- С.79-83.
10. Столяров В.И., Кайдун С.П., Колосов А.Е. Рецидивы неорганных опухолей малого таза // Вопросы онкологии, 1988.- №9.- С.1105-1108.

УДК 616. 15: 616.2:616 – 095:618.5

СИНДРОМ ОСТРЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У РОДИЛЬНИЦ

А.А.Лебедев, проф.

Прогресс медицинской науки и в первую очередь молодой ее отрасли – анестезиологии и реаниматологии привел к тому, что появились новые методы диагностики и лечения неотложных состояний. Это вызвало значительное снижение летальности пациентов, находящихся в шоке. Однако после выведения больных или пострадавших из шока развиваются осложнения в виде поражения органов, наиболее чувствительных к стрессу: почек, легких, печени.

Задачей нашего исследования было изучить функцию легких как шокового органа у родильниц после стрессовых ситуаций, так как отягчающим моментом интенсивной терапии и реанимации является острая прогрессирующая дыхательная недостаточность. Это грозное осложнение привлекает внимание исследователей разных специальностей многих стран мира в течение более 50 лет. Как справедливо было отмечено рядом ученых [1], что «шоковое легкое» – синдром прогресса медицины. Они же предполагают, что наряду с успехами реаниматологии частота «шоковых легких» увеличивается.

В отечественной и зарубежной литературе имеется более 30 синонимов острой прогрессивной дыхательной недостаточности. Мы пользуемся термином «синдром острых дыхательных расстройств» (СОДР). Большая частота развития СОДР от 15% [2,3] и 20-40% [4] до 50-70% [5,6] и до 80-90% [7-9]; высокая летальность при этом осложнении, по данным некоторых авторов, составляет 30 – 50% [10,11], другие исследователи указывают летальность 90% [12] и более [13-15], что в основном и определяет актуальность рассматриваемого вопроса.

Одной из причин высокой летальности при СОДР является недостаточное знание патофизиологических и биохимических сдвигов, предшествующих развитию СОДР в его динамике. Практически отсутствуют сведения о метаболической функции легких, состоянии микроциркуляторного русла, биохимических буферных систем и патофизиологии малого круга кровообращения в динамике развития СОДР. Нерешенные проблемы поломки гомеостаза и методов его коррекции, высокая летальность при СОДР, недостаточность информации о развитии СОДР при акушерской патологии и практически ее отсутствие о данном осложнении у родильниц; высокая материнская смертность – все это обязывает более тщательно исследовать проблему СОДР у родильниц.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 396 родильниц с тяжелыми осложнениями послеродового периода. У части из них (111) клинически проявилась острая дыхательная