



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 1 (27) 2009



Новое поколение: **Alterna Free**

- Овальная форма пластины
- Анатомическая форма мешка
- Двустороннее мягкое покрытие
- Новый угольный фильтр
- Скрытая застежка **Hide-away**

Колопласт А/С, Дания
ул. 1-я Тверская-Ямская, 23, стр. 1
Россия, 125047, Москва

Тел.: +7 495 937 53 90
Факс: +7 495 937 53 91
e-mail: info@coloplast.ru

Alterna

 **Coloplast**

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 1 (27) 2009

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123423, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (499) 199-95-58
Факс: (499) 199-04-09
E-mail: gnck@tsr.ru

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.

Зав. редакцией:

Нехрикова С.В.
Тел.: (499) 199-95-58

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ № 77-14097

Индекс: 80978
для индивидуальных
подписчиков

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

С.И. АЧКАСОВ, Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН,
В.Г. ЗАЙЦЕВ, В.Н. КАШНИКОВ, А.М. КУЗЬМИНОВ,
А.М. КОПЛАТАДЗЕ, И.В. ПОДДУБНЫЙ, А.В. ПУГАЕВ,
А.Ю. ТИТОВ, С.А. ФРОЛОВ, И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора),
Ю.А. ШЕЛЫГИН (зам. гл. редактора)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
М. П. ЗАХАРАШ (Киев)
В.Р. ИСАЕВ (Самара)
В.Н. ИЩЕНКО (Владивосток)
В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
И.А. ЛАЗАРЕВ (Ростов-на-Дону)
А.В. МУРАВЬЕВ (Ставрополь)
В.П. ПЕТРОВ (Красногорск, Московская область)
В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
Ю.М. СТОЙКО (Москва)
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
В.Д. ФЕДОРОВ (Москва)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Краснодар)
В.И. ЧИССОВ (Москва)
Н.А. ЯИЦКИЙ (Санкт-Петербург)

Журнал входит в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий ВАК Министерства образования и науки РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

СОДЕРЖАНИЕ

Владимирова А.А., Чашкова Е.Ю., Григорьев Е.Г., Ильичева Е.А., Бобыленко Л.А., Раевская Л.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕБОЛЬШИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 4

Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Орлова Л.П., Джанаев Ю.А.

ПНЕВМОДИВУЛЬСИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ. 10

Болквадзе Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Егоркин М.А., Алекперов Э.Э.

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ 15

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Журавлев А.В.

СОЧЕТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕ . 18

Хубезов Д.А., Пучков К.В.

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НИЗКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ
РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ. 21

Комментарий редакционной коллегии 25

Топузов Э.Г., Ерохина Е.А., Шишкина Г.А., Топузов Э.Э., Алиев К.Н.

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО
ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ 27

Наврузов С.Н., Худаёров С.С., Абдужаппаров С.Б., Акбаров Э.Т., Ким Л.В.

ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 32

М.В. Тимербулатов, А.Г.Хасанов, Р.Я. Биганяков, Р.Т. Ибатуллин, М.А. Нуртдинов

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ
ПРИ КОЛОСТАЗЕ 35

Болквадзе Э.Э.

СЛОЖНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА (обзор литературы) 38

Невольских А.А., Бердов Б.А., Титова Л.Н.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: АНАЛИЗ
РАНДОМИЗИРОВАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (обзор литературы) 46

Воробьев Г.И.

НУЖНА ЛИ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»? (комментарий по поводу исключения из номенклатуры главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития специалиста – колопроктолога, приложение к Приказу от 5 ноября 2008г. № 621) 54

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕБОЛЬШИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Владимирова А.А.¹, Чашкова Е.Ю.², Григорьев Е.Г.^{2,3}, Ильичева Е.А.², Бобыленко Л.А.¹, Раевская Л.Ю.¹

¹Иркутский областной клинико-консультативный диагностический центр (главный врач – к.м.н. М.Л.Меньшиков)

²ГУ НЦ РВХ СО ВСНЦ РАМН (директор – д.м.н., чл.-корр. РАМН Е.Г.Григорьев)

³ИГМУ, кафедра госпитальной хирургии (ректор – д.м.н., проф. И.В.Малов)

В настоящее время имеется общепринятая концепция двух путей канцерогенеза в слизистой оболочке толстой кишки: наиболее распространенная - последовательность «аденома-рак» [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12] и альтернативная - прямой путь формирования рака de novo, т.н. неполипозидные предшественники колоректального рака [13]. Канцерогенез «аденома-рак» является результатом серии последовательных генетических повреждений клеток эпителия, приводящих к возникновению аденомы, ее прогрессивному развитию и трансформации в рак [6, 7, 8, 9, 10, 11, 13].

На основании непрямых данных подсчитано, что на трансформацию тубулярной аденомы в рак требуется около 10 лет [6, 9, 11], при этом до 90% небольших полипов не претерпевают дальнейшего развития, растут медленно и не превращаются в рак [4, 8]. Считается, что плоские поражения обладают значительно более высоким индексом злокачественности и более высокой скоростью роста [13, 16]. Однако Umetani N.с соавторами представили данные, полученные при ретроспективной оценке ирригограмм, согласно которым период удвоения плоского новообразования больше, чем полипозидного [15].

Основываясь на результатах Национального Исследования Полипов (National Polyp Study, USA, 1990) выделяют маленькие (5 мм), средние (6-10 мм) и большие (>1 см) новообразования [12]. Абсолютное большинство образований, выявляемых при колоноскопии (до 95-97%), имеет размеры до 1 см [3, 14] и именно эта группа вызывает наибольшие дискуссии в лечебной тактике. Увеличение размеров новообразования более 1 см связано с прогрессивным развитием морфологических изменений [1-12], и активная хирургическая тактика в отношении этих новообразований не

является предметом научных споров.

Данная статья посвящена исследованию динамики эндоскопических и морфологических изменений в эпителиальных новообразованиях толстой кишки небольших размеров (n = 878) со сроками наблюдения до 5 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах динамической колоноскопии и морфологического исследования эпителиальных новообразований толстой кишки у 349 пациентов отдела эндоскопии Иркутского областного клинического консультативно-диагностического центра со сроками наблюдения до 5 лет (период между контрольными исследованиями от 2 недель до 30 месяцев).

Колоноскопию выполняли аппаратами фирмы "OLIMPUS" CF-Q140L, PCF-140L, CF-40L, CF-1T20L, с осветителями EVIS CLV-U40, CLE-10 по методике Стрекаловского В.П. Тип новообразования определяли в соответствии с Парижской эндоскопической классификацией поверхностных новообразований (2002) [16, 17].

Биоптаты слизистой оболочки толстой кишки погружались в пронумерованные флаконы, наполненные нейтральным раствором 10% формалина. Проводка материала проводилась в автомате для вакуумной проводки VIP-E150F фирмы "Sacura", Япония. Заливка в системе для автоматической заливки материала "ТЕС-IV" фирмы "Sacura", Япония. Резка стандартных серийных срезов толщиной 5 мкм проводилась на полуавтоматических роторных микротоммах CM-502 фирмы "Microm", Германия с использованием одноразовых ножей.

Окраска гистологических срезов гематоксилин-эозином осуществлялась в автомате для покраски срезов DRS-601A фирмы "Sacura", Япония. Оценка цитологических препаратов осуществлялась на микроскопах "Olympus", Япония, с увеличением до x400.

Период удвоения опухоли рассчитывали по формуле Collins-Kusama: $DT = T \times \log 2 / \{3 \times (\log D1 - \log D0)\}$, где DT – период удвоения опухоли, T – период между двумя измерениями опухоли (месяцы), D0 – размер опухоли при первичном осмотре (мм), D1 – размер опухоли при контрольном осмотре (мм).

Данные обрабатывались программой "Statistica for Windows 6.0" с использованием методов описательной, непараметрической статистики, анализа проявляемости изучаемых признаков и регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе исследования оценивали динамику эндоскопической и морфологической картины полусферических розовых новообразований размером 0,5 см (0-Is типа по Парижской классификации, $n \leq 0,5 = 674$). Случаев развития колоректального рака за период наблюдения в этих новообразованиях не было. Результаты гистологического исследования распределились следующим образом: 303(45%) гиперпластические полипы, 342(50,7%) тубулярных аденомы, 24(3,6%) тубулярно-ворсинчатые аденомы, 5(0,7%) ворсинчатых аденомы. Взятие биопсии оказалось радикальным вмешательством для 513(76,1%) из 674 новообразований размера-

ми $\leq 0,5$ см: 258 (85,2%) гиперпластических полипов, 241(70,5%) тубулярных аденомы и 14(58%) тубулярно-ворсинчатых аденом.

При получении морфологического заключения о наличии предраковых изменений (умеренная 25 (7,3%) случаев) или тяжелая (6 (1,8%) случаев) дисплазии эпителия в тубулярных аденомах; тубулярно-ворсинчатые (10) и ворсинчатые (5) аденомы) контрольное исследование рекомендовали в течение 6 месяцев с момента установления диагноза. В тубулярно-ворсинчатых аденомах прогрессия степени дисплазии произошла во всех случаях, что сопровождалось увеличением размеров только в 2 случаях.

Наибольший интерес на этом этапе представляла динамика эндоскопических и морфологических изменений в гиперпластических полипах и тубулярных аденомах. Среди гиперпластических полипов и тубулярных аденом изменение морфологического строения не сопровождалось увеличением размеров новообразований в 60(41,1%) случаях: 9(20%) гиперпластических полипов и 51(50,5%) тубулярных аденом.

Трансформация гиперпластического полипа в тубулярную аденому наблюдалась в 15(33,3%) случаях, при этом относительный накопительный риск достиг 20% в течение 12 месяцев и через 40 месяцев составил 100%.

Появление ворсинчатых структур в новообразованиях размерами 0,5 см произошло в 11(7,5%) случаях: в 2(4,4%) гиперпластических полипах в течение 15 месяцев (относительный накопительный риск составил 12%), в 9(8,9%) тубулярных аденомах в течение 27 месяцев (относительный накопительный риск – 24%).



Рисунок 1. Схема развития гиперпластических полипов и тубулярных аденом размерами $\leq 0,5$ см с оценкой относительного накопительного риска по Kaplan-Meier.

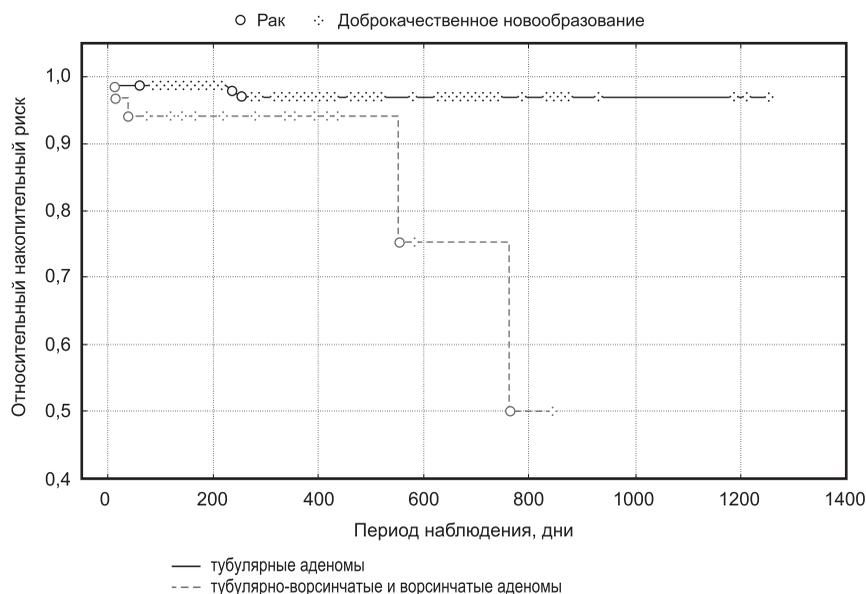


Рисунок 2. Выявляемость рака в тубулярных и тубулярно-ворсинчатых аденомах размерами 1 см в зависимости от патогистологического заключения при предыдущем исследовании (Kaplan-Meier).

Появление тяжелой степени дисплазии произошло в 4(4%) тубулярных аденомах в течение 22 месяцев (относительный накопительный риск 20%).

Общая итоговая картина возможных вариантов развития гиперпластических полипов и тубулярных аденом размерами $\leq 0,5$ см с оценкой относительного накопительного риска в течение 12 месяцев представлена на Рисунке 1.

На втором этапе исследования оценивали появление рака в тубулярных и тубулярно-ворсинчатых аденомах размерами ≤ 1 см (Рис. 2). За время наблюдения рак развился в 10 (2,8%) случаях – в новообразованиях размерами 1 см: в 5 (1,7%) из 297 тубулярных аденом в течение 8 месяцев (отно-

сительный накопительный риск 3,5%) и в 5 (7,5%) из 67 тубулярно-ворсинчатых аденом в течение 25 месяцев (относительный накопительный риск 50%).

У 5 пациентов диагноз доброкачественного новообразования размерами ≤ 1 см, выставленный после диагностической колоноскопии с биопсией, изменился на злокачественное поражение после выполнения полипэктомии в сроки от 5 до 69 дней. Эти случаи рассматривались как случаи ложноотрицательной верификации диагноза «колоректальный рак». У 1 пациентки (размер полипа 0,5см) полипэктомия была отсрочена из-за сопутствующей коагулопатии. В 4 случаях (при размерах ново-

Таблица 1. Случаи малигнизации новообразований толстой кишки размерами $\leq 1,0$ см

Период наблюдения, мес	DT ⁵ , мес	Возраст пациенток	Результаты первой колоноскопии			Результаты повторной колоноскопии		
			Тип	Размер, мм	ПГИ	Тип	Размер, мм	ПГИ
8	2	64	0-Is	10	ТА ¹	0-Is	35	УДАК ⁴
8	6,7	47	0-Ip	6	ТА ¹	0-Ip	8	T _{is}
18	4,6	67	0-Isp	5	ТВА ²	0-Is	12	T _{is}
21	21	67	0-Пв	8	ТА ¹	0-Пв	10	УДАК ⁴
22	7,3	48	0-Ip	5	ВА ³	0-Isp	10	T _{is}

¹ ТА – тубулярная аденома; ² ТВА – тубулярно-ворсинчатая аденома; ³ ВА – ворсинчатая аденома; ⁴ УДАК – умеренно дифференцированная аденокарцинома; ⁵ DT – период удвоения опухоли; T_{is} – cancer in situ.

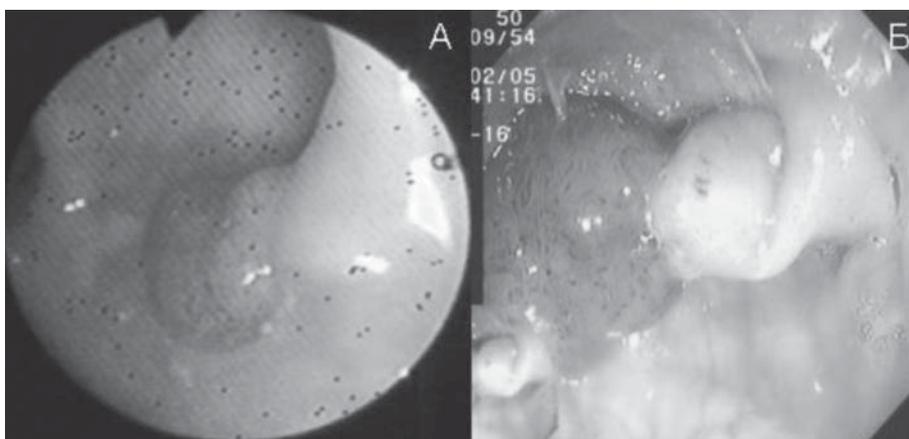


Рисунок 3. Пациентка М., 1954г.р., случай малигнизации полипа за период наблюдения, сигмовидная кишка: (А) – полип при первичном осмотре; (Б) – тот же случай, через 669 дней, увеличение размера с сохранением формы головки новообразования.

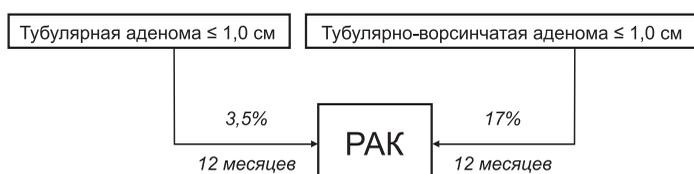


Рисунок 4. Схема завершения малигнизации тубулярных и тубулярно-ворсинчатых аденом размерами ≤ 1 см с оценкой относительного накопительного риска по Kaplan-Meier.

образований соответственно 0,4, 0,5, 0,6 и 0,9 см) полипэктомия могла быть безопасно выполнена при первичном исследовании.

У 5 пациенток колоректальный рак развивался в ранее описанном доброкачественном новообразовании в сроки от 8 месяцев до 2,5 лет, 4 из которых были представлены полипами на широких основаниях или сформировавшихся ножках (0-I типа по Парижской классификации), в 1 случае произошла малигнизация плоского новообразования (0-IIb типа по Парижской классификации). Средний возраст пациенток в этой подгруппе составил $58,6 \pm 10,2$ лет (Me =64 года). Подробное описание этих случаев представлено в таблице 1. Таким образом, период удвоения опухоли, рассчитанный по формуле Collins-Kusama, для полипов составил от 2 до 7,3 месяцев ($5,2 \pm 2,4$ месяцев; Me=5,7 месяцев), для плоского новообразования – 21 месяц (критерий Данна равен 2,88, что соответствует $p < 0,01$).

При анализе архивных эндосонографий описанных случаев следует отметить сохранение формы новообразований при увеличении размеров (рис. 3), при этом в 2 полипах параллельно с увеличением размеров произошло расширение основания новообразования.

Завершение малигнизации тубулярных и тубулярно-ворсинчатых аденом ($\leq 1,0$ см) представлено на Рисунке 4.

Данные о скорости трансформации эпителиаль-

ных новообразований толстой кишки подтверждаются косвенно при оценке среднего возраста пациентов с разным гистологическим строением эпителиальных новообразований толстой кишки (тест Kruskal-Wallis, $p=0,0007$) и при построении регрессионной модели пропорциональных интенсивностей Кокса, в которой учитывали эндоскопические и гистологические характеристики новообразований. Наглядно действие этой модели представлено на Рисунке 5: при наличии хотя бы одной тубулярно-ворсинчатой аденомы 5% риск развития колоректального рака достигается к концу первого года наблюдения, при наличии только гиперпластических полипов – к четвертому году наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании показано, что появление предраковых изменений (появление ворсинчатых структур и (или) тяжелой дисплазии эпителия) происходит примерно в 10% новообразований размерами $\leq 0,5$ см, что соответствует литературным данным, однако сроки трансформации доброкачественных новообразований не совпадают с данными других авторов. На первом этапе исследования динамику развития оценивали среди самых маленьких новообразований ($\leq 0,5$ см) для исключе-

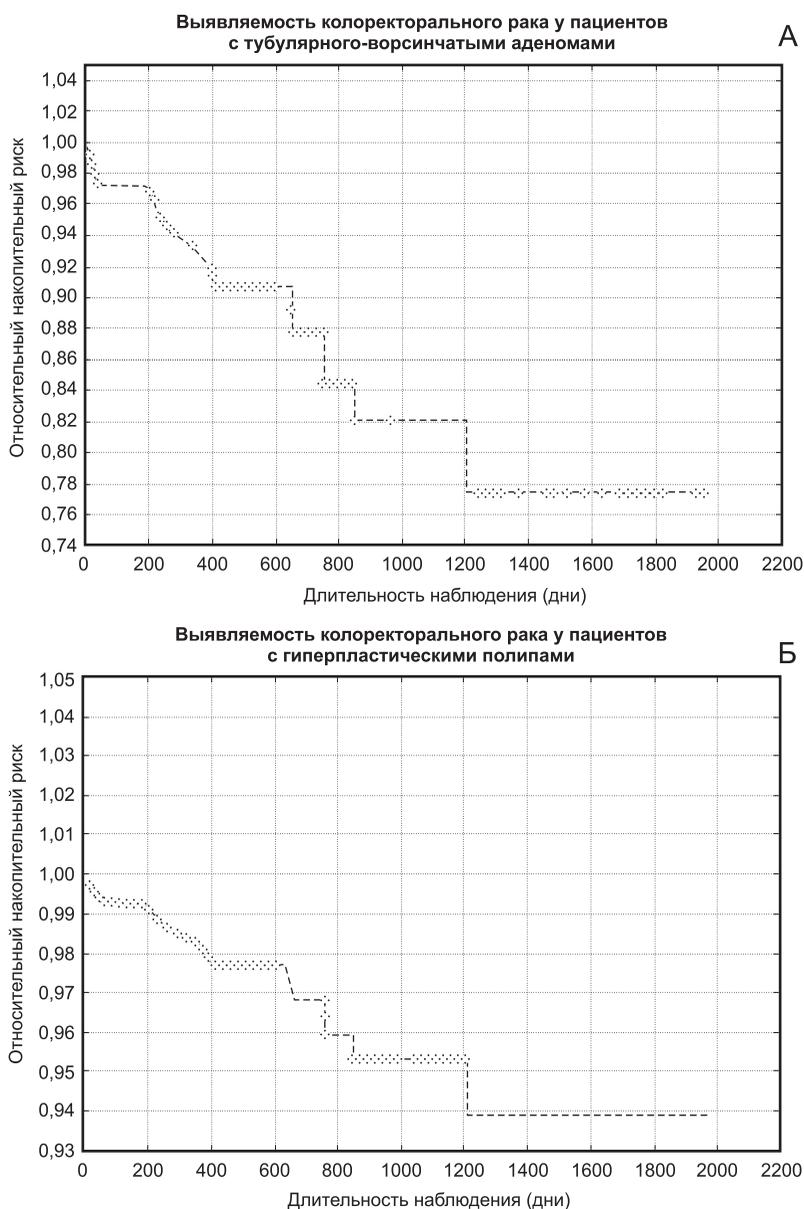


Рисунок 5. Регрессионная модель пропорциональных интенсивностей Кокса выявляемости колоректорального рака у пациентов с тубулярно-ворсинчатой аденомой (А) и гиперпластическим полипом (В) после диагностической колоноскопии.

ния возможной ошибки из-за мозаичности морфологического строения новообразований больших размеров. Относительный накопительный риск развития тяжелой степени дисплазии эпителия в тубулярных аденомах размерами $\leq 0,5$ см достигает 7% в течение 12 месяцев и составляет 20% через 22 месяца. Относительный накопительный риск развития ворсинчатых структур в тубулярных аденомах размерами $\leq 0,5$ см достигает 5% в течение 6 месяцев (10% в течение 12 месяцев, 24% через 27 месяцев), в гиперпластических полипах размерами $\leq 0,5$ см – в течение 12 месяцев (12% через 15 месяцев). В нашем исследовании изменение морфоло-

гического строения не сопровождалось увеличением размеров новообразований в 41,1% случаев, что диктует необходимость обязательной гистологической верификации эндоскопического диагноза.

Относительный накопительный риск развития рака в тубулярных аденомах размерами $\leq 1,0$ см достигает 3,5% в течение 8 месяцев, этот уровень риска сохранился в нашем исследовании на протяжении последующих 32 месяцев. В тубулярно-ворсинчатых и ворсинчатых аденомах размерами $\leq 1,0$ см относительный накопительный риск развития рака достигает 5% в течение 2 месяцев и через 25 месяцев составляет 50%.

Косвенно данные о морфологических изменениях в эпителиальных новообразованиях толстой кишки подтверждаются при оценке среднего возраста пациентов с различным гистологическим строением эпителиальных новообразований толстой кишки и при построении регрессионной модели пропорциональных интенсивностей Кокса.

Мнения о скорости роста плоских и полиповидных образований различны. Считается, что плоские поражения обладают значительно более высоким индексом злокачественности и более высокой скоростью роста (Kudo S., 1996). Этот тип опухолей редко описывается при динамическом наблюдении главным образом потому, что его диагностика чрезвычайно сложна. Тем не менее, Umetani N. с соавторами (2000) по результатам динамической ирригографии проследили 11 случаев колоректального рака (3 поверхностных поражения и 8 полиповидных, все – высоко или умеренно дифференцированные аденокарциномы, период наблюдения – более 6 месяцев). Эти авторы заключили, что период удвоения плоского новообразования больше, чем полиповидного [15].

В нашем исследовании период удвоения опухоли, рассчитанный по формуле Collins-Kusama, для полипов составил от 2 до 7,3 месяцев (5,2±2,4 месяца; Ме 5,7 месяца), в то время как для плоского поражения – 21 месяц. Это говорит о более быстром росте полиповидных форм колоректального рака, чем плоских (критерий Данна равен 2,88, что соответствует $p < 0,01$), подтверждает данные, полученные Umetani N., и на наш взгляд связано с большим объемом опухолевой массы в полипе, чем в плоском новообразовании.

Таким образом, мы выделили следующие особенности трансформации небольших эпителиальных новообразований толстой кишки:

1) последовательное изменение их морфологического строения, не сопровождается изменением эндоскопической картины в 41,1% случаев;

2) предраковые изменения развиваются в течение двух лет в 10% доброкачественных новообразований (тубулярных аденом и гиперпластических полипов размерами $\leq 0,5$ см);

3) относительный накопительный риск развития колоректального рака в течение года достигает 3,5% в тубулярных и в 17% в тубулярно-ворсинчатых аденомах размерами 1 см;

4) при малигнизации новообразований размерами ≤ 1 см период удвоения опухоли составил 5,2±2,4 месяца для полипов, что достоверно превышает таковой для плоского поражения (21 месяц).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
2. Веселов В. В. Одиночные полипы толстой кишки: патогенез, скрининг, лечение и тактика ведения больных. Альманах эндоскопии.- 2002.- №1.- С. 11-15.
3. Веселов В. В. Эндоскопическое лечение больных с большими и гигантскими аденомам толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук М., 1997. – 43 с.
4. Сотников В.Н. и соавт. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. М.: Эспирит, 2006. – 280 с.
5. Ривкин В.Л. и соавт. Полипы и полипоз толстой кишки. М.: Медпрактика-М, 2005. – 152 с.
6. Bochud M. et al. Appropriateness of colonoscopy: surveillance after polypectomy. Endoscopy. – 1999. – Vol. 31, № 8. – P. 654-663.
7. Bond J. H. Clinical relevance of the small colorectal polyp. Endoscopy. – 2001. – Vol. 33, № 5. – P. 454-457.
8. Bond J.H. Colon polyps and cancer. Endoscopy. – 2001. – Vol. 33, № 1. – P. 46-54.
9. Bond J.H. Colon polyps and cancer. Endoscopy. – 2003. – Vol. 35, № 1. – P. 27-35.
10. Bond J.H. Colon polyps and cancer. Endoscopy. – 2005. – Vol. 37, № 3. – P. 208-212.
11. Lambert R. et al. Early diagnosis and prevention of sporadic colorectal cancer. Endoscopy. – 2001. – Vol. 33, № 12. – P. 1042-1064.
12. Kulling D. et al. Is histological investigation of polyps always necessary? Endoscopy. – 2001. – Vol. 33, № 5. – P. 428-432.
13. Kudo S. Early colorectal cancer. Tokyo; New York: IGA KU-SHOIN, 1996. – 196 p.
14. Thiis-Evensen E. et al. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. Telemark Polyp Study I. Scand. J. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 34, № 4. – P. 414-20.
15. Umetani N. et al. Retrospective radiographic analysis of nonpedunculated colorectal carcinomas, with special reference to tumor doubling time and morphological change. Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 1794-1799.
16. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon. Gastrointestinal Endoscopy. – 2003. – Vol. 58, № Suppl 6. – P. S3-S43.
17. Update on the Paris Classification of superficial neoplastic lesion in the digestive tract. Endoscopy. – 2005. – Vol. 37, № 6. – P. 570-578.

ПНЕВМОДИВУЛЬСИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Орлова Л.П., Джанаев Ю.А.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии», г. Москва
(директор – академик РАМН, проф. Г.И. Воробьев)

Актуальность проблемы хирургического лечения хронической анальной трещины (АТ) обусловлена значительным распространением этого заболевания, частыми рецидивами и длительностью послеоперационной реабилитации больных (до 3 недель после операции) [3,7].

На сегодняшний день общепризнанно, что одним из ведущих патогенетических механизмов в развитии АТ является спазм внутреннего сфинктера [4,9,16]. С целью ликвидации мышечного спазма большинство хирургов выполняют боковую подкожную сфинктеротомию. Это вмешательство в настоящее время признано операцией «золотого стандарта» [4,5,6,7,8,14,16]. Вместе с тем, в отдаленном послеоперационном периоде у 0,6-35,1% оперированных возможно развитие недостаточности анального сфинктера, у 1,1-11,7% пациентов возникает рецидив заболевания, а у 0,2-1,6% больных возможно возникновение свищей прямой кишки [7,9,10,12,18].

С целью улучшения результатов лечения больных с хронической АТ нами разработана методика хирургического лечения, суть которой заключается в ликвидации спазма анального сфинктера с помощью дозированной пневмодивульсии анального жома в сочетании с иссечением АТ. В данной статье описана методика и приведены результаты хирургического лечения больных АТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 60 больных АТ со спазмом сфинктера, находившихся на лечении в ГНЦ колопроктологии Росздрава за период с сентября 2006 г. по сентябрь 2008 г. Из них было 41 (67,4%) женщина и 19 (32,6%) мужчин. Возраст пациентов колебался от 18 до 62 лет, в среднем составлял

36,8±12,6. Локализация трещины на задней стенке имела у 44 больных, на передней – у 14 и на боковой стенке у 2 пациентов. У всех больных отмечен выраженный спазм анального сфинктера и яркая клиническая симптоматика: сильные боли во время и после стула длящиеся до 8-12 часов, стул обильный, кровь в кале. Продолжительность анамнеза у больных АТ составила 3,8±2,4 лет. Всем больным проведено обследование согласно медицинским стандартам. Оперативные вмешательства производились под спинальной или эпидурально-сакральной анестезией.

Суть предложенной нами операции заключается в дозированной, постепенной дивульсии анального сфинктера специально разработанными нами пневмобаллонами разных диаметров с последующим иссечением трещины. Сфинктеротомия при этом не выполняется.

Был использован пневмобаллон оригинальной конструкции (Рис. 1), состоящий из тонкой резины, помещенной в прочный матерчатый мешочек в виде цилиндра.



Рисунок 1. Пневмобаллон

Баллон вместе с манометром и грушей составляют единую замкнутую систему. Путем постепенного нагнетания воздуха до 0,7 атмосфер пневмо-

баллон полностью расширяли до своего предельного диаметра и в течение 7 минут производили дивульсию анального сфинктера. Для исключения осложнений в послеоперационном периоде необходимо соблюдение соответствия диаметра используемого пневмобаллона диаметру анального канала больного. Для изначального определения исходного диаметра анального канала под анестезией, непосредственно перед операцией, мы вводили в задний проход специальный конусообразный цилиндр (Рис. 2) с усилием не более 2 кг (Рис. 3). На цилиндре имеются деления 1, 2, 3 и 4, каждое из которых соответствует определенному диаметру. Соответственно этим данным мы использовали пневмобаллоны четырех размеров с диаметром окружности 41, 45, 48 и 51 мм.

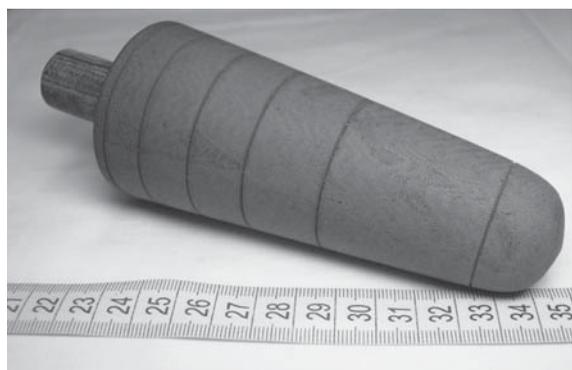


Рисунок 2. Конусообразный цилиндр



Рисунок 3. Определение диаметра анального канала

Путем постепенного нагнетания воздуха до 0,7 атмосфер баллон полностью расширяется до своего предельного диаметра (Рис. 4), и в течение 7 минут производится дивульсия анального сфинктера. Затем выполнялось экономное иссечение анальной трещины при помощи электрокоагуляционной петли. По завершении операции анальный канал не тампонировали. В послеоперационном периоде всем больным назначались анальгетики ненарко-

тического ряда. Первый стул не задерживали.



Рисунок 4. Пневмодивульсия

Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки было изучено при помощи профилометрии прибором "Poligram" фирмы «Medtronic» (США) с 6-ти канальным перфузионным катетером диаметром 3 мм. Исследование проведено в предоперационном периоде у всех пациентов, а также на 7 и 30 сутки после операции.

Сократительная способность анального сфинктера изучена у 13 больных путем проведения электромиографии до операции и на 30 сутки после операции. Исследование проводилась с помощью компьютерного электронейромиографа «МБН-01».

Через 1 год после операции 10 больным было проведено ультразвуковое исследование линейным ректальным датчиком частотой 7,5 МГц с целью выявления повреждения мышечных структур запирающего аппарата прямой кишки. Исследование проводилось с помощью УЗИ аппарата "SSD-4000" фирмы Aloka.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После операции в течение 2-4 дней больные испытывали незначительные боли в области ануса (в среднем 2-4 балла по 10-балльной визуальноаналоговой шкале). К 7 суткам после операции у 96,7% болевой синдром отсутствовал и стул был безболезненный. У 2 (3,3%) пациентов боли полностью купировались к 10 суткам после операции. Болевой синдром при первом стуле соответствовал 1-2 баллам у 15 (25%) больных, 3-4 баллам - у 37 (61,6%) и 5 баллам у 8 (13,4%). Ни в одном случае не наблюдалась задержка мочеиспускания. У 60 больных средние сроки полной эпителизации раны составили $23 \pm 4,3$ дней. Сроки временной нетрудоспособности 2-5 дней.

Измерение внутрианального давления проводилось с помощью профилометрии до вмешательства, на 7 и 30 сутки после операции (Табл. 1).

Полученные данные свидетельствуют о стойкой ликвидации спазма внутреннего сфинктера после пневмодивульсии. Отмечается статистически

Отдаленные результаты изучены у 54 (90,1%) больных в сроки от 2 до 22 месяцев. Все пациенты жалоб не предъявляли, стул был безболезненный, без патологических примесей. Слабости анального сфинктера не выявлено, рецидив заболевания выявлен в 2 случаях. Для объективизации резуль-

Таблица 1. Основные показатели внутрианального давления (n = 60)

	До операции	7 сутки после операции	30 сутки после операции	Норма
Среднее давление в покое (мм рт. ст.)	75,8 ± 8,3	38,9 ± 5,8	51,8 ± 7,2	52,2 ± 8,2

достоверное снижение показателей внутрианального давления (не менее чем в два раза), с восстановлением его до нормы к 30 суткам после операции.

Чтобы оценить сохранность анального сфинктера после пневмодивульсии, 13 больным проведена электромиография до операции и на 30 сутки после операции. Обследование проводилось с помощью компьютерного электронейромиографа «МБН-01» (Табл. 2).

Полученные данные свидетельствуют, что повреждения мышечных волокон анального сфинктера во время пневмодивульсии не происходит.

тагов 16 (26,6%) оперированным больным была проведена профилометрия через 6 месяцев после операции (Табл. 3).

Таким образом, через 6 месяцев после операции давление в анальном канале находится в пределах нормы, клинических и электрофизиологических признаков спазма или слабости сфинктера заднего прохода не выявлено.

Через 1 год после операции 10 больным было проведено ультразвуковое исследование линейным ректальным датчиком с целью выявления повреждения мышечных структур запирающего аппарата прямой кишки. Ультразвуковое исследование

Таблица 2. Показатели ЭМГ наружного сфинктера (n = 13)

	Средняя произвольная биоэлектрическая активность (через 1 мес. после операции)	Средняя произвольная биоэлектрическая активность Норма
Ср.А (покой) (мкВ)	21,16	Более 12
Ср.А(сокращение) (мкВ)	70,59	Более 37
T(1/c) (в покое)	233	Более 160
T(1/c) (вол. сокращ.)	369	Более 250

электрофизиологические показатели мышц запирающего аппарата в покое и волевом сокращении в пред- и послеоперационном периоде не изменялись.

показало, что патологических изменений в области анального канала и подкожной порции наружного сфинктера у больных после пневмодивульсии не определялось.

Таблица 3. Показатели внутрианального давления (n = 16)

	6 месяцев после операции	Норма
Среднее давление в покое (мм рт. ст.)	53,7 ± 3,5	52,2 ± 8,2

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности предложенного метода лечения хронических АТ. В литературе имеются данные об использовании метода баллонной дивульсии при лечении трещин заднего прохода [13,15,17,19]. Однако, по данным большинства хирургов, выполняющих это вмешательство, выздоровление наступает лишь у 78 - 92% больных, а рецидив заболевания возникает в среднем у 15% оперированных [13,15]. Все авторы отмечают, что этот метод позволяет стойко ликвидировать спазм внутреннего сфинктера на длительный период времени. Вместе с тем, достаточно высокий процент рецидивов, по нашему мнению, связан с тем, что АТ при этом методе не иссекается, дивульсия производится под местной анестезией (с помощью которой нельзя добиться полной релаксации анальных сфинктеров), диаметр баллона был стандартный (40 мм) для всех больных, что не позволяло добиться стабильных результатов лечения.

Проведение пневмодивульсии баллонами разных диаметров позволяет адекватно воздействовать на мышцу: дозировано произвести дивульсию исключив при этом излишнее перерастяжение сфинктера. На начальных этапах освоения методики в 2005 году нами было проведено изолированное использование пневмобаллона без иссечения трещины у 45 больных в острой и у 7 пациентов в хронической стадии [1]. Результаты этого исследования показали, что у всех 45 больных с острой трещиной наступило полное выздоровление, а из 7 больных с хронической трещиной в 2 случаях наступил рецидив заболевания. Это предопределило дальнейшую тактику лечения больных хронической АТ, а именно - выполнять пневмодивульсию с обязательным иссечением АТ, что позволило получить хорошие результаты лечения [2,11].

Таким образом, контролируемая пневмодивульсия позволяет эффективно ликвидировать спазм внутреннего сфинктера, достигнуть снижения послеоперационного болевого синдрома до 2-4 баллов (по 10-бальной визуально-аналоговой шкале), сократить сроки временной нетрудоспособности до 2-5 дней.

Пневмодивульсию анального сфинктера можно рассматривать как альтернативу сфинктеротомии. Она позволяет избежать дополнительной раны в перианальной области и значительного раневого дефекта в анальном канале. Применение этого метода приводит к значительному сокращению сроков выздоровления, рецидивов заболевания

(1,2%) и отсутствию слабости анального сфинктера в послеоперационном периоде. Метод отличается простотой, безопасностью и быстрым наступлением клинического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л. Баллонная дивульсия при лечении анальных трещин. Проблемы колопроктологии №19, Москва. – 2006 – стр. 28-29.
2. Багдасарян С.Л., Титов А.Ю., Багдасарян Л.К., Джанаев Ю.А. Модифицированный способ хирургического лечения хронических анальных трещин. Материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию ГКБ №81. М.: 2007. стр. 27-30.
3. Васильев С.В., Нечай И.А., Дудка В.В., Джапаридзе Б.В. Профилометрический контроль при хирургическом лечении хронической анальной трещины. Актуальные вопросы колопроктологии: Тез. докл. I съезда колопроктологов России с международным участием. – Самара. 2003. – стр. 36.
4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону, 2001, С.99-109.
5. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Абдуллаев И.А. Хирургическое лечение хронической анальной трещины у лиц пожилого и старческого возраста. Актуальные вопросы колопроктологии. Тез. докл. I съезда колопроктологов России с международным участием. – Самара. 2003. – стр.42.
6. Коплатадзе А.М., Стригунова Л.В., Шмаков В.А., Алекперов Э.Э. Современные принципы лечения анальной трещины. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, С..55.
7. Полетов Н.Н., Подмаренкова Л.Ф., Орлова Л.П., Жарков Е.Е. Отдаленные результаты иссечения хронической анальной трещины с боковой подкожной сфинктеротомией, механизмы возврата заболевания и развития недостаточности анального жома. Актуальные вопросы колопроктологии. Тез. докл. I съезда колопроктологов России с международным участием. – Самара. 2003. стр.112-113;
8. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. – М.: 2004. С.85-95.
9. Шельгин Ю.А., Жарков Е.Е., Орлова Л.П., Подмаренкова Л.Ф. Отдаленные результаты иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией. Актуальные проблемы

колопроктологии. – Москва 2005. – стр.141-142.

10. Ammari F.F., Bani-Hani KE. Faecal incontinence in patients with anal fissure: a consequence of internal sphincterotomy or a feature of the condition? *Surgeon.* 2004 Aug;2(4):225-9.

11. Bagdasarian S.L., Titov A.Yu., Djanayev Yu.A., Bagdasarian L.K. Pneumodilatation-assisted technique as an option with outpatient implication in surgical treatment of anal fissure : multi-center study. *Proktologija.* – 2008. – V.9.- N1, P. – 36.

12. Hyman, N. Incontinence After Lateral Internal Sphincterotomy. *Dis. Colon Rectum* – 2004. – V.47, N.1. – P.35 – 38.

13. Nielsen M.B., Rasmussen O., Pedersen J.F. et al. Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure-in-ano: an endosonographic study. *Dis. Colon Rectum* – 1993. – V.36. – N.7. – P.677-680.

14. Parks A. Management of fissure in ano. *Hosp. Med.*, 1967. № 1. p. 737

15. Renzi A., Bruscianno L., Pescatori M. et al. Pneumatic balloon dilatation for chronic anal fissure: a prospective, clinical, endosonographic and manometric study. *Dis. Colon Rectum* – 2005. – V.48. – N.1. – P.121-126.

16. Sanchez R.A., Arroyo S.A., Perez V.F., Serrano P.P., et. al. Open lateral internal anal sphincterotomy under local anesthesia as the gold standard in the treatment of chronic anal fissures. *Esp. Enferm. Dig.* 2004 Dec;96(12):856-63.

17. Sohn N., Weinstein M.A. Anal dilatation for anal fissure. *Semin colon rectal surgery.* – 1997; 17-23.

18. Tocchi A., Mazzoni G., Miccini M., Cassini D., Bettelli E., Brozzetti S.. Total lateral sphincterotomy for anal fissure. *Int. J. Colorectal Disease.* – 2004. – V.19, N.3. – P.245 – 249.

19. Walfisch S., Silberstein E. Balloon anal dilatation for anal fissure. *Tech. Coloproctol.* – 1998; 2; 73-5.

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Болквадзе Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Егоркин М.А., Алекперов Э.Э.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии», г. Москва
(Директор – академик РАМН, д.м.н., проф. Г.И.Воробьев)

Проблема острого гнойного («банального») парапроктита (ОП) подробно освещена в отечественной литературе прошлых лет [1,2,3] и в современных специальных руководствах и монографиях [4,5], однако, наиболее тяжелая, анаэробная форма этого заболевания рассматривается редко [6,7]. По-видимому, это связано с тем фактом, что это заболевание встречается нечасто. При анаэробном парапроктите (АП) до сих пор высок уровень летальности, особенно при генерализации анаэробного процесса и возникновении сепсиса [7]. Из общих руководств по иммунологии инфекционного процесса [8] и по результатам анализа особенностей анаэробной инфекции в хирургии [9] известно, что комбинации условно-патогенной микрофлоры с лидирующей ролью анаэробов становится особенно инвазивной при выходе инфекции за пределы первичного очага. Клиническая картина анаэробного процесса достаточно характерна: резкое ухудшение общего состояния больных, размытость границ первичного абсцесса, быстро принимающего форму флегмоны, очень подозрительны на АП. К сожалению, в первые дни болезни сами больные, а, иногда и врачи первого контакта, принимают этот процесс за обычный фурункул и, проводя неадекватное домашнее лечение, теряют время. В клиниках, оказывающих неотложную помощь проктологическим больным, ОП занимает ведущее место и среди этих больных АП отнюдь нередок.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1998 по 2008 год в отделении неотложной проктологии ФГУ «ГНЦ Росмедтехнологий» наблюдали 140 больных АП, составивших почти 4% от всех форм острого парапроктита за этот период (4040 больных). Большинство больных было мужчинами. Более 60% составляли лица старших возрастных групп, с частой коморбидностью: хроническая ишемическая болезнь сердца выявлена у 39% (с легочно-сердечной недостаточностью у 32 больных), хронической гипертонической болезнью страдали 66 больных, сахарным диабетом — 35 пациентов.

Известно, как важна неотложная операция вскрытия сформировавшегося, флюктуирующего гнойника при любой форме ОП. Данные литературы свидетельствуют, что пик воспаления и, значит,

оптимальные сроки вскрытия абсцесса составляют не более 4-6 дней от начала заболевания, но практически эти сроки не выдерживаются, в основном, из-за попыток домашнего самолечения. Если банальный гнойный ОП с самого начала был с преобладанием анаэробного компонента, то задержка с широким вскрытием и дренированием гнойника увеличивает опасность генерализации процесса с развитием синдрома системной реакции на воспаление — SIRS [10].

Из 140 больных наблюдавшихся в клинике 80% были госпитализированы и оперированы в оптимальные сроки (4-6 дней), в то время как у 47 пациентов эти сроки превышали 6 дней. В первой группе легкая степень тяжести ОП имела у 44%, средняя у 12,3% и тяжелая только у 10 больных. В то же время, при догоспитальном периоде более 7 дней больных в удовлетворительном состоянии не было вообще, а при задержке госпитализации на 10 дней тяжелое состояние при поступлении отмечено у всех 17 пациентов. Интенсивная предоперационная подготовка понадобилась у 42 больных поступившим в тяжелом состоянии и продолжалась в среднем около 3 часов (от 1 до 6).

Отметим еще раз, что уже по клинике и тяжести общего состояния больных (высокая лихорадка, интоксикация, резко выраженный лейкоцитоз крови, укоренная СОЭ, иногда даже спутанность сознания) и по местным изменениям: флегмоне с размытыми границами, можно было при первом осмотре с достаточной долей вероятности говорить не о банальном, а об анаэробном парапроктите.

В любом случае, на любой стадии АП необходима экстренная радикальная операция — вскрытие гнойника широким разрезом, с ликвидацией гнойного очага, дренированием затеков и удалением всех видимых некротических тканей. Только такое вмешательство может уменьшить или, в идеальном случае, предотвратить возможность выброса инфекта и токсинов в кровь и тем самым снизить эндотоксикацию и сделать перспективным послеоперационное консервативное лечение. Однако, видимые некротические участки полости и стенок гнойника при АП далеко не всегда совпадают с истинными границами поражения. Эти границы, как правило, более широки и очень важна их объективная констатация. С этой целью была разработана и применена маркировка зоны поражения путем лазерной доплеровской флуорометрии с помощью

обычно применяемого отечественного аппарата ЛАКК-1. Определяли площадь вовлечения в воспалительный процесс кожных сосудов, используя несколько характеристик: показатель микроциркуляции, сосудистый тонус и эффективность микроциркуляции. Затем проводился анализ данных в условных единицах с помощью базовой программы персонального компьютера. Удалось достаточно четко показать, что все три названные показателя были достоверно выше, чем у здоровых людей, а зона поражения при АП была, в среднем, на 3-5 см больше чем видимые границы воспаления. После радикальной операции с иссечением тканей абсцесса в границах, определенных представленной методикой, показатель микроциркуляции и сосудистый тонус через 3-5 дней возвращались к норме, а эффективность микроциркуляции даже снижалась.

При АП, протекающем в форме флегмоны с поражением больших участков мягких тканей и прилегающей к стороне поражения стенки прямой кишки, четко определить источник инфекции в анальном канале зачастую не удается, более того, делать это в острой ситуации не следует, так как даже если внутреннее отверстие гнояника определяется, никакого вмешательства в анальном канале выполнять не следует из-за опасности возникновения впоследствии выраженной анальной недостаточности. В исключительных случаях, при разрушении прилегающей к флегмоне стенке прямой кишки, накладывали сигмостому.

Содержимое параректальной флегмоны дает дополнительные доказательства ее анаэробного характера: зловонный гнилостный запах, почти «сухой» фасциомиозит при кластридиальной инфекции, в отличие от серо-черного выпота с пузырьками газа и жировыми каплями при некластридиальном процессе [11]. Исследование мазков-отпечатков по Граму, взятых во время операции и после нее дает важную информацию об адекватности местного лечения раны. Операция состоит в адекватной некрэктомии, до появления в тканях отчетливой капиллярной кровоточивости. Рану обрабатывают перекисью водорода и в дальнейшем лечение раны проводят под повязкой. Вместо традиционной частой (2-3 раза в сутки) смене повязки в последние годы используем гидрофильные мази на основе полиэтиленгликолей ПЭГ-400 и ПЭГ-1500, что является, на наш взгляд, прорывом в тактике лечения гнойных и анаэробных параректальных ран. Эти повязки можно менять 1 раз в сутки, они улучшают течение первой фазы раневого процесса, обладают обезболивающим и антибактериальным действием. Лечение проводится в специальных палатах отделения интенсивной терапии в режиме ИВЛ в течение 2-3 дней. Второй метод лечения параректальных ран, которые явно связаны с просветом прямой кишки и постоянно инфицируются, — открытое ведение раны в управляемой абактериальной среде (УАС) с помощью отечественного аппарата УБЛ-001. Разработанное нами специальное устройство позволяет контролировать течение первой фазы раневого процесса в гнобиологической среде и проводить заживление раны под влажным

струпом. Сравнение обоих методов не выявило достоверных преимуществ одного из них, хотя вторая методика, с нашей точки зрения, более перспективна и экономически более выгодна.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В одной из наших предыдущих работ [11] обсуждался вопрос о сочетанных поражениях параректальных тканей тремя основными видами раневой инфекции - гнойной, анаэробной и гнилостной. Последняя форма ранее выделялась в отдельную [2], но, по-видимому, речь идет о наложении гнилостных проявлений на имеющееся поражение тканей этой области анаэробными факторами - кластридиальными, некластридиальными, смешанными, а такие сочетания в условиях аутоинтоксикации вполне объяснимы. Что касается принятой в литературе классификации анатомических вариантов и распространенности гнойного процесса при банальном ОП [2,3], то в условиях экстренной операции по поводу АП почти невозможно определить истинную глубину (высоту) гнояника и распространенность его по ширине. В большинстве случаев, более чем у 80% больных, отмечена высокая локализация воспаления с поражением пельвико- или ишеоректального пространства, а у 10% больных выявлен подковообразный АП и еще у 15 отмечена флегмона таза. У 48 больных АП осложнился затеками на бедро, нижние конечности, переднюю брюшную стенку, поясницу и мошонку.

Комплексное лечение после операции включало инфузионную терапию, коррекцию иммунного статуса, антибиотикотерапию (преимущественно тиенам), поддержку гемодинамики. Все описанные меры позволили добиться относительно низкой летальности — 24,6%, при этом 30 из 48 умерших больных погибли в первые 5 дней после операции, а пик летальности (20 летальных исходов) пришелся на первый и второй дни, т.е. на самый тяжелый период сепсиса. У 2 больных АП протекал в виде «молниеносной» формы и оба пациента умерли от полиорганной недостаточности, подтвержденной на аутопсии. Эти изменения наступают обычно на второй-третий день от начала заболевания и при более поздней госпитализации этот процесс оказался необратимым. У двух женщин причиной смерти стала диабетическая кома, купировать которую не удалось. Только двое больных умерли от причин, напрямую не связанных с АП — у одного очень пожилого больного, развилась тромбоэмболия легочной артерии, а у второй больной возникло профузное кровотечение из варикозных вен пищевода.

Чтобы полнее представить возможные факторы риска летальных исходов при АП, мы проанализировали эти факторы в двух группах по 46 больных - выздоровевших и умерших. Выявилось, по крайней мере, три важных положения: 1) при госпитализации в сроки до 3 суток от начала болезни в группе выздоровевших было 14 из 17, а при поступлении в клинику в сроки от 4 до 6 суток выжили 23 из 32

больных, в то время как в группе умерших преобладала госпитализация в более поздние сроки - 19 из 27 поступили через 7-10 дней, а 15 из 16 умерших через 10 дней и позже.

Таким образом, сокращение периода между началом АП и началом его лечения есть важнейшая часть борьбы за снижение летальности; 2) Все больные с легкой степенью общей интоксикации оказались в группе выздоровевших, тогда как в группе умерших удовлетворительное состояние при поступлении не было зафиксировано ни в одном случае, состояние средней тяжести было у 8 из 46 больных, в тяжелом состоянии был 21 больной и в крайне тяжелом 17 пациентов. Связь между увеличением длительности догоспитального периода и летальностью была высоко достоверной; 3) Больных в возрасте от 50 до 70 лет было примерно поровну в обеих группах, и пациенты старше 71 года составили большинство группы умерших, причем в возрасте от 71 до 80 лет умерли 10 из 15 больных и в более старшем возраст 6 из 7. Возрастной фактор относится к отягощающим из-за более частого сочетания нескольких серьезных сопутствующих заболеваний у этих больных. Приведенные факты на первый взгляд сами собой разумеются, но их объективные доказательства, полученные нами, еще раз подтверждают необходимость дифференцированного подхода к больным ОП, чтобы вовремя заметить признаки АП и относиться к этой категории больных более агрессивно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Парапроктит. Куйбышев, 1951.
2. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. М., Медицина, 1956.
3. Тимербулатов В.М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения и медицинской реабилитации больных острым парапроктитом. Автореф. дисс. докт. мед наук. Уфа, 1999.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н., Ан В.К. Руководство по колпроктологии, 2-е изд. М., Медпрактика, 2004.
5. Саакян А.Б. Тактика лечения острого анаэробного парапроктита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ереван, 1996.
6. Даценко Б.М., Калинин Н.Ф., Белов С.Г. Клинические формы, течение и лечение острого анаэробного парапроктита. Хирургия, 1984, 11: 61-64.
7. Иммунология инфекционного процесса. Руководство п/ред. В.И. Покровского и др. М., Медицина, 1994.
8. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии, Л., Медицина, 1989.
9. Костюченко А.Л., Бельских А.Н., Тулупов А.Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. СПб, 2000
10. Проценко В.М., Егоркин М.А., Шмаков В.А. и др. Этиология, патогенез и лечение гнилостной формы анаэробного парапроктита. Сб. Проблемы колопроктологии, с.90-93. М., 1998.

СОЧЕТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕ

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Журавлев А.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»
Кафедра госпитальной хирургии (Заведующий – д. м. н., проф. Б.Н. Жуков
г. Самара)

К колопроктологии как разделу медицинской науки относят не только заболевания толстой кишки и анального канала, но и ряд патологических состояний, лечением которых ранее традиционно занимались врачи других специальностей. Одним из таких заболеваний является ректоцеле.

Ректоцеле — дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) или задней стенки прямой кишки в сторону анально-копчиковой связки (заднее ректоцеле) [2,4].

По данным литературы, это заболевание встречается у 15 - 43% женщин [2]. При выполнении проктографии у больных среднего и пожилого возраста ректоцеле выявляется у 15 – 80% пациентов, при этом клинические проявления отмечаются только у 25% обследованных женщин [11,12].

В последние годы ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, характеризующегося опущением или выпадением матки, прямой кишки и сопровождающегося цистоцеле, энтероцеле, стрессовым недержанием мочи [9].

Это заболевание приводит к нарушению анатомии и физиологии женских половых органов (28,4%), к изменению функции мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%) [3]. По данным зарубежных авторов, у 47-60% больных ректоцеле является основной причиной затруднения акта дефекации [7]. Сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57%.

Истончение мышечного слоя и соединительнотканых волокон стенки прямой кишки приводит к избыточному пролапсу ее слизисто-подслизистого слоя и выпячиванию его как в просвет кишки, так и в сторону влагалища. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к истончению структур всей стенки кишки и ректовагинальной перегородки, а также изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза и расхождению леваторов. В конечном итоге формируется дивертикулообразное выпячивание в стенке прямой кишки, что нарушает нормальный акт дефекации и вызывает соответствующие симптомы заболевания [1,4,7,8].

Первопричиной развития ректоцеле являются микроразрывы продольной мышцы подслизистого слоя, приводящие к пролабированию слизистой оболочки и перерастяжению мышечной оболочки прямой кишки. В дальнейшем в стенке прямой кишки происходят склеротические изменения и истончение её с формированием в подслизисто – мышечном слое дивертикулообразного выпячивания стенки прямой кишки. Последнее оказывает давление на мышцы, поднимающие задний проход, что приводит к их расхождению [2,5].

В основе нарушения опорожнения прямой кишки при ректоцеле лежит изменение ректоанального угла, в образовании которого участвует копчиково-анальная связка. Чем она короче, тем острее аноректальный угол и больше расстояние между дном дивертикулообразного выпячивания и анальным отверстием. При удлинении копчиково-анальной связки, аноректальный угол остается равным 90°, что не изменяет конфигурацию аноректальной зоны и не препятствует опорожнению прямой кишки даже у больных с III ст. ректоцеле [6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава» слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки для лечения больных, страдающих геморроем и ректоцеле, применяется с октября 2006 г., хирургическое лечение проведено 104 пациентам.

Больные были разделены на 3 группы: I группа — больные, страдающие ректоцеле в сочетании с хроническим внутренним геморроем II-IV стадии (основная группа n=29); II группа — женщины только с ректоцеле (группа сравнения 1 n=20); III группа — больные страдающие хроническим внутренним геморроем (группа сравнения 2 n=55).

Возраст больных колебался от 24 до 73 лет. Средний возраст составил 46,5±6,3 лет. Длительность заболевания — от 3 до 26 лет. Средняя длительность заболевания — 11,2 года. Из общего количества прооперированных больных было 37 мужчин и 67 женщин.

В нашей работе мы использовали классификацию ректоцеле, принятую в ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ [2,4]. (таб. 1).

В соответствии с классификацией W. Thomson (1982) и L. Cochiara (1991) 55 больные группы сравнения 2 были распределены по четырем стадиям хронического геморроя: II стадия — 7(12,7%), III стадия — 38(69,1%), IV стадия — 10(18,2%).

Диагностика ректоцеле не вызвала затруднений: при наружном осмотре часто выявляется выпадение передней стенки прямой кишки во влагалище, а при пальцевом бимануальном влагалищном и ректальном исследовании определяется истончение задней стенки влагалища с расхождением леваторов.

Основными жалобами больных с диагнозом ректоцеле были чувство неполного опорожнения прямой кишки — 96,1%; затрудненный многомоментный акт дефекации — 78,3%; необходимость ручного по-

Таблица 1. Распределение больных ректоцеле (n=49) в зависимости от степени выраженности

Группы	I степень n (%)	II степень n (%)	III степень n (%)	Всего n (%)
Основная группа	1 (3,4)	22 (75,9)	6 (20,7%)	29 (100%)
Группа сравнения 1	-	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)

собия при дефекации — 94,4%; прием слабительных средств — 83,3%; использование очистительных клизм — 62,9%; боли и дискомфорт в области промежности — 68,5%; недержание мочи — 38,4%; частое болезненное мочеиспускание — 10,4%; боль во время акта дефекации — 15,6%; анальный зуд — 14,%; сухость влагалища — 20,1%; глубокая диспареуния — 24,4%; стойкая аноргазмия — 10,5%.

Программа обследования больных включала: общий осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки и влагалища, включая бимануальное исследование, и инструментальные методы исследования: ректороманоскопию, манометрию, сфинктерометрию, электромиографию мышц промежности, дефекографию, эндоректальное УЗИ с доплеровским сканированием.

В последние десятилетия для изучения функции прямой кишки и тазового дна у больных с нарушениями дефекации применяли методику дефекографии или эвакуаторной проктографии [7, 10]. Дефекография является одним из основных методов изучения механизма дефекации, позволяющим фиксировать изменения анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна в момент опорожнения. Для детального изучения и уточнения степени ректоцеле дефекография была выполнена у всех пациентов основной группы и группы сравнения 1. Производили оценку размеров дивертикулородного выпячивания и признаков опущения промежности.

При дефекографии оценивали следующие параметры: положение аноректальной зоны (место перехода хирургического анального канала в прямую кишку) в покое, при волевом сокращении анального сфинктера и натуживании. Оценивали опущение тазового дна относительно лобково-копчиковой линии (между нижним краем лонного сочленения и

верхушкой копчика); конфигурацию прямой кишки, наличие переднего и заднего ректоцеле, ректальной инвагинации, избыточной складчатости и подвижности слизистой оболочки прямой кишки; выраженность пуборектального вдавления по задней стенке прямой кишки в покое, при волевом сокращении и натуживании; эвакуаторная функция прямой кишки (остаточный объем и время опорожнения).

Оперативное вмешательство выполняли в плановом порядке под перидуральной или спинальной анестезией по методике предложенной Longo A. в 1993 г. . Применяли стандартный хирургический комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids PPH-01 и PPH-03 (Ethicon®, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя длительность операции составила 35 мин. При анализе результатов лечения установлено, что послеоперационные осложнения возникли у 16 (15,4%) из 104 больных (Табл. 2).

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде развилось у четверых пациентов. У троих больных кровотечение из прямой кишки отмечено через 3 - 4 часа после операции по линии аппаратного шва. У одного пациента кровотечение развилось через 3 дня после появления первой самостоятельной дефекации. Источником кровотечения явился надрыв слизистой оболочки в проекции шва. Все пациенты были оперированы в экстренном порядке, кровотечение остановлено прошиванием Z – образным викриловым швом. Наиболее частым осложнением была рефлекторная задержка мочеиспускания (у 7 больных - 6,8%). Этим пациентам назначалась консервативная терапия, при её неэффективности, после однократной катетеризации мочевого пузыря, проведения электро-

Таблица 2. Характер и частота послеоперационных осложнений

Группы \ Осложнения	I	II	III	Всего
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Кровотечение	1 (0,95 %)	2 (1,9 %)	1 (1,0 %)	4 (3,8 %)
Задержка мочеиспускания	2 (1,9 %)	3 (3,0 %)	2 (1,9 %)	7 (6,8 %)
Отек наружных геморроидальных узлов	1 (0,95 %)	1 (1,0 %)	3 (3,0 %)	5 (4,9 %)
Итого	4 (3,8 %)	6 (5,8 %)	6 (5,8 %)	16 (15,4 %)

Таблица 3. Отдаленные результаты операции Лонго

Группы	Основная	Сравнения 1	Сравнения 2	Всего
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Осложнения				
Хороший	20 (35,7 %)	14 (25 %)	10 (17,9 %)	44 (78,6 %)
Удовлетворительный	3 (5,4 %)	4 (7,1 %)	3 (5,4 %)	10 (17,9 %)
Неудовлетворительный	—	1 (1,8 %)	1 (1,8 %)	2 (3,5 %)
Итого	23 (41,1 %)	19 (33,9 %)	14 (25,1 %)	56 (100 %)

стимуляции. У всех пациентов было восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Отек наружных геморроидальных узлов развился у 5(4,85%) пациентов. Этим больным назначалась консервативная терапия, направленная на повышение венозного тонуса и уменьшение воспаления.

Преимуществом операции Лонго было отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде. Больные обходились без наркотических анальгетиков. При необходимости ненаркотические анальгетики назначались в течение первых двух дней, а в дальнейшем пациенты сами от них отказывались.

Средний послеоперационный койко-день составил $2,9 \pm 0,8$ дней. Средний период реабилитации у прооперированных больных - $11,2 \pm 1,3$ дней. При сроках наблюдения от 4 до 18 мес. отдаленные результаты лечения с помощью данной методики изучены у 56 больных (Табл. 3). Хорошие результаты - отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные результаты - самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корригирующей диеты без применения ручного пособия; неудовлетворительные результаты - затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, сохранение размеров ректоцеле.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, циркулярная резекция слизистой – подслизистого слоя прямой кишки у пациентов при сочетании ректоцеле и хронического геморроя является патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения больных. Данный метод позволяет ликвидировать избыточный пролапс слизистой оболочки и одновременно создать прочный соединительно-мышечный каркас стенки кишки. Операцию по методу Лонго в лечении больных при сочетании ректоцеле и хронического внутреннего геморроя считаем операцией выбора. Преимуществами этого метода являются малая травматичность хирургического пособия, невыраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев: Книжное издание, 1979, Т. 4, 388 – 460.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов на Дону: Феникс, 2001, 203 – 209.
3. Дзанаева Д.Б., Тотиков В.З., Цидаева Т.И., Цаллаголова Л.В., Бутуева М.В. Выбор метода лечения больных с ректоцеле и опущением стенок влагалища. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Под редакцией Академика РАМН, профессора Г.И. Воробьева, 2007. Издательство «Региональный Медиа – Холдинг», УФА, 35 – 36.
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М.: Медицина, 1984, с. 384.
5. Чуприна, С.В. Трансанальный эндоректальный метод лечения ректоцеле. Автореф. дисс. канд. мед. наук Москва 2006. – С. 4-5.
6. Шаляпин И.В., Худолей Д.В., Захарова М.П., Шаляпин Д.И. Механизм формирования ректоцеле. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Под редакцией Академика РАМН, профессора Г.И. Воробьева, 2007. Издательство «Региональный Медиа – Холдинг», УФА, 125.
7. Bocassanta P., Venturi M., Calabro G., Ganio E. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. Tech. of coloproct., 2001, 5(3): 149 – 156.
8. DeLancey J.O. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. Am. J. Obstet. Gynecology, 1999, 180: 815 – 823.
9. Kiff E.S., Swash M. Slowed conduction in the pudendal nerves in idiopathic (neurogenic) faecal incontinence. Br. J. Surg., 1984, 71: 614 – 616.
10. Mahieu P., Pringot J. Defecography : II. Contribution to the diagnosis of defecation disorders. Dis. Colon Rectum, 1984, 9: 253 – 261.
11. Tiandra J.J. Transanal repair of rectocele corrects obstructed defecation with anismus. Dis. Colon Rectum, 1999, 42: 1554 – 1550.
12. Van Laarhoven C.J.H.M., Kamm M.A., Bartmen C.J. Relationships between impaired defecation. Dis. Colon Rectum, 1999, 42: 204 – 209.

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НИЗКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Хубезов Д.А., Пучков К.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова,
Областная клиническая больница, г. Рязань.

Передняя резекция прямой кишки является наиболее выгодной в функциональном отношении операцией, выполняется как правило, при локализации опухоли на расстоянии 10-15 см от ануса [1,2,3]. Однако ряд специалистов используют данное вмешательство при расположении опухоли на высоте 4-7 см от зубчатой линии, т.е. являются сторонниками низких и ультранизких передних резекций [4,5,6].

Бурно развивается в настоящее время техника NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery), основная концепция которой сводится к использованию естественных отверстий (влагалища и рот-глотка-пищевод-желудок) в качестве доступа в брюшную полость [8]. Через эти отверстия вводится жесткий или мягкий эндоскоп с инструментами, выполняется операция (чаще всего холецистэктомия) и удаляется препарат. Интерес к NOTES сравним с развитием лапароскопических технологий 10-15 лет назад. Техника NOTES уже комбинируется с лапароскопической (чаще всего вводится один или два 5 мм троакара). Ряд экспертов в области эндоскопических технологий [6] пошли еще дальше: выполняют полностью лапароскопическую гемиколэктомию справа с интракорпоральным наложением анастомоза, а трансвагинальный доступ используют только для удаления препарата. Данный подход нам представляется уже чрезмерным, поскольку требуется активное хирургическое вмешательство на совершенно другой области брюшной полости, чем сама операция с мало предсказуемыми последствиями особенно у молодых пациенток.

С этой точки зрения нам представляется весьма интересным вопрос о разработке техники лапароскопической низкой передней резекции прямой кишки с использованием трансвагинального доступа не только для удаления препарата, но и для формирования анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Техника операции. Расположение операционной бригады и точки введения троакаров представлены на Рисунке 1.

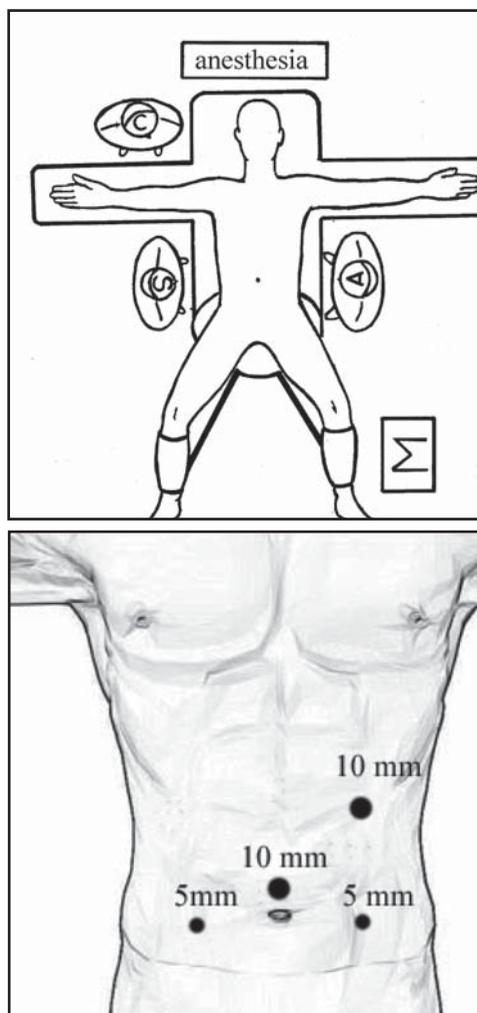


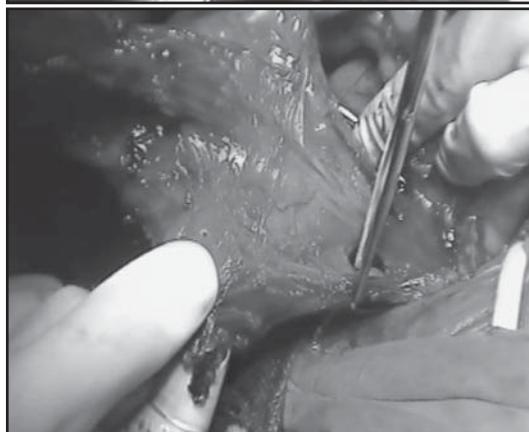
Рисунок 1. Расположение хирургов и операционной бригады

Выполняется в зависимости от стадии процесса тотальная мезоректумэктомия (ТМЕ) или аорто-подвздошно-тазовая лимфаденэктомия, тщатель-

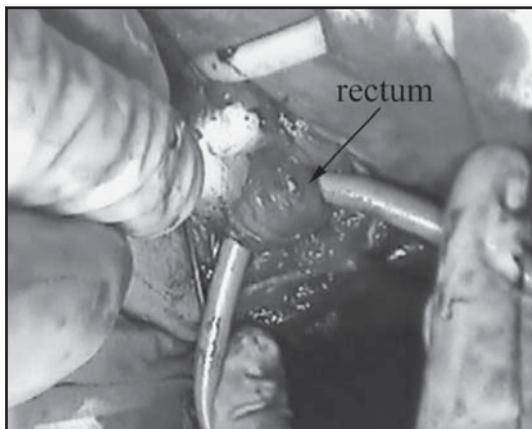
но выделяются стенки прямой кишки до тазового дна. Затем ноги пациента переводят в положение гиперотведения (максимально сгибают в коленных и тазобедренных суставах). Выполняется продольный разрез влагалища длиной 5-6 см, методом гидравлической препаровки или без него аккуратно отделяется прямая кишка от влагалища, обеспечивая также доступ хирурга в брюшную полость. Трансвагинально за кишку с помощью S-образного зажима, проводится резиновая трубка. Один конец трубки натягивается на браншу аппарата ТА-60. По трубке аппарат заводится за кишку (Рис. 2а,б). Выполняется прошивание, отсекается кишка с опухолью от культи прямой кишки (Рис. 2в). Протаскивается кишка с опухолью через влагалище в пластиковом пакете. Выделяется проксимальный конец резекции по всей окружности от тканей, не пересеченных во время лапароскопического этапа, возможно также трансвагинальное пересечение брыжейки, однако гораздо удобнее делать это на лапароскопическом этапе (Рис. 2г,д). Выполняется резекция и удаление препарата (Рис. 2е). В проксимальный конец вводится головка циркулярного сшивающего аппарата, затягивается кисетным швом, погружается в брюшную полость (Рис. 2ж-к). После этого трансанально вводится базовая часть циркулярного степлера, адаптируется с головкой, выполняется прошивание и извлечение аппарата (Рис. 2л). Операция заканчивается ушиванием перинеотомной раны и дренированием параректального пространства.



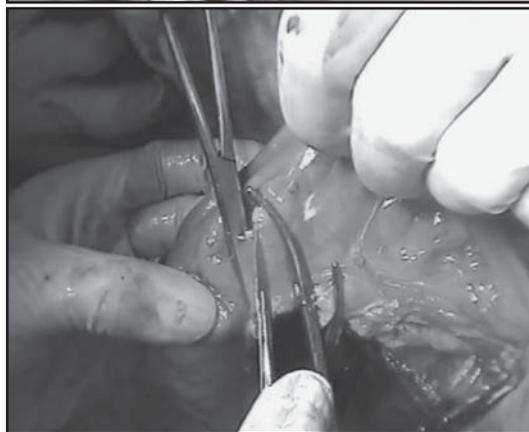
В



Г



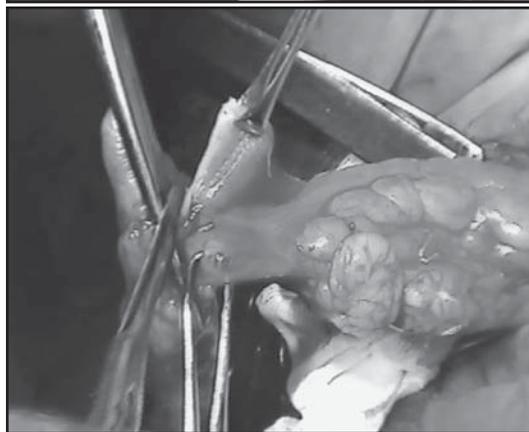
А



Д



Б



Е

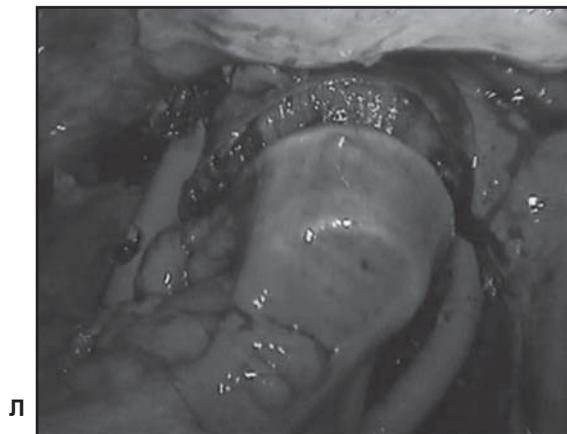
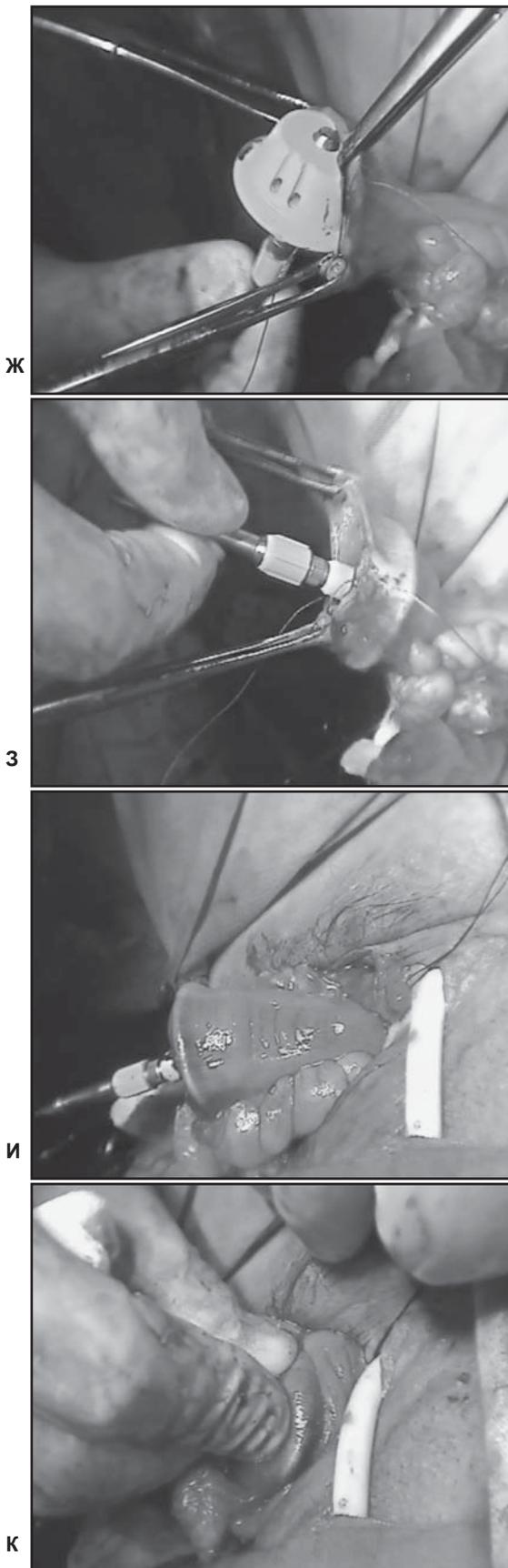


Рисунок 1. Трансвагинальный этап операции: а - конец трубки натягивается на браншу аппарата ТА-60; б - по трубке аппарат заводится за кишку; в - выполняется прошивание, отсекается кишка с опухолью от культи прямой кишки; г-д - выделяется проксимальный конец резекции по всей окружности; е - выполняется резекция и удаление препарата; ж-з - в проксимальный конец вводится головка циркулярного сшивающего аппарата, затягивается кистетным швом; и-к - кишка погружается в брюшную полость; л - формирование анастомоза.

За период 1999-2008 выполнено 12 трансвагинальных резекций у женщин больных раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки в возрасте 45-78 лет. Стадия (T2N0M0) отмечена у одной пациентки, стадия (T3-4N0M0) у 6 и стадия (T3-4N2M0) у троих пациенток. В трех наблюдениях имелась существенная сопутствующая патология. У трех пациенток выполнены комбинированные и у четверых – сочетанные гистерэктомии. В двух наблюдениях был мобилизован левый изгиб ободочной кишки, в 7 - выполнялась лимфаденэктомия. В одном случае формировался J-резервуар. В 4 наблюдениях формировалась превентивная колостома.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Конверсий не было. Средняя продолжительность операций составила $168,7 \pm 12,6$ минут. Отмечены минимальная интраоперационная кровопотеря, раннее восстановление функций организма, комфортный послеоперационный период, сокращение сроков реабилитации. Летальных исходов не было. Зарегистрировано одно (8,3%) послеоперационное осложнение – несостоятельность швов анастомоза, что потребовало релапаротомии, санации брюшной полости и трансверзостомии. Средний послеоперационный койко-день составил $10,0 \pm 3,0$.

При исследовании удаленных препаратов установлено, что среднее расстояние до дистального уровня резекции составило 3,2 (1,5-4,7) см. Среднее количество удаленных лимфоузлов в препара-

те — 24,5±2,2. В одном наблюдении на небольшом участке была нарушена собственная фасция прямой кишки. Латеральная граница резекции только в одном наблюдении была менее 2 мм.

В 6(50%) наблюдениях функциональные результаты оценены как хорошие (больные полностью удерживали кал и газы), в четырех (33,3%) – как удовлетворительны (не удерживали газы) и в двух (16,7%) – как неудовлетворительны (не удерживали все компоненты кишечного содержимого).

Отдаленные результаты прослежены у 4 пациентов – рецидива болезни нет. Средний период наблюдения составляет 28,5 мес.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При выполнении лапароскопических передних резекций прямой кишки возможно использование интракорпорального способа формирования колоректального анастомоза. Однако анатомическое расположение прямой кишки ограничивает возможность применения этого способа. Это связано с тем, что перед созданием межкишечного соустья необходимо пересечь кишку на 4-5 см ниже опухоли в перпендикулярном направлении. При локализации опухоли в средне – и нижеампулярном отделах прямой кишки существующими в настоящее время моделями эндоскопических сшивающих аппаратов, включая эндоротикуляторы, сделать через троакары практически невозможно. В связи с этим, на наш взгляд, низкую переднюю резекцию прямой кишки наиболее целесообразно выполнять лапароскопически ассистированным способом, тем более, что для удаления резецированного сегмента кишки все равно приходится делать минилапаротомный разрез. Кроме того, данная методика наиболее дешевая. При локализации анастомоза дистальнее 8 см от уровня перианальной кожи использование минилапаротомного доступа крайне затруднительно. Кроме того, отсутствие у хирурга тактильной чувствительности может привести к неадекватной дистальной границе резекции. В данной ситуации предпочтительным является использование перинеотомного доступа для резекции и анастомозирования, сопровождающегося адекватной экспозицией, визуализацией и возможностью пальпаторного контроля дистальной границы резекции. О правильности нашего предположения свидетельствует и адекватная для ультранизких резекций дистальная граница резекции (3,5 см). О достаточной радикальности методики свидетельствует и число удаленных лимфоузлов и латеральная граница резекции. Хотя последние два показателя весьма косвенно характеризуют саму методику трансвагинальной резекции, поскольку связаны с качеством проведения интракорпорального, а не промежностного этапа. Однако, следует также указать на недопустимость использования данного метода для резекции больших по объему опухолей из-за трудности их протаскивания через влагалище.

Результаты исследования многих авторов показали, что к функциональным нарушениям приво-

дят механическая травма и нарушение вегетативной иннервации тазовых органов, что достоверно чаще наблюдается при низком уровне резекции, внешнем уровне мобилизации, лимфодиссекции и местно распространенном процессе. Использование лапароскопического доступа позволяет существенно уменьшить число данных осложнений, поскольку неудовлетворительная функция держания отмечена в нашем наблюдении только в двух случаях. Предположить, что формирование резервуарного анастомоза может улучшить функциональные результаты мы также не можем, поскольку при этом отмечена удовлетворительная, а не хорошая функция держания.

Наиболее грозным осложнением передней резекции является несостоятельность колоректального анастомоза, которая возникла у 1(8,3%) пациента. Однако, скорее всего, несостоятельность связана не с методикой резекции, а с ультранизкой локализацией анастомоза. Поэтому в настоящее время считаем целесообразным при таком уровне формирования анастомоза формировать превентивную проксимальную стому.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При использовании трансвагинального доступа для лапароскопически-ассистированной резекции прямой кишки значительно облегчается экспозиция и визуализация тканей, у хирурга появляется тактильное чувство.

Трансвагинальная лапароскопическая резекция прямой кишки показана при дистальном расположении опухоли (6-8 см от ануса). Методику не следует применять при больших по объему опухолях из-за технических трудностей при мобилизации препарата через влагалище.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. Передняя резекция прямой кишки. Эндоск. хирургия. – 1998. - №1. – С.10.
2. Ищенко В.Н., Токарчук В.В., Григорьев М.Н. О классификации передних резекций прямой кишки. Тихоокеанский медицинский журнал. – 2003. - №1. – С.85-87.
3. Ferrara A., Ruggiero R., Boccia G. Ultra-low laparoscopic rectal resection and colo-anal anastomosis. Ann. Ital. Chir. – 1996. – Vol.67, №3. – P. 425-433.
4. Franklin M.E. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, низкая передняя резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. «Малоинвазивная колопроктология» под ред. Аррегни М.А., М.; Медицина.-1999.- С.212-225.
5. Franklin M.E., Diaz A., Norem R. et al. Prospective comparison of open vs. laparoscopic colon surgery for carcinoma. Five years results. Dis. Colon Rectum. –

1997. – Vol.39, №10. – P. 135-146.

6. Franklin M.E., Portillo G., Glass J.J. et al. Total laparoscopic right hemicolectomy with intracorporal anastomosis and transvaginal extraction of the specimen. Abstract book of the 15 International Congress of the European Association of Endoscopic Surgery 4-9 July, 2007., P 153.

7. Goh Y.C., Eu K.W., Seon-Choen F. Early postoperative results of prospective series of laparoscopic vs. open anterior resection for rectosigmoid cancers. Dis. Colon Rectum. – 1997. – Vol.40, №7. – P. 776-780.

8. Zornig C., Mofid H., Emmerman A. et al. Scarless cholecystectomy with combined transvaginal and transumbilical approach in a series of 20 patients. Surg. Endoscopy. – 2008. – Vol.22, №6. – P. 1427-1429.

КОММЕНТАРИЙ РЕДКОЛЛЕГИИ

ЖУРНАЛА “КОЛОПРОКТОЛОГИЯ”

к статье Хубезова Д.А., Пучкова К.В. «Трансвагинальная лапароскопическая низкая передняя резекция при раке прямой кишки».

Проблема лечения рака прямой кишки низкой локализации остается до настоящего времени чрезвычайно актуальной. Обусловлено это прежде всего тем, что частота рецидивов заболевания составляет 9,5% [4]. При этом несостоятельность швов анастомоза остается высокой и даже в специализированных учреждениях, обладающих большим опытом хирургии рака прямой кишки, колеблется от 8,2 до 19,2% [1,3]. Низкое расположение опухоли, вовлечение в опухолевый процесс запирающего аппарата прямой кишки в ряде случаев приводит к необходимости выполнения ее экстирпации. Если же удастся выполнить сфинктеросохраняющую операцию, то частота анального недержания разной степени выраженности достигает 50% [2].

Одной из основных причин неблагоприятных как онкологических, так и функциональных результатов лечения рака нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки являются анатомические аспекты выполнения низкой передней резекции. В области таза манипуляция хирурга ограничена, особенно при распространенных формах роста опухоли.

Низкая передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального аппаратного анастомоза в настоящее время признана стандартным и наиболее оптимальным способом хирургического лечения данной категории больных. Поэтому представленный читателям журнала «Колопроктология» оригинальный способ хирургического лечения рака прямой кишки с использованием лапароскопических технологий и трансвагинального доступа для удаления опухоли и формирования анастомоза, представляет особый интерес.

Авторы, Хубезов Д.А. и Пучков К.В., публикуют результаты серии наблюдений из 12 человек, которым было выполнено подобное хирургическое вмешательство.

Нельзя не согласиться с авторами статьи, что сочетание методики «эндоскопической транслуминальной хирургии через естественные отверстия» (natural orifice transluminal endoscopic surgery - NOTES) с лапароскопическими технологиями может стать хирургией ближайшего будущего. Именно так, абсолютно корректно и терминологически, и по своей сути, они представляют описываемое в статье хирургическое вмешательство.

Однако, если целесообразность выполнения лапароскопической низкой передней резекции в хирургии рака прямой кишки в настоящее время обосновании не нуждается, то возможность и необходимость трансвагинального доступа для удаления кишки и формирования анастомоза требует четкой аргументации и убедительного доказательства своего преимущества.

Предельно осторожное и бережное отношение к стенке влагалища при выполнении хирургического вмешательства по поводу рака прямой кишки, в случае если оно не вовлечено в опухолевый процесс, продиктовано двумя обстоятельствами. Во-первых, разрез во влагалище формирует дополнительную раневую поверхность, являющуюся благоприятной средой для имплантации свободных опухолевых комплексов, эксфолиация которых активно происходит в момент мобилизации и резекции кишки. Такой механизм развития рецидива опухоли в ректо-вагинальной перегородке весьма вероятен. Во-вторых, вскрытие просвета двух рядом расположенных полых органов неминуемо создает условия для формирования ректо-вагинального свища высокого уровня, даже в условиях выключения дистальных отделов толстой кишки из пассажа каловых масс. Лечение же послеоперационных ректо-вагинальных свищей представляет собой отдельную трудно разрешимую проблему. Оно может растянуться на многие месяцы, сопровождаться формированием стомы, а в ряде случаев и вовсе оказывается безуспешным. Развитие данного осложнения, кроме того, крайне затрудняет и отдалает по времени последующее проведение адьювантного химио-лучевого лечения, что также может дискредитировать онкологические результаты операции.

К сожалению, подвергать оценке онкологические результаты лечения, представленные в статье, чрезвычайно трудно, так как, не смотря на отсутствие рецидивов заболевания и средний период наблюдения в 28,5 месяцев, авторами прослежено лишь 4 из 12 оперированных больных.

В заключении следует еще раз подчеркнуть, что наибольшие трудности, связанные с мобилизацией дистального отдела прямой кишки и формированием низкого колоректального анастомоза, возникают, прежде всего, у мужчин при узком тазе и местно-распространенных формах опухоли. Однако обсуждаемая методика трансвагинальной лапароскопической низкой передней резекции прямой кишки по понятным причинам существующей проблемы не решает.

Редакционная коллегия журнала «Колопроктология» в настоящее время не рекомендует данную операцию для широкого применения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Fazio V.W., Zutshi M., Remzi F.H. et al. Randomized Multicenter Trial to Compare Long-Term Functional Outcome, Quality of Life, and Complications of Surgical Procedures for Low Rectal Cancers. *Ann. Surg.* 2007. 246(3): 481–490.
2. Gross E., Möslein G. Colonic pouch and other procedures to improve the continence after low anterior rectal resection with TME. *Zentralbl. Chir.* 2008 133(2):107-15
3. Matthiessen P., Hallböök O., Rutegård J. et al. Defunctioning Stoma Reduces Symptomatic Anastomotic Leakage After Low Anterior Resection of the Rectum for Cancer. A Randomized Multicenter Trial. *Ann Surg.* 2007; 246(2): 207–214.
4. Pählman L, Bohe M, Cedermark B, Dahlberg M, Lindmark G, Sjödaahl R, Ojerskog B, Damber L, Johansson R. The Swedish rectal cancer registry. *Br. J. Surg.* 2007. 94(10):1285-92.

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Топузов Э.Г., Ерохина Е.А., Шишкина Г.А., Топузов Э.Э., Алиев К.Н.

ГОУ ВПО “Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова”, (Ректор – академик РАМН, проф. А.В. Шабров), Санкт-Петербург.

Нередко хирурги сталкиваются с проблемой лечения или предупреждения распространенного перитонита у больных, оперированных по поводу колоректального рака [1, 2, 6, 7, 8, 9]. Причем наибольшие затруднения, как в диагностике, так и в лечении вызывает перитонит, развивающийся вследствие послеоперационных осложнений [3]. Тяжелое состояние больных, неотчетливая клиническая картина, отсутствие простых и надежных методов диагностики развивающихся послеоперационных осложнений обуславливают неудачи в лечении [4, 5, 6, 9, 10, 11].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовали сборный материал трех хирургических клиник (СПбГМА им. Мечникова), проанализированы результаты лечения 117 пациентов, которым в связи с появлением осложнений потребовалась повторная операция, что составило 6% от всего количества больных (n=1950), оперированных по поводу рака толстой кишки с 1997 по 2005 годы. Наиболее частым осложнением (29,9%) явилась несостоятельность швов анастомоза. Появление межкишечных абсцессов, нагноение гематомы брюшной полости, забрюшинной клетчатки и клетчатки малого таза отмечено у 18%, некроз низведенной кишки у 11%, некроз колостомы у 9%, эвентрация у 4% больных. У 15% пациентов причины перитонита не были связаны непосредственно с операцией (панкреонекроз, перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки) и у 4% имелся перитонит без точно выявленного источника.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты с колоректальным раком оперировались высококвалифицированными хирургами, но сама хирургическая тактика при осложнениях несколько отличалась в специализированной клинике от тактики в общехирургических стационарах. Это дало возможность сравнить полученные результаты.

Лучшие результаты наблюдали при лечении больных колоректальным раком в специализированном стационаре (Таб.1).

Необходимо отметить, что большинство больных раком толстой кишки оперировали на фоне нарушения кишечной проходимости различной степени. Из 35 больных с несостоятельностью швов анастомоза без каких-либо нарушений кишечной проходимости оперировано только 3 пациентов. Это больные, которым выполнялась реконструктивная операция восстановления непрерывности толстой кишки с устранением колостомы. С явлениями острой кишечной непроходимости оперировано 5 пациентов. Остальные 27 больных, у которых развилась несостоятельность анастомоза, оперированы на фоне компенсированного или субкомпенсированного нарушения проходимости кишечника.

Клиническими проявлениями развивающихся осложнений в послеоперационном периоде, особенно при несостоятельности швов межкишечного соустья, у большинства больных были жалобы на ухудшение самочувствия на фоне относительно стабильного состояния, слабость, тошноту, иногда рвоту, икоту. Появлялась тахикардия до 100 и более ударов в минуту, повышение температуры до 38-39°C и вздутие живота. У большинства больных эти признаки появлялись на 3-4 сутки после операции. Отмечалось затрудненное отхождение газов. В дальнейшем, при развитии перитонита, газы не

Таблица 1. Результаты лечения больных раком толстой кишки, оперированных в специализированном и в общехирургических стационарах.

	Количество больных	Умерло	
		п	%
Больные, оперированные в специализированном стационаре	1170	35	3
Больные, оперированные в общехирургическом стационаре	780	43	5
Всего	1950	78	4

отходили вообще. У половины больных был жидкий стул до 3 раз в небольших количествах на 3-4 сутки. В первые дни после операции у большинства больных выслушивалась вялая перистальтика, но с развитием осложнения и перитонита кишечные шумы исчезали. Отчетливые перитонеальные симптомы наблюдались только у 50% больных, что затрудняло диагностику и приводило к отсрочке релапаротомии. Выраженные перитонеальные симптомы свидетельствовали о распространенном перитоните и появлялись чаще на 5-6 сутки после операции. У 11 пациентов симптомы раздражения брюшины были слабо выражены, но по дренажу, стоявшему в зоне анастомоза, появлялось отделяемое с запахом кишечного содержимого, в некоторых случаях появлялся жидкий кал и отходили газы. У двух пациентов при введении жидкого красителя (метиленовый синий) в прямую кишку окрашивалось отделяемое из дренажа, подведенного к зоне анастомоза (Таб.2).

Все пациенты с осложнениями были повторно оперированы, но результаты лечения были различны. Они зависели от сроков выполнения и объема повторного вмешательства, особенно у больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза.

В нашей специализированной колопроктологической клинике больных оперировали экстренно, при первых же признаках неблагополучия, что позволило предупредить развитие распространенного перитонита и снизить летальность.

В других общехирургических клиниках больных оперировали через сутки и более после появления осложнения, когда определялись отчетливые перитонеальные симптомы. Исходы в большинстве наблюдений были неблагоприятные. Летальность в этой группе составила 69%. Это ярко иллюстрируют примеры из группы больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Восемью больным из этой группы повторное вмешательство производилось на 5-7 сутки после первой опера-

ции. Всем им выполнена широкая релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости и формирование колостомы. Причем у 2 больных из этой группы на 5 сутки после первой операции появилась примесь кишечного содержимого из дренажа, но перитонеальные симптомы не были выражены. В надежде на то, что область несостоятельного анастомоза отграничена от свободной брюшной полости спайками, больных лечили консервативно. Однако проводимая терапия не дала эффекта, появились признаки разлитого перитонита. Этим больным произвели релапаротомию через 2 суток после обнаружения первых признаков несостоятельности швов анастомоза, то есть на 7 сутки после первой операции. Больные умерли от распространенного перитонита. Другим 6 пациентам из этой группы релапаротомия произведена в тот же день, когда появились первые признаки несостоятельности швов. Это позволило предупредить дальнейшее развитие перитонита, и больные выздоровели.

Объем повторной операции также влиял на исход лечения. Он должен определяться индивидуально, в зависимости от характера осложнения (Таб.3).

У больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза избежать распространенного перитонита и снизить летальность позволило только полное отключение кишки с несостоятельным кишечным соустьем. Операции с укреплением несостоятельного анастомоза местными тканями, как и выведение его на брюшную стенку в виде колостомы даже в ранние сроки после появления осложнения были малоэффективны.

Особую группу составили 15 пациентов, оперированных в специализированном колопроктологическом стационаре. Из них в 8 наблюдениях несостоятельность швов анастомоза развилась после передней резекции прямой кишки, у 1 больного после реконструктивной операции восстановления непрерывности толстой кишки, у 3 после лево-

Таблица 2. Клинические проявления несостоятельности анастомоза.

Симптомы несостоятельности швов анастомоза	n	%
Ухудшение самочувствия	35	100
Появление или усиление болей:	35	100
- по всему животу	24	68,5
- в проекции анастомоза и в зоне дренажа	10	28,5
Тошнота	9	25,7
Рвота	9	25,7
Икота	5	14,2
Жажда и сухость во рту	4	11,4
Тахикардия до 100 и более ударов в мин.	35	100
Снижение артериального давления от 100/60 и ниже	5	14,2
Лихорадка: - субфебрильная	30	85,7
- выше 38°C	5	14,2
Вздутие живота	35	100
Перистальтика: - вялая	35	100
- отсутствует	-	-
Газы: - затрудненное отхождение	24	68,5
- полное отсутствие	11	31,4
Стул жидкий скудный многократный	17	48,5
Выделения из дренажа с примесью кишечного содержимого и газов или красителя, введенного в кишку	15	42,8
Перитонеальные симптомы	18	51,4

сторонней гемиколэктомии и у 3 после резекции сигмовидной кишки. У 7 пациентов межкишечное соустье располагалось в брюшной полости, а у 8 анастомоз был экстраперитонизирован. В анализируемую группу не вошли те больные, кому при подозрении на несостоятельность анастомоза применялась диагностическая лапароскопия. Все операции выполнялись колопроктологами высокой квалификации. Несмотря на это, у больных на 5-6 сутки по дренажу, стоящему в области анастомоза, стало поступать отделяемое с примесью кишечного содержимого или отходить газы, но клинические проявления перитонита не определялись. Это позволяло думать об ограниченном

характере несостоятельности и об отграничении зоны несостоятельного анастомоза от брюшной полости. Эти пациенты оперировались повторно в тот же день, когда была заподозрена несостоятельность. Широкая релапаротомия не выполнялась, а объем операции ограничивался формированием колостомы (с обязательным последующим полным пересечением задней стенки) через небольшой разрез с целью отключения дистального отдела кишки с несостоятельным анастомозом. Развития различного перитонита у этих больных не отмечено. Все пациенты выздоровели.

Таблица 3. Вмешательства при несостоятельности швов анастомоза у больных, оперированных по поводу рака толстой кишки.

Объем повторной операции	Число больных	Умерло
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, формирование колостомы через сутки и позже после появления симптомов несостоятельности швов анастомоза.	12	3
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, укрепление анастомоза дополнительными швами и прядью сальника.	3	3
Релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Разобщение анастомоза и выведение его в виде колостомы.	3	2
Релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости и выведение анастомоза в виде пристеночной колостомы.	2	2
Формирование колостомы без широкой релапаротомии при первых признаках несостоятельности швов анастомоза.	15	-
Всего	35	10 (28,5%)

ВЫВОДЫ

1. При возникновении осложнений в послеоперационном периоде, особенно при несостоятельности толстокишечного анастомоза, предупредить развитие распространенного перитонита может только повторное хирургическое вмешательство в наиболее ранние сроки, то есть, сразу же при появлении первых признаков неблагополучия.

2. Объем повторной операции должен определяться индивидуально, но полное отключение кишки с несостоятельным кишечным соустьем обязательно.

3. При отграничении несостоятельного анастомоза от свободной брюшной полости и отсутствии распространенного перитонита, операцию можно ограничить формированием выше анастомоза без широкой релапаротомии, через отдельный небольшой разрез брюшной стенки.

4. Небольшой объем повторной операции легче переносится больными и, в то же время, позволя-

ет отключить кишку, чтобы создать условия для заживления анастомоза и предупредить дальнейшее развитие перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Минц Я.В., Мушникова В.Н. и др. Заживление анастомозов в восстановительной реконструктивной хирургии толстой кишки. Вестник хирургии, 1989, №1.: С. 77-81.

2. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Зуевский В.П., Климова Н.В., Лысак М.М., Онищенко С.В. Профилактика осложнений операций на ободочной кишке. Вестник хирургии, 2006, №5.: С.36-40.

3. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис. Consilium Medicum., 2005, № 6.: С. 468-472.

4. Мельник В.М., Пойда А.И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке. Хирургия, 2003, №8.: С. 69-73.

5. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. Москва.: Дедалус, 2005.: 255 с.

6. Петров В.П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшной резекции прямой кишки Вестник хирургии, 2001, №6.: С.59-64.

7. Шельгин Ю.А. Диагностика и лечение рака толстой кишки. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 1997, №3.: С.12-19.

8. Akkouché A., Sideris L., Lelanc G. et al. Complications after colorectal anastomosis in a patient with metastatic rectal cancer treated with systemic chemotherapy and and bevacizumab. Can. J. Surg. 2008, jun., 51(3): E 52-53.

9. Graf J., Doig G., Cook D. et al. Randomized, controlled clinical trials in sepsis: has methodological quality improved over time? Crit Care Med – 2002 – Vol.30. : P. 461- 472.

10. Pasic F., Hasukic S., Serak S. et al. Intraoperational and postoperational complications of colo-rectal anastomosis prepared by classical and stapler technigues. Med. Arh. 2008, 62 (2): P 92-95.

11. Tekkis P.P., Kinsman R., Thompson M.R., Stamatakis J.D. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer. Ann. Surg. – 2004. – Vol.240(1). : P.76-81.

ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Наврузов С.Н., Худаёров С.С., Абдужаппаров С.Б., Акбаров Э.Т., Ким Л.В.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан.
(Директор — проф. С.Н. Наврузов)

В последние десятилетия в мире продолжается увеличение роста числа больных раком прямой кишки (РПК). При этом число больных РПК в III и IV стадиях составляют 70-80% всех пациентов с впервые установленным диагнозом [3,4,5].

Одним из компонентов комбинированного лечения РПК, получившим широкое распространение, является предоперационная лучевая терапия. Она используется в виде различных методик, в которых варьируют разовые и суммарные дозы, режимы их подведения. Использование предоперационной лучевой терапии способствует снижению количества рецидивов и метастазов, возникающих в зоне оперативного вмешательства, особенно при распространенных формах заболевания. В настоящее время наиболее перспективным методом предоперационного воздействия в лечении РПК является крупнофракционное облучение [1,6,7,9].

Однако до настоящего времени не существует однозначного взгляда на эффективность и вопросы формирования показаний к применению той или иной методики комбинированного лечения [2,8].

Целью исследования явилось изучение характера ранних послеоперационных осложнений в зависимости от метода предоперационной лучевой терапии и объема хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 110 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии РОНЦ МЗ РУз с 2004 по 2007 гг. Наибольшее число пациентов - 44 (40,0%) были в возрасте от 50 до 59 лет, мужчин было 64 (58,2%), женщин -46(41,8%).

В зависимости от проводимого лечения все больные были распределены на три группы: 1) основная группа - 35 (31,8%) пациентов, которым проводилась однократная предоперационная высокодозная лучевая терапия 7,5 Гр с последующим радикальным хирургическим вмешательством в течение суток после радиотерапии; 2) группа - 35 (31,8%) больных, которым проводилась предоперационная интенсивно-концентрированная крупнофракци-

онная лучевая терапия по схеме РОД 5 Гр в течение 5 дней до СОД 25 Гр и радикальное хирургическое вмешательство в течение 3 суток после радиотерапии; 3) контрольная группа - 40 (36,4%) пациентов, которым проводилось только хирургическое лечение без лучевой терапии в предоперационном периоде

Облучение проводили в отделении радиологии и рентгенологии РОНЦ МЗ РУз на аппарате «Тератрон-780-Е» (источник Со60, мощность 1,25 MeV).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке степени распространенности заболевания использовали систему TNM (6 издание, 2002 г.). У 63 (57,3%) больных РПК наблюдалась IIIA стадия заболевания (T1-2N1M0), стадия IIIB (T3-4N1M0)- у 30 (27,3%) и IIIC стадия (T1-4N2M0) была выявлена у 17 (15,4%) пациентов. У всех 110 больных опухоль гистологически была верифицирована как аденокарцинома.

Брюшно-анальная резекция (БАР) с низведением была выполнена 71 (64,5%) пациенту, а брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки - 39 (35,5%) больным.

Послеоперационные осложнения условно разделили на локальные, непосредственно связанные с хирургическим вмешательством, к которым отнесли некроз и ретракцию низведенной кишки, кровотечение, нагноение послеоперационной раны и пресакральной области к осложнениям общего характера отнесли цистит, острую коронарную недостаточность и тромбоз бедренной артерии.

Анализ локальных послеоперационных осложнений у больных РПК показал, что их число было выше после БАР с низведением — 6 (8,5%) пациентов по сравнению с БПЭ — 7 (17,9%) больных. Эта тенденция прослеживалась во всех изучаемых группах больных РПК. При этом наибольшее число локальных осложнений наблюдалось в III контрольной группе пациентов без предоперационного облучения — 6 (15,0%) больных. В I группе общее число локальных осложнений было наиболее низким - у 3

(8,6%) больных, во II группе эта цифра составила 4 (11,4%) (Табл. 1).

Некроз низведенной кишки после проведения БАР отмечался у 2 (5,3%) больных и ретракция низведенной кишки - у 2 (5,3%) пациентов. Кровотечение наблюдалось как в случае БАР, так и после БПЭ - по 1 случаю (в 1,4% и в 2,6% соответственно). Нагноение послеоперационной раны чаще развивалось при БПЭ - у 3 (4,2%) пациентов и у 1 (2,6%) - после БАР. Пресакральный абсцесс развился у 2 (2,8%) больных после БПЭ и у 1 (2,6%) пациента после БАР прямой кишки.

Анализ послеоперационных осложнений общего характера у больных РПК показал, что их количество не зависело от вида хирургического вмешательства. Больше всего общих осложнений наблюдалось в III контрольной группе без предоперационного облучения - у 4 (10,0%) пациентов. В I и во II группах число общих осложнений было одинаковым - у 2 больных в каждой группе и составило 5,7% (Табл. 1)

В структуре послеоперационных осложнений общего характера у больных РПК встречались цистит - у 2 (5,1%) пациентов после проведения БПЭ и у 1 (1,4%) - после БАР прямой кишки, острая коронарная недостаточность - у 2 (5,1%) после БПЭ и у 1 (1,4%) - после БАР, тромбоз бедренной артерии - у 1 (2,6%) после БПЭ и у 1 (1,4%) больного после БАР.

Таким образом, проведенный анализ показал, что после хирургических вмешательств по поводу РПК в III стадии, частота развития послеоперационных осложнений общего характера оказалась несколько ниже по сравнению с локальными осложнениями - 8,2% и 11,8%, соответственно.

Лучевая терапия у больных РПК, как правило, сопровождалась развитием лучевых реакций со сто-

роны мочевого пузыря и прямой кишки. Следует отметить, что в I группе больных, где проводилось однократное облучение в дозе 7,5 Гр, выраженность лучевых реакций была ниже по сравнению со II группой, где облучение проводилось крупными фракциями до СОД 25 Гр.

В качестве лечебных мероприятий по ликвидации лучевых реакций со стороны кишечника использовали десенсибилизирующие средства, свечи со спазмолитиками, анальгетиками, теплые микроклизмы с растительными энтеросептиками и маслами на ночь, местно - стерильные салфетки с прополисом, мочевиной, хлоргексидином или димексидом. С целью поддержания нормальной микрофлоры назначали бифидумбактерин и лактобактерин. Для профилактики и лечения лучевых реакций мочевых путей проводилась противовоспалительная терапия.

Послеоперационная летальность отмечалась в 3 (2,7%) случаях. У одного больного в III контрольной группе на 5 сутки после БАР прямой кишки с низведением сигмовидной кишки был диагностирован некроз низведенной кишки с последующим развитием разлитого перитонита. Больной скончался на 2 сутки после проведения релапаротомии. У второго больного после хирургического вмешательства также развился послеоперационный перитонит в результате некроза и ретракции низведенной кишки, закончившийся летальным исходом. Один больной во II группе скончался после возникновения острой коронарной недостаточности после проведения оперативного вмешательства.

Таблица 1. Частота местных и общих осложнений в зависимости от типа операции и методики предоперационной лучевой терапии.

	I группа ЛТ СОД 7,5Гр + операция	II группа ЛТ 5Гр×5дн СОД 25Гр + операция	III группа без ЛТ
МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ			
БПЭ	4,5%	8,3%	11,5%
БАР	15,4%	18,2%	21,4%
Всего	8,6%	11,4%	15,0%
ОБЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ			
БПЭ	4,5%	4,2%	7,7%
БАР	7,7%	9,1%	14,3%
Всего	5,7%	5,7%	10,0%

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из представленной Таблицы 1, частота развития локальных послеоперационных осложнений была выше в группе с предоперационным облучением дробно-протяженным курсом в дозе РОД 5 Гр до 25 Гр в сравнении с однократным облучением в дозе 7,5 Гр. При этом после проведения БАР с низведением наблюдалось больше осложнений, чем после БПЭ с сигмостомией. Так, число локальных осложнений в I группе больных РПК после проведения БПЭ было ниже в 1,8 раза в сравнении со II группой, а после проведения БАР - в 1,2, соответственно. Всего в I группе больных число локальных осложнений было ниже в 1,3 раза в сравнении со II группой пациентов.

Более низкое число послеоперационных осложнений в I группе больных РПК в сравнении со II группой пациентов можно объяснить меньшей лучевой нагрузкой после проведения однократного облучения в сравнении с дробно-протяженным курсом. Кроме того, применение однократного высокодозного предоперационного облучения позволяет уменьшить количество койко-дней, проведенных пациентом в стационаре, не снижая при этом качества проводимой терапии.

Таким образом, анализ ближайших результатов лечения показал, что в группе больных раком прямой кишки с однократным предоперационным облучением в дозе 7,5 Гр локальные послеоперационные осложнения возникали в 1,3 раза реже по сравнению с группой с дробно-протяженным курсом в дозе РОД 5 Гр до 25 Гр.

Снижение лучевых реакций после проведения однократного высокодозного облучения в сравнении с дробно-протяженным курсом можно объяснить меньшей лучевой нагрузкой на организм больных раком прямой кишки.

Применение однократного высокодозного предоперационного облучения позволяет уменьшить количество койко-дней, проведенных пациентом в стационаре, не снижая при этом качества проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Башев В.Х. Пред- и послеоперационная лучевая терапия в комбинированном лечении рака прямой кишки. РОЖ. -1999. -№6. -С. 13-16.
2. Голдобенко Г.В. Новые подходы к комбинированному лечению онкологических больных: роль лучевой терапии, ее достижения, неудачи и перспективы. Мат. IV Росс. онкол. конф. -Москва, 2000. -С.97-102.
3. Кньш В.И., Черкес В.Л., Ананьев В.С. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака. РОЖ. -2001. -№5. -С.25-27.
4. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). В кн.: Практическая онкология: избранные лекции. -СПб., 2004. -С.151-161.
5. Наврузов С.Н., Рустамов Ш.Х., Хакимов А.М. Комбинированные хирургические вмешательства при местно-распространенном раке прямой кишки. Росс. онкол. ж. -2003. -№6.-С.11-13.
6. Rich T.A. Infusional chemoradiation for operable rectal cancer: post-, pre-, or nonoperative management? Oncology. -1997. -V.11. -P.295-315.
7. Siegel R., Dresel S., Koswig S., Gebauer B., Hunerbein M., Schneider W., Schlag P.M. Response to preoperative short-course radiotherapy in locally advanced rectal cancer: value of f-fluorodeoxyglucose positron emission tomography. Onkologie. -2008. -V.31. -N4. -P. 166-172.
8. Stryker S.J., Kiel K.D., Rademaker A. Et al. Preoperative chemoradiation for stages II and III rectal carcinoma. Arch. Surg. -1996. -V.131.-P.514-519.
9. Wagner R., Minsky B.D., Cohen A.M. et al.: Sphincter preservation with preoperative radiation therapy and coloanal anastomosis: long-term follow-up. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. -1997. -V.39. -P.167.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ КОЛОСТАЗЕ

Тимербулатов М.В., Хасанов А.Г., Биганяков Р.Я., Ибатуллин Р.Т.,
Нуртдинов М.А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет
Росздрава», кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
(зав. кафедрой – проф. В.Г. Сахаутдинов) и кафедра хирургических болез-
ней (зав. кафедрой – проф. А.Г. Хасанов), г. Уфа

«Анализ газов крови и pH оказывает наиболее прямое и важное
воздействие на лечение больного, чем любое другое
лабораторное исследование» Национальный комитет
по Клиническим Лабораторным Стандартам
(NCCLS, Document C 27-A, Approved Guideline, April, 1993).

Колостаз – полиэтиологичное заболевание, при котором отсутствуют характерные клинические проявления, как например, при остром аппендиците или холецистите. В то же время, методы медикаментозного лечения, улучшающие транзит кишечного содержимого не в полной мере удовлетворяли клиницистов. В связи с этим осуществлялись попытки хирургической коррекции этого заболевания, при выполнении которых степень операционного риска не всегда коррелировала с отдаленными функциональными результатами. Это не позволило широко внедрить резекцию толстой кишки при лечении данного заболевания.

Отношение хирургов к гемиколэктомии при колостазе до внедрения лапароскопического варианта было в большинстве случаев скептическим. Так, Воробей А.В. и соавт. прооперировали 71 больного с осложнениями долихоколон, из них 43 по поводу суб- и декомпенсированного хронического колостаза и 28 с хроническим абдоминальным синдромом на фоне патологической подвижности ободочной кишки. Причем в 2 случаях произведена «идеальная» лапароскопическая колэктомия с аппаратным илео-ректоанастомозом [1].

Опыт лапароскопических операций при болезни Гиршпрунга у 17 детей обладают Поддубный И.В. и соавт. (2007). Дооперационное обследование включало ирригографию, биопсию с определением реакции на ацетилхолинэстеразу, аноректальную манометрию с исследованием релаксационного рефлекса [3].

Наиболее информативным и неинвазивным способом изучения состояния микроциркуляции слизистой оболочки кишечника является метод лазерной доплеровской флоуметрии, который разработан Bonner R. в 1980 году и стал широко применяться с середины 80-х годов прошлого столетия. На сегодняшний день, в литературе опубликовано

большое количество данных по применению лазерной доплеровской флоуметрии в кардиологии, стоматологии, онкологии, эндокринологии, абдоминальной хирургии, сосудистой хирургии и эндоскопии [2].

Известно, что лактат-ацидоз, является следствием повышения уровня правовращающего изомера молочной кислоты (D-лактат-ацидоз). Этот изомер образуется в результате действия микроорганизмов, расщепляющих глюкозу в кишечнике. Этому наиболее распространенному нарушению кислотно-основного состояния при колостазе зачастую не придается должного значения, однако, определение кислотно-основного состояния может быть критерием перехода компенсированных форм колостазов в декомпенсированную [4], что позволит объективизировать подход к определению показаний к лапароскопической резекции толстой кишки.

С целью изучить состояние микроциркуляции в стенке толстой кишки и изменения кислотно-основного и водно-электролитного баланса в зависимости от степени выраженности толстокишечного стаза нами было предпринято собственное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 67 больных толстокишечным колостазом. Первую группу составили 18 больных с декомпенсированным колостазом, во вторую – группу (n=26) были включены пациенты с субкомпенсированной формой и в 3-ю группу вошли 23 больных с компенсированной формой толстокишечного колостаза. Больные были сопоставимы по возрасту и полу.

Для оценки состояния микроциркуляции стенки

толстой кишки применяли метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием отечественного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01, исследование кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса, проводили с помощью анализатор газов крови ABL555 (Радиометр, Дания). Определялось парциальное давление в крови кислорода (pO_2), углекислого газа (pCO_2), рН крови, насыщение кислородом гемоглобина в эритроцитах (сатурация – sO_2), дефицит оснований (SBEC), бикарбонаты (HCO_3), натрий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические исследования состояния микроциркуляции показали, что декомпенсированные формы толстокишечного колостаза сопровождаются глубокими нарушениями микроциркуляции слизистой кишки (Табл. 1).

Так, достоверными были отличия в показателях микроциркуляции (перфузионная единица), которые в 1-й группе составили $2,5 \pm 0,3$, тогда как во 2-й группе – $5,2 \pm 1,3$ и 3-ей – $8,4 \pm 1,3$. Коэффициент вариации в 1-й группе соответственно – $12,20 \pm 0,03$, во 2-ой – $25,39 \pm 14,12$ и 3-ей – $24,84 \pm 6,07$ ($p > 0,05$). Частота флаксмоций при декомпенсированном колостазе составила – $1,4 \pm 0,1$, при субкомпенсированном – $1,9 \pm 0,2$ и компенсированном – $2,3 \pm 0,5$. Амплитуда флаксмоций (A_v), в 1-й группе была – $0,41 \pm 0,02$, во второй – $0,71 \pm 0,07$ и третьей – $0,72 \pm 0,05$. Сосудистый тонус (условные единицы) в первой группе – $1,5 \pm 0,3$, во второй – $2,5 \pm 0,4$ и третьей – $2,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$).

Не достоверными были отличия в показателях эффективности микроциркуляции (условные единицы) при субкомпенсированном – $1,21 \pm 0,04$ ($p > 0,05$) и компенсированном – $1,26 \pm 0,13$.

Показатели микроциркуляции в группе с декомпенсированной формой указывает на хронизацию воспалительного процесса в толстой кишке. Это обусловлено воздействием на слизистую оболочку повреждающих факторов и несовершенство репаративного процесса.

Нарушения регионального кровотока при колостазе играют большую роль в патогенезе, поскольку действие различных этиологических факторов либо непосредственно изменяет состояние микроциркуляторного русла, либо действует на него опосредованно.

Кроме исследования микроциркуляции, нами изучены показатели кислотно-основного состояния (Табл. 2).

Изучая основные параметры кислотно-основного состояния получили следующие данные: по мере прогрессирования колостаз в анализах газового состава крови больных отмечается снижение сатурации кислорода (sO_2) и его парциального давления (pO_2). На фоне данных изменений в крови увеличивалось парциальное давление углекислого газа (pCO_2). В кислотно-основном состоянии также выявлены значительные изменения, так, в венозной крови больных с декомпенсированной формой отмечался ацидоз со снижением рН крови до $7,18 \pm 0,03$ с более значительным дефицитом оснований и уменьшением концентрации бикарбонатов крови до $17,2 \pm 0,1$ ммоль/л по сравнению с компенсированной и субкомпенсированной формой колостаз.

Концентрация электролитов (Na^+ – $133,2 \pm 0,6$) в крови при декомпенсированной форме толстокишечного колостаз снижалась более значительно, при сравнении со 2-й и 3-й группами. Выявленные изменения кислотно-основного состояния и электролитного баланса свидетельствуют о развитии субкомпенсированного ацидоза.

ВЫВОДЫ

Изучение состояния микроциркуляции на основании ЛДФ-граммы и амплитудно-частотного спектра у больных с колостазом является существенным компонентом диагностики, позволяющим определить ведущие патогенетические механизмы нарушений.

Исследование газового состава крови, кислотно-

Таблица 1. Показатели микроциркуляции у больных с толстокишечным колостазом

Параметры	1 группа	2 группа	3 группа
Показатель микроциркуляции (перфузионные единицы)	$2,5 \pm 0,3$	$5,2 \pm 1,3^*$	$8,4 \pm 1,3^*$
Коэффициент вариации (K_v)	$12,20 \pm 0,03$	$25,39 \pm 14,12$	$24,84 \pm 6,07$
Частота флаксмоций (F_v)	$1,4 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,2^*$	$2,3 \pm 0,5^*$
Амплитуда флаксмоций (A_v)	$0,41 \pm 0,02$	$0,71 \pm 0,07^*$	$0,72 \pm 0,05^*$
Сосудистый тонус (условные единицы) St	$1,5 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,4^*$	$2,7 \pm 0,5^*$
Эффективность микроциркуляции (условные единицы) $ЭМ$	$0,51 \pm 0,08$	$1,21 \pm 0,04$	$1,26 \pm 0,13$

* $p < 0,05$

Таблица 2. Показатели электролитного состава крови у больных с толстокишечным колостазом

Показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа
pH	7,18±0,03	7,26±0,01	7,35±0,06
pCO ₂ (мм рт. ст.)	61,2±2,1*	50,1±1,6	40,9±0,9*
pO ₂ (мм рт. ст.)	39,8±1,3*	50,3±4,2	68,6±1,8
Na ⁺ (ммоль/л)	133,2±0,6	137,1±2,3	139,0±0,7
HCO ₃ ⁻ (ммоль/л)	17,2±0,1	18,7±0,7	21,1±0,6
SBЕс (ммоль/л)	-3,8±0,2	-2,8±0,1	-2,6±0,2
sO ₂ (%)	38,2±2,3*	69,1±6,8	88,7±1,2

*При сравнении с нормой p<0,05

основного состояния и водно-электролитного баланса выявило явления метаболического ацидоза, истощение буферных систем организма на фоне снижения основных электролитов крови и дегидратации более выраженное в группе с декомпенсированной формой толстокишечного колостазом. Кроме того, установлено увеличение парциального давления углекислого газа в крови, значительное снижение сатурации и парциального давления кислорода. Данные изменения в значительной степени коррелировали с показателями микроциркуляции. По мере увеличения размеров мегаколон, происходило ухудшение показателей метаболизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробей А.В., Высоцкий Ф.М., Александров С.А. Место лапароскопических технологий в хирургическом лечении долихоколон. Эндоскопическая хирургия. 2007.-№1.-С.117.
2. Даутов С.Б. Регенерация и коррекция микроциркуляции желудка и двенадцатиперстной кишки при лечении язвенной болезни. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Уфа., 2000. - 15 с.
3. Поддубный И.В, Алиева Э.И., Козлов М.Ю. и др. Лапароскопические операции при пороках развития и заболеваниях толстой кишки у детей. Эндоскопическая хирургия. 2007 - №1.- С.70-71.
4. Баранов К.Н., Киргизов И.В., Горбунов Н.С. и др. Показатели функции внешнего дыхания и газового состава крови у детей с хроническим толстокишечным колостазом. Медицинский научный и учебно - методический журнал. 2006 - №31, с. 102 - 115.

СЛОЖНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА (обзор литературы)

Болквадзе Э.Э.

ФГУ «ГНЦ Колопроктологии», г. Москва
(Директор – академик РАМН, д.н.н., проф. Г.Н. Воробьев).

Острый парапроктит – это острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желёз. Возбудителем инфекции при этом в большинстве случаев является смешанная микрофлора, специфическая инфекция развивается в 1-2% наблюдений [26].

Подавляющее большинство исследователей считает основным пусковым механизмом острого парапроктита нагноение анальных желёз, локализующихся в межмышечном пространстве стенки прямой кишки и открывающихся в морганиевые крипты, крипто-гландулярной теории заболевания [2,4,7,17,26,37,47,64,65].

Крипты являются наиболее уязвимым местом для микробной инвазии, так как они лишены мукополисахаридного покрытия, причем, наиболее глубокие и широкие из них находятся по задней полуокружности анального канала. Клинические исследования подтверждают преимущественную локализацию гнояников именно в этой области, предпосылкой чего служат анатомические особенности. Задняя стенка анального канала прочно фиксирована к крестцово-копчиковому сочленению плотной ано-копчиковой связкой. По этой причине она менее подвижна, во время акта дефекации хуже сдвигается вниз и легко травмируется при натуживании, особенно при наличии сопутствующих заболеваний (геморрой, анальная трещина, колиты) и запорах [2,26,43,47,64].

У женщин имеются иные анатомо-физиологические предпосылки: передняя полуокружность анального канала интимно саяна с задней стенкой влагалища, и поэтому у них, чаще, чем у мужчин, возникает «передний» острый парапроктит [57].

Разумеется, эта «закономерность» условна, т.к. распространение гнояника далеко не всегда привязано к одной стенке. Однако, факт преобладания мужчин в группе больных острым парапроктитом неоспорим.

Нагноение анальных желёз первоначально приводит к образованию межсфинктерного абсцесса, бактериальное содержимое которого распространяется в фасциально-клетчаточные пространства тазового дна или перианальную клетчатку. При этом выделяются два пути: непосредственно из просвета прямой кишки (per contuitatem) или лимфогенно [11,13,26,45,46,60].

Возбудителями гнойных процессов мягких

тканей крайне редко становятся монокультуры, а являются аэробно-анаэробные комбинации условно-патогенной аутофлоры, которые при определенных условиях становятся агрессивными. «Кооператоры» кишечной палочки, особенно грамотрицательные, выделяя эндотоксины, оказывают очень большое влияние на темпы развития и клиническую выраженность воспалительного процесса. По общепринятому мнению направленность, течение и исход гнойного процесса определяет лидер микробной комбинации. Именно поэтому, острый парапроктит становится жизнеопасным заболеванием в тех случаях, когда лидером-ассоциантом становятся анаэробы [10,15,22,31,33,37,47].

В инкубационном периоде заболевания сохраняется активность антимикробной защиты, в силу чего, организм, даже при невозможности уничтожения гнойного очага, включает реакции, направленные, по крайней мере, на локализацию гнойного процесса. При «благоприятном» развитии событий удается сдержать воспалительный процесс в рамках формирования одной из форм острого парапроктита силами комплекса местных защитных механизмов [11,13,16,17,26,34].

Большинство отечественных исследователей на протяжении длительного времени в своих работах пользовались наиболее распространенной классификацией, разделяющих характеристики острого парапроктита по:

Анатомическим признакам:

- подкожный;
- подкожно-подслизистый;
- ишиоректальный;
- пельвиоректальный;
- ретроректальный.

Локализации внутреннего отверстия:

- передний;
- задний;
- боковой.

Клиническому течению:

- первичный;
- рецидивирующий.

По характеру бактериальной флоры:

банальный / вульгарный;
специфический (гуммозный, актиномикозный, туберкулезный и пр.).

Острый парапроктит по клиническому течению и морфологическим изменениям, в свою очередь, делился автором на три вида: острый первичный парапроктит, подострый парапроктит и острый рецидивирующий парапроктит [4,37].

Из этого ряда выделяются классификации, построенные на выраженности, распространенности местного процесса и взаимоотношениях гнойного хода и анального сфинктера.

На этих основаниях, Султанов Г.А. (1986-2002) выделил 3 степени тяжести заболевания [36]:

первая – односторонний подкожно-подслизистый абсцесс с интрасфинктерным расположением основного гнойного хода;

вторая – обширный односторонний подкожный абсцесс с выраженной инфильтрацией подкожной жировой клетчатки или однокамерные гнойники с трансфинктерным гнойным ходом;

третья – обширные ишиоректальные абсцессы с множественными гнойными затеками, а также подковообразные, тазово-прямокишечные и ретро-ректальные гнойники с экстрасфинктерным расположением гнойного хода.

Тимербулатов В.М. с соавт. (1998) построили систематику по принципу [37], напоминающую классификацию хронических парапроктитов и разработанную в ГНЦ колопроктологии [45], основывая ее на рубрикации по степеням сложности заболевания:

первая степень сложности: подкожные, подслизистые, интрасфинктерные, а также ишиоректальные формы, имеющие интрасфинктерное сообщение параректального абсцесса с просветом прямой кишки;

вторая степень: ишиоректальные и ретро-ректальные формы с трансфинктерным сообщением гнойника и кишечного просвета через поверхностную порцию анального сфинктера (до 1,2 – 1,3 см² площади сечения);

третья степень: ишиоректальные, ретро-ректальные с затеками и пельвиоректальные формы, рецидивные, а также те же формы с захватом значительной порции анального сфинктера (более 1,5 – 1,6 см² площади сечения);

четвертая степень: ишиоректальные, пельвиоректальные формы с экстрасфинктерным сообщением абсцесса с просветом прямой кишки и множественными затеками, в том числе, острый тотальный парапроктит, а также анаэробный парапроктит (кlostридиальный и некlostридиальный).

В аналогичных зарубежных работах, основное внимание в характеристике гнойников было уделено их локализации. Так, Janicke D. et al. (1996) классифицируют все аноректальные абсцессы на 4 типа: перианальные, интрасфинктерные, ишиоректальные и супраректальные (этот термин достаточно широко применялся в работах для обозначения пельвиоректальных гнойников), последние из которых большинство авторов счи-

тали наиболее редко встречающимися [51]. Подобной классификации придерживался и Prasad M. (1981), но считал, что супраректальные абсцессы наблюдаются значительно чаще, почти у каждого десятого больного [58]. Read D. et al. (1979) ограничивался выделением лишь трех типичных мест расположения гнойников: перианальные, ишиоректальные и супраректальные [59]. Предлагались и более сложные классификации. Например, Rosen L. (1994) различал поверхностные, простые, сложные и рецидивные абсцессы, но в комментариях уделяет особое внимание гнойному ходу, считая, что именно от сложности его топографических особенностей зависит уровень рецидивов заболевания [65].

Таким образом, представленные данные, с полным основанием позволяют утверждать, что общепризнанная классификация сложных форм острого парапроктита еще не создана.

Диагностика острого парапроктита основана на результатах общеклинических и специальных инструментальных проктологических методах исследований.

Комплекс диагностических приемов должен привести к оценке характера предстоящей хирургической операции, методических подходов, этапности и объема оперативного вмешательства, и решить следующие задачи [37]:

- установление диагноза истинного острого парапроктита, отличного от других вторичных параректальных и промежностных абсцессов;

- определение локализации гнойника в межтазовых пространствах малого таза;

- выяснение сообщения гнойника с просветом прямой кишки и отношения гнойного хода к анальному сфинктеру;

- определение гнойных затеков, дополнительных карманов, другими словами, распространенности гнойника в параректальных тканях.

В целом, возникновение острого парапроктита характеризуется общеклиническими признаками, присущими различным нагноительным процессам любой локализации в мягких тканях. Начальные общие симптомы заболевания укладываются в рамки гнойно-резорбтивной лихорадки. На той или иной стадии дальнейшего развития воспалительного процесса, присоединялись нарастающие боли в области промежности и у заднего прохода. Вместе с тем, клиническая картина разных форм парапроктита в деталях различна. Если при подкожно-подслизистом нагноении имеются достаточно очевидные клинические проявления, то при диагностике ишио- или пельвиоректальных гнойников, как правило, возникают диагностические трудности. Больше всего общее состояние нарушается как раз у больных при высоких (глубоких) гнойниках из-за минимальных местных изменений: отсутствии гиперемии кожи, подкожной инфильтрации или флюктуации, и только глубокий толчок кожи кончиками пальцев вызывал у ряда больных болезненность на стороне поражения. При таких формах больные, до верификации диагноза, длительно занимаются самолечением или проходят амбулаторные обследования у врачей самого

разного профиля, в результате, получая, как правило, бесполезные советы и лечение [24,26,38,41].

По истечении какого-то времени наступает очевидная необходимость прицельного обследования. Основным его объектом становился локальный статус, традиционно оценивавшийся сначала визуальным осмотром и пальпацией. Важнейшим диагностическим действием было и остается пальцевое исследование прямой кишки, оно позволяет оценить состояние тканей анального канала и замыкательной функции запирающего аппарата, определить состояние слизистой кишки и окружающих ее тканей, выявить очаговую патологию в пределах исследования и, наконец, оценить характер отделяемого из кишечного просвета [9,37,46,47,65]. При остром парапроктите значение пальцевого исследования еще более возрастает, так как во многих случаях позволяет определить топографию гнойного хода или пораженную крипту. К сожалению, возможности пальцевого исследования ограничены при высоком расположении гнойника, тем не менее, оно примерно в половине случаев помогает определить либо нижнюю границу абсцесса, либо, в крайнем случае, «заинтересованную» область околопрямокишечного пространства.

Именно поэтому постоянно предлагались и предлагаются инструментальные методики для констатации наличия и топической диагностики сложных форм острого парапроктита [1,2,9,11,13,17,19,22,26-30,43,50,53,60,61,63].

Надежды на возможности рентгенологического исследования, включая ирригоскопию и двойное контрастирование толстой кишки, совершенно не оправдались. Причина заключается в том, что основной процесс протекает в параректальных тканях, а изменения внутренней поверхности прямой кишки, даже если они и существуют, не находят отображения на рентгенограммах.

При наличии четко отграниченного абсцесса в перианальной области и при намерениях хирурга, по причине предполагаемой сложности воспалительного процесса, выполнить неотложное радикальное вмешательство, применяется общедоступный и простой метод введения красителей. Для этого, после кожной анестезии, абсцесс пунктируется толстой иглой, через которую эвакуируется содержимое и осторожно вводится жидкий краситель, состоящий из 1% раствора метиленовой сини и 3% раствора перекиси водорода, в соотношении 2:1. В идеале, метод позволяет установить связь абсцесса с прямой кишкой, уточнить локализацию внутреннего отверстия и определить распространенность гнойного процесса. Однако, как уже говорилось, круг его применения также значительно ограничен, а результаты имеют далеко не стопроцентный эффект [17,37,40,46].

Жидкокристаллическая термография не нашла признания из-за низкой информативности метода на фоне значительных сложностей его осуществления [24]. Эндоректальная термография, выполняемая путем сравнительного измерения температурной реакции воспаленных тканей позволяет уточнить наличие и локализацию сложных гнойников. Но, к сожалению, предлагаемая методика

не может ответить на очень важные тактические вопросы – определение локализации внутреннего отверстия и отношение гнойного хода к анальному сфинктеру, поэтому не получила широкого признания [18].

Эндоскопия в остром периоде применяется только по определенным показаниям [8,26,37,50].

На компьютерных томограммах абсцесс выявляется в виде очага пониженной плотности с неровными или нечеткими контурами. Мелкие гнойники обычно имеют округлую форму, крупные – чаще неправильно овальной формы, уже сформировавшиеся гнойники выделяются капсулой повышенной плотности [32,44,49,58,65].

Применение метода для локализации сложных параректальных абсцессов получило ограниченное применение по ряду причин, главной из которых является его невысокая диагностическая ценность именно при этом заболевании. Работами ряда авторов показано, что абсцессы малого таза выявляются при КТ лишь в 66-75% случаев, внутреннее отверстие – у 24% больных, а сведений о топографии гнойного хода вообще получить не удается [27,41].

В последние годы наибольшее применение для топографических характеристик острого парапроктита получил метод ультрасонографии. По сравнению с огромным количеством ультразвуковых исследований различных органов и систем организма, опыт их применения в колопроктологии представлен достаточно скромно, хотя уже имеются работы, как в отечественной, так и в зарубежной литературе [28-30,60].

В настоящее время ультразвуковое исследование органов малого таза выполняется в трех вариантах: трансабдоминальном, промежностном и эндоректальном, причем последний выполняется с помощью эндоскопов, оснащенных специальными датчиками. Проведенные исследования послужили основанием Филиппову Д.Ю. (1999), Stewart L. et al. (2001) и другим исследователям прийти к заключению, что эндоректальная ультрасонография позволяет с большой надежностью определить характер патологических изменений в клетчаточных пространствах и провести дифференциальную диагностику острого парапроктита с заболеваниями соседних органов. Чувствительность и специфичность метода по данным Филиппова Д.Ю. составили 89% и 80% соответственно, а общая точность – 86%. Stewart L. нашел, что предоперационные данные сонографии были подтверждены на операции в 85% наблюдений [41,61].

Cataldo P. et al. (1993) показали сравнительную эффективность интраоперационной и предоперационной эндоректальной ультрасонографии. На операции супрелеваторный абсцесс был обнаружен у 19 из 24 оперированных пациентов, причем, у всех 19 дооперационная эхография выявляла гнойник. В 63% случаев эндоректальная сонография позволила правильно оценить взаимоотношения абсцесса со сфинктерами, зато внутреннее отверстие гнойного хода удалось локализовать до операции только в 28% случаев, а во время вмешательства оно было найдено у 14 из 19 пациентов (74%) [44]. Отметим, что вышеуказанные авторы отмечают

несомненное преимущество эндоректального ультразвукового исследования перед промежностным и, тем более, трансабдоминальной методиками в диагностике всех форм острого парапроктита, так как первое из них позволяет выявить высокие формы абсцессов в 100%, внутреннее отверстие и отношение гнойного хода к сфинктеру в 87% и в 83,3%, соответственно.

Метод дает возможность определить расстояние от кожи до нижнего края гнойника, обнаружить сообщение абсцессов двойной локализации при подковообразных формах, что позволяет хирургу определить оперативный доступ, адекватный объем операции, технически правильно выполнить ее. Ультразвуковое трансректальное исследование является еще и ценным методом мониторинга состояния послеоперационной области, позволяя судить о степени воспалительного процесса, выявить остаточные полости или затеки, требующие повторного оперативного вмешательства.

В литературе встречается значительное количество работ о довольно высоких возможностях магнитно-резонансной томографии (МРТ) при исследованиях прямой кишки. С внедрением МРТ в практику колопроктологии появились надежды, что с помощью этого метода можно будет решать такие важные задачи, как выявление гнойного хода, достоверная локализация и установление характера которого в значительной мере определяют объем оперативного вмешательства и возможные осложнения. Предварительные результаты указывали на явную перспективность такого направления [42,46,47,49,52,56,64,65].

Появилось мнение, что эндоанальная МРТ превосходит по своей информативности даже эндоректальную ультрасонографию [52]. С помощью МРТ возможно выявить гнойный ход в 85,7% случаев и уточнить размеры гнойника в 91,4% наблюдений. Общая точность МРТ в обнаружении внутреннего отверстия гнойного хода составляет 84%, а чувствительность и специфичность метода достигла 100% [56]. В то же время, Steward L. et al. (2001) рассматривают полученные результаты менее оптимистично, показав, что метод позволяет выявить топографию гнойного хода не более, чем в 50% исследований, а внутреннее отверстие обнаруживается в 74% наблюдений [61]. Halligan S. et al. (1998) путем сравнительного анализа данных магнитно-резонансной томографии серии больных, обследованных интравектальным и обычным наружным методом, пришли к выводу, что эндоректальная МРТ менее информативна в силу меньшего поля обзора [49].

Сравнительный анализ возможностей эндоскопической ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии, проведенный Orsoni P. et al. (1999), показал заметные преимущества первого метода в плане информативности, не говоря уже о том, что ультразвуковое исследование более экономично и доступно. Если же быть точным в оценке диагностических возможностей, то, в целом, чувствительность УЗИ и МРТ оказались в пределах 89% и 48% соответственно, а уровень достоверности - 82% и 50% [56].

Несмотря на многолетние усилия хирургов в совершенствовании методов лечения острого парапроктита, окончательное решение вопроса пока не найдено. Основными показателями эффективности проведенного лечения являются критерии излеченности и низкого уровня послеоперационных осложнений [37]. Если с этих позиций оценить уровень послеоперационных осложнений при остром парапроктите – частоты рецидивов, перехода в хроническую стадию (формирование параректальных свищей), случаев недостаточности анального сфинктера, то результаты никак нельзя признать удовлетворительными.

Причин, приводящих к послеоперационным неудачам, достаточно. Одни авторы, еще много лет назад, в первую очередь, обращали внимание на позднее обращение и госпитализацию больных, тактические и технические ошибки, особенно при хирургической ликвидации сложных и высоких форм гнойников [1,2,9,12-15,19,46,50,55,59]. Другие, в более поздних работах – на чрезмерное расширение показаний к выполнению радикальных операций, допущенные дефекты лечения в разные сроки послеоперационного периода как в стационаре, так и при амбулаторном долечивании, часто связанными с ранней выпиской больных [8,35].

В последнее время в хирургическом лечении острого парапроктита все более расширяется круг показаний к применению радикальных операций, предусматривающих одновременное вскрытие гнойника, ликвидацию гнойного хода и его внутреннего отверстия практически при любой форме заболевания. Ряд авторов рекомендует выполнять радикальную операцию всем больным острым парапроктитом, она должна выполняться тотчас же после установления диагноза. Промедление, по их мнению, не только ухудшает состояние больного, но и омрачает прогноз, так как чревато распространением гнойного процесса по тканевым пространствам таза, и даже разрушением мышечных структур сфинктера и тазового дна, а также стенки прямой кишки [12,13,22,32,34,35,51].

По методике Акопяна А.С. с соавт. (2002), которую, в определенной мере, можно считать более обоснованной для радикального подхода, при поступлении производится пункция или вскрытие гнойника с орошением его полости диоксином или бетадином, проводится общеклиническое, бактериологическое и эндоскопическое исследование, а радикальная операция выполняется на следующий день, когда более или менее проясняется топографо-анатомическая ситуация [2].

Естественно, что многие авторы, придерживаясь основных положений технического исполнения типичных операций, вносят собственные технические усовершенствования. Жуков Б.Н. с соавт. (2001) при ишиоректальном поражении производят вскрытие гнойника с иссечением пораженной крипты; при пельвиоректальной и ретроректальной локализациях чаще всего выполняют вскрытие и дренирование абсцесса, заканчивая основной этап операции проведением лигатуры в собственной модификации. При расположении гнойника в

позадипрямокишечном пространстве и подковообразном ишиоректальном парапроктите, авторы рекомендуют дополнительное рассечение копчиково-анальной связки [20].

Рану, оставшуюся после вскрытия гнойника в просвет кишки многие хирурги лечили ежедневными перевязками с применением современных гидрофильных мазей. Мадаминов А.М. (2002) ушивал рану наглухо 2-х рядными рассасывающимися швами, оставляя открытым линейную рану анального канала и перианальной кожи длиной 2 см для дренирования [25]. Согман М. (1984) восстанавливает рассеченный по зонду внутренний сфинктер, оставляя узкую рану открытой для дренажа [46]. Также известна методика ликвидации внутреннего отверстия со стороны просвета кишки в виде треугольного лоскута с последующим ушиванием раны двухпетлевым кетгуттовым швом с захватом слизистого, подслизистого и мышечного слоев, оставляя открытым нижний угол разреза [15].

Большое значение придается послеоперационному лечению ран промежности с использованием при этом различных способов. К ним можно отнести лазеротерапию [12], орошение ран струей кислорода [18] или озono-воздушной смесью [8], местное применение комбинированного препарата офлотримол-2 [15], гемасепта [16], гидропресивную обработку озонированным 0,9% раствором NaCl [32], аппликации сорбционного тампона-дренажа СУМС-1 [25] или СУМС-М [34].

Конечно, говорить о каком-то подобии революции в умах проктологов говорить пока не приходится, но одномоментные радикальные операции, направленные на ликвидацию абсцесса и причины заболевания, выполненные по определенным показаниям, заняли заметное место в арсенале хирургического лечения острого парапроктита.

Главное затруднение для активно ориентированных хирургов заключается в том, что эти вмешательства не столь часто выполнимы, как декларируется. В первую очередь, это связано с тем, что далеко не при всех операциях удается четко локализовать гнойный ход. Wexner S. et al. (1996) отмечают, что выявление хода затруднено при выраженном воспалительном отеке мягких тканей, особенно при высокой локализации процесса. В этих условиях успешными бывают около 50% попыток, что повышает риск формирования «ложного» хода и ведет к рецидиву [64].

Некоторые исследователи оказались не столь решительными в своих действиях, и поступают совершенно противоположно, считая, что при остром гнойном парапроктите возможно ограничиться вскрытием и дренированием гнойника, а радикальную операцию выполнять только в случаях формирования свища прямой кишки [12, 15, 22]. При этом, они вполне резонно отмечают, что у 30% больных после вскрытия и дренирования абсцесса наступает полное выздоровление, а предполагаемая в таких ситуациях радикальная операция явилась бы неоправданной дополнительной травмой анального сфинктера. Schouten W. et T. van Vroonhoven (1991) обнаружили, что простая инцизия и дренаж заканчиваются выздоровлением половины боль-

ных с анарктальными абсцессами. К сожалению, в указанных работах не приведены подробные данные о топографо-анатомических характеристиках гнойников [62].

При невозможности, в силу разного рода причин, выполнить радикальную операцию, большинство хирургов вынужденно применяют двухэтапный метод лечения, но значительная часть колопроктологов является его принципиальными сторонниками [21, 24, 48, 26, 64, 65].

Первый этап заключается в экстренном вскрытии гнойника, а на втором, по стихании острых воспалительных явлений, различными методами, обоснованными всесторонним обследованием, выполняется радикальная операция.

Не может не imponировать, что ряд исследователей подходит к вопросу еще более дифференцированно. Так, ввиду отсутствия универсального способа лечения сложных форм острого парапроктита, выбор метода каждый раз должен быть обоснован конкретной клинической ситуацией. Тактика лечения больных с ишиоректальной формой должна определяться размерами абсцесса и тяжестью состояния пациента – в сравнительно легких случаях предпочтительнее первично-радикальное вмешательство, в сложных ситуациях лечение проводится двухэтапно, этот же метод авторы рекомендуют и при пельвиоректальной локализации гнойника [39].

Существует и разновидность метода лечения в два этапа. На первом из них также осуществляется санация гнойного очага, а затем, при уже сформировавшемся прямокишечном свище, больного вновь госпитализируют для выполнения плановой радикальной операции [36, 47, 55, 57].

Некоторые операции, после непродолжительного применения в лечении именно острого парапроктита, были оставлены, но послужили прототипом для вновь разрабатываемых хирургических методов.

Так, Блинничев Н.М. (1972) для лечения высоких экстрасфинктерных свищей разработал пластический метод закрытия внутреннего отверстия свища путем мобилизации и бокового смещения лоскута слизисто-подслизистого слоя анального канала [11]. Модификации подобного метода предлагались и другими авторами [21]. Эта привлекательная по замыслу операция была оставлена при остром парапроктите, поскольку у подавляющего числа больных возникает рецидив. По тем же причинам не нашла применения и так называемая операция «отшивания», так как при остром воспалении аутолоскуты из стенки анального канала просто не приживались. Но, спустя годы, их принципы были осуществлены при разработке новых сфинктеросохраняющих операций в «холодном» периоде [21].

Говоря о результатах оперативных вмешательствах, нельзя не упомянуть роль сопутствующих заболеваний прямой кишки в их возникновении, что отмечают практически все авторы. Например, Акоюн Э.Б. (1996) обнаружил их у 60,7% больных острым парапроктитом, из них в 17,2% - геморрой, воспалительные заболевания – в 9,3%, полипы прямой кишки – у 8,1% и, что особенно существенно – сахарный диабет у 7,8% пациентов [2].

Необходимо учитывать и степень тяжести состояния больных, различная выраженность которой была обусловлена соматическими заболеваниями и, в первую очередь, поздней профильной госпитализацией. Для лечения раневых поверхностей после различных операций в анальном канале предложена масса разнообразных методов, систем лечения, препаратов различных точек приложения и консистенций, однако, уровень послеоперационных осложнений не дает оснований для удовлетворения [20,64]. Определенные надежды в череде физических методов воздействия на раны возлагали на применение лазерной хирургии [12]. Основными ее преимуществами виделись малая травматичность, гемостатический эффект, стерилизация очага поражения, защита от контаминации ран, стимуляция процессов регенерации и, естественно, ускорение заживления. В лечении острых парапроктитов этот метод применяется сравнительно недавно, поэтому имеются лишь немногочисленные публикации на эту тему.

Одним из типичных осложнений лечения всех форм острого парапроктита являются рецидивы заболевания. Этому вопросу посвящена обширная литература, именно эта проблема побуждает хирургов к настойчивому поиску более рациональных методов лечения. Уровень этих осложнений колебался от 9,9% до 50% [18,39]. Современную ситуацию достаточно показательно иллюстрируют данные ГНЦ колопроктологии - в числе каждых трех больных с острым парапроктитом, наблюдается один пациент с острой рецидивирующей формой этого заболевания [21,26]. В большинстве работ основной причиной рецидива парапроктита справедливо называется недостаточный радикализм предшествующего оперативного вмешательства. Как следует из ряда публикаций, первично-радикальные операции значительно уменьшают число послеоперационных осложнений, но к сообщениям некоторых авторов об излечении 95-98% (!) больных острым парапроктитом, следует относиться с осторожностью. Ведь в подобный анализ, несомненно, включаются результаты лечения больных и с подкожными, и подкожно-подслизистыми гнойниками, у которых послеоперационных осложнений не должно быть вообще.

Чрезвычайно серьезным осложнением радикальных вмешательств является возникновение послеоперационной недостаточности анального сфинктера. По данным разных авторов, она возникает в 2,3-17% наблюдений [47,59].

Инконтиненция часто возникает после рассечения значительной порции наружного сфинктера в условиях гнойного воспаления, иссечения фиброзных тканей жомы, возникших в результате неоднократных рецидивов заболевания, предыдущих хирургических вмешательств, а также после применения лигатурного метода при ликвидации гнойного хода.

Нарушение функции анального сфинктера может развиваться вследствие рассечения мышечного кольца при локализации гнойного хода в глубокой его порции; после длительной тампонады анального канала, повлекшей за собой развитие грубого

рубца, препятствующего смыканию краев раны; в результате широкого иссечения слизистой и кожи с подкожной клетчаткой, которое приходится выполнять при рецидивном парапроктите с целью удаления рубцов и инфильтрированных тканей [64].

Сторонники лигатурного метода убеждены, что его использование практически вытеснило вскрытие гнойника с дозированной сфинктеротомией [8,13,25,55]. Дискуссии о целесообразности применения метода, продолжаются по сей день, и имеются сообщения, что ряд хирургов его не применяют вообще, что, вероятно, пока невозможно [2,21].

Итак, несмотря на многолетние усилия хирургов в совершенствовании методов лечения заболевания, окончательное решение вопроса пока не найдено, и, по мнению большинства исследователей, послеоперационные результаты нельзя признать удовлетворительными, что требует разработки новых тактических и технических подходов к большинству существующих затруднений.

Основной причиной хирургических неудач следует признать отсутствие единых взглядов на тактику оперативного лечения сложных форм аэробного парапроктита и явные недостатки в организации своевременной обращаемости и госпитализации больных с анаэробными вариантами заболевания.

Таким образом, дальнейшее изучение и разработка новых методов диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита по-прежнему остается актуальной задачей современной проктологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев, Ш.А. Использование магнитофореза в комплексном лечении острого парапроктита : Клиническое исследование : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.27 / Дагестан. гос. мед. акад. Махачкала 2006
2. Аюпян А.С. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом. Сб. Проблемы колопроктологии. М., 2002. - с. 24-28.
3. Аминев А.М. Парапроктиты.- М.: Медгиз, 1958.
4. Аминев А.М., Блинничев Н.М., Сагдеев М.А. Спорные вопросы лечения парапроктитов. Клинич. Хирургия.- 1975.- № 11.- С. 67-70.
5. Аминев А.М. Руководство по проктологии.- Куйбышев.- 1965-1969.- Т. 1-4. 1200 с.
6. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев. Т. 3. 1973.- с. 208-213.
7. Аминев В.А. Патология анальных крипт. Хирургия.- 1974.- № 11.- С. 95-99.
8. Ан В.К. Опыт радикального хирургического лечения сложных форм острого парапроктита. Междунар. мед. журнал, 2001, №5, С. 458-459.
9. Ан В. К. Неотложная проктология. М., 2003.
10. Белобородов В.Б. Сепсис. Метод. рекомендации РМАПО. М., 2000. 24с.
11. Блинничев Н.М. Острый и хронический парапроктиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, новое в оперативном лечении. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Куйбышев 1972.- 23 с.

12. Боровикова О. П., Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного. Автореферат дис. канд. мед. наук. код спец. 14.00.27 – 2007.
13. Васюков С.М. Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита. Автореф. дисс. канд. мед. наук.- М.:1985.- 19 с.
14. Георгадзе А.К., Васюков С.М. Хирургическое лечение острого парапроктита. Вестник хирургии.- 1986.- № 8.- С.69-72.
15. Даценко Б.М., Кристаллов Г.И. Хирургическое лечение острого парапроктита. Вестник хирургии.- 1988.- № 11.- С. 35-39.
16. Дудка В. Т., Морфология иммунопатологических реакций при гнойно-септических процессах в клинике и эксперименте. Автореферат дис. канд. мед. наук :14.00.15 – 1999.
17. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М.Медицина.- 1981.- 208 с.
18. Жакиев Б.С., Ескараев Б.Ш., Кузбаков М.Х. и др. Использование озона в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Сб.:Актуальные проблемы клинической медицины. Алматы, 1977.- С. 16-18.
19. Жакипбаев К.А., Макишев А.К., Мун Н.В. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. Сб. научн. тр. ГНЦ колопроктологии. Вып. 16. 1998. С.46-49.
20. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Савинков А.И. и др. Неотложная помощь при остром парапроктите. Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. V Всерос. конфер. с междунар. участием. Ростов-на-Дону.- 2001.- С.24-25.
21. Коплатадзе А.М., Ким С.Д., Болквадзе Э.Э., Шмаков В.А. Латексный лигатурный метод в лечении острого парапроктита. Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. V Всерос. конфер. с междунар. участием. Ростов-на-Дону.- 2001.- С.36-37.
22. Кристаллов Г.А. Активное хирургическое лечение острого парапроктита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Харьков. 1988.- 30 с.
23. Кулешов Е. В., Принципы лечения хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом. Хирургия. 2001, №7. С. 34-38.
24. Лаврешин П.М. Комплексный подход к лечению острого парапроктита. Стр. 44. Актуальные проблемы колопроктологии. 5-ая Всероссийская конференция с международным участием Ростов-на-Дону 2001г.
25. Мадаминов А.М., Бебезов Х.С. Опыт применения модифицированной операции Габриеля при лечении острого парапроктита. Мат. конф. Ранения толстой кишки в мирное и военное время. Красногорск.- 1997.- С. 125-126.
26. Основы Колопроктологии. Под редакцией Г.И. Воробьева. М., 2006. – 432 с.
27. Орлова Л.П., Капулер Л.Л., Маркова Е.В. Эндоректальная ультрасонография в оценке состояния запирательного аппарата прямой кишки. Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. V Всерос. конфер. с междунар. участием. Ростов-на-Дону.- 2001.- С.52.
28. Орлова Л.П. Ультрасонография в диагностике заболеваний прямой кишки и параректальной области. Автореф. дисс. докт. мед наук. М. 1992., 44 с.
29. Орлова Л.П., Филиппов Д.Ю., Турутин А.Д., Ан В.К. Первый опфт применения ультрасонографии в диагностике острого парапроктита. Ультразвуковая диагностика.- 1998.- № 2.- С. 39-43.
30. Орлова Л.П., Коплатадзе А.М., Филиппов Д.Ю. Новые подходы к диагностике острого парапроктита. Актуальные вопросы колопроктологии. Иркутск. 1999.- с. 99.
31. Осмоловский С.В., Затачаев А.В.Ю Кирьянова И.В., Завадский В.Н. Опыт лечения больных с острой гнойной патологией перианальной области. Проблемы колопроктологии. Вып. 16. М. 1998. С. 87-88.
32. Пархисенко Ю.А., Попов Р.В. Новое в диагностике и лечении острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. Сб. научн. тр. ГНЦ колопроктологии. Вып. 17.- 2000.- С. 171-172.
33. Русинович В.М. Грам-отрицательные неспорообразующие анаэробы в этиологии острого парапроктита. Материалы XIII Центрально-европейского конгресса колопроктологов. М. 2008, С. 115.
34. Рутковский Е.А. и др. Сорбционно-лимфогенные методы лечения острого парапроктита. Сб. Проблемы колопроктологии. М.2000. С.202.
35. Слесаренко С.С., Фёдоров В.Э. Результаты хирургического лечения острого парапроктита. С. Актуальные проблемы колопроктологии. М.2005, С. 125-126.
36. Султанов Г.А. Хирургическое лечение обострения парапроктита при функционирующем свище прямой кишки. Хирургия.- 1986.- № 3.- С. 61-63.
37. Тимербулатов В.М., Саламов К.Н., Каланов Р.Г., Ишимов М.С. Парапроктит.- Уфа- 1998.- 206 с.
38. Тимербулатов В.М., Биганяков Р.Я. Диагностика и лечения острого парапроктита. Актуальные вопросы колопроктологии. II съезд колопроктологов России. Уфа, 2007.
39. Тихонов И.А., Басуров Д.В. Тактика лечения больных с острым гнойным парапроктитом. Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. V Всерос. конфер. с междунар. участием. Ростов-на-Дону.- 2001.- С. 71-72.
40. Усачев В.Е., Мкртычев Г.Г., Мищенко С.Ф., Коноплев А.Э. Многолетний опыт лечения острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. Вып. 16. М. 1998. С. 112-113.
41. Филиппов Д.Ю. Ультрасонография в диагностике острого парапроктита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1999.- 25 с.
42. Barker P.B., Gillard J.H., van Zijl P.C., Soher B.J., Hanley D.F., Agildere A.M., Oppenheimer S.M., Bryan R.N. Acute stroke: evaluation with serial proton MR spectroscopic imaging. Radiology. 1994 Sep;192(3):723-32.
43. Bates J.A. Abdominal Ultrasound. How, Why and When. 2004, Elsevier Limited, 297 p.
44. Cataldo P., Senagore J., Luchtfeld M.A., et al. Intrarectal ultrasound in the evaluation of perirectal abscesses. Dis. Colon Rectum 1993;36:554-558.
45. Consten E.C.J., Slors J.F.M., Danner S.A.,

- Sars P.R.A., Obertop H., van Lanschot J.J.B.. Severe complications of perianal sepsis in patients with human immunodeficiency virus. *Br. J. Surg.* 1996; 83:778-780.
46. Corman M.L. *Colon and Rectal Surgery*, 5th Edition, 2005 Lippincott Williams & Wilkins.
47. Gordon P.H. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus* / by Philip H. Gordon, Santhat Nivatvongs. 3rd ed. NY, 2007, 1354 p.
48. Grace R.H. The management of acute anorectal sepsis. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (1990) vol. 72, 160-162
49. Halligan S., Healy J.C., Bartram C.I. Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano: STIR or SPIR? *Br J Radiol.* 1998 Feb;71(842):141-5.
50. Hyman N. Anorectal abscess and fistula. *Prim. Care.*- 1999.- Vol. 26.- № 1.- P.69-80.
51. Janicke D.M., Pundt M.R. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am.*- 1996 Vol.14.- № 4.- P.757-788.
52. Lunniss P.J., Barker P.G., Sultan A.H., Armstrong P., Reznick R.H., Bartram C.I., Cottam K.S, Phillips R.K. Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano. *Dis. Colon Rectum.* 1995 Apr;38(4):442.
53. Maier AG, Funovics MA, Kreuzer SH, et al. Evaluation of perianal sepsis: comparison of anal endosonography and magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging* 2001; 14:254-260.
54. Maruyama R., Noguchi T., Takano M., et al. Usefulness of magnetic resonance imaging for diagnosing deep anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum.*- 2000.- Vol.43.- № 10.- Suppl.- S2-5.
55. Onaca N, Hirshberg A, Adar R. Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication. *Dis. Colon Rectum* 2001; 44:1469-1473.
56. Orsoni P., Barthet M., Portier F., et al. Prospective comparison of endosonography, magnetic resonance imaging and surgical findings in anorectal fistula and abscess complicating Crohn's disease. *Br. J. Surg.* 1999.- Vol. 86.- № 8.- P.1093-1094.
57. Parks A.G. Royal society of medicine. Section of proctology. Anorectal incontinens. *Proc. R. Soc. Med.*- 1975.- Vol. 105.- № 26.- P 825-827.
58. Prasad M.L., Read D.R., Abcarian H. Supralelevator abscess: diagnosis and treatment. *Dis. Colon Rectum.* 1981 Sep; 24(6):456-61.
59. Read D.R., Abcarian H.. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis. Colon Rectum.*- 1979.- Vol. 22.- № 8.- P.566-568.
60. Santoro G.A., Di Falco G. *Benign Anorectal Diseases. Diagnosis with Endoanal and Endorectal Ultrasound and New Treatment Options.* Springer-Verlag Italia 2006, 404 p.
61. Stewart L.K., McGee J., Wilson S.R. Transperineal and transvaginal sonography of perianal inflammatory disease. *Am. J. Roentgenol.*- 2001.- Vol.177.- № 3.- P.627-632.
62. Schouten W.R., van Vroonhoven T.J.. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial.- *Dis. Colon Rectum.*- 1991 Vol.34.- № 1.- P. 60-63.
63. West RL, Zimmerman DD, Dwarkasing S, et al. Prospective comparison of hydrogen peroxide-enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas. *Dis. Colon Rectum* 2003; 46:1407-1415.
64. Wexner S.D., L.Rosen, Roberts P.L. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano-supporting documentation. *Dis. Col. Rect.*- 1996.- Vol. 39.- № 12.- P. 1363-1372.
65. Wolff B.G. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.* 2007 Springer Science+Business Media, LLC.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: АНАЛИЗ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Невольских А.А., Бердов Б.А., Титова Л.Н.

ГУ “Медицинский радиологический научный центр РАМН”, г. Обнинск
(Директор – академик РАМН, А.Ф. Цыб)

Основным способом лечения больных раком прямой кишки (РПК) является хирургический метод и именно в нем в последние два десятилетия произошли существенные изменения. В настоящее время широко распространение в хирургии РПК получила концепция тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), разработанная в 1980-х годах английским исследователем и хирургом Heald R.J. и его соавторами [22, 23]. Принцип метода основан на футлярном способе удалении прямой кишки в едином блоке с окружающей ее жировой клетчаткой и собственной фасцией. Авторами было показано, что распространение опухоли в мезоректуме может происходить не только в проксимальном, но и в дистальном направлении, что имеет большое значение при выполнении сфинктеросохраняющих операций у больных раком среднеампулярного и нижеампулярного отделов прямой кишки.

Концепция ТМЕ и широкое внедрение сшивающих аппаратов в хирургию РПК способствовали тому, что в настоящее время около 70-90% операций выполняется с сохранением естественного запирающего аппарата прямой кишки [23, 34]. Частота местных рецидивов при ТМЕ снизилась приблизительно в два раза и составляет в настоящее время 11-12% [34, 35; 41, 42]. В популяционных и рандомизированных исследованиях было показано, что общая выживаемость больных после внедрения ТМЕ также увеличилась и достигает в настоящее время 60-65% [21, 34, 41].

На фоне улучшения результатов хирургического лечения РПК изменилось отношение к лучевой терапии. Снижение частоты рецидивов до 10% и менее, отмеченное многими авторами после внедрения методики ТМЕ [23; 31], послужило поводом к тому, чтобы подвергнуть сомнению целесообразность предоперационной лучевой терапии и поставить вопрос: «нужна ли лучевая терапия современной хирургии РПК?» В настоящее время мнения специалистов в этой области противоречивы. Согласно убеждению ряда из них, лучевая терапия в большинстве случаев нецелесообразна и должна быть ограничена нерезектабельными формами опухоли [23]. Эта точка зрения более характерна для хирургов мало знакомых с эффектами лучевой терапии и показаниями к ней. В то же время, онкологи в большинстве своем считают, что лучевую

терапию следует применять более широко при всех формах РПК [34, 35, 41]. Вполне логичным является тот факт, что лучевая терапия чаще применяется в тех центрах, где имеются условия и необходимое оборудование для лучевой терапии. Хирурги, работающие в таких центрах, чаще и более обоснованно направляют больных на лучевую терапию [21].

Разумное сочетание обоих методов: хирургического лечения и лучевой терапии, позволяет рассчитывать на лучший результат. В качестве примера можно привести многоцентровое популяционное исследование проведенное в Норвегии [21]. В работе были проанализированы данные о результатах лечения 4113 больных в 50 центрах Норвегии в период с 1993 по 2001 годы. Всем больным были выполнены радикальные оперативные вмешательства в объеме ТМЕ, у 514 больных была проведена пролонгированная предоперационная (285 больных) или послеоперационная лучевая (229 больных) терапия в дозе 50Гр (схема лучевой терапии была одинаковой). Пятилетняя частота местных рецидивов составила 10,6% в тех центрах, где больным проводили комбинированное лечение, и была ниже по сравнению с остальными центрами, где она составила 15,8% ($P < 0,001$). Проведенный авторами многофакторный анализ показал, что предоперационное облучение оказывает достоверное, не зависящее от других факторов, влияние на частоту местных рецидивов. В то же время, применение послеоперационного облучения не повлияло на частоту местных рецидивов.

В последние два десятилетия проведено значительное количество рандомизированных и популяционных исследований, в которых сравнивали результаты хирургического и комбинированного лечения. Правильная интерпретация этих данных имеет большое значение в определении роли лучевой терапии при резектабельном РПК. Однако сравнение результатов исследований осложняется тем, что в разные годы разными авторами применялись разные дозы и режимы лучевой терапии. Из большого разнообразия схем и методик лучевой терапии можно выбрать три режима облучения, которые нашли применение при лечении больных резектабельным РПК:

Послеоперационное облучение (40-50Гр в течение 4-5 недель);

Интенсивное предоперационное облучение (суммарная доза варьировала от однократного облучения 5Гр до 25Гр в течение 5 дней);

Пролонгированная предоперационная лучевая терапия (40-50Гр в режиме классического фракционирования в течение 4-5 недель).

Каждый из режимов отличает не только разница в разовой и суммарной дозе облучения, но и разные условия проведения лучевой терапии, и, самое главное, разные задачи. Задача предоперационного облучения – повышение абластичности при выполнении операции, снижение риска интраоперационной диссеминации опухолевых клеток и тем самым улучшение условий выполнения оперативного вмешательства. Основным недостатком предоперационной лучевой терапии является возможность ее проведения тем больным, которым такое лечение не показано, что является следствием диагностических ошибок в предоперационном стадировании опухоли.

Перед послеоперационной лучевой терапией ставится другая задача: воздействие на субклинические очаги опухоли в малом тазу, которые в последующем могут привести к образованию локо-регионарного рецидива. Главным преимуществом такого способа облучения является более точное определение той группы больных, которым оно показано, основанное на знании патологической стадии заболевания. Кроме того, при послеоперационном облучении отсутствуют факторы, которые могут оказать отрицательное влияние на заживление послеоперационных ран, а оперативное вмешательство выполняется сразу после уточнения диагноза. Показаниями для ее применения являются II-III стадии РПК, особенно те случаи заболевания, при которых имеется вовлечение или близкое расположение опухоли к латеральному краю резекции. Чем выше вероятность местного рецидива заболевания, тем больше показаний к применению лучевой терапии у таких больных. К недостаткам послеоперационной лучевой терапии относят меньшую эффективность облучения из-за нарушения оксигенации тканей в зоне операции, что требует проведения более высоких доз (не менее 50Гр). Увеличение дозы облучения, изменение анатомии тазовых органов и спаечный процесс в малом тазу после операций способствуют увеличению частоты токсических реакций и поздних лучевых осложнений (спаечная непроходимость – до 11%). Кроме того, послеоперационное облучение необходимо начинать в максимально сжатые сроки после операции (в интервале от 2 до 6 недель), что не всегда возможно из-за послеоперационных осложнений.

Благодаря нескольким рандомизированным исследованиям, проведенным в 1980-90 годы [14, 15, 19, 26, 29], стандартным подходом к лечению больных РПК в США и некоторых европейских странах длительное время являлась послеоперационная лучевая терапия. Исследование, проведенное Gastro-Intestinal Tumor Study Group, было первым рандомизированным исследованием, показавшим, что послеоперационная лучевая и химиотерапия могут улучшить выживаемость больных II-III стадиями РПК [19]. 202 больных были поделены на 4 группы:

хирургическая, операция + химиотерапия, операция + лучевая терапия, операция + химиолучевая терапия. В качестве химиопрепаратов синхронно с лучевой терапией применяли 5-фторурацил в виде внутривенной болюсной инфузии в течение первой и последней недели облучения. Доза лучевой терапии составляла 45-50Гр. Исследование закончилось преждевременно вследствие того, что были получены статистически достоверные различия между больными хирургической группы и больными, получавшими после операции химиолучевую терапию. Частота местных рецидивов и общая 5-летняя выживаемость составили соответственно 24% и 11% и 46% и 59% ($P < 0,05$). Адьювантная химиотерапия и лучевая терапия в отдельности не оказали статистически достоверного воздействия на отдаленные результаты лечения.

Следующим исследованием, целью которого было подтверждение данных, полученных GITSG, было исследование, проведенное North Central Cancer Treatment Group [29]. Основную группу составили больные II-III стадии РПК, которым в послеоперационном периоде проводили лучевую и химиотерапию (5-фторурацил в виде болюсной внутривенной инфузии). В отличие от предыдущих исследований, контрольную группу составили больные, которым проводили послеоперационную лучевую терапию, принятую как стандарт лечения таких больных. Сочетание адьювантной химиотерапии с послеоперационной лучевой терапией привело к снижению частоты рецидивов с 25% до 14% ($p < 0,05$), отдаленных метастазов с 46% до 29% ($p < 0,05$) и улучшению 5-летней выживаемости с 47% до 58% ($p < 0,05$).

На основании результатов GITSG и NCCTG в США в 1990 году послеоперационная лекарственная и лучевая терапия была признана стандартным методом лечения больных II-III стадии РПК и была рекомендована к широкому клиническому применению [37]. Последующие клинические исследования подтвердили тот факт, что лучевая терапия и химиотерапия в послеоперационном периоде способствуют снижению частоты рецидивов и улучшению 5-летней выживаемости [39]. Однако исследование, проведенное Wolmark N. с соавторами [44], показало, что основной вклад в улучшение выживаемости больных РПК после операции вносит адьювантная химиотерапия. Сочетание послеоперационной лучевой терапии в дозе 45Гр с химиотерапией первые и последние 3 дня облучения (5-фторурацил+лейковорин) никак не влияло на частоту отдаленного метастазирования и выживаемость, и лишь незначительно снижало частоту местных рецидивов (с 13% до 8%; $p=0,02$).

Большинство исследований по послеоперационной лучевой терапии были проведены в те годы, когда методика ТМЕ не имела широкого распространения, а местные рецидивы после хирургического лечения достигали 24-30%, и их снижение до 12-14% можно было считать хорошим результатом. В настоящее время хорошим результатом хирургического лечения можно считать 5-летний показатель частоты рецидивов 11-12% [21, 34, 35, 41, 42]. Показания к применению послеоперационного облучения существенно сузились, что также обуслов-

лено недостатками методики, о которых говорилось выше. Вместе с тем, в последние годы появляется все больше данных о преимуществах предоперационного режима лучевой терапии.

Опубликованы результаты трех рандомизированных исследований, сравнивших эффективность пред- и послеоперационной лучевой терапии у больных РПК (Табл. 1). В самом раннем исследовании, проведенном в Швеции в начале 1990-х годов [27, 33], сравнивали интенсивное предоперационное облучение в дозе 25Гр с послеоперационной лучевой терапией в дозе 60Гр (40Гр на весь таз и 20Гр методикой бустирования полей). При одинаковой общей 5-летней выживаемости больных предоперационное облучение было эффективнее послеоперационного по частоте местных рецидивов ($p=0,02$) и сопровождалось меньшим числом поздних лучевых реакций ($p=0,05$). В другом исследовании, проведенном NSABP, протокол R-03 [24], сравнивали эффективность одной и той же схемы лекарственного и лучевого лечения (лучевая терапия в дозе 50,4Гр + болюсное введение 5-фторурацила с лейковорином), примененной до или после оперативного лечения. Токсичность была несколько выше при предоперационном облучении, однако частота послеоперационных осложнений была одинаковой. В группе больных, которым проводили предоперационное облучение, было выполнено большее число сфинктеросохраняющих операций, однако различия не достигли статистически значимого уровня. Результаты этого исследования сложно интерпретировать из-за малого числа наблюдений.

Наиболее значимое исследование, сравнившее по различным параметрам эффективность предоперационного и послеоперационного облучения, было проведено в Германии на 799 больных [36]. Схема лечения была практически одинаковой в обеих группах: лучевую терапию до операции проводили в дозе 50,4Гр в сочетании с непрерывной инфузией 5-фторурацила с 1 по 5 и с 29 по 33 дни облучения; после операции – в той же дозе с добавлением буста в дозе 5,4Гр в сочетании инфузией 5-фторурацила. Стандартным объемом оперативного вмешательства в обеих группах была ТМЕ. Анализ результатов исследования показал, что предоперационное облучение сопровождалось меньшей токсичностью при сравнении с послеоперационным режимом. Предоперационная лучевая терапия была выполнена у 92% больных, послеоперационное облучение только у 54% ($p<0,001$), а химиотерапия – у 89% и 50% больных соответственно ($p<0,001$). Несмотря на отсутствие различий в общей выживаемости, частота местных рецидивов была достоверно ниже у больных после предоперационного облучения ($p<0,006$). При анализе частоты сфинктеросохраняющих операций у больных с низкими опухолями, которым до рандомизации планировалось выполнение экстирпации прямой кишки, было показано, что предоперационная лекарственная и лучевая терапия способствует достоверному увеличению числа сфинктеросохраняющих операций (39% и 19%, $p=0,004$). При анализе общей частоты сфинктеросохраняющих операций в целом в обеих группах ($n=799$) достоверных различий не получено.

Таким образом, результаты трех сравнительных исследований предоперационной и послеоперационной лучевой терапии показали, что при большей эффективности в отношении частоты местных рецидивов, предоперационное облучение обладает меньшей токсичностью и легче переносится больными. Следствием этих работ стала всеобщая тенденция к расширению показаний к предоперационной лучевой терапии при резектабельном РПК и уменьшению пропорции больных с послеоперационным облучением. Послеоперационное облучение во многих странах перестало быть стандартом лечения больных РПК II-III стадии, в то время как в ряде стран таким стандартом стала предоперационная лучевая терапия [25, 34, 41].

В России при лечении больных РПК традиционным предпочтение отдавалось предоперационной лучевой терапии. Радиобиологические, дозиметрические и клинические аспекты предоперационной лучевой терапии получили широкое освещение в трудах отечественных исследователей значительно ранее, чем за рубежом [1, 3, 5-13]. В многочисленных работах было показано, что оптимальным методом адьювантной лучевой терапии при резектабельном РПК является мелко-протяженное облучение в суммарной дозе 35-40Гр или биологически эквивалентное ему интенсивное крупнофракционное облучение в течение 3-5 дней в суммарной дозе 18-25Гр [11-13]. Изучение сроков оперативных вмешательств, показало, что при концентрированном облучении оптимальным является выполнение операции через 1-7 дней после окончания лучевой терапии, в то время как при пролонгированном облучении длительность перерыва в лечении должна составлять 4-8 недель [3-4].

Следует отметить, что в нашей стране рандомизированные исследования были редкостью и к настоящему времени известны результаты лишь одного рандомизированного исследования по лучевой терапии при резектабельном РПК. Оно было проведено группой авторов из Онкологического научного центра во главе с профессором Кныш В.И. [2, 7-8]. Сравнение результатов хирургического и комбинированного лечения больных с использованием предоперационного облучения в дозе 25Гр показало достоверное снижение частоты местных рецидивов с 13,7% до 8,7% соответственно и улучшение общей выживаемости больных на 13,9% при 5-летнем сроке наблюдения ($p=0,00025$).

В интервале с 1972 года по 1997 года за рубежом было проведено 18 рандомизированных исследований, в которых сравнивали результаты комбинированного и хирургического лечения при резектабельном РПК [2, 17, 18, 25]. Во всех исследованиях использовали низкие или умеренные дозы лучевой терапии (не более 40Гр в пересчете на режим классического фракционирования). В большинстве из них было показано снижение частоты местных рецидивов у больных, получавших помимо операции лучевое лечение, однако статистически достоверное улучшение 5-летней выживаемости было получено только в одном исследовании, проведенном в 1997 году в Швеции [38]. В течение 3 лет, с 1987 по 1990 год, 1168 больных, проходивших лечение

Таблица 1. Сравнение предоперационной и послеоперационной лучевой терапии

Параметры	Sweden [27, 33]	
	Предопер ЛТ	Послеопер ЛТ
Вид и доза ЛТ	ЛТ 25Гр	ЛТ 60Гр
Число больных	236	235
Токсичность 3-4 степени	-	-
Послеоперационные осложнения	-	-
Поздние лучевые реакции 3-4 степени	20%	41% (p=0,05)
Полная регрессия (pT0)	-	-
Сохранение сфинктера	-	-
5-летняя частота рецидивов	13%	22% (p=0,02)
5-летняя общая выживаемость	47%	40% (н.р.)

Параметры	NSABP-R03 [24]	
	Предопер ЛТ	Послеопер ЛТ
Вид и доза ЛТ	ХЛТ 50Гр	ХЛТ 50Гр
Число больных	130	137
Токсичность 3-4 степени	34%	23% (p=0,07)
Послеоперационные осложнения	25%	22% (н.р.)
Поздние лучевые реакции 3-4 степени	-	-
Полная регрессия (pT0)	10%	0%
Сохранение сфинктера	44%	34% (н.р.)
5-летняя частота рецидивов	-	-
5-летняя общая выживаемость	74%	66% (н.р.)

Параметры	CAO/ARO/AIO-94 [36]	
	Предопер ЛТ	Послеопер ЛТ
Вид и доза ЛТ	ХЛТ 50Гр	ХЛТ 55 Гр
Число больных	405	394
Токсичность 3-4 степени	27%	40% (p=0,001)
Послеоперационные осложнения	36%	34% (н.р.)
Поздние лучевые реакции 3-4 степени	14%	24% (p=0,01)
Полная регрессия (pT0)	8%	0% (p=0,001)
Сохранение сфинктера	69%	71%
	39%	19% (p=0,004)*
5-летняя частота рецидивов	6%	13% (p=0,006)
5-летняя общая выживаемость	76%	74% (н.р.)

Примечание: ЛТ – лучевая терапия; ХЛТ – химиолучевая терапия; н.р. – нет различий; * - подгруппа больных из 194 человек с нижнеампулярным раком прямой кишки, которым до рандомизации была назначена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

в 70 клиниках, были рандомизированы к проведению лучевой терапии с последующим хирургическим вмешательством или только к хирургическому лечению. Лучевую терапию проводили фракциями по 5Гр ежедневно в общей дозе 25Гр, а операцию выполняли в течение недели после окончания лучевой терапии. У больных с предоперационным облучением, было отмечено значительное снижение частоты местных рецидивов (27% и 12%; $p < 0,001$) и улучшение общей 5-летней выживаемости (58% и 48%; $p < 0,004$). Следует отметить, что исследователи получили достоверное снижение частоты местных рецидивов при всех стадиях заболевания, в том числе и у больных с I стадией. При этом наиболее выраженный результат был отмечен у больных с III стадией – снижение частоты рецидивов с 40 до 20% (12% и 27%; $p < 0,001$).

С 2000 по 2003 годы разными исследовательскими группами из разных стран было проведено три метаанализа [17, 18, 25], основанных на результатах исследований, проведенных в период с 1972 по 1997 годы (Табл. 2).

За некоторыми исключениями исследования, на которых был построен анализ, были одинаковыми. В результате все три ретроспективных исследования показали, что сочетание операции с предоперационной лучевой терапией снижает риск местных рецидивов и улучшает выживаемость больных РПК. Частота рецидивов после комбинированного лечения уменьшилась на 8,6% при сравнении с хирургическим лечением, тогда как общая выживаемость увеличилась лишь на 3,5% [25].

После опубликования в 1997 году результатов шведского исследования, лучевую терапию в дозе 25Гр в течение недели стали рассматривать как стандарт комбинированного лечения больных резектабельным РПК. В настоящее время этот режим облучения получил широкое распространение в ряде европейских государств, в частности в Голландии и Швеции, где он применяется у большей части больных резектабельным РПК [34, 41]. Однако все рандомизированные исследования, проведенные

до 1997 года, в том числе и шведское, обладали одним существенным недостатком: при выполнении оперативных вмешательств у подавляющего большинства была применена стандартная хирургическая техника. Вместе с тем, время требовало проведения новых исследований, в которых бы результаты хирургического лечения в объеме ТМЕ были бы сопоставлены с комбинированным лечением.

Такое исследование было проведено на рубеже столетий в Голландии [28] и включило 1861 больного. Представленные в 2007 году пятилетние результаты этого исследования [35] показали, что частота рецидивов после комбинированного лечения достоверно ниже, чем после хирургического и составила 5,8% и 11,4% соответственно ($p < 0,001$). Выживаемость больных была одинаковой в обеих группах и составила 64,3% после комбинированного и 63,5% после хирургического лечения. При анализе зависимости частоты местных рецидивов от стадии заболевания достоверные различия были выявлены только при III стадии заболевания: 10,6% и 20,6% соответственно в группе комбинированного и хирургического лечения ($p < 0,001$). При остальных стадиях частота рецидивов была фактически одинаковой. Таким образом, голландское исследование показало, что сочетание методики ТМЕ с предоперационной лучевой терапией в дозе 25Гр снижает частоту местных рецидивов у больных с III стадией РПК. Насколько целесообразно ее применение у больных со II стадией РПК в результате анализа этой работы остается неясным.

Еще одно крупное популяционное исследование проведено также в Голландии и было основано на данных канцер-регистра Амстердама [41]. Сравнили две когорты больных, проходившие лечение в 1988-1991 годах (879 больных) и 1998-2000 годах (890 больных). Основное различие между ними заключалось в том, что у большинства пациентов второй когорты применяли методику ТМЕ. Кроме того, у 46% больных второй когорты со II-III стадиями операцию сочетали с предоперационным облу-

Таблица 2. Результаты метаанализов рандомизированных исследований при резектабельном раке прямой кишки.

	Camma et al., [17]	CRCCG, [18]	Figueredo A. et al., [25]
Общая выживаемость	$p=0,03$ 0,84 (0,72, 0,98)	$p=0,34$ 0,95 (0,86, 1,06)	$p=0,019$ 0,85 (0,74, 0,97)
Местные рецидивы	$p < 0,001$ 0,49 (0,38, 0,62)	$p=0,00008$ 0,58 (0,42, 0,8)	$p=0,0029$ 0,62 (0,45, 0,85)
30-дневная послеоперационная летальность	$p=0,22$ 1,38 (0,86, 2,32)	-	$p=0,13$ 1,42 (0,90, 2,23)

Примечание: указаны обобщенные результаты, по порядку – значение p , относительный риск и доверительный интервал (в скобках).

чением в дозе 25Гр. Анализ отдаленных результатов показал, что после внедрения методики ТМЕ частота местных рецидивов снизилась с 20% до 11% ($p < 0,0001$). Проведенный авторами многофакторный анализ показал, что применение предоперационного облучения оказывало достоверное, независимое от других факторов влияние на снижение частоты местных рецидивов.

Показатель частоты рецидивов определяется многими факторами, среди которых основную роль играет стадия заболевания. По данным недавно опубликованного многоцентрового популяционного исследования [34] частота рецидивов после хирургического и комбинированного лечения РПК составила в I стадии – 3,1% и 2,7%, во II – 10,4% и 5,3%, в III – 17,4% и 10,5% соответственно. Таким образом, авторы отметили существенное снижение частоты рецидивов при использовании лучевой терапии у больных со II-III стадиями РПК.

Какие выводы можно сделать из анализа рандомизированных исследований по лучевой терапии у больных резектабельным РПК? Фактически в настоящее время мы располагаем данными только одного рандомизированного исследования, которое показало, что сочетание лучевой терапии в дозе 25Гр с операцией в объеме ТМЕ достоверно снижает частоту местных рецидивов у больных РПК III стадии [35]. Кроме того, имеются отдаленные результаты многоцентровых популяционных исследований, показавших на значительном клиническом материале снижение частоты рецидивов при применении аналогичной схемы лечения у больных со II-III стадиями заболевания [34, 41]. В настоящее время нет сведений о том, что проведение лучевой терапии перед операцией, выполняемой в объеме ТМЕ, может улучшить выживаемость больных резектабельным РПК. По мнению большинства исследователей, применение предоперационного облучения нецелесообразно у больных с I стадией РПК, 5-летняя выживаемость которых соответствует таковой в естественной популяции [22, 41]. Учитывая данные Peeters и соавторов [35], неясным остается ответ на вопрос о необходимости применения лучевой терапии у больных со II стадией.

Анализируя группу больных со II стадией, следует сказать, что это очень разнородная категория пациентов, среди которых встречаются как больные с начальной инвазией опухоли в жировую клетчатку, так и больные с инвазией опухоли в мочевой пузырь, предстательную железу, стенку таза или крестец. Если в первом случае частота местных рецидивов не превышает 10-11%, то при доказанной инвазии в смежные органы или стенку таза, она возрастает до 20% [41]. Более того, больных со II стадией также можно разделить на подгруппы по степени вероятности рецидива. Чем глубже инвазия опухоли в жировую клетчатку, тем больше вероятность местного рецидива опухоли [32, 43]. Очевидно, что чем точнее будет клинический диагноз, установленный в результате обследования перед операцией, тем более адекватным может быть объем предлагаемого больному лечения.

В предоперационной лучевой терапии резектабельного РПК остается немало нерешенных воп-

росов. Среди них и вопрос о том, какой из режимов предоперационного облучения предпочтительнее: интенсивный или пролонгированный. Концентрированное облучение может быть выполнено уже через 1 неделю после окончания лучевой терапии, тогда как пролонгированное длится 4-5 недель и вместе с последующим перерывом может занять от 2 до 3 месяцев, что у больного с резектабельной опухолью не всегда оправдано. Пролонгированный курс лучевой терапии может быть назначен больным нижеампулярным РПК в расчете на уменьшение размеров опухоли, что может способствовать увеличению расстояния от нижнего полюса опухоли до зубчатой линии и расширению возможностей хирурга в сохранении естественного замыкательного аппарата прямой кишки. О целесообразности такого подхода к лечению больных средне- и нижеампулярным РПК говорят работы ряда авторитетных зарубежных исследователей [20, 30, 35, 40].

Вместе с тем, в рандомизированном исследовании, проведенном Вујко и соавторами, концепция о влиянии пролонгированного облучения на увеличение числа сфинктеросохраняющих операций при РПК не получила подтверждения [16]. При отсутствии достоверных различий в выживаемости (67,2% и 66,2%; $p=0,960$) и частоте местных рецидивов (9,0% и 14,2%; $p=0,360$) токсичность пролонгированного режима химиолучевой терапии была достоверно выше, чем при интенсивном предоперационном облучении (3,2% и 18,2%; $p=0,001$). Сфинктеросохраняющие оперативные вмешательства были выполнены у 43,1% после интенсивного курса лучевой терапии и 48,4% после пролонгированного облучения ($p=0,350$). Следует отметить, что работа польских авторов была проведена на относительно небольшом клиническом материале и результаты, полученные ими, требуют подтверждения другими рандомизированными исследованиями.

Учитывая опыт рандомизированных исследований, в настоящее время нельзя с уверенностью говорить о том, что предоперационное облучение в какой-либо дозе может расширить показания к органосохраняющим операциям. Значительная длительность, токсичность и большая себестоимость пролонгированных режимов лучевой терапии при одинаковой эффективности делает более предпочтительным комбинированное лечение с концентрированным облучением, которое чаще применяется в клинической практике, как в нашей стране, так и за рубежом.

Таким образом, подводя итог анализу результатов рандомизированных исследований, следует сделать вывод о том, что из всех режимов лучевой терапии при лечении больных резектабельным РПК наиболее предпочтительным является интенсивное предоперационное облучение в дозе 25Гр. Кому показана лучевая терапия? В настоящее время очевидно, что у больных с I стадией РПК при технически правильно выполненных ТМЕ операциях, пятилетняя выживаемость при которых достигает 95% и сравнима с таковой в естественной популяции, нет смысла проводить предоперационное облучение. Предоперационная лучевая терапия пока-

зана всем больным с III и большинству больных со II клинической стадией, значение имеет лишь режим облучения, интенсивный или пролонгированный. Основным ориентиром для этого должна являться глубина инвазии опухоли: чем меньше расстояние от опухоли до собственной фасции прямой кишки, тем больше вероятность ее вовлечения в опухолевый процесс, тем больше вероятность рецидива заболевания. Если у больного с начальной инвазией опухоли в жировую клетчатку можно отказаться от лучевой терапии или ограничиться интенсивным предоперационным облучением, то в тех случаях, когда латеральный край по данным МРТ или СКТ до операции составляет менее 3 мм, следует проводить пролонгированную лучевую или сочетанную лучевую и химиотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Кныш В.И., Олтаржевская Н.Д. и др. Комбинированное лечение рака прямой кишки с использованием полирадиомодификации. Вопросы онкологии 2008. – Т. 54. – №3. – С. 350-353.
2. Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н. Адьювантная лучевая терапия рака прямой кишки: Анализ рандомизированных исследований. Российский онкологический журнал 2002. – №3. – С. 52-56.
3. Голдобенко Г.В.. Предоперационная лучевая терапия операбельных форм злокачественных новообразований. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Обнинск. –1981.
4. Голдобенко Г.В. Основные клинико-биологические принципы применения лучевой терапии в комбинированном лечении больных с колоректальным раком. В кн.: «Рак ободочной и прямой кишки» под ред. Кныш В.И.. М.: Медицина. – 1997. – С.48-65.
5. Дарьялова С.Л., Чиссов В.И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина. – 1993. – 256с.
6. Зыбина М.А. Диагностика и лечение рака прямой кишки. М.: Медицина, 1980, 168с.
7. Кныш В.И., Алиев Б.М., Барсуков Ю.А. Комбинированное лечение рака прямой кишки с использованием двух вариантов предоперационной концентрированной гамма-терапии. Медицинская радиология 1983. – № 5. – С. 12-17.
8. Кныш В.И., Бондарь Г.В., Алиев Б.М. и др. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки. М.: Медицина. – 1990. – 160с.
9. Мельников Р.А., Павлюк В.Д., Симбирцева Л.П. и др. Комбинированное лечение рака прямой кишки. 1983. – 216с.
10. Сабинин Е.А. Влияние сочетанной предоперационной лучевой терапии на результаты хирургического лечения рака прямой кишки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Обнинск. – 1988.
11. Сидорченков В.О. Концентрированное предоперационное облучение при комбинированном лечении рака прямой кишки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Обнинск. – 1974.
12. Симакина Е.П.. Материалы к обоснованию

предоперационной лучевой терапии рака прямой кишки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. – 1971.

13. Симбирцева Л.П., Снешко Л.И., Смирнов Н.М. Результаты комбинированного лечения больных раком прямой кишки. Вопросы онкологии 1975. – Т.21. – № 4. – С.7-12.

14. Arnaud J.P., Nordlinger B., Bosset J.F. et al. Radical surgery and postoperative radiotherapy as combined treatment in rectal cancer: Final results of a phase III study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Br. J. Surg. 1997; 84: 352-357.

15. Balslev I., Pedersen M., Teglbjaerg P.S. et al. Postoperative radiotherapy in Dukes' B and C carcinoma of the rectum and rectosigmoid: A randomized multicenter study. Cancer 1986; 58: 22-28.

16. Bujko K., Nowacki M.P., Nasierowska-Guttmejer A., Michalski W. et al. Long-term results of a randomized trial comparing preoperative short-course radiotherapy with preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. Br. J. Surg. 2006; 93: 1215-1223.

17. Camma C., Giunta M., Fiorica F. et al. Preoperative radiotherapy for respectable rectal cancer. A meta-analysis. Journal of the American Medical Association 2000; 284(8): 1008-15.

18. Colorectal Cancer Collaborative Group. Systematic overview of 8507 patients from 22 randomised trials. Lancet 2001; 358: 1291-304.

19. Gastrointestinal Tumor Study Group: Prolongation of the disease-free interval in surgically treated rectal carcinoma. NEJM 1985; 312: 1465-1472.

20. Gerard J.-P., Chapet O., Nemoz C. et al. Improved sphincter preservation in low rectal cancer with high dose preoperative radiotherapy: the Lyon R96-02 randomized trial. J. Clin. Onc. 2004; 22: 2404-2409.

21. Hansen M.H., Kjave J., Revhaug A. et al. Impact of radiotherapy on local recurrence of rectal cancer in Norway. Br. J. Surg. 2007; 94: 113-18.

22. Heald R.J., Husband E.M. and Ryall R.D.H. The mesorectum in rectal cancer surgery - the clue to pelvic recurrence? Br. J. Surg. 1982, 69: 613-616.

23. Heald R.J., Moran B.J., Ryall R.D.H. et al. The Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. Arch. Surg. 1998; 133: 894-899.

24. Hyams D.M., Mamounas E.P., Petrelli N. et al. A clinical trial to evaluate the worth of preoperative multimodality therapy in patients with operable carcinoma of rectum: a progress report of National Surgical Breast and Bowel Project a Protocol R-03. Dis. Colon Rectum 1997; 40: 131-9.

25. Figueredo A., Zuraw L., Wong R.K.S., Rumble R.B. et al. The use of preoperative radiotherapy in the management of patients with clinically respectable rectal cancer: a practice guideline. BMC Medicine 2003; 1: 1-14.

26. Fisher B., Wolmark N., Rockette H. et al.. Postoperative adjuvant chemotherapy or radiation therapy for rectal cancer: results from NSABP protocol R-01. J Nat Can Ins 1988; 80: 21-29.

27. Frykholm G.J., Glimelius B., Pahlman

- L. Preoperative or postoperative irradiation in adenocarcinoma of the rectum: final treatment results of a randomized trial and an evaluation of late secondary effects. *Dis. Colon Rectum* 1993; 35(6): 564-572.
28. Kapiteijn E. et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *NEJM* 2001; 345(9): 638-46.
29. Krook J.E., Moertel C.G., Gunderson L.L. et al. Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma. *NEJM* 1991; 324: 709-715.
30. Minsky B.D., Coia L., Haller D. et al. Treatment systems guidelines for primary rectal cancer from the 1996 patterns of care study. *Int. J. Rad. Onc. Biol. Phys.* 1998; 41: 21-27.
31. Murty M., Enker W.E. and Martz J. Current status of total mesorectal excision and autonomic nerve preservation in rectal cancer. *Sem. in Surg. Onc.* 2000; 19: 321-328.
32. Nagtegaal I.D., Marijnen C.A., Kranenbar E.K., van de Velde C.J. et al. Circumferential margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. *Am. J. Surg. Path.* 2002; 26: 350-357.
33. Pahlman L., Glimelius B. Pre or postoperative radiotherapy in rectal and rectosigmoid carcinoma. Report from a randomized multicenter trial. *Ann. Surg.* 1990; 211: 187-195.
34. Pahlman L., Bohe M., Cedermark B., Dahlberg M. et al. The Swedish rectal cancer registry. *Br. J. Surg.* 2007; 94(10): 1285-92.
35. Peeters K.C.M.J., Marijnen C.A.M., Nagtegaal I.D. et al. The TME trial after a median follow-up of 6 years. Increased local control but no survival benefit in irradiated patients with resectable rectal carcinoma. *Ann. Surg.* 2007; V. 246; 693-601.
36. Sauer R., Becker H., Hohenberger W. et al. Preoperative versus postoperative radiochemotherapy for rectal cancer. *NEJM* 2004; 351: 1731-1740.
37. Steele G.D., Augenlicht L.H., Begg C.B. et al. National Institutes of Health consensus development conference statement - adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer. *J. Am. Med. Association* 1990; 264(11): 1444-1450.
38. Swedish Rectal Cancer Trial. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. *NEJM* 1997; 336: 980-987.
39. O'Connell M.J., Martenson J.A., Wieand H.S. et al. Improving adjuvant therapy for rectal cancer by combining protracted-infusion fluorouracil with radiation therapy after curative surgery. *NEJM* 1994; 331: 502-507.
40. Valentini V., Glimelius B., Minsky B.D. et al. The multidisciplinary rectal cancer treatment: main convergences, controversial aspects and investigation areas which support the need for an European Consensus. *Radiother. Onc.* 2005; 76: 241-50.
41. Visser O., Bakx R., Zoetmulder F.A.N., Levering C.C. et al. The influence of total mesorectal excision on local recurrence and survival in rectal cancer patients: a population-based study in greater Amsterdam. *J. Surg. Onc.* 2007; 95 (6): 447 - 454.
42. Wibe A., Syse A., Andersen E., Tretli S. et al. Oncological outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum: anterior vs. abdominoperineal resection. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47(1): 48-58.
43. Willet C.G., Badizadegan K., Ancukiewicz M. and Shellito P.C. Prognostic Factors in stage T3N0 rectal cancer. Do all patients require postoperative pelvic irradiation and chemotherapy? *Dis. Colon Rectum* 1999; 42(2): 167-173.
44. Wolmark N., Wieand H.S., Hyams D.V. et al. Randomized trial of postoperative adjuvant chemotherapy with or without radiotherapy for carcinoma of the rectum: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol R-02. *J. Nat. Canc. Inst.* 2000; 92: 388-396.

НУЖНА ЛИ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»??

(комментарий по поводу исключения из номенклатуры главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития специалиста – колопроктолога, приложение к Приказу от 5 ноября 2008г. № 621)

Акад. РАМН, д.м.н., проф. Г.И. Воробьев

Приказы, как известно, не обсуждаются, но все же!

Колопроктология как медицинская специальность утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (18 февраля 1997 г. №50) взамен наименования “Проктология” в связи с окончательным, к тому времени, формированием ее содержания в России и за рубежом. Современная колопроктология — это диагностика и лечение заболеваний всей толстой (а не только прямой) кишки, анального канала и промежности, что соответствует фундаментальным основам медицины - анатомии, физиологии, патологической анатомии и патологической физиологии толстой кишки. Что касается названия специальности, то известно, что практически все медицинские специальности свое наименование основывают на латинской или греческой терминологии либо отдельного органа (пульмонология, кардиология), либо заболеваний – (онкология, ревматология). Толстая кишка (Caecum) состоит, как известно, из ободочной (Colon) и прямой кишок (Proktos), отсюда и название “колопроктология”.

Традиционно эта специальность считается хирургической, представляя собой как бы часть абдоминальной хирургии. Однако, эту точку зрения (разделяемую, к сожалению, многими специалистами, в том числе и организаторами здравоохранения) нельзя считать абсолютно правильной, точно отражающей её содержание. Хирургические вмешательства по поводу парапроктита, геморроя никак нельзя отнести к абдоминальной хирургии и, уж тем более, операции при эпителиальном копчиковом ходе или анальной трещине. Никак не абдоминальные сложнейшие операции по реконструкции тазового дна, промежности и анального жома. Именно бережное отношение к структурам таза и анального жома, в частности, постоянное стремление к минимально инвазивным вмешательствам на анальном канале и прямой кишке отличает профессионала колопроктолога от общего хирурга и общего онколога. Поэтому, колопроктологию к абдоминальной хирургии можно отнести лишь отчасти, например, внутрибрюшные операции.

Встречающиеся воспалительные заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки, требующие, казалось бы, только внебрюшинных операций, подчас бывают обусловлены воспалением всей толстой кишки, например, язвенный колит и

болезнь Крона. Хирургическое лечение таких больных только со стороны анального канала или промежности не дает эффекта, равно как и операции только из абдоминального доступа. Выход найден давно — абдоминально-перинеальный подход, что и подразумевает колопроктологию.

Успех в лечении таких заболеваний, т.е. общих и для ободочной, и для прямой кишки достигается исключительно через накопление клинического опыта диагностическими и клиническими специалистами. Опыт выполнения органосохраняющих, сфинктеросохраняющих операций (будь то геморрой, опухоли, трещины и т.п.) приобретает только при концентрации больных в соответствующих специализированных колопроктологических отделениях. К подобным общим (для толстой кишки) заболеваниям следует отнести и дивертикулярную болезнь, и хронический толстокишечный стаз, различные аномалии толстой кишки и др.

Эффективность такой концентрации особенно ярко проявилась в последние годы при лечении, например, язвенного колита. Опыт ГНЦ колопроктологии и других крупных специализированных колопроктологических отделений демонстрирует значительное снижение послеоперационных осложнений и летальности при осложненных и резистентных формах язвенного колита, главным образом, за счет приобретения собственного клинического опыта, а также тесного сотрудничества колопроктологов с терапевтами-гастроэнтерологами. Подобных результатов добиться невозможно, если общий (абдоминальный) хирург видит таких больных 1-2 раза в год, а то и реже. Навыки операций нужно нарабатывать постоянно и регулярно, но навыки нужны не только для операций, концентрация профильных больных помогает приобретению опыта и всеми диагностическими службами.

Большой удельный вес в работе любого колопроктолога занимает диагностика и лечение опухолей прямой и ободочной кишок (полипы, ворсинчатые опухоли, рак). Нужно отдать должное предвидению родоначальников профессиональной колопроктологии в России профессорам А.Н. Рыжих и А.М. Аминову, уделявшим онкологическим заболеваниям большое внимание. Достаточно упомянуть знаменитый “Атлас операций на прямой и толстой кишках” А.Н. Рыжих и работы школы А.М.Аминова по изучению диффузного полипоза толстой кишки (современное название — семейный аденоматоз

толстой кишки). В настоящее время во всем мире ежегодно регистрируется более 850000 новых случаев рака толстой кишки и более 500000 смертей от этого заболевания. В Российской Федерации, по данным акад. В.И. Чиссова, рак ободочной кишки составляет 6,4%, рак прямой кишки, ректосигмидного соединения и ануса - 4,9%, и вместе составляют 11,3% всех онкологических заболеваний, что лишь немного уступает раку трахеи, бронхов и легких — 11,8% и раку кожи — 13,4%, т.е. рак толстой кишки вышел на 3-е место, а среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта уже много лет занимает печальное первое место. Ведущее значение в лечении онкологических заболеваний толстой кишки до сих пор имеют хирургические колопроктологические вмешательства.

Таким образом, задачи, сформулированные основателями специальности «колопроктология» остаются актуальными:

- разработка и совершенствование методов лечения воспалительных и других заболеваний кишечника;

- комплексная разработка вопросов диагностики и лечения рака прямой и ободочной кишок.

Эти задачи были четко определены приказом Минздрава РСФСР при образовании в 1978 году Научно-исследовательского института проктологии. В рамках их выполнения проходила не только работа НИИ проктологии (в настоящее время Государственный научный центр колопроктологии), но и формирование специализированной медицинской колопроктологической помощи в стране.

Опыт работы ГНЦ колопроктологии и колопроктологических отделений практической медицины в течение более сорока лет подтверждает необходимость объединения знаний хирургии, онкологии и терапии толстой кишки в одной специальности — «колопроктология». При многих заболеваниях толстой кишки необходимо сочетание консервативных и оперативных методов лечения с учетом в одних случаях принципов онкологии, в других — принципов ведения больных с аутоиммунной агрессией и т.п. При этом, практически у всех больных с патологией толстой кишки возникает необходимость использовать функциональные, физиологические методы с целью контроля за адекватным кишечным и анальным держанием. Именно сохранение управляемой анальной дефекации — одна из сложнейших задач при лечении многих заболеваний прямой кишки. Выбор неадекватного метода лечения или неквалифицированное техническое выполнение операции на прямой кишке и анальном канале делают осложнения такого лечения значительно более инвалидизирующими, чем само заболевание. Последствия таких ошибок часто бывают необратимыми, особенно с учетом того обстоятельства, что пересадка анального жома пока еще никому не удалась, а результаты попыток создания искусственного жома далеки от совершенства.

Многие заболевания толстой кишки сопровождаются нарушением ее основной функции — своевременное выведение (эвакуация) остатков пищеварения. Адекватная коррекция эвакуаторных нарушений (консервативная или хирургическая)

невозможна без полноценного современного физиологического обследования. Во многих случаях без такого обследования нельзя поставить правильный диагноз и выбрать адекватный способ лечения. Примером в этом отношении являются хронический толстокишечный стаз, синдром раздраженного кишечника, мегадолохоколон, возникновение которых может быть обусловлено как кишечными, так и внекишечными причинами, органическими или функциональными нарушениями.

«Онкологическая настороженность» — не дежурная фраза для колопроктолога. Все или почти все заболевания толстой кишки являются предраковыми, а многие из них обладают столь высоким индексом малигнизации, что могут называться облигатным предраком: язвенный колит и болезнь Крона, семейный аденоматоз толстой кишки, полипы и ворсинчатые новообразования и другие. Многие колопроктологические заболевания (дивертикулез, хронический толстокишечный стаз, геморрой и др.) выявляются чаще у лиц старшего пятидесяти лет, но именно в этом возрасте возрастает риск развития рака толстой кишки. Поэтому, именно колопроктологи могут реально помочь и вторичной профилактике рака, и выявлению его на ранних стадиях. До настоящего времени больные раком толстой кишки поступают в стационары любого уровня, как правило, с запущенными стадиями. По данным ГНЦ колопроктологии такая ситуация не меняется более тридцати лет, а раннее выявление заболевания остается почти на уровне мечты как для хирургов, так и для онкологов. Нам представляется, что только широкое развитие сети амбулаторной колопроктологии в состоянии сдвинуть эту проблему с мертвой точки, так как больные с каким-либо кишечным дискомфортом (нарушение дефекации, примесь крови к стулу и др.) обращаются прежде всего либо к колопроктологам, либо к гастроэнтерологам. Само хирургическое лечение рака толстой кишки именно у колопроктологов традиционно носит не только радикальный, но и органосберегающий характер (кстати, колопроктологи при лечении рака толстой кишки все шире используют и лучевые, и химиотерапевтические методы).

Однако, несмотря на внедрение сфинктеросохраняющих операций, полностью отказаться от наложения кишечных стом не удастся не только при раке толстой кишки, но и при язвенном колите, болезни Крона, дивертикулезе и при других заболеваниях и травмах. В связи с этим, колопроктологи возглавили новое направление в реабилитологии, а именно, реабилитацию стомированных пациентов путем создания новой для России службы — кабинетов реабилитации стомированных пациентов. Москва, С.-Петербург, Рязань, Тула, Белгород, Ставрополь, Уфа, Благовещенск, Владивосток — вот далеко неполный перечень территорий, где эта служба уже создана и эффективно функционирует.

С учетом перечисленных задач строится подготовка специалиста — колопроктолога, в программу обучения которого включены вопросы колоректальной хирургии, колоректальной онкологии и колоректальной терапии. Кафедре колопроктологии Российской медицинской академии последип-

ломного образования уже более 30 лет.

Подготовка специалиста-колопроктолога проводится по программе 4-х месячной первичной специализации (профессиональной переподготовки) и в ординатуре по колопроктологии с последующим усовершенствованием по колопроктологии каждые 5 лет.

Количество времени (часов), уделяемое в этих программах вопросам заболеваний толстой кишки, значительно (в разы) превышает продолжительность занятий по данной проблеме как в ординатуре по хирургии, так и в ординатуре по онкологии и гастроэнтерологии. Количество наблюдаемых за время обучения больных и операций с патологией толстой кишки, не идет ни в какое сравнение с ординатурой по хирургии или онкологии. В то же время, отводится достаточно времени для подготовки по общим вопросам хирургии и онкологии. Специалист-колопроктолог предварительно обязательно должен пройти интернатуру по хирургии. Значительное место в обучении специалиста-колопроктолога отводится физиологии и методам физиологического обследования толстой кишки. Кроме того, в программу ординатуры по колопроктологии входит знакомство с ультразвуковыми, рентгенологическими и эндоскопическими методами обследования толстой кишки. Таким образом, подготовка врачей в ординатуре или путем первичной специализации по колопроктологии отвечает всем современным требованиям, предъявляемым к данной специальности, что позволяет им успешно работать по диагностике и лечению доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности.

Результаты работы колопроктологических отделений по разделам колоректальной хирургии, колоректальной онкологии и лечению воспалительных заболеваний кишечника свидетельствуют о высокой эффективности этой специализированной медицинской помощи. Опыт диагностики, опыт хи-

рургического лечения заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности, высокий профессионализм выполнения оперативных вмешательств в колопроктологических отделениях трудно переоценить. Колопроктологическая служба в Российской Федерации достигла мирового уровня. Отражением признания этого факта стала международная конференция по колопроктологии, прошедшая в 2008 году в г. Москве, участниками которой стали специалисты из многих европейских стран, США и Канады, а также более 800 участников из различных регионов России.

Эти достижения были получены благодаря усилиям Министерства здравоохранения по созданию (под руководством ГНЦ колопроктологии) колопроктологической службы в стране, которая к настоящему времени насчитывает 104 стационарных отделения и 823 амбулаторных кабинета. Главной стратегией работы этих специализированных отделений было и остается внедрение современных технологий с целью применения радикальных методов лечения с одновременным возможно более полным сохранением функции оперируемого органа, прежде всего, анальной дефекации и анального держания. Данная стратегия находится в полном соответствии с концепцией развития здравоохранения, разрабатываемой в настоящее время в Минздравсоцразвитии Российской Федерации. Дальнейшее совершенствование колопроктологической службы будет несомненно способствовать увеличению продолжительности жизни населения, повышению качества и доступности медицинской помощи, повышению квалификации медицинских работников и развитию медицинской науки (см. Медицинская газета №97 от 24.12. 2008г).

Ответ на вопрос, поставленный в начале статьи, совершенно очевиден каждому колопроктологу, но, по-видимому, требует пояснения другим специалистам.

Новая продукция ConvaTec

Объединяя ВОЗМОЖНОСТИ



Система "два в одном", сочетающая комфорт и простоту применения однокомпонентных калоприемников, безопасность и универсальность применения двухкомпонентных.

Новая система ESTEEM Synergy® отвечает разнообразным пожеланиям пациентов.

- Надежность, обеспеченная новой современной системой бесфланцевого соединения мешка с пластиной.
- Универсальность благодаря возможности простой и быстрой адаптации системы к требованиям, возникающим в зависимости от образа жизни пациентов.
- Комфорт гибкой низкопрофильной системы.
- Дружественный коже адгезив, обеспечивающий надежную фиксацию пластины во время многократной замены мешков.

Теперь мы можем предложить Вашим пациентам, вне зависимости от того какие калоприемники они использовали ранее, новую систему ESTEEM Synergy®, объединяющую лучшее из "обоих миров"

Телефон всероссийской бесплатной линии ConvaTec 8 800 200 80 99

понедельник - пятница 9.00-17.00 время московское
Bristol-Myers Squibb, 123001, Россия, г. Москва,
Трехпрудный пер., д. 9, стр. 15,
тел.: (495)7559267, факс: (495) 755 9262.

Esteem
synergy™

Лучшее из обоих миров

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

ESTEEM Synergy® - зарегистрированный торговый знак E.R. Squibb & Sons, L.L.C., ConvaTec имеет право использования.
©2007 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.

ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированная флавоноидная фракция

Микронизированный

Высокая клиническая эффективность благодаря

- ✓ уникальному соотношению входящих в состав флавоноидов
- ✓ микронизированной форме
- ✓ комплексному механизму действия

60
таблеток



ЭТАЛОННЫЙ
ФЛЕБОТРОПНЫЙ
ПРЕПАРАТ

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011469/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

Состав: одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (90%) – 450 мг и флавоноидов, выраженных как гесперидин (10%) – 50 мг.

Фармакотерапевтическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующим и ангиопротективным свойствами. На венозном уровне – уменьшает растяжимость вен и венозный застой. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Показания к применению:

Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности:

- ощущение тяжести в ногах;
 - боль;
 - «утренняя усталость» ног, судороги;
 - трофические нарушения.
- Симптоматическая терапия обострения геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Беременность: Эксперименты на животных не показали тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. Кормление грудью: Из-за отсутствия данных относительно экскреции препарата в молоко кормящим матерям не рекомендуется прием препарата.

Способ применения и дозы: Внутрь. Рекомендуемая доза – 2 таблетки в день: 1 таблетка – в середине дня и 1 таблетка – вечером во время приема пищи. В период обострения геморроя – 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Побочное действие: Крайне редко: желудочно-кишечные и нейровегетативные расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаборатории Серье».

Произведено «Лаборатории Серье Индастри», Франция.

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



Хронические заболевания вен

2 таблетки один раз в день

Острый геморрой

до 6 таблеток в день