



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 1 (35) 2011

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>



Стержень для стомы

Стержень для стомы Coloplast применяется для фиксации петли кишки на передней брюшной стенке при формировании петлевой кишечной стомы. Стержень проводится через предварительно подготовленное аваскулярное отверстие в брыжейке ободочной кишки. Стержень для стомы Coloplast – это простое и эффективное приспособление, разработанное совместно с ведущими хирургами различных стран.

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Coloplast разрабатывает продукты и услуги, которые облегчают жизнь людей с очень деликатным медицинским состоянием. Тесно работая с людьми, пользующимися нашей продукцией, мы находим решения, отвечающие их индивидуальным потребностям. Мы называем это - деликатный уход за здоровьем. Наш бизнес включает в себя средства ухода за стомой, урологические расходные материалы и средства для реабилитации при нарушении функции выделения, а также средства ухода за ранами и кожей. Мы работаем по всему миру, наш штат насчитывает более 7 000 сотрудников.

Coloplast зарегистрированная торговая марка Колопласт А/С, © [2010-05.]
Все права защищены Колопласт А/С, 3050 Хумлебаек, Дания.



ООО «Колопласт»
1-я Тверская-Ямская 23, стр.1
Москва, 125047, Россия
Тел.: +7 495 937 53 90
Факс: +7 495 937 53 91
E-mail: info@coloplast.ru
www.coloplast.ru

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 1 (35) 2011

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
www.gnck.ru

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.
E-mail: proctologia@mail.ru

Зав. редакцией:

Нехрикова С.В.
Тел.: (499) 199-95-58

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ № 77-14097

Индекс: 80978
для индивидуальных
подписчиков

ISSN 2073-7556

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор –
проф., д.м.н. Ю.А. ШЕЛЫГИН

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф., д.м.н. С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
чл.-кор. РАМН, проф., д.м.н. Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
проф., д.м.н. Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
проф., д.м.н. Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
проф., д.м.н. М. П. ЗАХАРАШ (Киев)
проф., д.м.н. В.Р. ИСАЕВ (Самара)
проф., д.м.н. В.Н. ИЩЕНКО (Владивосток)
проф., д.м.н. В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
проф., д.м.н. И.А. ЛАЗАРЕВ (Ростов-на-Дону)
проф., д.м.н. А.В. МУРАВЬЕВ (Ставрополь)
проф., д.м.н. В.П. ПЕТРОВ (Санкт-Петербург)
д.м.н. В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
проф., д.м.н. Ю.М. СТОЙКО (Москва)
проф., д.м.н. В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
чл.-кор. РАМН, проф., д.м.н. В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
проф., д.м.н. В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
проф., д.м.н. М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Ростов-на-Дону)
академик РАМН, проф., д.м.н. В.И. ЧИССОВ (Москва)
академик РАМН, проф., д.м.н. 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

Зайцев В.Г., Артамонова П.Ю., Эфрон А.Г.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КОЛОПРОКТО-
ЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СУБЪЕКТЕ РФ (на примере Смоленской области).....3

Кашников В.Н., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Лавриненко А.В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАВИВ 4Х ДЛЯ
РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛО-РЕКТАЛЬНОГО РАКА7

Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Троицкий А.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РАДИКАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 13

Есин В.И., Мустафин Д.Г., Мустафин Р.Д., Халов В.Ю.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ
(по материалам областного колопроктологического центра) 19

Ждановский В.В., Дарвин В.В.

ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ 24

Ионов А.Л., Смирнов А.Н., Макаров С.П., Андреев Е.С., Сулавко Я.П.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ СТЕНОЗОВ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ 28

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Андреев П.С.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА .. 31

Кашников В.Н., Михайлова Т.Л., Головенко О.В., Болихов К.В., Романов Р.И., Гусев А.В.

ТЯЖЕЛАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ
У БОЛЬНОЙ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (клиническое наблюдение) 37

Протасов А.В., Сергеев А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ Т-ОБРАЗНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ
РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы) 41

К 80-летию профессора Владимира Борисовича Александрова 50

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СУБЪЕКТЕ РФ (на примере Смоленской области).

Зайцев В.Г.¹, Артамонова П.Ю.¹, Эфрон А.Г.²

¹ ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ, г. Москва (директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шелыгин).

² МЛПУ Смоленская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленск (главный врач – В.К. Фомин.)

Проанализировано 2752 поступления колопроктологических больных в лечебные учреждения различного территориального уровня Смоленской области. Выявлена недостаточная эффективность существующей системы госпитализации при болезнях толстой кишки, анального канала и промежности и высокий процент непрофильного поступления больных на колопроктологическую койку. Обоснован переход колопроктологического отделения на более современный принцип госпитализации «на себя». Переход на этот принцип позволит повысить эффективность использования коечного фонда колопроктологических отделений и опосредованно повысит качество стационарной помощи при указанных заболеваниях.

[Ключевые слова: колопроктология, госпитализация]

2752 admissions of patients with colorectal disease to different medical care institutions of Smolensk region were recorded. Low effectiveness of existent system of hospitalization due to colorectal disease as well as high rate of misdirected admissions of patients to colorectal units was detected. The shift towards disease oriented hospitalization is urgent. These changes will improve effectiveness of case load in coloproctology unit and potentially improve results of treatment.

[Key words: coloproctology; hospitalization]

Адрес для переписки: Зайцев В.Г. ФГУ ГНЦК123423, г. Москва, ул. Саляма Адила д.2, e-mail: gnck@tsr.ru

Наряду с другими факторами эффективность использования колопроктологической койки в значительной степени определяется существующей системой госпитализации больных с различными заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности. Эта система была разработана в НИИ проктологии МЗ РФ (ныне Государственный научный центр колопроктологии Минздравсоцразвития РФ) в конце 1970-х начале 1980-х годов, до настоящего времени не претерпела каких-либо существенных изменений и нуждается в уточнении ее отдельных элементов с учетом достижения колопроктологии и задач современного здравоохранения [1-6].

Необходимость разработки и внедрения более рациональной системы госпитализации колопроктологических больных в субъекте РФ косвенным образом подтверждают данные Федеральной статистической отчетности и оперативные материа-

лы ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития. В частности, при сопоставимых данных по обращаемости к амбулаторному колопроктологу в республике Башкортостан, Белгородской и Липецкой областях занятость колопроктологической койки составила 363,1 – 366,1 дней в году, а в республике Северная Осетия – Алания и Владимирской области – 221,0 и 222,2 дня.

Исходя из сказанного, было решено провести многофакторный анализ госпитализации колопроктологических больных в стационары одной из типичных областей Центрального района Нечерноземной зоны Российской Федерации. Базой исследования явилась Смоленская область.

Цель исследования: проанализировать существующую систему госпитализации колопроктологических больных в стационары области, определить основные направления ее дальнейшего совершенствования исходя из возможностей лечебных

учреждений различного территориального уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено по четырем стационарам города Смоленска (клиническая больница скорой медицинской помощи, где функционирует областное отделение колопроктологии, городская клиническая больница №1, областной онкодиспансер, отделенческая железнодорожная больница) и по 27 ЦРБ области. Сбор материалов осуществлялся сплошным методом. За единицу наблюдения принят каждый случай госпитализации больного с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности за 2009 год. Проанализировано 2752 поступления больных с этими заболеваниями в различные лечебные учреждения области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показали полученные данные в колопроктологическое отделение было госпитализировано 38,9% больных области с болезнями толстой кишки, анального канала и промежности (Табл. 1). Каждый второй больной поступил с неопухолевыми заболеваниями дистального отдела прямой кишки, параректальной клетчатки и крестцово-копчиковой области, четверть – с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки и треть – с колоректальным раком.

По основным группам колопроктологических болезней и отдельным нозологическим формам частота госпитализации в колопроктологическое и иные отделения колебалась в большом диапазоне и имела свои особенности.

Среди госпитализированных больных колопроктологического профиля удельный вес колорек-

тального рака составил 5,1%, а частота госпитализации больных с этой патологией выглядела следующим образом: областной онкодиспансер – 26,4%, областное колопроктологическое отделение – 35,6%, городские больницы областного центра – 18,7%, ЦРБ – 19,3%. Соотношение плановой и экстренной госпитализации при колоректальном раке в больницах города составило 1:2 и в ЦРБ 1:4, т.е. в них поступило более 80% больных с острой толстокишечной непроходимостью.

Иные данные по частоте госпитализации получены в группе больных с неопухолевыми заболеваниями дистального отдела прямой кишки, параректальной клетчатки и промежности. Половина (56,8%) из них была госпитализирована в областное колопроктологическое отделение, 14,7% поступили в другие стационары города и 32,5% в ЦРБ. В структуре госпитализированных в хирургическое отделение больниц областного центра первые три места занимали хроническая анальная трещина (18,3%), геморрой (13,0%) и острое нагноение эпителиального копчикового хода (11,2%). Значительно меньше оказалась частота госпитализации при остром парапроктите (8,8%) и свищах прямой кишки (4,3%). В общей сложности в эти больницы в плановом порядке поступило 2/3 больных рассматриваемой группы.

По этой же группе больных госпитализация в ЦРБ, как правило, осуществлялась по 4-м нозологическим формам (Табл. 2). По отношению к общему числу поступлений в области с конкретной нозологической формой в лечебные учреждения такого типа находились 51,9% больных острым парапроктитом, 34,4% с острым и 29,5% хроническим нагноением эпителиального копчикового хода и 28,1% с острым и хроническим геморроем.

При анализе госпитализации больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки обращали внимание следующие

Таблица 1. Удельный вес госпитализации колопроктологических больных в колопроктологическое и иные отделения субъекта РФ в Смоленской области (2009 г.)

Группа заболеваний	Удельный вес госпитализации в отделения (%)			
	колопроктологические	хирургические	терапевтические	онкологические
Хирургические заболевания аноректальной области	55,8	44,2	–	–
Колоректальный рак	35,6	38,0	–	26,4
Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки	26,4	–	73,6	–
Удельный вес ко всем госпитализированным в стационары области	38,9	25,4	30,6	5,1

факты. При язвенном колите и болезни Крона в колопроктологическое отделение поступило 26,4% больных. В остальных случаях их госпитализация осуществлена в 3 многопрофильных стационара г. Смоленска, хирурги которых прибегали к оперативным вмешательствам в 3 раза чаще, чем в колопроктологическом отделении. При практически одинаковой клинической характеристике больных воспалительными заболеваниями толстой кишки, поступивших в специализированные и неспециализированные отделения более высокая хирургическая активность в непрофильных стационарах скорее всего была обусловлена недостаточно адекватной консервативной терапией.

Удельный вес дивертикулярной болезни среди анализируемых заболеваний составил 2,7%. Больные дивертикулярной болезнью преимущественно поступали в колопроктологическое отделение, где каждый 3-й был оперирован в экстренном или отсроченном порядке.

Структура больных с воспалительными и функциональными заболеваниями в этом отделении представлена следующим образом: язвенный колит и болезнь Крона – 15,6%, дивертикулярная болезнь – 13,5%, синдром раздраженного кишечника и хронические колиты – 70,9%.

По отношению ко всем случаям поступления анализируемой группы больных показатель госпитализации при синдроме раздраженной толстой кишки и хронических колитах равнялся 87,3%, причем диагностика и лечение указанных заболеваний преимущественно проводилась в ЦРБ. Как показали полученные данные при сверхнормативной занятости колопроктологической койки (356,7 дней) и поступлением большого числа колопрок-

тологических больных в другие стационары области непрофильная госпитализация в колопроктологическое отделение составила более 8%. В нем лечились больные с хроническим холециститом, грыжами различной локализации, язвенной болезнью, гастритом, полипами желудка, панкреатитом и рядом других заболеваний хирургического, урологического и гинекологического профиля. На обследование и лечение непрофильных больных затрачено 9,2% койко-дней. При этом обращали внимание два обстоятельства. Во-первых, по сравнению со среднероссийским показателем (20,8%) удельный вес госпитализации сельских жителей в колопроктологическое отделение был в 1,8 раза меньше и составил 11,6%. Во-вторых, в 66,8% случаев специализированная колопроктологическая помощь оказывалась жителям областного центра, что во многом объясняется недостаточным вниманием к разворачиванию кабинетов колопроктологии в районах области, где показания к госпитализации в колопроктологическое отделение определяли врачи других специальностей.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные выявили весьма низкую эффективность децентрализованной системы госпитализации больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности, что в 8% случаев послужило причиной нерационального использования колопроктологических коек. Исходя из этих данных и с учетом опыта ряда административных территорий, с нашей точки зрения, целесообразно внедрить в работу коло-

Таблица 2. Удельный вес госпитализации больных с неопухольевыми заболеваниями дистального отдела прямой кишки и перипростальной области в стационары Смоленской области 2009 г.

Нозологическая форма	отделение колопроктологии (%)	другие стационары областного центра (%)	центральные районные больницы (%)
Геморрой	58,9	13,0	28,1
Хроническая анальная трещина	81,7	18,3	–
Острый парапроктит	39,3	8,8	51,9
Свищи прямой кишки	95,7	4,3	–
Острое нагноение эпителиального копчикового хода	54,4	11,2	34,4
Хроническое нагноение эпителиального копчикового хода	70,2	–	29,8
Прочие *	66,7	12,3	21,8
Всего по группам заболеваний	56,8	10,7	32,5

* выпадение прямой кишки, пресакральная киста, анокопчиковый болевой синдром, инородные тела прямой кишки.

проктологического отделения более современный принцип госпитализации «на себя», когда изначально исключается возможность направления на специализированную койку плановых больных другого профиля. Переходу предшествует разработка комплексной среднесрочной программы по совершенствованию организации колопроктологической помощи в регионе с соответствующим пакетом документов программно-целевого характера. При их разработке следует обратить внимание на госпитализацию больных со злокачественными опухолями толстой кишки, язвенным колитом и болезнью Крона, а так же с некоторыми хроническими заболеваниями аноректальной области. Разработка программы базируется на федеральных регламентирующих документах, в которых достаточно четко освещены организационные аспекты оказания помощи при болезнях толстой кишки, анального канала и промежности (Приказ Минздравсоцразвития РФ №205 от 13.04.2007 года «О мерах по совершенствованию организации колопроктологической помощи населению Российской Федерации» и №206н от 02.04.2010 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» и др.). В разрабатываемой программе необходимо предусмотреть соответствующие условия для оказания специализированной колопроктологической помощи и качественные критерии оценки деятельности областного отделения колопроктологии.

Переход этого отделения на принцип госпитализации «на себя» будет способствовать снижению удельного веса непрофильных поступлений, повышению эффективности использования его коечного фонда и качества оказанной медицинской помощи при болезнях толстой кишки, анального канала и промежности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные следует учитывать при разработке территориальных программ дальнейшего совершенствования и развития колопроктологической помощи. В современных условиях наиболее оправдан принцип госпитализации «на себя», позволяет повысить эффективность работы колопроктологической койки и опосредованно улучшить результат лечения колопроктологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхов А.С. Обоснование принципов организации и путей совершенствования проктологической помощи». Автореферат дисс., д.м.н. М. 1982, 39 стр.
2. Афендулов С.А., Шептунов Ю.М. Особенности организации городской проктологической службы. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием под ред. Г.И. Воробьева, Г.П. Котельникова и Б.П. Жукова. Самара, 2003, 24-25.
3. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г. Основные задачи колопроктологической службы на современном этапе здравоохранения. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием под ред. Г.И. Воробьева, Г.П. Котельникова и Б.П. Жукова. Самара, 2003, 43-45.
4. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г., Халиф И.Л. Совершенствование организационных форм колопроктологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. Материалы 2-го съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, 554-557.
5. Марышев С.А., Муродян В.Ф. Организация колопроктологической службы Орловской области. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием под ред. Г.И. Воробьева, Г.П. Котельникова и Б.Н. Жукова. Самара, 2003, 93-95.
6. Судаков В.П. Колопроктологическая помощь населению Ангарского муниципального образования. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием под ред. Г.И. Воробьева, Г.П. Котельникова и Б.Н. Жукова. Самара, 2003, 131-132.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАВИВ 4Х ДЛЯ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛО-РЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кашников В.Н., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Лавриненко А.В.

ФГУ « ГНЦК» Минздравсоцразвития России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шелыгин)

Инновационный метод разделения паренхимы печени с помощью радиочастного электрода Habib 4x введен в практику в ГНЦ колопроктологии. В 2006-2010 гг. 55 пациентов [мужчины 31 (56,4%)], в возрасте от 23 до 78 лет были оперированы по поводу метастазов колоректального рака в печень. Было выполнено 33 (60,0%) сегментарных, 20 (36,4%) бисегментарных и 2 (3,6%) мультисегментарных резекции печени. Все метастазы были удалены в пределах здоровых тканей, при этом граница резекции составила 0,9 (0,5-1,2) см. При выполнении сегментарной резекции средняя кровопотеря составила $50,0 \pm 63,0$ мл, при бисегментарной – $45,0 \pm 51,0$ мл.

Периоперационной летальности не было, частота осложнений составила 3/55 (5,5%). Общая трехлетняя выживаемость составила 47,6%.

Применение метода оправдано у больных с единичными метастазами колоректального рака в печень благодаря минимальной интраоперационной кровопотере и низкому уровню послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: резекция печени; метастазы колоректального рака].;

The Innovative technique of liver parenchyma division using bipolar radiofrequency device Habib 4x has been adopted in SSC of coloproctology. Between 2006-2010 55(31-male) patients at mean age of $56 \pm 10,0$ (range 28 – 78) years were operated for colorectal cancer liver metastases. There were 33 (60,0%) segmentectomies, 20 (36,4%) bisegmentectomies and 2(3,6%) multysegmental liver resections. Resection line was tumor-free in all cases, distance of clearance was 0,9 (0,5-1,2) cm. Median intraoperative blood loss was $50,0 \pm 63,0$ ml after segmental and $45,0 \pm 51,0$ ml after bisegmental resection. There was no mortality, morbidity rate was 3/55 (5,5%). OS at 3 year was 47,6% Preliminary results of radiofrequency assisted liver resection are promising due to minimized intraoperative blood loss and postoperative morbidity

[Key words:liver resection; colorectal cancer metastases].

**Адрес для переписки: Рыбаков Е.Г. ФГУ « ГНЦК» Минздравсоцразвития России, Саляма Адиля 2, Москва 123423
e-mail: erylakov@gmail.com**

Резекция печени остается наилучшим методом лечения первичных и вторичных опухолей печени. Совершенствование техники и подходов к резекции печени за последние 2-3 десятилетия привело к снижению уровня периоперационных осложнений, однако, интраоперационная кровопотеря, желчеистечение и риск развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде по-прежнему являются сдерживающим фактором более широкого применения хирургии для лечения данного контингента больных [5, 6, 9, 11, 13]. Одной из наиболее серьезных проблем для хирургов остается интраоперационная кровопотеря, т.к. она напрямую связана с увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности [3]. На протяжении многих лет разрабатывались различные методы и при-

емы, обеспечивающие безопасную резекцию печени: управляемая гипотензия, временное пережатие печеночной артерии, т.н. прием Прингла или общая сосудистая изоляция. Предложены разнообразные методы разделения паренхимы печени: дигитоклазия, ультразвуковые диссекторы, водостуйные системы и т.д. [10]. В 2002 г. N. Habib впервые была предложена методика выполнения резекций печени с использованием радиочастотной аппаратуры [12], с помощью которой создается широкий (~2 см) коагуляционный некроз по линии резекции печени. Последняя осуществляется с помощью скальпеля практически бескровно. В данной статье приведены результаты новой техники резекции печени по поводу метастазов колоректального рака с использованием радиочастот-

ной (РЧ) энергии доставляемой с помощью электрода HAVIB 4X полученные в Государственном научном центре колопроктологии Минздравсоцразвития России

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерием отбора больных для выполнения резекции печени с помощью электрода HAVIB 4X SEALER были:

- R0 резекция прямой или ободочной кишки по поводу аденогенного рака.
- Объем планируемого вмешательства на печени 1-3 сегмента

Противопоказаниями к применению методы были множественные и/или билобарные метастазы в печень, близость метастазов к воротным сосудам или нижней полой вене, цирроз печени класса С по Child, наличие нерезектабельных внепеченочных метастазов и/или нерезектабельный местный рецидив опухоли, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.

Для определения количества, локализации и размеров метастазов в предоперационном периоде применялся спиральный компьютерный томограф PHILIPS BRILIANSE CT (Германия), а также ультразвуковой сканер PROFOCUS B&K Medical (Дания). Для интраоперационной диагностики применялся ультразвуковой сканер ESAOTE My Lab 30 CV (Италия).

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Резекцию печени осуществляли как одновременно с вмешательством на прямой или ободочной

кишке (n=37), так и в отсроченном периоде (n=18). Техника операции была стандартизирована в соответствии с авторской методикой. Первые два вмешательства на печени были выполнены автором методики – Prof. N. Habib.

Доступ к печени осуществляли через модифицированный разрез в правом подреберье. Во всех случаях выполняли интраоперационное УЗИ. Венечную и серповидную связки печени разделяли в зависимости от размера и локализации метастатических очагов (Рис. 1). До начала резекции на капсуле печени намечали предстоящую границу резекции с помощью электрокоагулятора на расстоянии не менее 1-2 см от пальпируемого или определяемого с помощью интраоперационного УЗИ края метастаза (Рис. 2). Разметка границ резекции до начала радиочастотной коагуляции является принципиально важной, поскольку в процессе коагуляции происходит сморщивание паренхимы печени, что затрудняет пальпацию краев метастаза. Помимо этого изменения ткани препятствуют визуализации метастаза с помощью УЗИ. Далее по намеченной линии осуществляли радиочастотную коагуляцию паренхимы печени с помощью биполярного электрода Habib™ 4X подключенного к генератору 1500X Rita Medical Systems, Inc. California, (США) при мощности в 100 Вт (Рис. 3).

Рассечение паренхимы печени по сформированной зоне РЧ – коагуляции выполняли с помощью скальпеля (Рис. 4), при этом дополнительных методов гемостаза (лигирование, клипирование и т.д.) или обработки раневой поверхности не применяли (Рис. 5).

В область резекции печени через отдельную контраптертуру подводили пассивный дренаж.

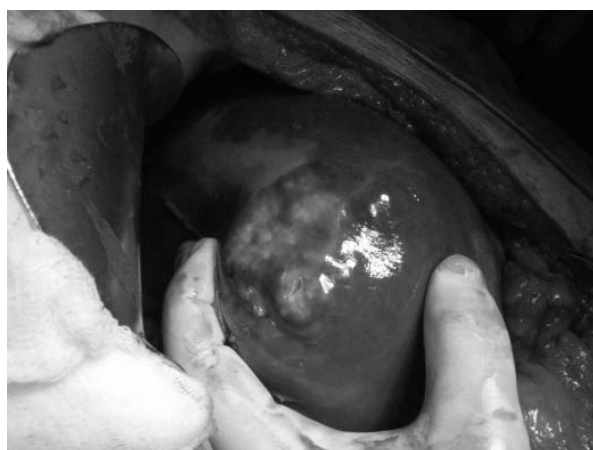


Рисунок 1. Метастаз в VII сегмент печени до 5,0 см в диаметре.



Рисунок 2. Граница резекции, намеченная с помощью электрокоагуляции.



Рисунок 3. Радиочастотная коагуляция паренхимы печени.



Рисунок 4. Рассечение паренхимы печени при помощи скальпеля.

СТАТИСТИКА

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Prism Pad Software 5.00 для Windows XP. При нормальном распределении вариационного ряда для описания использовали среднего значения и стандартного отклонения, при негауссовом распределении применяли медиану. Актуаральная выживаемость вычислялась по методу Каплана – Майера. Рассчитывали кривые общей выживаемости (от даты операции до смерти пациента) и безрецидивной выживаемости (от даты операции до появления рецидива или метастазов).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2006–2010 по данной методике было оперировано 55 пациентов, в возрасте от 23 до 78 лет ($M \pm \sigma$

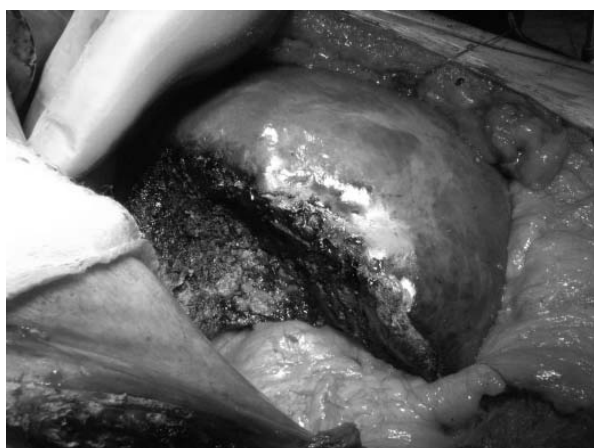


Рисунок 5. Поверхность паренхимы печени после удаления метастаза.

$56 \pm 10,0$), распределение по полу было примерно равным: мужчины 31 (56,4%), женщины 24 (43,6%). Первичная опухоль в подавляющем числе наблюдений 38 (69,1%) располагалась в прямой кишке, характеристика первичных очагов представлена в Таблице 1.

Таблица 1. Характеристика больных перенесших атипичные резекции печени

Локализация первичной опухоли	
Прямая кишка	38 (69,1%)
Ободочная кишка	17 (30,9%)
Распространение первичной опухоли	
T2	3 (5,4%)
T3	24 (43,6%)
T4	28 (51,0%)
Регионарные лимфоузлы	
N0	18 (32,7%)
N1-2	37 (67,3%)
Степень дифференцировки первичной опухоли	
G2	22 (68,7%)
G3	10 (31,2%)

В подавляющем большинстве случаев 46 (83,6%) резекции печени были выполнены по поводу синхронных метастазов КРР (Табл. 2).

Таблица 2. Характеристика метастазов КРР в печень.

Метастазы в печень	
Число	
1	28 (51,0%)
2	19 (35%)
3	4 (7,3%)
4	2 (3,6%)
5	2 (3,6%)
Распределение	
унилобарный	39 (70,9%)
билобарный	16 (29,1%)
Время возникновения	
синхронные	46 (83,6%)
метастазы	9 (16,4%)

Наиболее частыми хирургическими вмешательствами по поводу первичной опухоли были передние резекции прямой кишки (Табл. 3). При этом медиана времени необходимого для резекции прямой/ободочной кишки по поводу первичной опухоли составила 145 (50-240) минут, медиана времени вмешательства на печени (независимо от симультанного или отсроченного характера операции) – 50 (20-240) минут.

Вмешательство на печени в подавляющем числе наблюдений были ограничены одним сегментом – 33 (60,0%).

Таблица 3. Характеристика хирургических вмешательств

Операции по поводу первичной опухоли(n=55)	
БПЭ	4 (7,3%)
БАР	6 (11,0%)
НПР	12 (21,9%)
Передняя резекция или операция Гартмана	19 (34,6%)
ЛГКЭ	7 (12,7%)
ПГКЭ	5 (9,1%)
Резекция поперечно- ободочной кишки	1 (1,8%)
Колэктомия	1 (1,8%)
Операции по поводу метастазов в печени	
сегментарная резекция	33 (60,0%)
бисегментарная резекция	20 (36,4%)
мультисегментарная* резекция	2 (3,6%)

* краевые резекции не связанных друг с другом сегментов печени

Размер удаленных метастазов колебался от 0,5 см до 5,0 см ($M \pm \sigma$ 2,0 \pm 1,0 см).

Медиана продолжительности вмешательства на печени составила 50 (20-110) мин. и широко варьировала в зависимости от объема резекции. Ни у одного больного не проводилась перевязка сегментарных сосудов печени, а так же не проводилось временное пережатие воротных сосудов. У 7 больных была выполнена холецистэктомия в связи с локализацией метастазов.

При выполнении сегментарной резекции средняя кровопотеря составила 50,0 \pm 63,0 мл, а при выполнении бисегментарной резекции – 45,0 \pm 51,0 мл.

Патоморфологическое исследование удаленных препаратов показало, что все метастазы были удалены в пределах здоровых тканей, при этом граница резекции составила 0,9 (0,5-1,2) см.

Летальности отмечено не было. В послеоперационном периоде у 26 (47,3%) пациентов отмечена длительная фебрильная лихорадка, вероятно связанная со спецификой РЧ- ассистированной резек-

ции печени.

Послеоперационные осложнения возникли у трех пациентов (5,4%). В одном случае послеоперационный период осложнился билемой, в другом, гематомой, потребовавших чрезкожного дренирования под контролем УЗИ. Еще у одного пациента, в послеоперационном периоде сформировался абсцесс в области резекции печени, потребовавший повторного вмешательства в объеме дренирования. Таким образом, частота осложнений составила 3/55 (5,5%).

У всех больных в послеоперационном периоде проведен курс адъювантной химиотерапии по схемам XELOX или FOLFOX4.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 51 больного. Сроки прослеженности составили от 6 до 38 месяцев, медиана прослеженности составила 18,0 \pm 5,8 мес. За время наблюдения у 29 (56,9%) пациентов по данным комплексного обследования, включающего СКГ с внутривенным усилением, УЗИ и РЭА, возврата заболевания не выявлено.

Признаки возврата заболевания обнаружены у 22 пациентов. При этом только у одного пациента обнаружены метастатические очаги в зоне резекции. У 7 из них на фоне системной химиотерапии наблюдается стабилизация процесса, а 15 погибли от основного заболевания. Трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 20,4 %. (Рис. 6).

При этом трехлетняя общая выживаемость составила 47,6% (Рис. 7).

ОБСУЖДЕНИЕ

Интраоперационная кровопотеря была и остается фактором напрямую связанным с увеличением числа послеоперационных осложнений и летальности. Предложенный метод резекции печени с применением радиочастотного электрода позволяет значительно снизить кровопотерю. Так, авторы метода отмечают, что в группе из 62 больных пациентов средняя кровопотеря, связанная с этапом разделения паренхимы печени, составила 75 мл [3, 12]. Следует отметить, что и в нашей серии из 55 больных она составила 50,0 \pm 63,0 мл при сегментарной и 45,0 \pm 51,0 мл при бисегментарной резекции. Это существенно меньше, чем кровопотеря в сериях пациентов оперированных “традиционными” методами. Так, при выполнении экономных резекций по данным Патютко Ю.И. средний объем кровопотери составил 965,4 мл [2].

Другим достоинством РЧ-ассистированной резекции печени является возможность выполнения неанатомических экономных вмешательств, в том

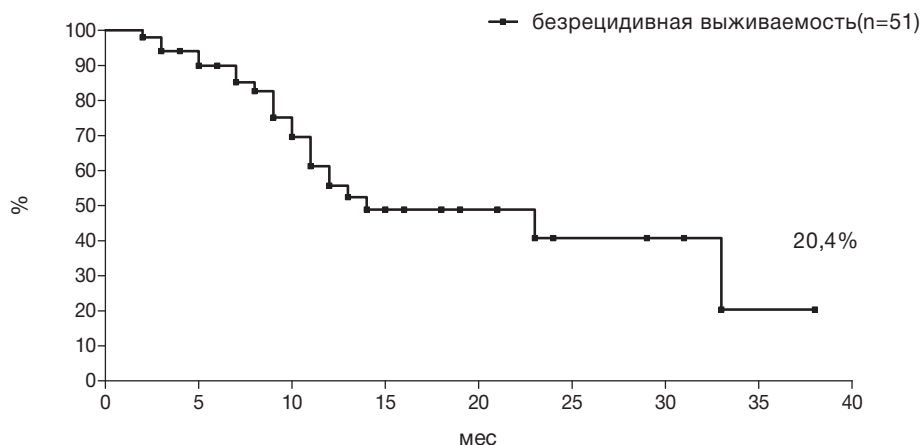


Рисунок 6. Безрецидивная выживаемость больных.

числе метастазэктомий из различных сегментов печени, не прибегая к обработке воротных сосудов. Так, по данным Ауав А. с введением метода РЧ-ассистированной резекции печени частота обширных резекций Hammersmith Hospital в Лондоне (клиника, где был апробирован метод РЧ-ассистированных резекций) сократилась с 64% до 20% [3]. При этом, большинство авторов [4, 7, 10] подтверждают отсутствие различий между анатомическими и неанатомическими резекциями печени в отношении онкологических результатов лечения. Учитывая тот факт, что все чаще резекциям печени предшествует проведение неоадьювантной химиотерапии, в том числе и при первично резектабельных метастазах колоректального рака [8], сохранение не менее 40% паренхимы печени является непереносимым условием, позволяющим избежать развития послеоперационной печеночной недостаточности. С другой стороны, выполнение анатомических сегментарных резек-

ций является сложным, трудоемким вмешательством, более того, несмотря на меньший объем удаляемой паренхимы печени, кровопотеря сопоставима или даже превышает таковую при выполнении гемигепатэктомий [1].

К несомненным достоинствам РЧ-ассистированной резекции печени следует отнести и формирование зоны коагуляционного некроза по линии резекции. Образование этой зоны дополнительным образом обеспечивает чистоту границы резекции, если она проходит вблизи опухоли. В тоже время “заваривание” мелких кровеносных сосудов и желчных протоков снижает вероятность отсроченных желче- и кровотечений, о чем свидетельствуют и результаты нашего исследования (по одному случаю гематомы и биломы на 55 больных).

Конечно, метод имеет свои ограничения, основным из которых является невозможность применения электрода Habib TM 4X вблизи ворот печени или полой вены, однако, в сочетании с анатомиче-

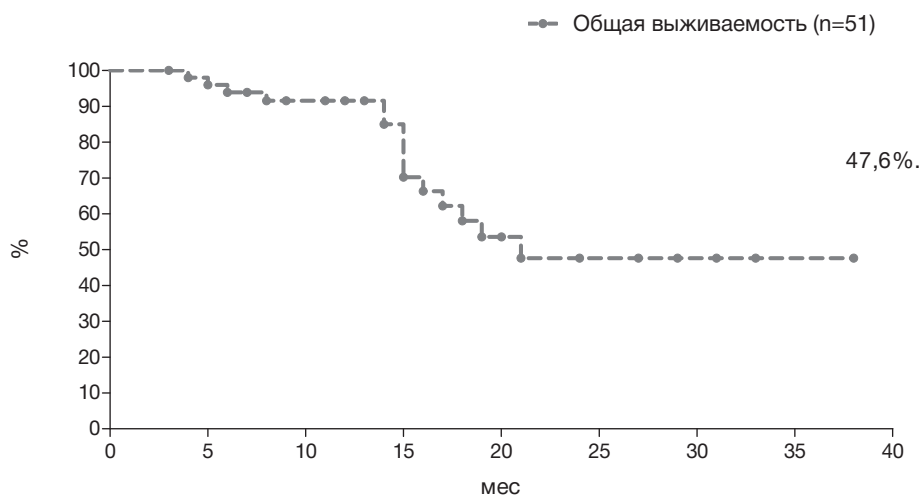


Рисунок 7. Общая выживаемость больных

ским подходом (перевязка магистральных сосудов до начала разделения паренхимы) применение РЧ электрода также может дать преимущества по сравнению с традиционными методами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод РЧ-ассистированной резекции печени безопасен, связан с низким уровнем интраоперационной кровопотери и послеоперационных осложнений, что делает его привлекательной альтернативой традиционным резекциям. Выполнение экономных вмешательств на печени по поводу метастазов колоректального рака позволяет достичь 47% трехлетней общей выживаемости и оправдано с онкологической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнеvский В. А. Ефанов М. Г. Икрамов Р. З. и соавт. Способ воротного доступа к сосудисто-секреторным элементам при анатомических сегментарных резекциях печени. *Хирургия* 2008; 9:33-40
2. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н., Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. *Русский медицинский журнал*, 2009, 17; № 13: 385.
3. Ayav A, Jiao L, Dickinson R, Nicholls J, et al. Liver resection with a new multiprobe bipolar radiofrequency device *Arch Surg*. 2008;143(4):396-401.
4. Belli G., D'Agostino A., Ciciliano F. et al. Liver resection for hepatic metastases: 15 years of experience. *J. Hepatobiliary Pancreat Surg.*, 2002; 9(5):607-613.
5. Bismuth H. Major hepatic resection under total vascular exclusion. *Ann Surg* 1989; 210:13-19.
6. Hansen PD, Isla AM, Habib NA. Liver resection using total vascular exclusion, scalpel division of the parenchyma and a simple compression technique for haemostasis and biliary control. *J Gastrointest Surg* 1999; 3:537-542.
7. Kokudo N., Tada K., Seki M., et al. Anatomical major resection versus nonanatomical limited resection for liver metastases from colorectal carcinoma. *Am. J. Surg.* 2001 Feb; 181(2):153-159.
8. Nordlinger B, Sorbye H, Glimelius et al Perioperative chemotherapy with FOLFOX4 and surgery versus surgery alone for resectable liver metastases from colorectal cancer (EORTC Intergroup trial 40983): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2008 371(9617):1007-16.
9. Nuzzo G, Guiliante F, Giovanni I, et al. Hepatic resections in normothermic ischemia. *Surgery* 1996; 120:852-858.
10. Simmonds P.C., Primrose J.N., Rees M. et al. Surgical resection of hepatic metastases from colorectal cancer: a systematic review of published studies. *Br. J. Cancer.*, 2006 Apr 10;94(7):982-999.
11. Tranberg KG, Rigotti P, Brackett KA, et al. Liver resection. A comparison using Nd-YAG laser, an ultrasonic surgical aspirator, or blunt dissection. *Am J Surg* 1986; 151:368-373.
12. Weber J., Navarra G., Habib N. A. et al. New Technique for Liver Resection Using Heat Coagulative Necrosis. *Ann. Surg.*, 2002 November; 236(5): 560-563.
13. Yamamoto Y, Ikai I, Kume M, et al. New technique for hepatic parenchymal resection using a Cavitron ultrasonic surgical aspirator and bipolar cautery equipped with a channel for water dripping. *World J Surg* 1999; 23:1032-1037.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РАДИКАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Троицкий А.А.

ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, Москва.
(директор – академик РАМН, проф. В.И.Чиссов)

Одним из наиболее значимых факторов в развитии местного рецидива рака прямой кишки является латеральное распространение опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 112 пациентов, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу аденогенного рака прямой кишки в период с 2006 по 2009 год.

Макроскопическую оценку качества выполнения тотальной мезоректумэктомии проводили с использованием критериев, предложенных P. Quirk. Для определения радикальности проведенного оперативного вмешательства исследовали дистальный, проксимальный и циркулярный края резекции (CRM). Обнаружение опухоли на расстоянии 1 мм и менее, включая метастазы в лимфатических узлах, расценивали как положительный край резекции (CRM+).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Вероятность CRM+ значительно выше в группе пациентов с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов, при увеличении уровня опухолевой инвазии. Риск выполнения R1 резекции значительно возрастает у больных, которым качество TME было оценено как Grade 1. Вид проведенного лечения, тип оперативного вмешательства, а так же расстояние опухоли от ануса не оказывали статистически значимого влияния. В течение первых трех лет наблюдения в группе пациентов с CRM- нами не было выявлено развитие местного рецидива, в то время как в группе с CRM+ местный рецидив был диагностирован в 4 (10%) наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Положительная CRM является определяющим фактором в отношении вероятности развития рецидива рака прямой кишки.

[Ключевые слова рак прямой кишки, тотальная мезоректумэктомия, циркулярный край резекции].

Lateral tumor spread is the most important factor in terms of local recurrence of rectal carcinoma.

MATERIAL AND METHODS: Between 2006-2009 112 patients operated for rectal carcinoma at Herzen's Moscow Research Oncology Institute were included into prospective study. The quality of total mesorectum excision (TME) was assessed in accordance to P. Quirk. Distal, proximal and circumferential resection margins (CRM) were checked for tumor clearance. Presence of tumor and/or positive lymphnode at 1 mm or less from CRM was regarded as positive (+CRM)

RESULTS: A probability of CRM+ dramatically increases in patients with lymphnode metastases or deep tumor invasion. The risk of R1 resection increases if TME assessed as Grade 1. The kind of treatment or operation, as well as the distance of tumor from dentate line has no statistically significant impact. At three year follow up no local recurrence developed in patients with CRM-, while 4 (10%) of cases with CRM+ resulted in local failure.

CONCLUSION: Positive CRM is a determining factor in terms of local recurrence of rectal carcinoma.

[Key word: rectal carcinoma; total mesorectum excision; circular resection margin]

Адрес для переписки: Троицкий Алексей Александрович ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, 2-й Боткинский проезд, д. 3, Москва, 125284, e-mail: alpro2000@mail.ru

Хирургическое вмешательство до настоящего времени остается методом выбора при раке прямой кишки (РПК). Основной задачей, стоящей перед хирургом, является максимально полное удаление опухоли и предупреждение развития местного рецидива.

Одним из первых критериев адекватности выполненного хирургического вмешательства являлось оценка проксимального и дистального краев резекции. Так, если раньше считалось, что чем больше отступ, то тем более радикально выполнена операция, то в настоящее время значительно изменены

рекомендации к величине проксимального и дистального отступов. Результаты исследований, изучавших распространение опухоли прямой кишки в дистальном направлении, показали, что величина адекватного дистального отступа может быть значительно уменьшена. В настоящее время, в большинстве случаев РПК, достаточным считается двухсантиметровый отступ. Результаты крупного голландского исследования показали, что частота опухолевого поражения дистального края резекции составляет менее 2%, а частота возникновения местного рецидива статистически достоверно не отличалась при величине дистальной линии резекции менее 2,0 см и по сравнению с пятисантиметровым отступом. Для опухолей, расположенных в пределах стенки кишки (pT1-T2), дистальный отступ может составлять до 1,0 см, что позволило значительно расширить возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций [2, 8].

В начале 1980-х годов R. Heald и соавт. была предложена методика тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), применение которой способствовало значительному снижению частоты местного рецидивирования при РПК. Концепция ТМЕ основана на том, что возникновение местного возврата заболевания обусловлено наличием остаточной опухоли в не полностью удаляемой при обычной методике параректальной клетчатке. В связи с этим, полное удаление мезоректум и сохранение фасциального футляра (качество ТМЕ), являются решающими факторами в предупреждении развития локорегионарного рецидива [3, 4, 5]. С внедрением данной методики особое значение стало придаваться морфологическому контролю объема удаленной мезоректальной клетчатки и исследованию циркулярного (латерального) края резекции (CRM).

Циркулярный край резекции представляет собой только хирургически мобилизованную неперионизированную поверхность мезоректум. При сохранении фасциального футляра им является собственная фасция прямой кишки, а при повреждении фасции – вся поверхность мезоректальной клетчатки. При экстирпации прямой кишки с резекцией прилежащих органов при врастании в них опухоли (влагалище, семенные пузырьки, крестец и пр.) латеральным краем является вся циркулярная поверхность удаленного препарата. Наличие элементов опухоли непосредственно в циркулярном крае резекции, либо вблизи него (на расстоянии 1-2 мм) значительно повышает риск развития местного рецидива и расценивается как положительный CRM [5, 7, 8]. Другим не менее важным критерием характера выполненного оперативного вмешательства является «хирургиче-

ский клиренс»: минимальное расстояние от края опухоли на участке ее максимальной инвазии до границы резекции. Его величина наравне с наличием или отсутствием опухоли в циркулярном крае резекции служит важным показателем качества выполнения мезоректумэктомии и радикальности хирургического лечения, определяя прогноз развития местного рецидива, отдаленного метастазирования и продолжительности жизни у больных РПК [4, 7, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 112 пациентов, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2006 по 2009 год с гистологически верифицированным аденогенным раком прямой кишки и локализацией дистального полюса опухоли на расстоянии не более 15 см от аноректальной линии.

В группу исследования вошли 60 (53,6%) женщин и 52 (46,4%) мужчины в возрасте от 31 года до 84 лет (средний возраст $59,9 \pm 10,9$). В 48 (42,9%) наблюдениях опухоль локализовалась в нижеампулярном, в 47 (42,0%) – в среднеампулярном и у 17 (15,1%) больных – в верхнеампулярном отделе прямой кишки. Всем больным проводились различные виды оперативного вмешательства с обязательным выполнением ТМЕ. Сфинктеросохраняющие операции выполнены 79 (70,5%) пациентам: низкая передняя резекция 58 (51,8%), брюшно-анальная резекция прямой кишки 17 (15,2%) и операция Гартмана 4 (3,4%) больным. Отдаленные метастазы на момент операции имелись у 20 больных (17,9%). Медиана наблюдения в исследуемой группе составила 19 месяцев (от 3 до 47 мес.). Послеоперационная летальность составила 0,9% (1 пациент).

Морфологическое исследование удаленных препаратов проводилось по принятой в отделении патологической анатомии методике [1]. Макроскопическую оценку качества выполнения ТМЕ проводили с использованием критериев, предложенных P.Quirk [9, 10]. Для определения радикальности проведенного оперативного вмешательства исследовали дистальный, проксимальный и циркулярный края резекции. В соответствии с принятыми критериями обнаружение опухоли в крае или вблизи циркулярного края резекции (на расстоянии 1 мм и менее), включая метастазы в лимфатических узлах, расценивали как положительный край резекции (CRM+).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статисти-

ческих программ SPSS 17.0 и Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 34(30,4%) наблюдениях опухоль располагалась на переднебоковых стенках прямой кишки, в 33(29,5%) – на заднебоковых стенках, и в 45 (40,1%) носила циркулярный характер. Опухоль размером 5,0 см и более определялась в 48 (42,8%) наблюдениях, менее 5,0 см – в 64 (57,2%). Средний размер составил $5,2 \pm 2,2$ см. В 10 (8,9%) наблюдениях опухоль определялась в пределах подслизистого слоя стенки кишки (pT1). В 14 (12,5%) случаях отмечалась инвазия опухоли в мышечный слой (pT2). Распространение в мезоректальную клетчатку (pT3) отмечено в 66 случаях (58,9%). Вовлечение брюшины или смежных органов (pT4) имелось у 22 больных (19,7%). Во всех наблюдениях опухоль имела строение аденокарциномы: в 66 (58,9%) – умеренно дифференцированной, в 23 (20,5%) – высокодифференцированной и в 23 (20,5%) – низкодифференцированной. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было выявлено у 55 (49,1%) больных. В соответствии с использованными критериями в 55 (49,1%) случаях качество ТМЕ при макроскопическом изучении удаленного препарата было оценено как хорошее (Grade 3), в 37 (33,0%) – как удовлетворительное (Grade 2) и в 20 (17,9%) – как неудовлетворительное (Grade 1).

В исследованной группе проксимальный край резекции был интактным во всех наблюдениях. Величина дистального отступа варьировала от 1,0 до 11,0 см, средняя величина составила $34,7 \pm 7,5$ мм. Только в одном из 112 наблюдений (0,9%) при брюшно-анальной резекции кишки выявлены комплексы опухоли в дистальном крае резекции в виде опухолевых депозитов в пределах стенки кишки на расстоянии 13 мм от нижней границы опухоли при уровне ее инвазии pT2. Во всех остальных наблюдениях, независимо от величины дистального отступа и глубины инвазии опухоли, дистальный край резекции был интактным.

При морфологическом исследовании положительный циркулярный край резекции (CRM+) был выявлен в 40 (35,7%) удаленном препарате: в 20 наблюдениях при выполнении сфинктеросохраняющих операций и в 20 – при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Величина хирургического клиренса в исследованной группе колебалась от 0 до 20 мм. Средняя величина составила $7,75 \pm 4,6$ мм. При этом средний хирургический клиренс в группе pT1-T2 составил 12,5 мм, а в груп-

пе pT3-pT4 – 3,1 мм, т.е. закономерно уменьшался с увеличением распространенности опухолевого процесса в мезоректальную клетчатку.

Поскольку радикальность хирургического вмешательства при РПК в наибольшей степени зависит от распространенности опухолевого процесса и хирургической техники выполнения ТМЕ, мы провели анализ влияния основных факторов (распространенность опухолевого процесса, вид и качество оперативного вмешательства) на статус циркулярного края резекции.

В группе больных, у которых опухоль располагалась в пределах стенки кишки (pT1-T2), циркулярный край резекции был интактным во всех наблюдениях независимо от качества хирургического вмешательства. При инвазии опухоли за пределы стенки кишки положительный латеральный край резекции (CRM+) был обнаружен у 25 (37,9%) пациентов при глубине инвазии pT3, и у 15 (68,2%) пациентов при уровне инвазии pT4. Выявленные различия между группами зависимости CRM-статуса от уровня опухолевой инвазии были статистически значимыми ($p < 0,001$, критерий U Манна-Уитни) (Табл. 1).

Таблица 1. Зависимость CRM-статуса от уровня опухолевой инвазии (pT).

CRM-статус	pT1 (%) (n=10)	pT2 (%) (n=14)	pT3 (%) (n=66)	pT4 (%) (n=22)
CRM(+)	нет	нет	25 (37,9%)	15 (68,2%)
CRM(-)	10	14	41 (62,1%)	7 (31,8%)

Вовлечение циркулярного края резекции было отмечено только при наличии глубокой (более 5 мм) опухолевой инвазии в параректальную клетчатку и в большинстве случаев (34–85%) было обусловлено наличием опухолевых очагов (прямое врастание и/или в виде опухолевых депозитов) по краю либо на расстоянии ≤ 1 мм от CRM.

Размер опухоли также оказывал значимое влияние на частоту вовлечения CRM. Положительный циркулярный край резекции достоверно чаще встречался при большом (более 5,0 см.) диаметре опухоли ($p < 0,01$, критерий U Манна-Уитни).

В исследуемой группе метастазы в регионарные лимфатические узлы были выявлены в 55 (49,1%) наблюдениях. Вовлечение циркулярного края резекции (CRM+) при метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов отмечалось значительно чаще – 31 (56,4%), чем в группе с интактными лимфатическими узлами – 9 (15,8%). Напротив, отрицательный латеральный край резекции (CRM-) чаще был зафиксирован в группе (N-) – 48 (84,2%) наблюдений, по сравнению с пациентами с (N+) – 24 (43,6%).

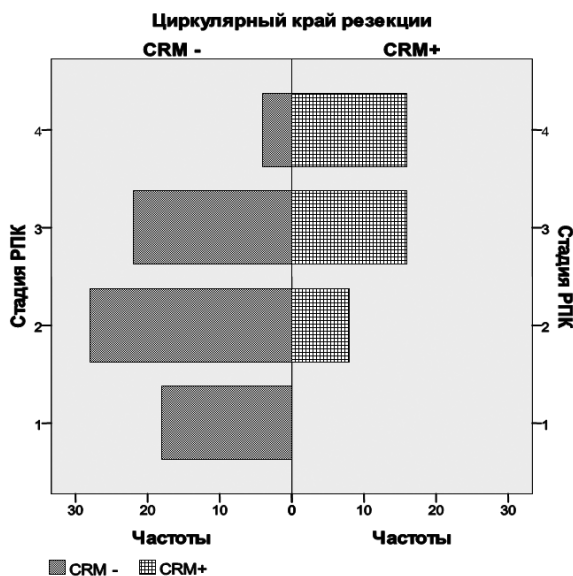


Рисунок 1. Зависимость CRM-статуса от степени поражения лимфатических узлов

Таким образом, между группами пациентов с положительным и отрицательным краем резекции в зависимости от метастатического поражения регионарных лимфатических узлов имеется статистически значимая связь ($p < 0,001$, точный критерий Фишера) (Рис. 1).

При анализе зависимости CRM-статуса от клинической стадии РПК были получены следующие результаты. При первой стадии опухолевого процесса вовлечения латерального края резекции выявлено не было. Положительный циркулярный край резекции (CRM+) был диагностирован в 8 (22,2%) наблюдениях при II стадии рака прямой кишки, в 16 (42,1%) при III стадии и в 16 (80,0%) при IV стадии. Выявленные различия между группами с CRM+ и CRM- в зависимости от клинической стадии опухолевого процесса были статистически значимыми ($p < 0,001$, критерий U Манна-Уитни). (Рис. 2).

Локализация опухоли, вид и качество оперативного вмешательства являются взаимосвязанными факторами, однако их влияние на CRM- статус оказалось различным. Вовлечение циркулярного края резекции (CRM+) при выполнении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки отмечалось значительно чаще, по сравнению со сфинктерсохраняющими операциями (Табл. 2). Полученные различия между группами в зависимости от типа выполненного оперативного вмешательства и CRM-статуса являются статистически значимыми ($p < 0,001$, точный критерий Фишера).

Таблица 2. Зависимость CRM-статуса от вида оперативного вмешательства.

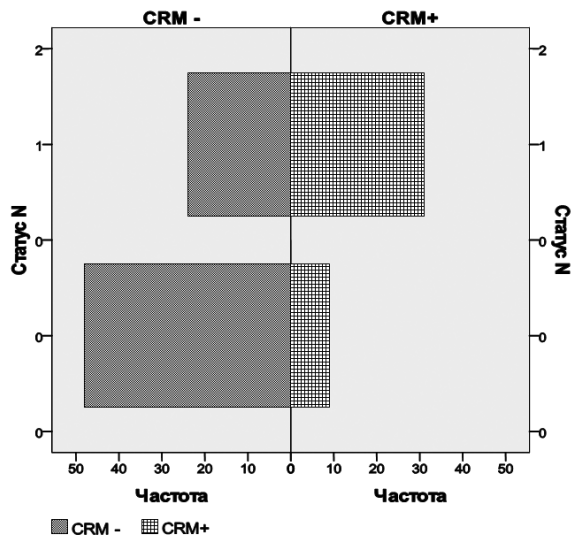


Рисунок 2. Зависимость CRM-статуса от стадии опухолевого процесса

CRM	БПЭ (n=33)	Сфинктер сохраняющие операции (n=79)
CRM(+)	20 (60,6%)	20 (25,3%)
CRM(-)	13 (39,4%)	59 (74,7%)

Следует отметить, что при сравнении частоты вовлечения циркулярного края резекции в группах хирургического (41,4%) и комбинированного лечения (26,2%) не было выявлено статистически значимого различия между группами ($p = 0,432$, точный критерий Фишера).

При расположении опухоли прямой кишки на расстоянии от 10 см до 15 см от ануса положительный циркулярный край резекции был диагностирован лишь в 3 (17,6%) наблюдениях. В 14 случаях (82,4%) латеральный край резекции оставался интактным. При локализации опухолевого процесса в средне- и нижеампулярном отделах прямой кишки, распределение пациентов в зависимости от CRM-статуса составило 16 (30,0%) и 31 (70,0%), а также 21 (43,8%) и 26 (56,2%), соответственно. Статистически значимых различий в анализируемых группах в зависимости от уровня расположения опухоли от ануса не выявлено ($p = 0,075$ критерий U Манна-Уитни) (табл.3).

Таблица 3. Зависимость CRM-статуса от уровня расположения опухоли

Расстояние от ануса	CRM-статус	
	CRM +	CRM -
0 – 5 см (n=48)	21 (43,8%)	26 (56,2%)
5,1-10 см (n=47)	16 (30,0%)	31 (70,0%)
10,1- 15 см (n=17)	3 (17,6%)	14 (82,4%)

Качество мезоректумэктомии оказывает суще-

ственное влияние на радикальность оперативного вмешательства. Выполнение ТМЕ в плоскости мезоректум с повреждением фасциального футляра, а также глубокое проникновение в параректальную клетчатку с достижением стенки кишки или ее повреждением, значительно повышают риск обнаружения элементов опухоли по латеральному краю резекции. В исследованной группе при неудовлетворительном качестве ТМЕ (Grade 1), частота положительного циркулярного края отмечалась значительно чаще. Вовлечение циркулярного края резекции было диагностировано в 14 (70,0%) наблюдениях, отрицательный CRM – в 6 (30,0%). При удовлетворительном качестве (Grade 2) этот показатель составил 12 (32,4%) и 25 (67,6%) соответственно. При выполнении мезоректумэктомии с сохранением фасциального футляра (Grade 3) вовлечение CRM было отмечено в 14 (25,5%) наблюдениях. В 41 (74,5%) наблюдениях CRM был интактным (Табл. 4). Выявленные различия между группами с положительным и отрицательным циркулярным краем резекции в зависимости от качества выполнения тотальной мезоректумэктомии были статистически значимыми ($p=0.003$ критерий U Манна-Уитни).

Таблица 4. Зависимость CRM-статуса от качества ТМЕ.

CRM	Grade TME		
	Grade 1 (n=20)	Grade 2 (n=37)	Grade 3 (n=55)
CRM(+)	14 (70.0%)	12 (32.4%)	14 (25.5%)
CRM(-)	6 (30.0%)	25 (67.6%)	41 (74.5%)

В результате проведенного многофакторного анализа было выявлено, что вероятность положительного циркулярного края резекции (CRM+) была значительно выше в группе пациентов с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов ($p<0.001$; OR=7,43; 95% ДИ 2,46–22,47), при увеличении уровня опухолевой инвазии ($p=0.030$; OR=3,26; 95% ДИ 1,12–9,48) (Табл. 5). Риск выполнения микроскопически нерадикального хирургического вмешательства (R1) значительно возрастает в группе больных, у которых качество ТМЕ было оценено как Grade 1 (неполная мезоректумэктомия) по сравнению с хорошим качеством ТМЕ – Grade 3 ($p<0.001$; OR=15,26; 95% ДИ 3,32–70,2). Вместе с тем, как показали результаты многофакторного анализа, вид проведенного лечения, тип оперативного вмешательства, а так же расстояние опухоли от ануса не оказывали статистически значимого влияния на риск возникновения положительного циркулярного края резекции при выполнении ТМЕ.

Таблица 5. Многофакторный анализ независимых прогностических факторов, влияющих на статус циркулярного края резекции (CRM+).

Морфологические факторы	OR	95% ДИ	P
Регионарные л\у			
N –	1,00		
N +	7,43	2,46–22,47	P<0,001
Уровень опухолевой инвазии			
T1/T2	1,00	1,12–9,48	P=0,030
T3/T4	3,26		
Качество ТМЕ			
Grade 3	1,00		
Grade 2	1,47	0,51–4,27	P=0,48
Grade 1	15,26	3,32–70,2	P<0,001

Отдаленные результаты прослежены во всех наблюдениях. В течение первых трех лет наблюдения в группе пациентов с отрицательным циркулярным краем резекции (CRM-) нами не было выявлено развитие местного рецидива, в то время как в группе с положительным краем резекции (CRM+), местный рецидив был диагностирован в 4 (10%) наблюдениях: в одном при выполнении низкой передней резекции и трех – при экстирпации прямой кишки. При этом качество ТМЕ в двух случаях было расценено как неудовлетворительное. У всех больных CRM+ был обусловлен глубокой инвазией опухоли в параректальную клетчатку, причем в двух из них с врастанием в собственную фасцию кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватная оценка радикальности хирургического вмешательства при РПК в настоящее время требует обязательного морфологического исследования циркулярного края резекции. Циркулярный край резекции является наиболее важным прогностическим фактором развития местного рецидива при РПК. Наибольшее влияние на CRM-статус оказывают глубина инвазии опухоли, метастатическое поражение лимфатических узлов и качество хирургического вмешательства. При хорошем качестве ТМЕ состояние циркулярного края резекции имеет решающее значение в определении риска развития местного рецидива.

ЛИТЕРАТУРА

1. Франк Г.А., Белоус Т.А., Майновская О.А. и соавт. Методика морфологического исследования

- рака прямой кишки. – Москва. – 2009. – 11 с.
2. Compton C.C, Greene F.L. The Staging of Colorectal Cancer: 2004 and Beyond. *CA Cancer J Clin.* – 2004 – Vol. 54. – P. 295 – 308.
 3. Heald R.J, Husband E.M, Ryall R.D. The mesorectum in rectal cancer surgery: the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg.* – 1982. Vol. 69. – P.613 – 616.
 4. Heald R.J, Ryall R.D. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet.* – 1986. – Vol. 1 – P. 1479 – 82.
 5. Heald R.J, Moran B.J, Ryall R.D, et al. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. *Arch. Surg.* – 1998. – Vol. 133. – P. 894 – 899.
 6. Hermanek P., Junginger T. The circumferential resection margin in rectal carcinoma surgery. *Tech. Coloproctol.* – 2005. – Vol. 9. – P. 193 – 199.
 7. Nagtegaal I.D, Marijnen C.A, Kranenbarg E.K, 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. Pathol.* – 2002. – Vol. 26. – P. 350 – 357.
 8. Parfitt J.R., Driman D.K. The total mesorectal excision specimen for rectal cancer: a review of its pathological assessment. *J Clin Pathol.* – 2007. – Vol.60. – P. 849-855.
 9. Quirke P., Durdey P., Dixon M.F., et al. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathologic study of lateral tumor spread and surgical excision. *Lancet.* – 1986. – Vol. 2. – P. 996 – 999.
 10. Quirke P. The pathologist, the surgeon and colorectal cancer: get it right because it matters. *Prog Pathol.* – 1998. – Vol. 4. – P. 201 – 13.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ (по материалам областного колопроктологического центра)

Есин В.И., Мустафин Д.Г., Мустафин Р.Д., Халов В.Ю.

ГОУ ВПО Астраханская медицинская академия,
ГУЗ Александро-Маринская областная клиническая больница

ЦЕЛЬ: проанализировать возможности улучшения результатов хирургического лечения больных раком толстой кишки в областной клинической больнице.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов хирургического лечения 911 больных колоректальным раком.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Применение усовершенствованных технологий с внедрением экстренной колопроктологической помощи в условиях многопрофильной больницы позволило снизить общую летальность до 3,2% (связанную с хирургическими осложнениями – до 1,4%).

[Ключевые слова: колоректальный рак, экстренная хирургия]

AIM: to analyze opportunities to improve results of treatment for patients with colorectal cancer at the Regional Hospital in Astrakhan.

MATERIAL AND METHODS: results of surgical treatment in 911 cases of colorectal cancer were analyzed.

RESULTS Implication of improved approaches in urgent colorectal surgery allowed to decrease common mortality to 3.2% and surgery related mortality to 1.4%.

[Key words: colorectal cancer; emergency]

Адрес для переписки: Есин В.И. Александро-Маринская областная клиническая больница ул. Татищева 2, г. Астрахань,
414056 e-mail: lazer@astranet.ru

Проблема лечения колоректального рака стоит на пересечении интересов хирургии и онкологии. В последние годы значительно изменились представления о подходах к лечению данной патологии, разработаны алгоритмы применения радикальных, паллиативных, симптоматических, комбинированных, циторедуктивных операций [2, 7, 8, 11, 13]. Большое внимание в современной хирургии рака толстой кишки уделяется вопросам первичного восстановления кишечного пассажа и сфинктеросохраняющим операциям на прямой кишке. Однако, выполнение восстановительных операций с формированием первичного толстокишечного анастомоза по-прежнему связано с риском несостоятельности швов. Так, частота несостоятельности толстокишечных анастомозов при плановых операциях варьирует от 1,5 до 7%, а частота других абдоминальных осложнений достигает 29,9% [3, 10, 11, 14, 15] Послеоперационная летальность при плановых операциях в специализированных отделениях снизилась и составляет 2,5-6%, в то же время при осложненных формах в отделениях

общей хирургии она достигает 20-60% [1, 6, 12]. Продолжающийся поиск оптимизации способов и техники формирования толстокишечных анастомозов остается актуальной задачей. Ряд частных вопросов хирургической реабилитации этих больных остаются актуальными (особенно это касается этапности при левосторонней локализации обтурирующей опухоли) [4, 7, 8, 11, 16].

В последние годы имеется тенденция к выполнению одномоментных восстановительных операций при осложненных формах колоректального рака [5, 6, 8, 9, 11, 12]. Для воплощения в жизнь современных принципов оказания хирургической помощи этой категории пациентов лечебному учреждению требуется как определенный опыт, так и ряд организационных нововведений, направленных на приближение специализированного звена к этапу экстренной помощи онкологическим больным. Данная статья посвящена анализу собственного опыта лечения больных раком толстой кишки в многопрофильной больнице.

Таблица 1. Объем операции, выполненных в АМОКБ в 1998-2009 гг.

Локализация и вид операции	С анастомозом	Без анастомоза	Всего
ПРЯМАЯ КИШКА:	244	174	418
Передняя резекция	193	–	193
Низкая передняя резекция кокцигэктомическим доступом	29	–	29
Низкая передняя резекция с созданием неоректум	8	–	8
Брюшно-анальная резекция	3	25	28
Брюшно-промежностная экстирпация с низведением, созданием неоректум и гладкомышечной манжетки	3	–	3
Интерсфинктерная резекция с низведением и созданием серозно-мышечной манжетки	5	–	5
Брюшно-промежностная экстирпация	–	114	114
Операция Гартмана	–	35	35
Эвисцерация малого таза	3	–	3
ОБОДОЧНАЯ КИШКА	341	12	353
Правосторонняя гемиколэктомия	100	–	100
Левосторонняя гемиколэктомия	93	–	93
Резекция сигмовидной кишки	100	–	100
Резекция поперечно-ободочной кишки	21	–	21
Субтотальная резекция толстой кишки	20	–	20
Колопроктэктомия	–	3	3
Колэктомия	7	–	7
Операция типа Гартмана	–	9	9
РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ	150	–	150
Итого	735	186	921

* с созданием мочевого резервуара из илеоцекального отдела с восстановлением кишечной непрерывности илеоасцендоанастомозом

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1989 по 2010 гг. в колопроктологическом отделении АМОКБ выполнена 921 операция на толстой кишке (Табл. 1). Среди больных преобладали мужчины – 610 (66,2%), возраст пациентов колебался от 34 до 96 лет, 38% из них составили пациенты старше 70 лет с сопутствующей преимущественно кардиоваскулярной патологией, требующей дооперационной коррекции. 353 пациента оперированы по поводу рака ободочной, 418 – прямой кишки. У 150 больных с колостомами выполнены реконструктивные операции. По степени распространенности опухолевого процесса преобладали лица с III стадией, составившие 64%; II стадия наблюдалась у 28%, IV – у 8%.

146 (15,3%) операций при колоректальном раке были расширенными и комбинированными. При прорастании в соседние органы резекция толстой кишки сочеталась с ампутацией матки и придатков (n=35), резекцией мочевого пузыря (n=18), тонкой кишки (n=19), спленэктомией (n=6) одним блоком; 24 больным с метастазами в печень при резектабельной опухоли кишки выполнены гемигепатэктомия (n=9), секторэктомия (n=2), экономные резекции (n=13). В 3 случаях выполнялась

эвисцерация малого таза с созданием мочевого резервуара из илеоцекального отдела кишечника с восстановлением кишечной непрерывности илеоасцендоанастомозом.

В онкологическом диспансере адъювантная химиотерапия проведена 665 (72%) больным.

В 585 (74,7%) случаях различные по объему резекции толстой кишки (прямой – 244, ободочной кишки – 341) завершены с одномоментным анастомозом. Операции, выполненные без формирования анастомоза, завершены колостомой у 186 (25,3%): 174 после операций на прямой (преимущественно при ее экстирпации в 114 случаях), у 12 – ободочной кишке. У 64 (11%) больных первичные восстановительные операции выполнены по экстренным показаниям при obturating (n=60), кровоточащей (n=4) опухоли левой половины ободочной кишки (Табл. 2). Из исследования исключены случаи перфорации рака толстой кишки с разлитым гнойным перитонитом – лечение этих больных было организовано в общехирургическом отделении.

Таблица 2. Экстренные одномоментно-восстановительные операции

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ	Число операций
Передняя резекция прямой кишки	3
Резекция сигмовидной кишки	22
Левосторонняя гемиколэктомия	20
Резекция поперечно-ободочной кишки	3
Правосторонняя гемиколэктомия	7
Субтотальная резекция толстой кишки	6
Колэктомия	3
Всего	64

Еще в 150 случаях выполнены плановые реконструктивные операции с ликвидацией концевой колостомы и формированием толстокишечного анастомоза после 72 обструктивных резекций, выполненных в АМОКБ и у 78 – в других лечебных учреждениях города.

Среди 735 оперированных с восстановлением непрерывности толстой кишки в 35 (4,7%) случаях использован механический сшиватель «Autosuture». У 700 (95,3%) больных применялась усовершенствованная техника толстокишечного однорядного способов анастомозирования (закрытого $n=467$, полузакрытого $n=233$) с применением только атравматической иглы и синтетических нитей (Vicryl и ПДС 4/0). Принцип способа создания закрытого анастомоза «конец в конец» заключается в циркулярном рассечении серозно-мышечного слоя аппаратом «Сургитрон», наложением лигатуры на выделенный цилиндр слизистой с последующим его снятием после наложения последнего серозно-мышечно-подслизистого слоя перед его затягиванием. При этом избыток слизистой приводящего конца укрывает линию швов анастомоза изнутри. Основным критерием возможности наложения анастомоза считали визуализацию сохраняющегося артериального характера кровоснабжения кишечной стенки и жировых подвесков по линии их пересечения. Дополнительным пособием в комплексе профилактических мер в 30 случаях служили защита линии анастомоза антибактериальными свечами и «ТахоКомбом».

Преимущество усовершенствованного способа заключается в том, что создаваемая серозно-мышечная муфта при циркулярном пересечении кишки укрепляет физическую прочность анастомоза, а создаваемый избыток слизистой со стороны просвета дополнительно укрепляет его герметичность изнутри (патент РФ на изобретение 2328992).

Реконструктивно-восстановительные операции 150 колостомированным больным, перенес-

шим резекцию толстой кишки по типу операции Гартмана, осуществлены в сроки от 8 недель до 10 месяцев. Выбор сроков, методики восстановления толстой кишки и особенностей толстокишечных анастомозов определялся выраженностью колита отключенной кишки, длиной культы прямой кишки и особенностями вариантов ее кровоснабжения. При наложении толстокишечного анастомоза преимущественно использовали ручной однорядный шов собственной модификации. В 24 случаях применен механический сшиватель Ethicon.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При расположении опухоли в правой половине толстой кишки (от слепой до правой половины поперечной ободочной) независимо от выраженности кишечной непроходимости выполняли правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом. Таких вмешательств выполнено 100. Несостоятельность швов анастомоза возникла в 1 (1%) случае. Трое больных умерли от «нехирургических» осложнений (острый инфаркт миокарда – 2, нарушение мозгового кровообращения – 1).

При левосторонней локализации (240 больных) предпочтение отдавали вмешательствам с первичным удалением опухоли, но с индивидуализацией этапности восстановления кишечного пассажа.

При оценке анатомо-морфологических особенностей рака левой половины ободочной кишки в 169 (77%) случаях выявлено муфтообразное стенозирование с концентрическим сужением просвета до 0,3 см с отсутствием метастазов; инвазия в соседние органы установлена у 12 (5,5%) больных. Помимо степени обтурации просвета опухолью оценивали увеличение размеров супрастенотического участка толстой кишки, состоятельность баугиниевой заслонки с наличием или отсутствием изменений тонкой кишки. При компенсированной стадии стенозирующей опухоли левой половины ободочной кишки 181 (75,3%) пациент оперирован в отсроченном порядке после принятой в клинике плановой комплексной подготовки. Декомпенсированный вариант стенозирования при раке левой половины толстой кишки с развитием острой непроходимости имелся у 60 (24,7%) больных.

У всех 64 экстренно оперированных больным в ходе операции (помимо назоинтестинальной декомпрессии) при выполнении одноэтапной операции с целью уменьшения эндогенной интоксикации и коррекции гипоксии кишечной стенки

Таблица 3. Удельный вес отдельных осложнений при операциях на толстой кишке

ОСЛОЖНЕНИЯ	n	%
Несостоятельность швов анастомоза	16	2,1
Перитонит	14	1,5
Кровотечение внутрибрюшное	9	0,9
Кишечная непроходимость спаечная	11	1,1
Инфильтрат брюшной полости	3	0,3
Поддиафрагмальный абсцесс	2	0,2
Тазовый абсцесс	2	0,2
Эвентрация	1	0,1
Язвенное желудочное кровотечение	3	0,3
Острая коронарная патология	13	1,4
Острое нарушение мозгового кровообращения	6	0,6
Тромбэмболия легочной артерии	2	0,2
Плеврит экссудативный	4	0,4
Пневмония	7	0,7
Всего	93	10

применена усовершенствованная методика ирригации толстой кишки с использованием сорбента «Полипепфан» и препарата «Перфторан» (патент РФ № 2182816). Эффективность толстокишечного диализа контролировалась с использованием биохимических тестов.

Толстокишечный анастомоз (однорядный, закрытый) выполнялся в авторской модификации (патент РФ № 2328992) с защитой линии шва циркулярной полоской фибриновой пластины «Тахокомб». Несостоятельность толстокишечного анастомоза среди 64 экстренно оперированных возникла в 1 (1,56%) случае. В группе из 45 больных, перенесших резекцию левых отделов толстой кишки частота несостоятельности швов первично экстренно наложенного анастомоза составила 2,4%. Летальных исходов не было. Среднее пребывание больных в отделении составило $12,1 \pm 2,3$ койко/дней. У больных после тотальной и субтотальной колэктомии в послеоперационном периоде до 6 раз в сутки отмечался жидкий стул, потребовавший медикаментозной терапии.

Выделена группа из 51 больного, которым при поражении прямой кишки выполнены сфинктеросохраняющие резекции с созданием неоректума; колоанальный анастомоз выполнен разработан-

ным кокцигоэктомическим доступом (патент РФ на изобретение №2182816). Предпочтение отдавали ручному однорядному шву по полузакрытому способу (n=40), в 11 случаях применяли механический сшиватель. Несостоятельность толстокишечного анастомоза в этой группе возникла в 3 (6%) случаях.

Среди 150 больных перенесших реконструктивно-восстановительные операции осложнения развились у 7 (4,6%) больных. Несостоятельность швов анастомоза возникла в 2 (1,3%) случаях.

Таким образом, одномоментное восстановление толстокишечного пассажа выполнено у 735 (82,9%) больных. Из них в 15,3% случаях операции были расширенные и комбинированные. У 156 (17,1%) операции закончилась наложением колостомы (при экстирпации прямой кишки у 144 и резекции толстой кишки – у 12). При стенозирующей опухоли ободочной кишки левосторонней локализации отсроченная операция выполнена после недельной подготовки у 80,5% больных. При декомпенсированной obturационной непроходимости применение одномоментного восстановления толстокишечного пассажа было возможно в ограниченной группе (19,5%) больных с организацией сложной интраперационной работы с приближением спе-

Таблица 4. Виды операций, при которых возникла несостоятельность швов толстокишечного анастомоза

Операции	Число операций	Несостоятельность швов	
		n	%
Передняя резекция прямой кишки	230	8	3,4
Субтотальная резекция толстой кишки	20	2	10
Гемиколэктомия слева	93	2	2,1
Гемиколэктомия справа	100	1	1,0
Резекция сигмовидной кишки	100	1	1,0
Реконструктивные операции	150	2	1,3
Всего	735	16	2,3

циализированной колопроктологической помощи онкологическим больным.

Среди 921 оперированных различные осложнения возникли у 93 (10%) (Табл. 3). В 30 (3,2%) случаях эти осложнения были летальными. «Хирургическая» летальность (несостоятельность швов, перитонит, кровотечения) имела место в 13 случаях, что составило 1,4%.

Число случаев несостоятельности толстокишечного анастомоза среди 735 операций с восстановлением толстокишечного пассажа составило 16 (2,3%) (Табл. 4). При формировании первичного анастомоза среди 585 больных она возникла у 14 (2,4%), после этапного восстановления среди 150 колостомированных – 2 (1,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплекс разработанных профилактических мероприятий, использование современных технологий и материалов способствовали улучшению качества хирургической помощи больным колоректальным раком, уменьшили число послеоперационных осложнений и летальность, сократили сроки пребывания больных в стационаре. Организационная работа в многопрофильной больнице позволила приблизить этап специализированной помощи к онкологическому больному, оптимизировать хирургическую реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Сухов Б.С., Александров К.Р., Корнев Л.В. Проблемы в лечении осложненного колоректального рака. Неотложная и специализированная хирургическая помощь. М., 2007, с.343-345.
2. Багненко С.Ф., Гринев М.В., Абдусаматов Ф.Х., Циторедуктивная хирургия в комплексном лечении осложненного колоректального рака в стационаре скорой помощи. Новый хирургический архив. 2004, №4, с.39-42.
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сорокин В.В. Выбор метода хирургического лече-

ния колоректального рака. Тезисы докладов IX съезда хирургов. 2007, с.73-76.

4. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. Хирургия. 2004, №2, с.4-7.
5. Маманов Н.А. Оптимизация хирургической тактики при осложненных формах рака ободочной кишки. Дисс. канд. мед. наук, Бишкек, 2007.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Субтотальная колонэктомия – операция выбора при лечении осложненного рака. Неотложная и специализированная помощь. М., 2007, с.374-376.
7. Сотниченко Б.А., Дмитриев М.О. Осложненный колоректальный рак: не только хирургическая, но и социальная проблема. Владивостокский мед. журнал. 2004, №2, с.35-38.
8. Сафронов Д.В., Богомолов Н.И. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью и перфорацией. Сибирский мед. журнал. 2005, №7, с.11-12.
9. Топузов Э.Г., Беляков Н.А., Соломенников А.В. Интраоперационный сорбционный толстокишечный диализ при раке толстой кишки. Вопросы онкологии. 1998, №6, с.708-710.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2001г. (заболеваемость и смертность). М.: Медицина, 2003, 375с.
11. Шишкина Г.Н. Оптимизация хирургического лечения рака толстой кишки: Дис. канд. мед. наук. СПб, 2008.
12. Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов Е.Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости. Российский мед. журнал. 2000, №2, с.22-26.
13. Jeekel F. Developments of colorectal cancer surgery. Europ.J.Cancer, 1995, №7-8:1379-81.
14. Levi F., Luccini F., Negri E. Cancer mortality in the European Union. Int.J.Cancer, 2002, 98, 4: 636-637.
15. Saab L., Link K., Blatz A., Beger H. Surgery of Colorectal cancer: results in 2400 patients. World J.Surg. 2002, 26:59-
16. Villar J., Martinez A., Villegas M., Muffak K. Surgical options for Malignant left-side Colonic obstruction. Surg.Today, 2005, 35: 275-281.

ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

Ждановский В.В., Дарвин В.В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»,
медицинский институт
(директор – профессор Л.В.Коваленко), г. Сургут.

Проведен анализ результатов лечения больных с хроническим геморроем в условиях центра амбулаторной хирургии. Применение латексного лигирования у 374 больных позволило получить хороший результат у 202 (83,8%), удовлетворительный – у 36 (14,9%). Амбулаторное применение данного метода оправдано у больных с I-III степенью хронического геморроя.

[Ключевые слова: геморрой; амбулаторное лечение; латексное лигирование]

An analysis of results of rubber band ligation for hemorrhoids in 374 patients in outpatient setting was performed. Good results was obtained in 202 (83,8%) patients, satisfactory results in 36 (14,9%). Application of this method in outpatient center is justified in patients with hemorrhoids of I-II degree.

[Keywords: haemorrhoid; outpatient treatment; rubber band ligation].

**Адрес для переписки: Ждановский В.В. СурГУ, медицинский институт, деканат ФПДО пр. Ленина, д. 1, г. Сургут,
628412 e-mail: intelligent@mail.ru**

Около 1% среди всех болезней и 15,3% в структуре болезней органов пищеварения занимают проктологические заболевания [4], среди которых первое место занимает геморрой [7].

В большинстве стран мира лечение этой нозологии производят в условиях однодневного стационара [10]. В Резолюции V Всероссийской конференции «Актуальные проблемы колопроктологии» (Ростов-на-Дону, 2001) отмечено, что более чем у половины больных геморроем можно применять миниинвазивные методы лечения: склеротерапию, лигирование латексными кольцами и др. Больные, нуждающиеся в стационарном лечении, составляют лишь 18–20% общего числа пациентов с выявленным геморроем [3].

Мировой опыт свидетельствует, что уровень безопасности лечения геморроя в амбулаторных условиях сопоставим с безопасностью госпитальной хирургии, что достигается отбором пациентов, современным уровнем оснащения амбулаторного центра.

Данная статья посвящена анализу результатов лечения больных с наиболее распространенной проктологической патологией – хроническим геморроем в условиях центра амбулаторной хирургии ЦАХ).

ПАЦИЕНТЫ

Общее количество плановых операций у больных с проктологическими заболеваниями в ЦАХ в 2001–2009 гг. составило 872. Из них доля операций у пациентов с хроническим геморроем – 83,8% (731 операция).

Критериями отбора больных для лечения в условиях ЦАХ были:

- наличие у больных установленного диагноза II, III стадии хронического внутреннего геморроя;
- геморрой I стадии с упорными кровотечениями;
- отсутствие сопутствующих заболеваний анального канала и промежности;
- отказ больного от традиционного хирургического лечения при комбинированном геморрое;
- отсутствие сопутствующих заболеваний, требующих круглосуточного мониторинга; желание пациента лечиться в условиях дневного стационара ЦАХ;
- возраст до 70 лет;
- наличие необходимых социально-бытовых условий (наблюдение, телефон).

Проанализированы результаты лечения 415 пациентов: 41 больной с наружным геморроем и

374 пациента с хроническим внутренним геморроем, которым в Центре амбулаторной хирургии МУЗ «Клиническая городская поликлиника №1» г. Сургута в период с сентября 2001 по сентябрь 2010 года была выполнена 731 операция по поводу хронического геморроя. Мужчин было 324 (78,1%), женщин – 91 (21,9%). Возраст больных колебался от 21 до 68 лет. Средний возраст пациентов с хроническим наружным геморроем составил $40,3 \pm 10,1$ года, у больных с хроническим внутренним геморроем – $44,43 \pm 8,19$. Пациентов в возрасте до 60 было 401 (96,6%). Средний возраст мужчин, которым проводилось хирургическое лечение, составил $44,6 \pm 9,2$ лет, женщин – $42,6 \pm 10,3$ лет.

Из 415 пациентов 401 (96,6%) были в работоспособном возрасте, 14 (3,4%) – пенсионного возраста. Среди пациентов трудоспособного возраста у 152 (37,9%) работа была сопряжена преимущественно с физическим трудом, у 85 (21,2%) больных преобладал умственный труд, у 164 (40,9%) пациентов имело место равномерное распределение умственного и физического труда. Среди 152 пациентов, работа которых была сопряжена преимущественно с физическими нагрузками, мужчин было 126 (82,9%). Инвалидов среди пациентов трудоспособного возраста не было.

Сопутствующая патология, определяющая риск развития послеоперационных осложнений, выявлена у 158 (38,1%) больных.

Индекс массы тела больных колебался от 19 до 33 кг/м^2 : нормальный вес был у 207 (49,9%) больных, избыточная масса тела – у 182 (43,8%) человек, ожирение I степени – у 26 (6,3%) больных.

Большая часть 368 (88,7%) пациентов предъявляли широкий спектр жалоб. Обращались за медицинской помощью только в связи с тем, что не были допущены к работе очередной медицинской комиссией 47 (11,3%) пациентов, из них все мужчины.

У 41 пациента, оперированного по поводу хронического наружного геморроя, основной жалобой был сам факт наличия узла, периодически доставлявшего беспокойство, дискомфорт.

Основным клиническим проявлением заболевания у 374 пациентов с хроническим внутренним геморроем было эпизодическое кровотечение, отмеченное у 335 (89,6%) больных. Из них упорные кровотечения и сопутствующая хроническая железодефицитная анемия различной степени отмечена у 46 (12,3%) больного. Причиной, побудившей обратиться за помощью, так же были выпадение геморроидальных узлов. Другие симптомы хронического геморроя встречались значительно реже и не являлись причиной обращения за помощью. Длительность заболевания составила от 1 года до

32 лет, в среднем – $11,0 \pm 11,6$ года. I стадия хронического геморроя была установлена у 23 (6,1%) больных, в том числе у 11 с упорными кровотечениями; II стадия – у 292 (78,1%); III стадия – у 59 (15,8%) пациентов. Рецидивы после перенесенных ранее хирургических вмешательств были у 18 (4,8%) пациентов, из них после радикальной геморроидэктомии – у 3 (0,8%), остальным 15 (4,0%) в разные сроки произведена операция латексного лигирования. Большая часть больных лечилась ранее консервативно в периоды обострений, эффект от лечения отмечали различной продолжительности.

МЕТОДЫ

Удаление отдельных подкожных (наружных) геморроидальных узлов произведено у 41 (9,9%) пациента с хроническим геморроем. Лигирование латексными кольцами внутренних геморроидальных узлов произведено у 374 (90,1%) пациентов с хроническим геморроем. Из них у 50 (13,4%) пациентов – лигирование 1-2 узлов в один этап, у 324 (86,6%) – 3-х узлов в два этапа. У 43 пациентов выполнена геморроидэктомия по Моллигану-Моргану.

Латексное лигирование выполняли в положении больного для камнесечения. В прямую кишку вводили аноскоп и устанавливали так, чтобы внутренний геморроидальный узел «выпадал» в его просвет. С помощью вакуумного лигатора (Karl Storz, Германия) на основание узла набрасывали эластичную лигатуру. В один этап проводили лечение больным, которым необходимо было латексное лигирование одного-двух геморроидальных узлов, в других случаях проводили два сеанса лигирования. Промежутки между сеансами лигирования составляли от 3 до 6 дней, что зависело от состояния больного, наличия боли или дискомфорта в прямой кишке. Вторым этапом проводили лигирование оставшегося узла.

Во всех случаях, при отсутствии противопоказаний, манипуляция проводилась с применением терминальной анестезии 10% раствором лидокаина.

Ближайшие результаты оценивали в течение месяца с момента проведения операции, отдаленные – через 6 месяцев и год после последнего лигирования. При повторном осмотре оценка результатов складывалась из субъективных ощущений пациента и данных объективного обследования. Результат лигирования считали хорошим при исчезновении клинических проявлений геморроя: болей, кровотечения, дискомфорта, зуда, выделения слизи, выпадения геморроидальных узлов; удовлетвори-

тельным – при уменьшении клинических проявлений заболевания, при сохраняющихся эпизодах кровотечения и отсутствии выпадения узлов; неудовлетворительным – при незначительном уменьшении клинических проявлений заболевания: периодических болях после дефекации, несколько уменьшившихся по интенсивности, кровотечениях после дефекации, наличии чувства дискомфорта, выпадении геморроидальных узлов, не требующем ручного пособия. Объективный статус определялся на основании осмотра перианальной области, данных пальцевого исследования и аноскопии. При этом оценивали: состояние слизистой – цвет, блеск, отек, инфильтрацию, контактную кровоточивость, наличие ран; наличие геморроидальных узлов; деформации анального канала; тонус замыкательного аппарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность временной нетрудоспособности после последнего сеанса лигирования составляла 7–8 дней, средние сроки нетрудоспособности – $8,4 \pm 1,7$ дней.

В ближайший послеоперационный период (как правило, в первые трое суток после проведенного лигирования) пациенты предъявляли следующие жалобы: ощущение инородного тела в заднепроходном канале и тенезмы различной степени интенсивности – у 306 больных (81,8% только в первые сутки); боли, потребовавшие приема анальгетиков более одного раза в сутки – у 79 (21,1%); незначительное кровотечение (следы крови в кале) после дефекации – у 89 (23,8%). При обследовании локального статуса была отмечена гиперемия, инфильтрация слизистой и контактная кровоточивость в участках отторгнувшихся геморроидальных узлов, болезненность при исследовании. Все эти явления полностью регрессировали в течение 21–28 суток с момента последнего этапа лигирования. Раневые дефекты после отторжения узлов покрывались фибрином, эпителизировались в среднем в сроки до 21 суток. Дизурических явлений после операции у пациентов в анализируемой группе не встречалось. Наблюдали 3 (0,8%) случая отсутствия латексных колец на месте лигированного узла. В одном случае отсутствовали обе наложенные лигатуры. Слизистая на месте лигирования была с характерным кругом мелких кровоизлияний.

При повторных осмотрах в различные сроки – от одного месяца до года – был проанализирован результат лечения 241 (64,4%) больного из 374, которым проводилось лечение с использовани-

ем латексного лигирования. Хороший результат был отмечен у 202 (83,8%) больных, удовлетворительный – у 36 (14,9%), неудовлетворительный – у 3 (1,2%). При аноскопии в первые 1–3 месяца на месте лигирования определялся белесоватый с незначительным втяжением рубец слизистой до 0,3–0,4 см, покрытый нежной эпителиальной тканью. Исключение составила одна пациентка, латексное лигирование в два этапа которой было выполнено по поводу хронического геморроя 2 стадии. Через 4 месяца на месте лигирования обнаружены гранулемы до 0,6 см удаленные с помощью электрокоагуляции.

При осмотре через год и более при пальцевом исследовании патологических изменений не было, а при аноскопии следов проведенного лигирования на слизистой обнаружить не удавалось, на месте отторгнувшихся геморроидальных узлов слизистая визуально не отличалась от окружающей.

Деформаций анального канала не было. У 12 (5,0%) пациентов, оперированных на II–III стадии, при повторном обследовании были обнаружены неполностью удаленные (дополнительные) геморроидальные узлы, при этом симптомы заболевания имелись у 6 (2,5%) пациентов. В дальнейшем им были проведены дополнительные сеансы лигирования для удаления оставшихся геморроидальных узлов. Пациенты с неудовлетворительными результатами были направлены на плановое хирургическое лечение в стационар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение больных хроническим геморроем с использованием лигирования латексными кольцами является эффективным способом на I–III стадиях заболевания и позволяет добиться хороших ближайших и отдаленных результатов у 84% больных, что в сочетании с малой травматичностью позволяет считать его методом выбора для данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный, Л. А. Геморрой. 50 лекций по хирургии под ред. В. С. Савельева. – М., 2003. – С. 310–316.
2. Благодарный, Л. А. Что должен знать врач общей практики о лечении геморроя. Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – С. 117–119.
3. Воробьев, Г. И. Геморрой: современная тактика лечения CONSILIUM MEDICUM. – 2000. – Т. 2, № 4.

Комплекс для эффективного лечения геморроя методом дезартеризации геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерографии «АНГИОДИН-Прокто»

Преимущества метода:

- Местная анестезия
- Малая продолжительность операции
- Минимальная инвазивность
- Точная локализация геморроидальных артерий
- Возможно амбулаторное применение
- Относительно безболезненный и эффективный метод лечения геморроя II и III степени
- Быстрое восстановление после операции



Особенности «АНГИОДИН - Прокто»

- Специальная конструкция одноразового проктоскопа обеспечивает максимальную эффективность дезартеризации геморроидальных узлов
- Хорошая освещённость операционного поля распределённым светом обеспечена светодиодным источником
- Высокочувствительный ультразвуковой доплеровский зонд 8 МГц PW/CW с возможностью проведения многократной стерилизации
- Непрерывноволновой (CW) и импульсно-волновой (PW) режимы работы для быстрого и удобного поиска геморроидальных сосудов
- Спектральный анализ доплеровского сигнала



БИОСС
МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

Россия, 124489, Москва, Зеленоград, Сосновая аллея, д.6а, стр.1
ЗАО НПФ «БИОСС» Тел.: +7 (495) 276-27-90, 276-27-91, 276-27-92
Факс: +7 (495) 276-27-93; e-mail: info@biooss.ru www.biooss.ru



ЛИНЕЙНЫЕ СШИВАЮЩИЕ АППАРАТЫ ДЛЯ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Линейные сшивающие и сшивающе-режущие аппараты с фиксированной и регулируемой высотой закрытия скобок и контролируемой степенью компрессии тканей
- Изогнутый линейный сшивающий аппарат Контур для низкого доступа в области таза
- Формирование 2-х, 3-х, 4-х или 6-рядного, включая трехмерный, скобочного шва.

РУ МЗ РФ 2003/1093 от 28.07.2003.

РУ ФС 2005/499 от 31.03.05

ЦИРКУЛЯРНЫЕ СШИВАЮЩИЕ АППАРАТЫ

- Модели различного диаметра с прямым и изогнутым стволом
- Регулируемая высота закрытия скобок от 1,0 до 2,5 мм
- Наличие герметичных аппаратов с удлинненным до 28 см стволом
- Набор РРН для проведения геморроидопексии по методу Лонго



РУ МЗ РФ 2003/607 от 17.04.2003
РУ МЗ РФ 2003/890 от 09.06.03
РУ ФС 2010/06370 от 31.03.2010



ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СШИВАЮЩИЕ АППАРАТЫ ЭШЕЛОН И ЭШЕЛОН ФЛЕКС

- Тройной механизм контроля зазора между браншами
- Артикуляция, ротация и прошивание аппаратом при помощи одной руки
- Усовершенствованная система компрессии тканей
- Возможность захвата браншами большого объема тканей

РУ ФС 2006/882 от 13.06.2006

СИСТЕМА РУЧНОГО АССИСТИРОВАНИЯ ДЕКСТРУС

- Универсальный порт для руки, инструментов и препаратов
- Объединяет преимущества открытых и лапароскопических операций
- Простота установки, регулировки и снятия
- Надежно удерживает пневмоперитонеум



РУ ФС 2008/01132 от 01.04.2008



ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОТКРЫТЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- Клипсы и клипапликаторы для открытых и эндоскопических вмешательств
- Троакары оптические и с плоским лезвием, со встроенной системой очистки эндоскопов
- Инструменты для эндоскопических манипуляций
- Иглодержатели
- Зажим для формирования кисетного шва
- Кожные степлеры



РУ МЗ РФ 2003/892 от 09.06.2003
РУ МЗ РФ 2003/1094 от 28.07.03
РУ ФС 2006/649 от 11.05.2006
РУ ФС 2004/979 от 31.08.2004
РУ ФС 2006/1325 от 24.08.2006
РУ ФС 2008/02748 от 21.10.2008
РУ ФС 2008/02749 от 21.10.2008
РУ ФС 2006/02843 от 28.10.2008

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКАЛЬПЕЛЬ ГАРМОНИК

- Одновременное рассечение и коагуляция тканей
- Эффективный гемостаз сосудов диаметром до 5 мм
- Минимальное латеральное термическое повреждение тканей
- Большой выбор и многофункциональность насадок



РУ ФС 2005/1634 от 08.11.2005
РУ ФС 2005/1635 от 08.11.2005



БИПОЛЯРНЫЙ КОАГУЛЯТОР ЭНСИЛ

- Минимальное латеральное термическое повреждение тканей (1 мм)
- Контроль температуры посредством РТС-полимера с наночастицами
- Надежное лигирование сосудов диаметром до 7 мм
- Возможность работы в труднодоступных и ограниченных пространствах

РУ ФС 2010/07553 от 02.08.2010
РУ ФС 2010/07552 от 02.08.2010

Бускопан®

Останавливает спазмы, останавливает боль!



Дискомфорт



Боли



Спазмы



Болезненные
менструации

Бускопан® — ваш правильный и надежный выбор

- М-холиноблокатор, направленного действия
- Оказывает мощное спазмолитическое действие
- Снижает секрецию пищеварительных желез
- Нормализует перистальтику кишечника
- Не проникает через гематоэнцефалический барьер
- Не оказывает антихолинергического влияния на ЦНС
- Имеет хорошую переносимость при длительном курсовом лечении
- Может применяться у детей с 6-ти лет
- Применяется во многих областях медицины: *гастроэнтерология, гинекология, урология, рентгенология, эндоскопия*
- Оригинальный препарат с доказанным профилем эффективности и безопасности



Представительство компании «Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ»:
119049 г. Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1;
тел.: (495) 411 78 01; факс: (495) 411 78 02

Суппозитории ректальные — П № 014739/01 от 14.04.2009
Таблетки, покрытые оболочкой — П № 014393/01 от 04.08.2010

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ЛИБО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.



Boehringer
Ingelheim

125 years more health

www.buscopan.ru

Бускопан® — препарат выбора при болях и спазмах в области живота

РЕЛИФ

Мягкое решение острых проблем



Уникальный состав и натуральная основа препаратов Релиф обеспечивают индивидуальный подход к лечению геморроя

- Широкая линейка препаратов Релиф для лечения геморроя позволяет учитывать клиническую форму, стадию и преобладающую симптоматику.
- Релиф содержит уникальный натуральный ингредиент (масло печени акулы), который оказывает лечебное действие.
- Релиф выпускается в удобных формах (свечи и мазь), что позволяет использовать его при наружном и внутреннем геморрое.



Bayer HealthCare
Consumer Care

ЗАО «Байер», 107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02.

РЕЛИФ Полный арсенал средств для лечения геморроя

4. Милитарёв Ю. М. и др. Роль массовых профилактических осмотров населения в выявлении проктологических заболеваний/ Сов. мед. – 1971. – № 11. – С.123–128.
5. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов н/Д, 2000. – С. 78–99.
6. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. – М., 2000. – С. 8, 48–50, 68–69, 75.
7. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии М. : ИД Медпрактика-М. 2004. – 488 с.
8. Васильев С.В. Роль малоинвазивных вмешательств в лечении геморроя/ Актуальные проблемы колопроктологии : тез. докл. 1-го съезда колопроктологов РФ с междунар. участием. – Самара, 2003. – С. 35–36.
9. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М., 1994. – 430 с.
10. Carditello A., Meduri F., Cardillo P. et al., Proctologic day-surgery. Results of 2000 surgical interventions. Chir Ital 53 (2001), pp. 219–224.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Андреев П.С.

Кафедра госпитальной хирургии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
(ректор – академик РАМН, проф. Г.П. Котельников) г. Самара

Адрес для переписки: Жуков Б.Н. ул. Чапаевская, 89 г. Самара, 443099

В индустриально развитых странах язвенный колит (ЯК) выявляют с ежегодной частотой 5–16 новых случаев на 100000 [4, 5, 8], пик заболеваемости приходится на возрастной период от 20 до 40 лет [1, 7]. При неэффективности консервативной терапии или развитии осложнений заболевания, оперативные вмешательства при ЯК выполняются у 10-20% пациентов. Частота ранних послеоперационных осложнений до настоящего времени составляет при плановых вмешательствах около 10%, экстренных – 60-80%. Летальность достигает 12-50% [4]. В данной статье приведен опыт хирургического лечения больных с тяжелыми формами ЯК.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ с 2004 по 2008 год под наблюдением находилось 164 больных ЯК (Табл. 1). Всем пациентам выполняли ректороманоскопию, фиброколоноскопию с множественной биопсией, ирригоскопию. Степень тяжести ЯК оценивали по критериям Truelove S.C. и Witts L.J. (1955), с дополнениями [6, 3].

Легкая форма была выявлена у 19 (11,6%) больных, среднетяжелая – у 101 (61,6%), тяжелая – у 44 (26,8%).

Дистальный колит диагностирован у 56 (34,1%) пациентов, левосторонний – у 61 (37,2%), субтотальный – у 19 (11,6%), тотальный – у 28 (17,1%). Длительность заболевания у 103 (62,8%) пациентов

– от 1 года до 3 лет, у 21 (12,8%) – от 3 до 5 лет, у 40 (24,4%) – от 5 до 10 лет.

В сроки от 1 года до 10 лет до поступления в клинику у 32 (19,5%) пациентов по экстренным показаниям были выполнены различные виды оперативных вмешательств хирургами общих хирургических отделений сельских и городских больниц. Часть этих операций была патогенетически не обоснованной (Табл. 2).

Активность воспалительного процесса при эндоскопическом исследовании оценивали по классификации Юхвидовой-Левитана (1969) с изменениями [2, 1].

Минимальная степень эндоскопической активности при легком течении заболевания выявлена у 89,5% больных, умеренная – при среднетяжелом течении – у 92% и высокая – у всех пациентов с тяжелым течением – 100%. Внекишечные проявления ЯК отмечены у 31 (18,8%) больного. Чаще всего отмечались артропатия и гангренозная пиодермия.

Сопутствующие заболевания выявлены у 39 (23,8%) пациентов: бронхиальная астма – у 3, сахарный диабет – у 5, порок сердца – у 1, гипертоническая болезнь – у 9, ИБС – у 19, облитерирующий атеросклероз (после бифуркационного аорто-бедренного шунтирования) – у 1, остаточные явления острого нарушения мозгового кровообращения – у 1. При среднетяжелой и тяжелой формах ЯК выявлены анемия, гипопропротеинемия и лейкоцитоз. Снижение показателей красной крови установлено у 137 (83,5%) пациентов: снижение гемоглобина от 120 до 100 г/л было у 80 (48,8%)

Таблица 1. Распределение больных ЯК по возрасту и полу

возраст (лет) \ пол	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Всего
мужчины	16	8	24	14	11	5	78
женщины	15	12	22	20	12	5	86
Итого	31 (18,9%)	20 (12,2%)	46 (28,1%)	34 (20,7%)	23 (14,0%)	10 (6,1%)	164 (100%)

Таблица 2. Распределение больных ЯК по характеру и срокам выполненных оперативных вмешательств до их госпитализации в колопроктологическое отделение клиники госпитальной хирургии

Характер выполненных операций	Давность выполненных операций (в годах)			Всего
	1-3	3-5	5-10	
Колэктомия с илеостомией	13	4	–	17
Субтотальная колэктомия	4	–	–	4
Левосторонняя гемиколэктомия с одностольной колостомой	–	–	7	7
Операция Гартмана	1	–	–	1
Формирование двустольной колостомы, илеостомы	–	–	3	3
Итого	18	4	10	32

больных, от 100 до 90 г/л – у 40 (24,4%); от 90 до 70 г/л – у 14 (8,5%); менее 70 г/л – у 3 пациентов (1,8%). Общий белок крови у 28 (17,1%) больных был от 60 до 50 г/л; у 6 (3,7%) – менее 50 г/л и у двух пациентов (1,2%) – менее 40 г/л. Увеличение числа лейкоцитов в периферической крови выявлено у 154 (94,0%) больных, из них у 145 этот показатель был в пределах $10-15 \times 10^9/л$; у 7 – $16-20 \times 10^9/л$; и у 2 – более $20 \times 10^9/л$.

Гормонорезистентная форма была у 9 (5,5%) пациентов, а гормонозависимая – у 7 (4,3%).

Осложнения развивались при резистентных и зависимых к гормональной терапии формах и были выявлены при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания у 9 (5,5%) больных: токсическая дилатация толстой кишки – 1, множественные перфорации толстой кишки – 1, множественные абсцессы брюшной полости с толстокишечным несформированным наружным свищом – 1, острый парапроктит – 3, стриктура нисходящей ободочной кишки – 2, ректовагинальный свищ – 1.

Все пациенты с ЯК получали комплексное лечение, направленное на купирование активности процесса, предупреждение рецидива и прогрессирование заболевания, а также профилактику осложнений. Терапия включала базисные препараты, содержащие 5-АСК, фолиевую кислоту; стероидные гормо-

ны (преднизолон, гидрокортизон) и симптоматические средства. При среднетяжелой и тяжелой формах ЯК, а также при осложнениях использовали инфузионную терапию, аминокислоты, хлористый калий, витамины, препараты крови, альбумин, реополиглокин, трентал, гемостатические препараты, парентеральное питание, а также симптоматическое лечение. По показаниям применяли экстракорпоральную детоксикацию («ГЕМОФЕНИКС», «Гемма»). При выраженной анемии и гипопротеемии проводилась терапия компонентами крови: 21 (12,8%) пациенту выполнена трансфузия свежемороженой плазмы, 10 (6,1%) – эритроцитарной массы.

Антибактериальную терапию (ципрофлоксацин, цефалоспорины III поколения и метронидазол) назначали при среднетяжелой и тяжелой формах, гормональной резистентности и осложнениях ЯК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 164 больных ЯК, находившихся на лечении, оперированы 24 (14,6%) человека, в том числе 10 мужчин и 14 женщин. Из них 54,5% были с тяжелой формой язвенного колита. При гормонозависимых и гормононорезистентных формах ЯК,

Таблица 3. Оперативные вмешательства у больных с неспецифическим язвенным колитом

Виды операций	n(%)	Летальные исходы
Паллиативные		
Ушивание перфоративных отверстий толстой кишки, отключающая илеостомия	1 (4,2%)	1
Радикальные		
Правосторонняя гемиколэктомия, илеостомия (после ранее выполненной левосторонней гемиколэктомии)	1 (4,2%)	0
Левосторонняя гемиколэктомия с одностольной трансверзостомой	7 (29,2%)	0
Колэктомия с илео-, асцендостомой	8 (33,3%)	1
Колопроктэктомия с илеостомой	4 (16,7%)	0
Брюшно-анальная резекция прямой кишки (после ранее выполненной субтотальной колэктомии)	3 (12,5%)	0
ВСЕГО	24 (100%)	2 (8,3%)

а также неэффективности консервативного лечения оперировано 13 человек (7,9%). Операции разделены на паллиативные и радикальные (Табл. 3). При тяжелых распространенных формах ЯК наиболее часто выполняли субтотальную колэктомия ободочной кишки с формированием илео- (асцендо) стомы. Ранних послеоперационных осложнений не было.

Послеоперационная летальность составила 8,3% – умерло 2 больных. Один пациент после ушивания множественных перфораций толстой кишки (тяжелое течение ЯК, тотальное поражение, множественные перфорации, острый лейкоз) от разлитого перитонита и полиорганной недостаточности. Вторая больная погибла после субтотальной колэктомии от гнойного перитонита вследствие образования множественных абсцессов брюшной полости на фоне тяжелого течения ЯК с тотальным поражением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ушивание перфораций толстой кишки, формирование двустольной илео- и колостомы, для отключения пассажа кишечного содержимого патогенетически неоправданны при ЯК. Однако из-за крайне тяжелого состояния некоторым нашим пациентам эти операции были выполнены в дежурное время общими хирургами недостаточно компетентными в вопросах хирургического лечения этой сложной патологии. Такие оперативные вмешательства как левосторонняя гемиколэктомия, субтотальная дистальная колэктомия с одностольной колостомой, дистальная субтотальная колэктомия с трансверзоанальным анастомозом, мы считаем возможными, учитывая наши результаты и внедрение современных препаратов биологической терапии у больных с ЯК.

ВЫВОДЫ

1. При выявлении врачами общей лечебной сети пациентов с ЯК следует своевременно направлять таких больных в специализированные гастроэнтерологические и колопроктологические стационары для проведения современной комплексной терапии.
2. При тяжелых распространенных формах ЯК необходим постоянный мониторинг эффективности консервативного лечения для своевременного перехода к оперативному вмешательству.
3. При тяжелой форме ЯК оптимальным объемом вмешательства следует считать колпроктэктомию с илеостомой или формированием резервуарного илеоанального анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем. А.А. Шептулин. М.: ГЭОТАР МЕД, 2001.- 500с.
2. Балтайтис Ю.В., Кушнир В.Е., Корсуновский А.И. и др. Неспецифический язвенный колит. – Киев, 1986. – 192 с.
3. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. – Тверь: ООО «Изд-во Триада», 2002.
4. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника.- М.: Миклош, 2008.- 400 с.
5. Комаров Ф.И., Осадчук А.М., Осадчук М.А. и др. Неспецифический язвенный колит. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2008.- 256 с.
6. Левитан М.Х., Федоров В.Д., Капуллер Л.Л. Неспецифические колиты. – М.: Медицина, 1980.- 280 с.
7. Эмирасланов Ф. Л. Эндолимфатическая антибиотико- и иммунокорректирующая терапия в профилактике послеоперационных осложнений при неспецифических заболеваниях толстой кишки : Дисс.. канд. мед.наук. – Москва, 2007.-134 с.
8. Sandler R.S., Eisen G.M. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Inflammatory bowel disease / Ed. J. B. Kirshner. Fifth edition. Saunders 2000. –P. 89-113.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ СТЕНОЗОВ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Смирнов А.Н., Макаров С.П., Андреев Е.С., Сулавко Я.П.

ФГУ РДКБ Минздравсоцразвития Россия
(глав. врач – проф. Ваганов Н.Н.)
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава им. Н.И. Пирогова
(ректор – академик РАМН, проф. Володин Н.Н.)

Проведен анализ эффективности различных методов устранения непротяженных стенозов аноректальной области у детей. Разработана классификация и алгоритм лечения данной патологии, что позволяет объективно и рационально подходить к выбору лечения указанной патологии.

[Ключевые слова: аноректальный порок, приобретенный стеноз, проктопластика, дети]

Results of surgical correction of anal stenosis in children were analyzed. The algorithm of treatment and classification of anal stenosis was developed. It brought objectivity and rationality into decision making process in terms of this pathology.

[Key words: anorectal malformation; acquired anal stenosis; proctoplasty; children]

**Адрес для переписки: Ионов Андрей Львович ФГУ РДКБ Минздравсоцразвития Россия
Ленинский пр-т, 117, 117997, Москва,**

Приобретенные стенозы анального канала и прямой кишки у детей занимают значительное место в структуре детской колопроктологической патологии и достигают 30% от всех осложнений, возникающих после проведения операций в аноректальной области [1, 3, 4, 7, 9, 10].

Формирование стенозов анального канала и прямой кишки у детей является тяжелым осложнением оперативной коррекции аноректальных пороков и болезни Гиршпрунга [2, 5, 6, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 25 лет работы отделения хирургической колопроктологии ФГУ РДКБ Минздравсоцразвития России под наблюдением находилось 198 пациентов с данным патологическим состоянием, что составляет 29,6% от общего числа осложнений (Табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сочетание стенозов анального канала и прямой кишки с другими послеоперационными осложнениями встречалось в 69,1% случаев, что отражает сложность проблемы хирургической коррекции имеющихся поражений (Табл. 2).

Рубцовые изменения аноректальной области весьма разнообразны, их можно охарактеризовать в зависимости от клинического течения, локализации и сроков развития рубца, степени сужения просвета кишечной трубки, распространенности патологического процесса по протяжению прямой кишки и в глубину тканей, функциональному состоянию запирающего аппарата и наличию сопутствующей патологии.

Исходя из этого, сформирована классификация приобретенных стенозов анального канала и прямой кишки (Табл. 3).

Степень стеноза анального канала устанавливали путем калибровочного бужирования (152 наблюдения). По результатам исследований распределение степеней сужения прямой кишки выглядит следующим образом:

- Первая степень – незначительная, когда в кишку

Таблица 1. Структура осложнений после колопроктологических операций (n=667)

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ	N
Стеноз анального канала и прямой кишки	198 (29,6%)
Тотальное рубцовое перерождение анального сфинктера	94
Избыточная слизистая прямой кишки	62
Частичная рубцовая деформация наружного сфинктера	37
Остаточная зона аганглиоза	33
Формирование ректо-уретрального свища/ранение мочевых путей	26
Рецидив ректо-вестибулярного свища	23
Формирование параректального свища	19
Ретракция низведенной кишки	17
Рецидив ректо-уретрального свища	17
Внесфинктерное низведение кишки	15
Мегаколон/мегаректум после промежностной проктопластики при высокой свищевой атрезии	15
Отторжение синтетического материала после сфинктеропластики по Вредену	15
Спаечная деформация нисходящего отдела толстой кишки	12
Некроз низведенной кишки	11
Эвагинация колостомы	10
Избыточная «шпора» после операции Дюамеля	8
Несостоятельность «тазового» анастомоза	8
Формирование ректо-вестибулярного, -вагинального свища; дефект преддверья влагалища	12
Стеноз колостомы	10
Гематома цилиндра, сформированного в ходе операции Соаве	6
Абсцесс цилиндра, сформированного в ходе операции Соаве	3
Перемещение червеобразного отростка в цилиндр, сформированного в ходе операции Соаве	3
Сдавление тощей кишки в области связки Трейца поперечно-ободочной кишкой	2
Хронический ишемический колит вследствие:	
- натяжения брыжейки толстой кишки	3
- перекрута брыжейки толстой кишки	3
- натяжения перемещенной толстой кишки	2
- забрюшинного погружения перемещенной толстой кишки	1
Дефект брыжейки толстой кишки	2

свободно входит буж Гегара на 1, 2 номера меньше нормы (31,3%).

- Вторая степень – умеренная, в кишку возможно провести буж на 3, 4 номера меньшего калибра (40,4%).
- Третья степень – выраженная: возможно ввести буж наименьшего диаметра или бужирование не возможно вообще (28,3%).

Морфологические исследования рубцовой ткани ано-

дермального перехода и прямой кишки позволили дать объективную оценку патологического процесса указанной анатомической зоны. Исследовали 59 макропрепаратов, из которых приготовлено 177 гистологических срезов. Рубцовый процесс в области кожно-слизистого перехода, анального канала и кишечной стенки при его развитии в течение 6 месяцев и более по своему строению соответствует зрелому рубцу.

Таблица 2. Сочетание различных видов проктологических осложнений со стенозами анального канала и прямой кишки.

Виды патологических состояний в сочетании со стенозами анального канала и прямой кишки	n(%)*
Рубцовое перерождение наружного сфинктера	82 (41,4%)
Избыточная слизистая низведенной кишки	31 (15,6%)
Внесфинктерное низведение кишки	8 (4,1%)
Ректо-уретральный свищ	7 (3,5%)
Остаточная зона аганглиоза	5 (2,5%)
Ректостевибулярный свищ	4 (2,0%)
Итого	137 (69,1%)

* Процентное отношение к общему числу наблюдений (n=198)

Таблица 3. Классификация приобретенных стенозов анального канала и прямой кишки у детей.

Оцениваемый фактор	Варианты проявления стенозов анального канала и прямой кишки			
Этиология стеноза	Ятрогенные (п/о) стенозы анального канала и прямой кишки			
	Посттравматические стенозы анального канала и прямой кишки			
	Механические повреждения	Химические повреждения	Термические повреждения	
Сроки формирования стеноза	Ранний		Поздний	
Локализация стеноза	1. Кожно-слизистый переход 2. Анальный канал или его часть 3. Ампула прямой кишки или ее часть 4. Часть анального канала или часть ампулы прямой кишки 5. Тотальное поражение прямой кишки			
Протяженность стеноза	1. Непротяженные стенозы 2. Протяженные стенозы			
Степень сужения просвета кишки	Первая степень (Незначительная)	Вторая степень (Умеренная)		Третья степень (Выраженная)
Распространенность стеноза в глубину тканей	1. Кишечная форма распространения 2. Внекишечная форма распространения			
Клинические течение стеноза	Формы клинического течения			
	Компенсированная	Субкомпенсированная	Декомпенсированная	Острая декомпенсированная
Функциональное состояние запирающего мышечного комплекса	1. Стенозы анального канала и прямой кишки без поражения запирающего мышечного комплекса 2. Стенозы анального канала и прямой кишки с поражением запирающего мышечного комплекса			
Внекишечные проявления стеноза	1. Без поражения соседних органов 2. С поражением соседних органов			

Таким образом, различали «ранние» стенозы, возникшие в течение 6 месяцев, и «поздние», зрелые, со сроком развития более 6 месяцев. Зрелость рубца имеет существенное значение в выборе метода лечения.

При протяженности стеноза более 2,5 см даже при незначительном сужении просвета кишечной трубки клиническое течение заболевания отличается скоротечностью, неэффективностью консервативного лечения и быстрой декомпенсацией вышележащих отделов толстой кишки.

В определении понятия «протяженности» стеноза можно ориентироваться на возможность устра-

нения патологического очага за счет использования местных тканей при непротяженном процессе, либо за счет дополнительного низведения кишки при протяженных стенозах. Как показали наши многолетние наблюдения, протяженность стеноза до 2,5 см позволяет ликвидировать рубец без повторного низведения кишки, используя лишь местные ткани.

По нашему мнению адекватное, эффективное лечение приобретенных стенозов анального канала и прямой кишки складывается из определенных этапов и возможно только с учетом всех факторов, характеризующих данную патологию.

Таблица 4. Эффективность лечебного бужирования в зависимости от вариантов развития стенозов анального канала и прямой кишки.

Варианты стенозов анального канала и прямой кишки	n	Результаты бужирования		
		Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Непротяженный стеноз анального канала и прямой кишки с благоприятным вариантом развития	62	62	23	15
Непротяженный стеноз анального канала и прямой кишки (поздние сроки развития рубца)	48	8	12	80
Непротяженный стеноз анального канала и прямой кишки умеренной степени сужения	32	0	10	90
Непротяженный стеноз анального канала и прямой кишки выраженной степени сужения	25	0	4	96

Таблица 5. Эффективность различных вариантов электрокоагуляции стенозов ануса и прямой кишки.

Вариант электрокоагуляции	Результаты лечения		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Сегментарная коагуляция рубца	43	43	14
Циркулярная коагуляция рубца	11	22	67
Циркулярная коагуляция рубца, в сочетании с проктопластикой	25	25	50

1. Бужирование непротяженных стенозов.

Показанием служат «ранние» рубцы и низкая локализация патологического очага (кожно-слизистый переход, анальный канал, нижняя треть ампулы прямой кишки). Данный метод позволил достичь положительных результатов в 62% случаев (Табл. 4). Использование бужирования при других, «неблагоприятных» вариантах стенозирования резко снижает эффективность лечебных манипуляций).

2. Методы электрокоагуляции анального канала и прямой кишки.

Применяли 2 варианта диатермического воздействия на патологическую ткань, электрокоагуляцию «низких» стенозов в области кожно-слизистого перехода ануса и анального канала и эндоскопическую электроэксцизию «высоких» стенозов ампулы прямой кишки.

Методика коагуляции дистально расположенных рубцовых поражений выполнялась 3 способами: сегментарной электрокоагуляцией, когда стеноз распространялся на 0,5 см по ходу кишки; циркулярной диатермией рубца, при его протяженности до 1,0 см; электрокоагуляцией стеноза дистального отдела прямой кишки, достигающей 2,5 см в сочетании с элементами проктопластики. В среднем эффективность данного метода достигает 28,5% (Табл. 5).

Эндоскопическая электроэксцизия непротяженных стенозов прямой кишки использована у 24 пациентов с локализацией стеноза в ампуле прямой кишки с положительным эффектом в 28,7% случаев.

Лазерная фотовапоризация рубцовых стенозов анального канала использована при «низкой» локализации у 15 детей, у 9 в области кожно-слизистого перехода и у 6 пациентов в анальном канале. Эффективность метода составила 26,6%, у всех 6 больных, с рубцовым стенозом анального канала возник рецидив.

Радиохирургический прибор «Сургитрон» и «Vesalius» бы применен для лечения у 30 больных. Эффективность метода достигла 100%. Однако, необходимо указать, что при протяженности стеноза до 2,5 см и выполнения лечения с элементами проктопластики эффективность метода составила 78,6%.

Морфологические исследования показали, что электрокоагуляция приводит к термическому воздействию на глубину тканей до 2-3 мм, лазерная фотовапоризация до 1-2 мм, и радиочастотное воздействие до 0,2-0,4 мм.

Таким образом, радиохирургические методы лечения непротяженных стенозов анального канала и прямой кишки с низкой локализацией, являются наименее травматичными из перечисленных выше методов воздействия на рубцовую ткань.

3. Хирургическая коррекция стенозов анального канала.

Первым вариантом хирургической помощи является иссечение рубцово измененного кожно-слизистого перехода в радиальном направлении и сшивание тканей в циркулярном. Эффективность методики составила 63%. В ситуациях, когда указанный выше вариант неэффективен, целесообразно использовать способы перемещения кожных лоскутов различных геометрических форм. Положительный эффект в этих случаях достигает 59%.

Коррекция рубцовых стенозов анального канала протяженности до 2,5 см, требует иссечения рубцовой ткани кишечной стенки с ее мобилизацией и фиксацией к кожно-слизистому переходу. Эффект данного варианта лечения достигает 69% от общего числа больных, имеющих соответствующую локализацию поражения

В случаях распространения рубцового процесса на нижеампулярный отдел прямой кишки, методом выбора была сакральная проктопластика с низведением части прямой кишки на промежность. По нашим данным метод эффективен в 60% случаев.

Наиболее сложной для лечения была средне и верхнеампулярная локализация непротяженных стенозов прямой кишки. В этих случаях методом выбора была брюшно-промежностная проктопластика в 2-х вариантах: при распространенности рубцового поражения, не выходящего за пределы кишечной стенки возможно брюшно-промежностная проктопластика типа операции Соаве, при распространении рубцового поражения указанной анатомической зоны за пределы кишечной стенки представляется целесообразным проведение брюшно-промежностной проктопластики с резекцией прямой кишки. Необходимо отметить, что данная опе-

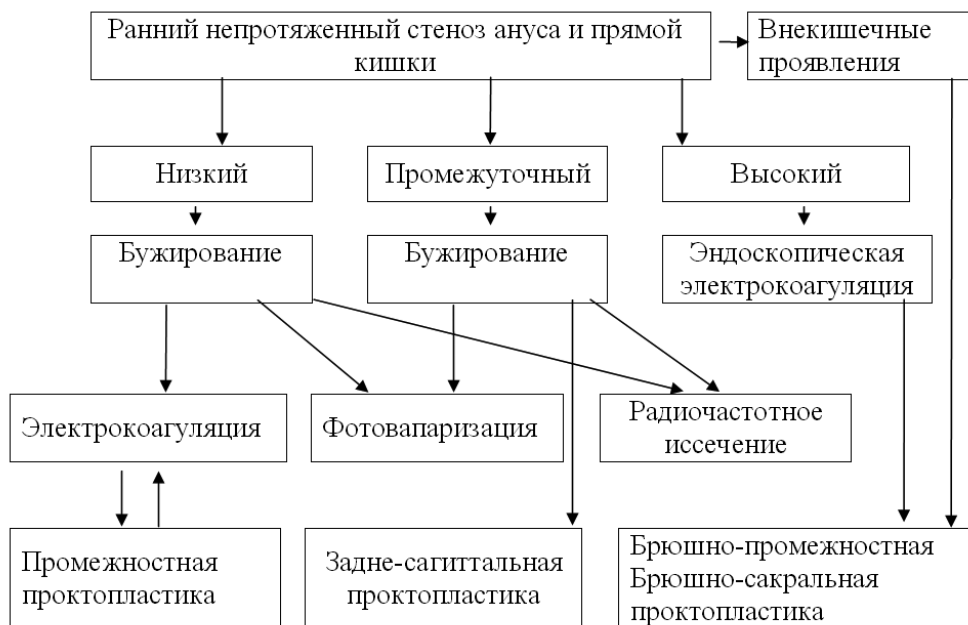


Рисунок 1. Алгоритм лечебных действий при ранних непротяженных стенозах анального канала и прямой кишки.

рация крайне сложна и чревата травмой уретры у мальчиков и задней стенки влагалища у девочек. Эффективность этих операций достигает 85,7%. Итогом исследований стал лечебный алгоритм при ранних и поздних непротяженных стенозах анального канала и прямой кишки. (Рис. 1 и 2)

Хирургическое лечение протяженных стенозов прямой кишки, занимающих значительную площадь поражения кишечной трубки представляет собой наибольшие трудности. В течение ряда лет нами использовались 3 варианта коррекции протяженных стенозов прямой кишки: задне-



Рисунок 2. Алгоритм лечебных действий при поздних непротяженных стенозах анального канала и прямой кишки.

сагиттальная проктопластика при локализации патологического процесса в дистальных отделах ампулы прямой кишки с положительным эффектом в 36,6%, брюшно-промежностная проктопластика при локализации рубцовой ткани в более высоких отделах прямой кишки, но без поражения параректальных тканей с положительным эффектом 87% и брюшно-сакральная проктопластика при аналогичной локализации стеноза с распространением рубца за пределы кишечной стенки с положительным эффектом 60%.

ВЫВОДЫ

- 1) Приобретенные стенозы анального канала и прямой кишки являются основным осложнением, возникающим после проктологических операций у детей, составляя до 30% от общего числа приобретенных поражений аноректальной области
- 2) Подавляющее число наблюдений рубцового сужения анального канала и прямой кишки приходится на группу больных с атрезией анального канала и прямой кишки (93%), причем наиболее часто данное осложнение выявлено при выполнении промежностной проктопластики при низкой форме атрезии
- 3) Морфологическая картина рубцового поражения аноректальной области позволяет оценить зрелость соединительной патологической ткани и определить адекватный вариант лечения данного процесса.
- 4) Сформированная в ходе работы классификация стенозов анального канала и прямой кишки позволяет объективно оценить характер поражения и обоснованно определить тактику лечения больного. Созданная классификация позволила выработать алгоритм лечебных действий при рубцовых поражениях аноректальной области.
- 5) Лечение непротяженных стенозов анального канала и прямой кишки, в силу многообразия форм патологического состояния, требует дифференцированного подхода. Применяемые нами методы лечения, такие как бужирование стеноза, электрокоагуляция рубца, лазерная фотовапоризация зоны поражения, радиочастотное и хирургическое иссечение рубцовой ткани имеют свои определенные показания, что и определяет алгоритм лечебных действий.

6) Лечение протяженных стенозов прямой кишки представляет собой наиболее сложную задачу и заключается в выполнении повторного оперативного вмешательства. Разработанная брюшно-сакральная, трансректальная проктопластика позволяет получить положительный эффект при протяженном рубцовом поражении прямой кишки и параректальных тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Сулейманов А.С. Повторные операции в аноректальной области. – В кн. Повторные операции на органах грудной и брюшной полости у детей. – М. – 1982. – С.106–113.
2. Воздвиженский С.И., Щуплова Л.Н., Юдин В.И. Повторные реконструктивные операции на толстой кишке. – В кн. Повторные операции на органах грудной и брюшной полости у детей. – М.: – 1982, С. 113–120.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Повторные реконструктивные операции при аноректальных пороках развития и болезни Гиршпрунга. в кн. Повторные операции на органах грудной и брюшной полости у детей. – М. – 1982. – С.121–129
4. Лёнюшкин А.И., Атагельдыев Т.А. Повторные операции на толстой кишке и промежности у детей. – М. – 1984. – С. 94–98
5. Щитинин В.Е., Подмаренкова Л.Ф. Анализ отделенных результатов хирургического лечения аноректальных аномалий у детей. Хирургия. – 2001. – № 11. – С. 18–21
6. Fortuna RS, Weber TR, Tracy TF et al. Critical analysis of the operative treatment of Hirschsprung's disease. Arch Surg 1996; 131(5): 520-4; discussion 524-5.
7. Levitt M.A., Pena A. Outcomes from the Correction of Anorectal Malformations. Opinion in Pediatric, 2005, 17:394-401
8. Liberman H., Thorson A.G. How I do it. Anal stenosis. Am J Surg., 2000, 179(4):325-9
9. Peña A, Hong AR, Medulla P, Levitt MA. Reoperative surgery for anorectal anomalies. Semin Pediatr Surg 2003; 12: 118-23.
10. Peña A., Grasshoff S., Levitt M. Reoperations in anorectal malformations. J. Pediatr. Surg. 2007;42(2):318-25.

ТЯЖЕЛАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ У БОЛЬНОЙ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (клиническое наблюдение)

Кашников В.Н., Михайлова Т.Л., Головенко О.В., Болихов К.В.,
Романов Р.И., Гусев А.В.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ, г. Москва
(директор – проф. Ю.А. Шельгин)

[Ключевые слова: Язвенный колит, Гангренозная пиодермия]

[Key words: Ulcerative colitis, Pioderma gangrenosum]

Адрес для переписки: Болихов К.В. ГНЦ Колопроктологии, Саляма Адиля, д.2, Москва, 123423, e-mail: bolikhov@yandex.ru

Гангренозная пиодермия (ГП) – воспалительный нейтрофильный дерматоз с явлениями хронической очаговой гангрены кожи неизвестной этиологии, который часто ассоциируется с заболеваниями внутренних органов. Это заболевание относится к неотложным, так как вызывает выраженное местное разрушение тканей, может быстро прогрессировать и приводить к потере трудоспособности.

ГП может быть как самостоятельной нозологической формой, так и внекишечным проявлением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). В основе развития ГП лежат лимфопролиферативные или аутоиммунные расстройства. Этиология ГП до сих пор неизвестна, однако предполагается связь заболевания с дефектом клеточного иммунитета: нарушением хемотаксиса нейтрофилов, гиперреактивностью нейтрофилов или избыточной экспрессией интерлейкина. По сути происходит местная активация лейкоцитов (спонтанная или в рамках феномена патергии) с последующим повреждением тканей. Вместо достаточной инактивации (ингибиторами тканевой протеиназы), происходит дальнейшее вовлечение лейкоцитов и кольцевидное центробежное распространение процесса [5]. К развитию пиодермии может также предрасполагать и повышенная чувствительность к клеточным компонентам *E. coli* [8].

ГП встречается у 0,5-2,0% больных язвенным колитом [2, 6, 9].

Нужно отметить, что развитие ГП при язвенном колите (ЯК) не обязательно коррелирует с протяженностью поражения кишечника, активностью или тяжестью колита [2]. Поражения кожи часто

прогрессируют быстро, и у некоторых пациентов могут сопровождаться лихорадкой, недомоганием, миалгией и артралгией [9].

ГП начинается с образования пустулы, которая, проходя стадию стерильного абсцесса, постепенно трансформируется в язву размерами до 4 см. Дно гнойной некротической язвы обычно бывает окружено неравномерным красным ободком. Поражения при ГП локализуются преимущественно на разгибательной поверхности нижних конечностей. Подобные поражения в норме заживают, оставляя атрофический розоватый рубец.

Поражение кожи при ГП характеризуется массивной нейтрофильной инфильтрацией дермы, сопровождающейся гемorragиями и некрозом эпидермиса. Нейтрофильные инфильтраты определяются вокруг и даже внутри сосудов, однако прочие признаки васкулита не обнаруживаются. Инфильтраты могут носить смешанный лимфоцитарно-нейтрофильный характер, что преимущественно отмечается на ранних стадиях.

Атипичная форма ГП обычно поражает верхние конечности, шею и лицо. Она часто сопровождается появлением гемorragий, пузырей, а также системными проявлениями, такими как лихорадка, миалгии и артралгии. Другой особенностью этой формы ГП является поверхностное расположение нейтрофильного инфильтрата, обычно ограничивающегося эпидермисом [10, 12].

Примерно у 30% пациентов отмечают рецидивы ГП [3]. Обсеменение язвы различными микробами имеет вторичное происхождение. Об этом свидетельствует неэффективность терапии антибиотиками. Дискутируется вопрос, являются ли ведущими

ми факторами инфекционно-аллергические, ограниченные некротизирующие васкулиты. Врачи общей практики редко встречаются с большими ЯК. В этой связи, случаи ГП при этом заболевании, могут трактоваться, как острые бактериальные гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки (абсцесс, флегмона, рожа и т.д.). Антибиотики и местное лечение (антисептические растворы, мази, некрэктомия и т. д.) при ГП, как правило, неэффективны, если не проводится специфическая терапия ЯК [6, 10]. Поздняя диагностика ГП и неадекватное лечение могут привести к генерализации гнойного поражения подкожно-жировой клетчатки, развитию сепсиса и даже летальному исходу.

Ниже представлен клинический случай тяжелой генерализованной формы гангренозной пиодермии у больной ЯК, который наглядно демонстрирует трудности дифференциальной диагностики ГП с воспалительными заболеваниями подкожной клетчатки бактериальной этиологии.

Клиническое наблюдение

Пациентка В. 30 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение «ГНЦ колопроктологии» 05.08.10. с жалобами на частый, жидкий стул до 7-10 раз в сутки с примесью крови и слизи, тупые боли в левой половине живота и вокруг пупка перед дефекацией, периодические подъемы температуры тела до 38,0°C, общую слабость. Появление описываемых симптомов сопровождалось появлением гнойников на коже спины и обеих щеках.

Анамнез воспалительного заболевания кишечника прослеживается с февраля 2009 г., когда на фоне лечения межреберной невралгии НПВС появилась

диарея до 8 раз в сутки с примесью крови, лихорадка. В марте 2009 г. госпитализирована в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Установлен рабочий диагноз язвенный колит. Для уточнения диагноза и дальнейшего лечения больная переведена в ГНЦ колопроктологии. При **колоноскопии**: эндоскопическая картина обострения ЯК.

По результатам полученных данных установлен диагноз: язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, хроническое рецидивирующее течение, тяжелая форма, активная фаза. Назначена терапия преднизолоном 100 мг/сут в/в, с последующим переходом на таблетированные препараты метипред (метилпреднизолон) 48 мг/сут в сутки с постепенным снижением дозы и салофальк 3,0 г/сут. Метилпреднизолон отменён в сентябре 2009 г. Пациентка продолжила прием салофалька 3 г в сочетании с микроклизмами с салофальком.

В марте 2010 г. наступило ухудшение. Обострение возникло на фоне развивающейся беременности (на момент ухудшения состояния срок беременности – 2 недели). Продолжала прием салофалька в суточной дозе 4,0 г, в апреле отметила временное улучшение. С 20 июня по 3 июля пациентка находилась в заграничной поездке, где активно принимала солнечные ванны, не соблюдала диету. Также самостоятельно прекратила прием поддерживающей дозы салофалька.

Спустя 1,5 недели (14.07.10.) после возвращения пациентка отметила появление гнойников на коже лица и туловища, учащение стула до 10 раз в сутки, повышение температуры тела до 38,0°C. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где хирургом общего профиля выставлен диа-



Рисунок 1. а. Гнойная пиодермия: язвы и вскрывшиеся абсцессы на спине; б. язва поясничной области

гноз: фурункулез. После чего было произведено вскрытие гнойников на лице и на пояснице. Назначена антибактериальная терапия (ампициллин 1 г/сут), проводились ежедневные перевязки. Положительного эффекта от проводимого лечения не наблюдалось. В связи с сохраняющейся диареей, интоксикацией 05.08.2010 г. больная обратилась в ГНЦКолопроктологии. Учитывая неэффективность проводимой терапии, пациентка госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. Таким образом, общая длительность лечения на догоспитальном этапе составила 21 день.

При осмотре в поясничной области выявлена язва, диаметром до 4 см, плоская, расположенная на воспалительной подушке до 0,5 см, края воспалены, подрыты, затеков нет, дно язвы представлено вяло гранулирующей тканью (Рис. 1 а,б). В проекции левой и правой лопатки 2 вскрывшихся подкожных абсцесса аналогичного вида, заживающие, диаметр кожного дефекта 0,5 см, диаметр циркулярного кожного дефекта до 2,5 см, определяется гнойное отделяемое (Рис. 1 и 2). На левой и правой щеке 2 вскрывшихся подкожных абсцесса, до 0,5 см в диаметре, дренированных латексными выпускниками. Длина подкожного хода на левой щеке – 2 см, линейной формы; на правой щеке затеков нет.

При поступлении пациентка обследована:

В анализах крови от 05.08.2010: Нв 89 г/л; Эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 26,4%, лейкоциты $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/ч; печеночные пробы в пределах нормы, альбумин 43,9 г/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 144,8 ммоль/л.

Посев из гнойников: в исследуемом субстрате рост микроорганизмов не выявлен.

Посев крови: бактериемия не обнаружена.

Колоноскопия: эндоскопическая картина соответствует язвенному колиту, тотальное поражение толстой кишки, выраженный рецидив заболевания в правых отделах толстой кишки. Множественные слизистые перетяжки и воспалительные полипы в ободочной кишке.

Гастроскопия: при осмотре верхних отделов пищеварительного тракта патологических изменений не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: при исследовании органов малого таза определяется увеличенная матка, в которой определяется 1 живой плод. Осмотрена толстая кишка, гаустры сглажены, воспалительные изменения в левых отделах толстой кишки без глубоких язвенных дефектов, с учетом данных доплерографии, процесс активный.

Осмотр акушера-гинеколога: Беременность 14 недель, низкое прикрепление плаценты.

Сформулирован клинический диагноз: язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, хроническое рецидивирующее течение, тяжелая форма, активная фаза. Гангренозная пиодермия. Беременность 14 недель.

Назначена терапия: диета № 4, палатный режим; внутривенно преднизолон 100 мг/сут в течении 10 дней с переходом на пероральный прием метилпреднизолона 48 мг/сут в течении 10 дней со снижением по схеме (4 мг каждые 7 дней), амоксилав 1,2 г×3 раза в день, метрогил, дицинон, вводно-электролитные и белковые растворы, препараты железа. Проводились ежедневные перевязки с использованием перекиси водорода, диоксида.



Рисунок 2. Зажившие язвы на спине.

мази «Левомеколь», салфеток «Бранолинд».

На фоне лечения состояние больной улучшилось, частота стула сократилась до 2 раз, стул полуоформленный без патологических примесей. Отмечена эпителизация и рубцевание язвенных дефектов на коже лица и спины, обусловленных ГП (Рис. 2 а,б). По данным УЗИ от 26.08.2010 беременность развивается нормально, развитие плода пропорциональное, соответствует сроку.

Учитывая наличие беременности (17 недель), при выписке, контрольная колоноскопия не проводилась.

При ректоскопии от 31.08.2010 г.: складчатость сохранена, слизистая умеренно гиперемирована. Сосудистый рисунок местами перестроен, местами не прослеживается. Полипов и язв нет. Спонтанной кровоточивости нет. Контактная кровоточивость минимальная. Заключение: картина начинающейся ремиссии воспалительного процесса.

31.08.10 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии, доза метилпреднизолона снижена до 32 мг с назначением дальнейшей схемы снижения препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический пример демонстрирует трудности дифференциальной диагностики ГП, по сравнению с обычными гнойными поражениями кожи. Внимательный сбор анамнеза позволяет заподозрить воспалительное поражение толстой кишки, даже при неустановленном ранее диагнозе ВЗК.

Использование инструментальных методов обследования кишечника играет исключительно важную роль для проведения дифференциальной диагностики, и позволяет выявить наличие ВЗК и исключить другие причины образования ГП.

Гангренозная пиодермия диагностируется примерно у 0,5-2,0% пациентов с ВЗК, течение обоих заболеваний нередко совпадает по времени, однако это не является обязательным условием.

Эффект терапии внекишечных проявлений ВЗК существенно зависит от назначенного патогенетически обоснованного лечения, и может включать назначение глюкокортикостероидных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В. П. Неотложная дерматология. М., 2001.
2. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М.: Геотар Мед, 2001.
3. Бойко Т.И. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника. Гастроэнтерология (323) 2010 (тематический номер) / Научный обзор.
4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М., 2006.
5. Головенко О.В. Недифференцируемый неспецифический колит (клинические, эндоскопические и морфологические особенности). Дисс. доктор. мед. наук. М., 2006.
6. Златкина А.Р. Современная терапевтическая тактика воспалительных заболеваний кишечника. Cons. Med. 2004. 6(2):28-31.
7. Михайлова Т.Л., Головенко О.В. Язвенный колит: Фармацевтические аспекты. Экономический вестник фармации, 2002.-N 8.-С.80-88
8. Румянцев В.Г. Язвенный колит. М., 2009, с.276-278.
9. Секачева М.И. Современные аспекты лечения неспецифического язвенного колита: результаты медицины, основанной на доказательствах. Cons. Med. 2003 5(10)приложение.
10. Stange E.F., Travis S.P.L., Vermeire S. et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Special situation. Journal of Crohn's and Colitis. 2008; 2, 1-23, 150.
11. Marks DJ, Rahman FZ, Novelli M et al. An exuberant inflammatory response to E coli: implications for the pathogenesis of ulcerative colitis and pyoderma gangrenosum. Gut 2006 55(11):1662-3.
12. Muñoz PS, Ugidos AF, Montiel PM et al. Atypical pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. A severe diagnostic challenge. Rev Esp Enferm Dig. 2009 101(8):585-7.

ПРИМЕНЕНИЕ Т-ОБРАЗНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Протасов А.В., Сергеев А.А.

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии Российского
Университета Дружбы Народов, г. Москва
(заведующий кафедрой – проф. Э.Д. Смирнова)

[Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, рак ободочной кишки, кишечный анастомоз]

[Key words: colon obstruction, colon cancer, colon anastomosis]

Адрес для переписки: Сергеев А.А. 119071, г. Москва, Ленинский проспект, д.27, e-mail: doc-serg@inbox.ru

Статистические исследования свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости населения раком толстой кишки [27, 51]. По данным Петрова В.П., Ерохина Е.А. в расчёте на 100000 населения заболеваемость раком толстой кишки в Москве и Московской области в период за 1965-80 гг. возросла с 8,2 до 20,3 случаев [39], в России показатель заболеваемости населения составил 16,2 на 100000 населения [27]. Максимальные уровни этого показателя отмечены в Санкт-Петербурге (33,6) и в Москве (30,0).

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России. В США колоректальный рак занимает второе место среди злокачественных новообразований, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин. Менее выражен рост заболеваемости в странах Азии и Африки [64].

В России колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место. В России в 1999 г. среди заболевших злокачественными новообразованиями мужчин колоректальным раком составил 8,7%, прочно занимая 3-е место после рака легкого (26,5%) и желудка (14,2%). Среди заболевших женщин соответственно 11,1% вслед за раком молочной железы (18,3%) [46]. В последних публикациях отмечается, что заболеваемость этой формой рака выходит на 2-е место после рака легких у мужчин и после рака молочной железы у женщин [2, 11, 12].

Мужчины заболевают раком прямой кишки в 1,5 раза чаще, чем женщины. Наибольший удельный вес рака обеих локализаций отмечен в возрасте старше 60 лет у мужчин (6,4% и 5,8%) и женщин (9,8% и 7,0%) [11]. В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака ободочной кишки приходится 4,3% у мужчин и 7,9% у женщин. При первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III–IV стадии) диагностируются у 71,4% больных раком ободочной кишки и у 62,4% – в случаях заболевания раком прямой кишки [46].

И хотя некоторые зарубежные авторы связывают увеличение удельного веса рака толстой кишки в структуре хирургических и онкологических заболеваний с улучшением диагностики и усилением онкологической настороженности населения [57, 63], в России среди больных, с впервые выявленным раком толстой кишки, доля IV стадии остаётся на очень высоком уровне и достигает 27,9% [16, 38].

Начало хирургии опухолевой патологии ободочной кишки заложено более 200 лет назад, она начиналась с лечения осложнений. Именно при кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки, были впервые осуществлены оперативные вмешательства [53]. В 1776 году впервые в мире произведено наложение цекостомы в связи с непроходимостью кишечника при опухоли поперечной ободочной кишки (Pillore), а в 1833 году Reybard успешно осуществил резекцию слепой кишки по поводу рака [65]. В 1854 году Maisonnive наложил обходной анастомоз с выключением пораженного сегмента толстой кишки при явлениях кишеч-

ной непроходимости. Павловым Е.В. в 1886 году в России впервые была выполнена резекция слепой кишки с наложением анастомоза «бок в бок» между подвздошной и восходящей ободочной кишкой по поводу рака слепой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью [36]. Gussenbauer и Martini в 1879 году резецировали сигмовидную кишку по поводу опухоли, а оба конца кишки вывели наружу на брюшную стенку, что привело к выздоровлению больного. Впервые в 1886 году Heinecke предложил наложение разгрузочного свища на приводящий участок кишки при толстокишечной непроходимости, как первый этап операции, а через несколько недель производилось удаление участка кишки с опухолью. В 1902 году Mikulicz разработал многоэтапный способ резекции толстой кишки [62]. Операция заключается в двухмоментной резекции кишки с наружным отведением кишечного содержимого. Вначале мобилизованный отрезок кишки с опухолью выводят на брюшную стенку и сшивают приводящий и отводящий колена кишки. Через 2-3 дня выведенную петлю кишки вместе с опухолью резецируют, затем через две недели производят раздавливание шпоры с целью создания соустья между приводящими и отводящими отрезками. Спустя 6-8 недель осуществляют закрытие кишечного свища.

Операцию Микулича модифицировал Греков И.И. в 1928 году [14]. Операция Грекова предусматривает наружное и внутреннее отведение кишечного содержимого. В отличие от операции Микулича, в этом способе между приводящим и отводящим отрезками кишки накладывают боковой анастомоз в брюшной полости.

Эти операции не лишены недостатков, например не представляется возможным широкое иссечение брыжейки с удалением лимфатических узлов у основания брыжеечных сосудов, а значит, страдает радикализм хирургического вмешательства при раке. Кроме того, при кишечной непроходимости выведение раздутых петель ободочной кишки с опухолью через небольшой разрез брюшной стенки может привести к дальнейшему ухудшению кровоснабжения выведенной петли с развитием перитонита. В то же время оставление большого отверстия в брюшной стенке грозит эвентрацией кишки. В 1898 году Цейдлером было предложено выполнение многомоментных операций при толстокишечной непроходимости раковой этиологии [50]. Вначале он рекомендовал наложение разгрузочного свища на слепой кишке, затем, после улучшения состояния больного – выполнение резекции участка кишки, несущего опухоль, и завершающим этапом – восстановление кишечной непрерывности ана-

стомозом. Используя эту методику, Schloffer в 1903 году разработал способ хирургического лечения рака левой половины толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью [67]. Бронштейн Б.Л. предложил назвать эту операцию операцией Цейдлера-Шлоффера [6].

Впервые в 1908 году хирург Lockhart-Mummery выдвинул идею об удалении сегмента толстой кишки, несущего опухоль, без восстановления кишечной непрерывности. А в 1921 году на XXX Конгрессе французских хирургов Hartmann Н впервые представил эту операцию широкому кругу специалистов, назвав её «новый способ удаления конечной части тазовой ободочной кишки» [56]. Он произвел резекцию ректосигмоидного отдела, проксимальный отрезок кишки вывел на брюшную стенку в виде одностольного искусственного ануса, а дистальный конец зашил наглухо и перитонизировал.

В дальнейшем эта операция подвергалась совершенствованию и в настоящее время большинство хирургов используют название «операция Гартмана» для обозначения целой группы хирургических вмешательств на левой половине ободочной кишки, при которых после удаления патологического очага отводящий конец кишки ушивается наглухо, а приводящий выводится в виде противоестественного заднего прохода на переднюю брюшную стенку.

Несмотря на большой клинический опыт, накопленный хирургами в лечении больных с obturационной толстокишечной непроходимостью на фоне опухолевого поражения толстой кишки, увеличение числа радикально оперированных больных, процент осложнений и смертность в послеоперационном периоде остаются высокими [1, 11].

От 60 до 90% больных доставляются в хирургические стационары общего профиля в ургентном порядке с различными осложнениями заболевания (анемией, толстокишечной непроходимостью, перфорацией опухоли с развитием перитонита, прорастанием опухоли в соседние органы). Это, безусловно, отрицательно влияет на выбор оптимального объёма, приводит к значительному увеличению числа осложнений и существенно ухудшает как непосредственные, так и отдаленные результаты хирургического лечения. При этом у впервые выявленных пациентов далеко зашедшие стадии (III и IV) заболевания составляют подавляющее большинство [2]. Одним из наиболее часто встречающихся и грозных осложнений течения рака толстой кишки является obturационная толстокишечная непроходимость, которая встречается у 29-63% больных этой группы [2, 7, 12, 66], что

значительно осложняет течение болезни и лечение этого контингента больных.

Значительная часть пациентов (до 75,6%) находится в пожилом и старческом возрасте и имеет целый ряд тяжёлых сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной и других, систем, причём нередко в стадии декомпенсации [2, 38]. Среди большого числа публикаций, отражающих более чем вековой опыт хирургии рака ободочной кишки, гериатрическим вопросам этой сложной проблемы стали уделять внимание преимущественно лишь в последние годы [2, 18, 47].

Единственным радикальным методом лечения рака ободочной кишки во всех возрастных группах является оперативный метод. Однако, как справедливо отмечают большинство авторов, возможности использования этого метода у части больных старше 60 лет ограничиваются сопутствующими заболеваниями, повышающими риск хирургического вмешательства и функциональными изменениями организма возрастного характера [17].

Таким образом, толстокишечная непроходимость, вызванная опухолью толстой кишки, занимает важное место среди осложнений, сопровождающих течение заболевания. Существующая литература, посвящённая толстокишечной непроходимостью, свидетельствует о том, что большинство авторов углублённо занимались изучением этой проблемы, однако, ещё много вопросов касающихся методов, сроков выполнения и объёма экстренного или отсроченного оперативного вмешательства остаются дискуссионными.

По мнению большинства хирургов результаты лечения кишечной непроходимости зависят от:

1. своевременной диагностики непроходимости и определения тяжести сдвигов гомеостаза;
2. эффективности предоперационной терапии, направленной на коррекцию функций внутренних органов, восстановления или улучшения эвакуаторной функции кишечника;
3. своевременности выполнения вмешательства;
4. верно выбранного вида и объёма операции;
5. адекватной компенсации метаболических нарушений в послеоперационном периоде.

Хирургическая тактика в отношении поступающих в стационары больных с кишечной непроходимостью различными авторами трактуется неоднозначно и определяется критериями общего состояния больных, наличием признаков перитонита, уровнем интоксикации и метаболических нарушений; учитывается длительность заболевания. В хирургии осложнённого рака левой половины ободочной кишки выбор рациональной хирургиче-

ской тактики является сложным и дискуссионным [26, 57]. До настоящего времени среди хирургов нет единого мнения о хирургической тактике при раке левой половины ободочной кишки, осложнённом непроходимостью [1, 10, 21, 37, 39, 45, 48, 60]. По справедливому мнению Петрова В.П., Топузова Э.Г. [38, 47], при выборе метода хирургического вмешательства, нужно стремиться решить две основные задачи: а) произвести декомпрессию кишечника; б) резецировать участок кишки, несущий опухоль. Для решения этих задач предложено множество разнообразных операций:

1. первичные радикальные операции без формирования анастомоза, с выведением одноствольной проксимальной колостомы и ушиванием дистального сегмента (операции типа Гартмана);
2. первичные радикальные операции без формирования анастомоза и выведением двухствольной колостомы (операции типа Микулича);
3. первичные радикальные операции с формированием анастомоза и наложением страховочной проксимальной колостомы;
4. многоэтапные радикальные операции с предварительным формированием коло- или цекостомы.

До сих пор ряд хирургов при стенозирующей опухоли левой половины ободочной кишки для снижения послеоперационной летальности считают целесообразным выполнение многоэтапных оперативных вмешательств, в первую очередь наложение декомпрессионных цеко- или колостом с последующим удалением опухоли и восстановлением естественного кишечного пассажа [13, 35, 63]. Такой тактики придерживаются у больных с повышенным операционным риском, обусловленным тяжёлым состоянием, выраженной интоксикацией, наличием декомпенсированных сопутствующих заболеваний, в пожилом и старческом возрасте [7, 10, 32].

Несмотря на это, в литературе имеются противоречивые суждения о показаниях к декомпрессионным вмешательствам. Одни хирурги считают, что наложение цекостомы на высоте острой непроходимости, не всегда обеспечивает адекватную декомпрессию желудочно-кишечного тракта [3, 15], поэтому её применение нецелесообразно. Другие придерживаются мнения, что цекостомия является достаточно эффективным вмешательством при острой кишечной непроходимости, позволяет уменьшить смертность после второй операции [63]. Ряд хирургов считают, что поэтапный подход к лечению обтурационной непроходимости толстой кишки снижает долговременную выживаемость, приводя к высокой летальности (43-47,5%), а суммарная частота осложнений при этом снижается незначительно по сравнению с одноэтапными

вмешательствами [19, 24]. Кроме того, наиболее отрицательной стороной многоэтапных операций, по мнению этих авторов, является оставление в брюшной полости самой опухоли, которая способствует возникновению осложнений и интоксикации. Часто при этом затягиваются сроки радикального хирургического лечения, а пожилые и больные старческого возраста зачастую до неё не доживают.

После наложения разгрузочных колостом и обходных анастомозов на первом этапе лечения толстокишечной непроходимости количество радикально оперированных больных резко уменьшается из-за распространения опухоли и метастазов, сроки лечения растягиваются на несколько месяцев, увеличиваются расходы на лечение. К тому же, многоэтапные операции чаще сопровождаются большим числом гнойно-септических осложнений [5], поэтому последующие этапы операции задерживаются на неопределённый срок, что в свою очередь приводит к дальнейшей генерализации опухолевого процесса, развитию вторичных осложнений, нарастанию интоксикации, нередко опухоль становится неоперабельной [4, 24]. Оставление опухоли после первой операции чревато развитием такого тяжёлого осложнения как перфорация и перитонит [16]. Так же отметим, что восстановительные операции на ободочной кишке более рискованные, технически сложны и трудновыполнимы [9, 42]. Нередко в тех случаях, когда по онкологическим соображениям выполнение второго этапа операции представляется возможным, у хирурга возникают трудности в определении показаний к повторному вмешательству. После второго и заключительного этапов операции ещё больше возрастает риск послеоперационных осложнений, увеличивается показатель летальности. Лишь около 30% больных имеют шансы пережить все три этапа операции [25]. Большинство больных, оперированных многоэтапно, умирают в сроки до одного года от рецидива и метастазов опухоли, а 5-летняя выживаемость у них намного хуже, чем у больных, перенесших двухэтапную операцию типа Гартмана [33, 49].

По мнению ряда авторов [3, 47, 48], операция типа Гартмана позволяет достичь лучших непосредственных результатов. Это объясняется тем, что ликвидация основного очага (удаление опухоли) и устранение непроходимости обеспечиваются в один этап. Эти хирурги считают данную операцию оптимальным видом оперативного вмешательства при осложнённых формах рака левой половины ободочной кишки. Именно поэтому операция типа Гартмана является одной из основных, применяе-

мых в стационарах скорой помощи. Эта операция достаточно радикальна в онкологическом плане и не тяжела для больного, отличается сравнительно низкой травматичностью и обеспечивает решение всех основных задач хирургического лечения больного с острой обтурационной кишечной непроходимостью, а также даёт возможность в дальнейшем восстановить непрерывность желудочно-кишечного тракта.

Однако, несмотря на очевидные преимущества, операция типа Гартмана также не лишена своих недостатков. Во-первых, она требует от хирурга высокой квалификации. По этой причине многие хирурги выполняют её лишь при наличии соответствующих условий: 1) больные молодого возраста, 2) относительно небольшой срок заболевания, 3) относительно удовлетворительное состояние пациента [20, 28]. Чуа С.Л., Миронов А.С., Михайлова Е.В. считают, что формирование колостомы при этом виде операции сопровождается развитием в послеоперационном периоде не меньшего числа осложнений, чем при наложении цекостомы [28, 31, 54], высока частота параколостомических осложнений (35-55%) [28, 31, 38], что значительно снижает возможности социально-трудовой реабилитации больных [23, 25, 40]. При этом работы Рудина Э.П., Миронова А.С., посвящённые одностольной колостоме, свидетельствуют о том, что современные методики наложения колостомы позволяют резко снизить число параколостомических осложнений [28, 43].

Вторым немаловажным недостатком операции типа Гартмана является необходимость повторной операции для восстановления кишечной непрерывности [22, 41, 52]. По данным Васильева С.В., Деанс ГТ [9, 55], восстановление непрерывности кишки в 40-72% наблюдений становится невозможным. При выполнении заключительного этапа операции возникают серьёзные послеоперационные осложнения (до 25-60%), отмечается высокая летальность (до 5-9%) [41, 52]. Клинический опыт свидетельствует, что операция Гартмана занимает в два, а то и в три раза меньше времени, чем повторное вмешательство, направленное на восстановление пассажа по сохранённой части кишечника. Кроме того, вторая операция часто сопряжена с выделением культи кишки из массивных рубцов, поэтому сопровождается большим риском развития кровотечения, повреждение мочеточника, десерозирование участков стенки кишки, чем одномоментное вмешательство. Совокупность этих факторов в определенной степени сдерживает хирургов от выполнения заключительного этапа операции, поэтому операция типа

Гартмана, являясь двухэтапным вмешательством, в ряде наблюдений превращается в незавершенную одномоментную операцию.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что одним из существенных недостатков многоэтапных и двухэтапных операций является наличие после этих операций противоестественного заднего прохода и необходимость выполнения повторных реконструктивно-восстановительных вмешательств, порою не менее сложных, чем первая операция, часто сопровождающихся послеоперационными осложнениями и летальностью [9, 41]. Многие пациенты сами отказываются от повторных оперативных вмешательств, некоторым больным хирурги не рекомендуют закрытие колостомы в связи с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и преклонным возрастом. В связи с этим поиск вариантов оптимальных хирургических вмешательств, которые предполагают первичное восстановление кишечной непрерывности при осложнённом раке ободочной кишки, продолжается отечественными и зарубежными хирургами.

Проанализировав литературу последних 10 лет, можно убедиться, что в настоящее время имеются два основных направления в лечении больных с кишечной непроходимостью, обусловленной левосторонним раком ободочной кишки:

- двухэтапные первично-радикальные оперативные вмешательства;
- радикальные первично-восстановительные операции.

Заметна тенденция к большему радикализму и к отказу от паллиативных и многоэтапных операций у больных с обтурационной непроходимостью при опухолевом поражении левой половины ободочной кишки.

Сторонники двухэтапных первично-радикальных оперативных вмешательств [2, 11, 30] уверены в том, что наилучшие результаты наблюдаются после операций с радикальным удалением опухоли, но без первичного восстановления проходимости толстой кишки. Обосновывают это тем, что летальность после радикальных операций более чем в 1,6 раза меньше, чем после паллиативных [3, 29].

В отличие от них, сторонники радикальных первично-восстановительных операций [53, 60, 61] указывают на возможность расширения показаний к выполнению радикальных и первично-восстановительных операций – одномоментной резекции опухолей и наложению межкишечного анастомоза на высоте острой обтурации ободочной кишки. Учитывая значительное ухудшение качества жизни больных с колостомой [34, 41, 58], риск развития параколостомических осложнений [20,

28, 31, 38, 40], возрастающий риск развития различных осложнений при выполнении повторных реконструктивно-восстановительных операций, требующих немалых дополнительных материальных затрат [42, 66], очевидно преимущество выполнения одномоментных радикальных операций с формированием первичного анастомоза при обтурационной непроходимости [61]. Целесообразность проведения радикальных одномоментных оперативных вмешательств при данной патологии подтверждается высокими показателями качества жизни больных при сходных непосредственных и отдалённых результатах в сравнении с двухэтапными вмешательствами [8, 58, 59].

Так же некоторые авторы рекомендуют выполнять субтотальную или тотальную колэктомию, с первичным илеосигмо- или илеоректальным анастомозом, мотивируя это сомнительной жизнеспособностью кишки вследствие значительных некробиотических изменений в её правой половине [51, 57, 59]. Однако, в общехирургических стационарах операциями выбора при обтурационной непроходимости, вызванной раком левой половины ободочной кишки, принято считать резекции без первичного межкишечного анастомоза [8, 37, 44]. Резекции с первичным восстановлением кишечной непрерывности относятся к оперативным вмешательствам повышенной категории сложности и, несмотря на ряд неоспоримых преимуществ, рекомендовать их к повседневному выполнению можно лишь в специализированных хирургических или проктологических клиниках.

Наконец, одним из компромиссных вариантов хирургического лечения при обтурационной непроходимости, вызванной раком левой половины ободочной кишки, является одномоментная левосторонняя гемиколэктомия с первичным восстановлением непрерывности кишечника при помощи Т-образного терминального анастомоза.

Сначала производят типичную операцию при опухолях левой половины ободочной кишки – левостороннюю гемиколэктомию или резекцию сигмовидной кишки. Затем формируют Т-образный анастомоз двухрядным ручным швом или сшивающим аппаратом АКА-2 (компрессионный анастомоз) конец в бок: конец дистального отдела толстой кишки в бок проксимального конца (Рис. 1).

Проксимальный отрезок толстой кишки выводят на переднюю брюшную стенку в виде одностольной колостомы. В послеоперационном периоде через колостомическое отверстие осуществляется декомпрессия Т-образного анастомоза, уменьшается нагрузка на швы, так как каловые массы и газы отходят в основном через колостому. В усло-

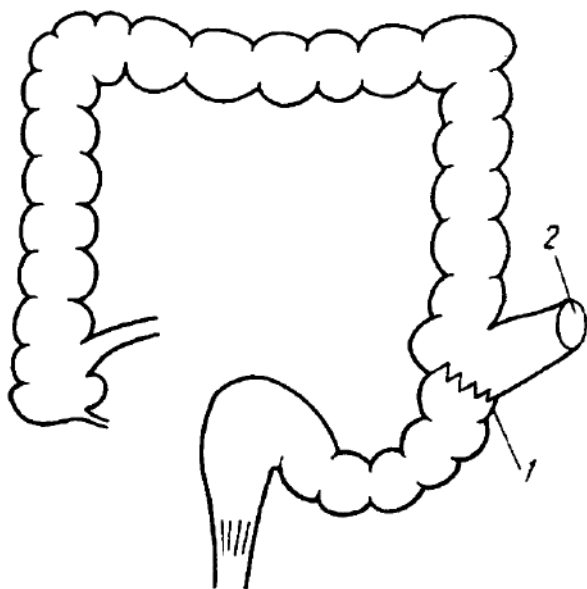


Рисунок 1. Схема формирования T-образного анастомоза: 1 T-образный анастомоз; 2 колостома.

виях выраженной кишечной непроходимости, при наличии большого количества кала и газов в перерастянутых петлях кишки, указанная декомпрессия имеет большое значение для уменьшения давления на швы анастомоза. В первую неделю после операции кал и газы отходят в основном через колостому. Затем, после заживления шва анастомоза, отхождения «кольца» аппарата и исчезновения отека в зоне анастомоза, кал отходит примерно в одинаковом количестве через колостому и естественным путем.

Через 2-3 недели после операции проводится ирригоскопия для проверки состояния функции T-образного анастомоза. После удовлетворительного заключения под спинно-мозговой анестезией, внутривенным наркозом или местной анестезией производится закрытие одноствольной колостомы. Подобная тактика обладает рядом преимуществ:

- удаление опухоли и разрешение непроходимости происходит в один этап (как при операции Гартмана);
- обеспечивается надежная декомпрессия проксимальных отделов толстой кишки;
- закрытие колостомы происходит внебрюшинным способом.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод о том, что вопросы хирургической тактики при раке ободочной кишки, в частности ее левой половины, осложнённом обтурационной непроходимостью, остаются спорными и далеки от окончательного решения. Большое число послеоперационных осложнений, высокая послеоперационная леталь-

ность (в том числе и при выполнении второго этапа оперативного лечения) требуют дальнейшей разработки вопросов оптимальной хирургической тактики, в частности при определении показаний и противопоказаний к первичному восстановлению кишечной непрерывности. Решение этих вопросов позволит снизить частоту послеоперационных осложнений, летальность, улучшить показатели трудовой и социальной реабилитации среди этого контингента тяжёлых больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложнённых форм рака ободочной кишки. Хирургия. – 1998.-№ 8.-С.58-67.
2. Алиев С.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённых форм рака сигмовидной кишки. Проблемы колопроктологии. – 2000.-Вып.17.-С.257-262.
3. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия имени Н.И.Пирогова. – 2001.-№8.-С.44-50.
4. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза. Вестник хирургии. – 1998.-№66.-С.34-39.
5. Беляев А.А., Виноградова О.И., Столыпина О.В., Быстров Н.В. Выбор метода оперативного вмешательства при раке левой половины толстой кишки с явлениями непроходимости. Труды IV съезда хирургов Российской Федерации. Пермь. – 1973.-С.180-184.
6. Бронштейн Б.Л. Рак толстой кишки. – Л.: Медгиз., Ленинградское отделение, 1956.–167с.
7. Вальтер П.Г., Зурнаджянц В. А, Кутуков В.В., Одишелашвили Г.Д. Оперативная тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости. 9-й Всеросс. съезд хирургов. Волгоград. – 2000.-С.151-152.
8. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложнённых формах рака ободочной и прямой кишок: Дис... д-ра. мед. наук.-СПб., 1993.–45с.
9. Васильев С.В., Катиашвили В.Н., Дудка В.В. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства у больных с одноствольной концевой колостомой. Проблемы колопроктологии. – 1998.-Вып.18.-С.160-162.
10. Васютков В.Я., Блохин В.Н., Панков С.М. Лечение кишечной непроходимости, обуслов-

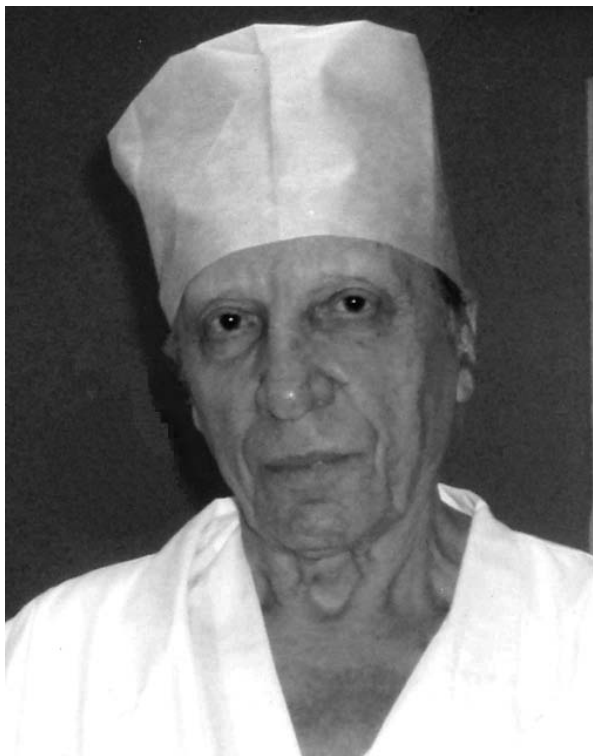
- ленной раком толстой кишки. Тез. докл. пленума комиссии АМН СССР и Всесоюз. конф. по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону. – 1991.-С.29-30.
11. Васютков В.Я., Блохин В.Н., Панков С.М., Козлов С.Е. Принципы диагностики и хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости у больных раком ободочной кишки. 9-й Всеросс. съезд хирургов. Волгоград. – 2000.-С.15.
12. Воробьёв Г.И. Обтурационная непроходимость толстой кишки. Врач. – 1997.-№10.-С.9-12.
13. Гарунов А.Н. Многоэтапные операции при раке левых отделов толстой кишки, осложнённом обтурационной непроходимостью: Автореф. дис... канд. мед. наук.-М., 2001.-23с.
14. Греков И.И. К вопросу об оперативном лечении раков толстых кишок, в частности, по второму способу Грекова. Вестник хирургии и пограничных областей. – 1928.-т.15, кн.43-44.-С.245-253.
15. Данилов А.М., Михайлов А.П., Напалков А.Н. Основные причины неблагоприятных исходов лечения больных с острой кишечной непроходимостью. 9-й Всеросс. съезд хирургов. Волгоград. – 2000.-С.159-160.
16. Ерохина Е.А. Перитонит у больных раком толстой кишки (меры профилактики и хирургическая тактика): Дис... канд. мед. наук.-СПб., 1999.-26с.
17. Ефимов В.Г. Хирургическая тактика при осложнённом раке ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Дис... канд. мед. наук.-М., 1990.-47с.
18. Зиневич В.П., Бабкин В.Я. Осложнённые формы рака толстой кишки. Вестник хирургии. – 1991.-№2.-С.127-131.
19. Иванов А.Л. Одномоментные радикальные оперативные вмешательства при раке ободочной кишки, осложнённом обтурационной непроходимостью: Дис... канд. мед. наук.-М., 2001.-36с.
20. Кашников В.Н. Хирургическое лечение отдалённых осложнений концевой колостомы: Дис... канд. мед. наук.-М., 1997.-125с.
21. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. М.: Медицина, 1997.-304с.
22. Кныш В.И., Черкес В.Л. Восстановление непрерывности кишечной трубки после операции Гартмана. Хирургия. – 1996.-№6.-С.23-25.
23. Коркелая Г.А. Медико-социальная реабилитация больных с постоянными колостомами: Автореф. дис... д-ра мед. наук.- Тбилиси., 1993.-46с.
24. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Емельянов Н.В. Непосредственные результаты лечения больных раком ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью. 9-й Всеросс. съезд хирургов, Волгоград. – 2000.-С.183.
25. Курдюкова П.Г., Заиграев Б.В., Кисельников М.П., Очиров О.И. Хирургическая реабилитация колостомированных больных. Акт. пробл. клин. онкологии: Мат. межд. конф. «К 50-летию онкологической службы Республики Бурятия». Улан – Удэ. – 1999.-С.182-183.
26. Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Пескова Н.Г. Роль состояния престенотических отделов ободочной кишки в выборе хирургической тактики у больных с опухолевой кишечной непроходимостью. Российский онкологический журнал. – 2000.-№2.-С.46 – 48.
27. Мартынюк В.В. Заболеваемость раком ободочной кишки. Российский онкологический журнал. – 2000.-№ 4.-С.44-48.
28. Миронов А.С. Новый способ формирования концевой колостомы с целью профилактики параколостомических осложнений: Дис... канд. мед. наук.-М., 2003.-56с.
29. Миронов В.И., Данчинов В.М., Казакова Т.В. Хирургическое лечение острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза. 9-й Всеросс. съезд хирургов, Волгоград. – 2000.-С.194-196.
30. Михайлов А. П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В. Л., Стрижелецкий В.В., Игнатенко В. А. Острая непроходимость ободочной кишки опухолевой этиологии у больных пожилого и старческого возраста. Межд. хирургический конгресс «Акт. пробл. соврем. хирургии», М., – 2003.-С.124.
31. Михайлова Е.В. Профилактика и лечение осложнений и болезней колостом: Дис... канд. мед. наук.-М., 2001.-65с.
32. Мохов Е.М., Мурадалиев М.А. Особенности лечения опухолевой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста. Межд. хирургический конгресс «Акт. пробл. соврем. хирургии», М., – 2003.-С.123.
33. Нечай А.И., Мовчан К.Н., Начаров П.В., Ткаченко А.Н. Отдалённые результаты оперативных вмешательств при радикально иноперабельных опухолях желудка и ободочной кишки. Вестник хирургии. – 1994.-№5.-С.42-44.
34. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина. – 2000.-№2.-С.10-13.
35. Новиков В.М. Хирургическая тактика при осложнённом раке ободочной кишки. 9-й Всеросс. съезд хирургов, Волгоград. – 2000.-С.199-200.
36. Павлов Е.В. Два случая резекции кишечника. Труды и протоколы общества врачей в Санкт-Петербурге. – 1886-1887.-С.158.
37. Пахомова Г.В., Угешев Н.С., Гурчумелидзе Т.П. Субтотальная колэктомия в лечении обтурационной непроходимости кишечника при раке левой

- половины ободочной кишки. Вестник хирургии. – 1985.-№5.-С.58-61.
38. Петров В.П., Михайлова Е.В. Болезни колостомы. Неотложная хирургия «К 120-летию Мытищинской Центральной клинической городской больницы». М. – 1999.-т.7.-С.22.
39. Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака. Проблемы колопроктологии. М., – 2002.-Вып.13.-С.285-288.
40. Петров В.П., Леонов С.В., Михайлова Е.В. Болезни колостомы. Проблемы проктологии. М. – 2000.-Вып.17.-С.136-139.
41. Рудин Э.П. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на толстой кишке: Дис... д-ра. мед. наук.-М.,1983.-34с.
42. Рудин Э.П. Эволюция тактики восстановительных операций у больных с различными типами колостом. Актуальные вопросы клинической транспортной медицины: Сб. науч. тр. хир. клиники ЦКБ МПС РФ, посвященный 50-летию кафедры хирургии РМАПО МЗ РФ. М. – 2003.-С126-127.
43. Рудин Э.П., Андреев В.Г., Миронов А.С. Новый способ формирования концевой колостомы, как профилактика параколостомических осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде. Мат. Международного конгресса хирургов. Петрозаводск. – 2002.-С.159-160.
44. Сажин В.П., Госткин П.А., Авдовенко А.Л., Сажин А.В. Лечение обтурационной кишечной непроходимости. Международный хирургический конгресс «Акт. проблемы соврем. хирургии», М. – 2003.-С.119.
45. Смирнов Н.Ф., Затачаев А.В. Осложнения при наложении одностольной колостомы и пути их профилактики. Избранные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии. Н.Новгород. – 2000.-С.143-146.
46. Старинский В.В., Петрова Г.В., Чиссов В.И., Харченко Н.В., Грецова О.П. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2000г. Российский онкологический журнал. – 2002.-№3.-С.39-44.
47. Топузов Э.Г. Острая кишечная непроходимость вследствие рака толстой кишки. 5-й Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент. – 1991.-С.221-222.
48. Фёдоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология.-М.: Медицина,1994.-432с.
49. Хоралов А.Х., Хутиев Ц.С., Капаев Т.Н., Тахсыров А.В. Анализ выживаемости и послеоперационной летальности при раке ободочной кишки, осложнённом непроходимостью. I съезд онкологов стран СНГ. М. – 1996.-Часть 1-я.-С.367-368.
50. Цейдлер Т.Ф. Материалы к патологии и терапии острой непроходимости кишок. Летопись русской хирургии. – 1898.-№3.-С.28-29.
51. Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Хирургия. – 2000.-№2.-С.14-16.
52. Якушкевич В.Ю., Ратиана М.С. Восстановительные операции после колостомий у больных раком ободочной и прямой кишки. Актуальные проблемы колопроктологии. Волгоград. – 1997.-С.154-156.
53. Arnaud JP, Tuech JJ, Duplessis R, Pessaux P. Place de la colectomie subtotale/totale dans le traitement en urgence des cancers occlusifs du colon gauche. Annales de Chirurgie. 1999;53(10):1019-21.
54. Chua CL. Surgical considerations in the Hartmann's procedure. Aust N Z J Surg. 1996;66(10):676-9.
55. Deans GT, Krukowski ZH, Irvin ST. Malignant obstruction of the left colon. Br J Surg. 1994 Sep; 81(9):1270-6.
56. Hartmann PH. Nuove procedure d'ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien. XXX Congress Francais de Chirurgie Process, Verbeaux, Memoires et Discussion. 1921;v.30:411.
57. Holzer B, Schiessel R. Ein- und mehrzeitige Eingriffe beim Dickdarmkrebs wegen Carcinom. Chirarg. 2001;72:905-9.
58. Karen P, Nugent MB, Phuli D, Beverley S, Patankar R, Johnson C. Quality of life in stomapatient. Dis. Colon rectum. 1999;42(12):1569-74.
59. Kluger J, Shiloni E, Jurim O, Katz E, Rivkind A, Ayalon A, Durst A. Subtotal colectomy with primary ileocolonic anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon: valid option for elderly high risk patients. Isr J Med Sci. 1993 Nov;29(11):726-30.
60. Lau PW, Lo CY, Low WL. The role of one-stage surgery in acute leftsided colonic obstruction. Am J Surg. 1995 Apr;169(4):406-9
61. Lopez KF, Hool GR, Lavery IC. Management and causes of acute large bowel obstruction. Surg din North Am. 1997 Dec;77(6):1265-90.
62. Mikulicz JV. Chirurgisch Erfahrung uber das Damicarcinom. Arch Klin chir. 1903;69:28-47.
63. Perrier G, Peillon C, Liberge N. Cecostomy is a useful surgical procedure: study of 113 colonic obstructions caused by cancer. Dis. Colon rectum. 2000 Jan;43(1):50-4.
64. Engstrom PF. Clinical Oncology. 2000:615.
65. Pillore H. Pratique en 1776. Gaz dl hop. 1940;v.2,№2:22.
66. Poon RT, Law WL, Chu KW, Wong J. Emergency

resection and primary anastomosis for leftsided obstructing colorectal carcinoma in the elderly. Br J Surg. 1998 Nov;85(11):1539-42.

67. Schloffer H. Zur operationen Behandlung des Dickdarm-Carcinoms. Drdzeitige Radikaloperation. Beitz Zur clin Chir. 1903;1(38):150-91.

К 80-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АЛЕКСАНДРОВА В.Б.



1 февраля 2011 года исполняется 80 лет главному колопроктологу города Москвы, главному врачу городской клинической больницы № 24, доктору медицинских наук, профессору кафедры военно-полевой хирургии ГИУВ МО РФ Владимиру Борисовичу Александрову.

В.Б. Александров родился 1 февраля 1931 года в городе Пятигорске. В 1954 г. окончил педиатрический факультет 2-го Московского государственного медицинского института и начал свою трудовую деятельность участковым педиатром в больнице села Куровское. В дальнейшем руководил райздравотделом Куровского района, работал хирургом в Рукавишниковской районной больнице Московской области.

Вся дальнейшая научная и практическая деятельность В.Б. Александрова связана с колопроктологией. С 1965 года, В.Б. Александров начал работу в научной лаборатории по проктологии, которой руководил патриарх отечественной колопроктологии проф. А.Н. Рыжих.

В 1969 году защитил диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук «Осложнения и ближайшие исходы комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки по поводу рака», основные положения которой нашли

широкое практическое применение в совершенствовании хирургической техники при операциях на прямой кишке.

В 1971 г. В.Б. Александров защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Передняя резекция прямой кишки при раке», в которой впервые описано сочетание однорядного скобочного шва аппаратом КЦ-28 и цианакрилатного клея. Эта работа положила начало применению циркулярного скрепочного шва в колоректальной хирургии.

После смерти учителя, А.Н. Рыжих, В.Б. Александров возглавил научно-исследовательскую лабораторию по проктологии с клиникой. Продолжая дело своего учителя, В.Б. Александров активно создавал новые технологии лечения различных заболеваний толстой кишки и аноректальной зоны.

Работая в республиканской больнице Российской Федерации в 1972–1978 гг., В.Б. Александров продолжал развивать хирургическую колопроктологию.

С 1978 г. В.Б. Александров возглавил городскую клиническую больницу № 24, где наряду с исполнением обязанностей главного врача, продолжил деятельность, направленную на развитие колопроктологии. В 1986 году, на базе больницы был создан московский городской центр колопроктологии – головное учреждение колопроктологической службы города, а В.Б. Александров стал главным специалистом по колопроктологии города Москвы. В.Б. Александров проводит серьезную организационно-методическую работу по развитию службы колопроктологии в городе, организует научно-практические семинары для колопроктологов Москвы, обучает врачей-колопроктологов новым методикам оперативных вмешательств с использованием передовых технологий.

В 1993 г. На базе московского центра колопроктологии В.Б. Александровым была создана и начала работу служба реабилитации стомированных больных, работа которой помогает многим сотням пациентов вернуться к полноценной социальной активности.

За годы научной и практической деятельности, В.Б. Александровым разработана и внедрена в практику методика мобилизации прямой кишки при абдоминальном доступе, синхронные операции при раке прямой кишки, метод внебрюшинного формирования колостомы и метод ее закрытия. Будучи убежденным сторонником сфинктерсохраняющих операций, В.Б. Александров детально

разработал и внедрил в повседневную практику низкую переднюю резекцию прямой кишки при раке, были созданы и прошли проверку временем специальные инструменты и технические приемы. В 1989 г совместно с инженером Э.М. Акоповым был создан линейный сшивающий аппарат СЛГ-50. Разработаны оригинальные методики ликвидации кишечных свищей, интубации тощей кишки через гастростому. Были разработаны и внедрены в практику различные методы внебрюшинного размещения анастомозов. Все это позволило шире формулировать показания к операциям у лиц пожилого и старческого возраста. Важное место в научно-практической деятельности В.Б. Александрова занимает хирургическое лечение воспалительных заболеваний толстой кишки – язвенного колита и болезни Крона; внедренный им комплекс лечебных мероприятий, активная хирургическая тактика позволили добиться значительного улучшения результатов в лечении этой сложной категории пациентов.

С появлением новых высоких технологий в хирургии он один из первых в России приступил к выполнению лапароскопических хирургических операций, в частности – резекций прямой кишки при раке. К настоящему времени им лично и под его руководством в клинике накоплен бесценный опыт выполнения лапароскопических операций при заболеваниях толстой кишки.

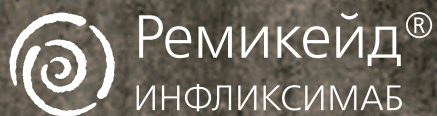
За годы работы, В.Б. Александров создал свою школу колоректальной хирургии, воспитал сплоченный коллектив высококвалифицированных хирургов – колопроктологов. Высокий уровень вла-

дения специальностью и управления учреждением, добросовестность В.Б. Александрова, уважение к собственному труду и труду каждого создают в коллективе обстановку комфорта, личной требовательности и устремлений к самосовершенствованию.

Результаты его научной и практической деятельности отражены в более 300 публикациях. Его монографии «Рак прямой кишки», «Лапароскопической технологии в колоректальной хирургии», «Нестандартная колопроктология» являются настольным руководством для многих хирургов – колопроктологов.

За плодотворный труд награжден правительственными наградами: орденом Трудового Красного знамени (1986), медаль «За трудовую доблесть. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина» (1970), медаль «Ветеран труда» (1987). За разработку новых методов лечения Александров В.Б. награждён Золотой и Бронзовой медалями ВДНХ (1970, 1971) и почетными грамотами: Почетная грамота Московской городской думы (2001), Почетная грамота Комитета здравоохранения Москвы (2001), Почетная грамота Правительства Москвы (2006), Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» (2008)

Редколлегия журнала, коллеги, ученики и друзья от всей души поздравляют Владимира Борисовича Александрова с 80-летием и желают ему здоровья, творческого долголетия, успехов и новых профессиональных достижений.



ИЗМЕНЯЯ БУДУЩЕЕ

Более 1 200 000 пациентов
пролеченных Ремикейдом по всему миру

16 лет успешной клинической практики в мире
и 10 лет в России

9,8 млн инфузий

Ремикейда проведено в мире при различных
аутоиммунных заболеваниях

За дополнительной информацией обращайтесь
в ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
Тел.: (495) 916-71-00
Факс: (495) 916-70-94

SP-PR-REM-52-07-10



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