



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 2 (36) 2011

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>

Alterna®



Alterna Послеоперационный калоприемник

Однокомпонентный послеоперационный калоприемник Alterna предназначен для сбора кишечного отделяемого в ранний послеоперационный период. Чередующиеся адгезивные слои спиралевидной структуры обладают надежными адгезивными и защитными свойствами. Поверхность клеевого слоя гофрированная, и по его краям проходит канавка, которая увеличивает гибкость клеевого слоя, позволяя ему лучше следовать за складками и движениями кожи.

Съемное окошко. Послеоперационный мешок имеет съемное окошко для визуального наблюдения за стомой. Это дает уникальную возможность для ухода за стомой в послеоперационный период. Окошко легко снимается и надевается, не оказывая давления на переднюю брюшную стенку, и не вызывает у пациентов болезненных ощущений.



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Колопласт 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. © [2010-02.]
Все права защищены Колопласт А/С, 3050 Хумлебаек, Дания.

 **Coloplast**

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

№ 2 (36) 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

ИННОВАЦИИ

- Шелыгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.*
ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ИЗ ЕДИНОГО
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА.....4
- Пучков К.В., Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Семионкин Е.И.*
ОДНОПОРТОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ (SILS) КОЛПРОКТОЭКТОМИЯ С
ИЛЕОАНАЛЬНЫМ РЕЗЕРВУАРНЫМ АНАСТОМОЗОМ9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.*
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ АДЕНОМ ПРЯМОЙ КИШКИ
Комментарий к статье Филона А.Ф., Пересады И.В., Челнокова М.В.
«Выбор метода лечения крупных аденом прямой кишки» 13
- Каганов О.И., Козлов С.В.*
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК ПОСЛЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
Комментарий к статье Каганова О.И., Козлова С.В. «Показатели качества
жизни больных с диагнозом колоректальный рак после циторедуктивных операций» ... 18
- Фролов С.А., Благодарный Л.А., Костарев И.В.*
СКЛЕРОТЕРАПИЯ ДЕТЕРГЕНТАМИ – МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
КРОВОТОЧАЩИМ ГЕМОРРОЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АНЕМИЕЙ 23
- Оскретков В.И., Шаляпин Д.И., Шаляпин И.В., Худолей Д.В.*
СОСТОЯНИЕ ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ
В СОЧЕТАНИИ С ПРОКТОГЕННЫМ ЗАПОРОМ 28
- Черкасов М.Ф., Иванова А.А., Помазков А.А.*
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ С «ЦИРКУЛЯРНЫМ»
РАСПОЛОЖЕНИЕМ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ 33
- Тотиков В.З., Матиева Э.В., Сипова М.Н., Тотиков М.З., Тотиков З.В.*
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ 38

СОДЕРЖАНИЕ

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Верушкин Ю.И., Калинина Н.Ю., Философов С.Ю., Польшанский В.Д.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-КОНСУЛЬТАНТА ПРИ ОКАЗАНИИ
ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ 42

ОБЗОРЫ

Соловьев О.Л., Соловьев А.О.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ,
АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ..... 47

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Шелыгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.

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

[Ключевые слова: единый лапароскопический доступ, трансвагинальная резекция толстой кишки.]

TRANSVAGINAL RESECTION OF SIGMOID COLON VIA SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC PORT

Shelygin Y.A., Frolov S.A. Achkasov S.I., Sushkov O.I., Shahmatov D.G.
State Research Center Of Coloproctology, Moscow, Russia

[Key words: single-incision laparoscopic access, transvaginal colectomy]

*Адрес для переписки: Шахматов Д.Г. ФГУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития России,
Саляма Адиля д. 2, Москва 123423 e-mail: dm.shakh@gmail.ru*

Лапароскопический метод находит все более широкое применение в колоректальной хирургии. Постоянное стремление хирургов уменьшить операционную травму, минимизировать размеры разреза передней брюшной стенки и, тем самым, улучшить косметический эффект реализовалось в технологии хирургических вмешательств через единый лапароскопический доступ (ЕЛД). В англоязычной литературе операции такого рода получили название «SILS» (single-incision laparoscopic surgery). Еще одной вехой в развитии малоинвазивной хирургии стало появление нового направления – хирургии через естественные отверстия организма (в англоязычной литературе – NOTES – natural orifice transluminal endoscopic surgery).

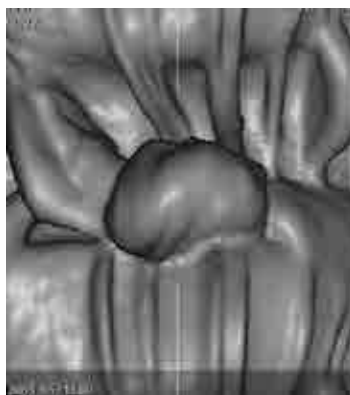
Стоит отметить, что если операции через единый лапароскопический доступ, особенно небольшие по объему, такие как холецистэктомия, в последний год все шире внедряются в практику, то с транслюминальными операциями дело обстоит не так гладко.

В литературе встречаются единичные сообщения о начальном опыте применения технологии единого доступа при операциях по поводу новообразований толстой кишки. Большинство авторов при этом приводят небольшой опыт операций и, главным образом, освещают различные технические аспекты подобных вмешательств.

Ситуация с внедрением транслюминальных операций представляется более сложной, так как для

выполнения этих вмешательств, особенно резекций толстой кишки, требуется более сложное, чем при операциях из единого доступа, техническое обеспечение. Разработанные к настоящему времени инструменты и оборудование не позволяют сделать эти операции легко воспроизводимыми даже опытными хирургами в специализированных центрах. Кроме того, для их выполнения необходим мультидисциплинарный подход. А именно: в ходе вмешательства используется эндоскопическое оборудование, и получается, что либо в операционную бригаду должен включаться эндоскопист, либо хирург должен иметь навыки работы с эндоскопическим оборудованием. Все выше сказанное свидетельствует о том, что в настоящее время транслюминальные операции в мире находятся в стадии разработки. Внедрение их в широкую практику напрямую зависит от модификации технического обеспечения, разработки и появления новых инструментов, возможно, изменения существующих или появления новых форм обучения и совершенствования навыков хирургов.

Настоящее сообщение посвящено описанию клинического случая успешного выполнения трансвагинальной резекции кишки через единый лапароскопический доступ. Являясь по своей сути операцией через единый доступ, в тоже время, она несет в себе все признаки транслюминального вмешательства.



а. **Рисунок 1.** Виртуальная колограмма: а. общий вид толстой кишки, стрелкой указана локализация новообразования; б. вид опухоли сигмовидной кишки.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Резекция сигмовидной кишки по новой методике была выполнена 7 апреля 2011 года пациентке 54 лет по поводу рака средней трети сигмовидной кишки T1N0M0.

Больная обратилась в ГНЦ колопроктологии с жалобами на выделение крови со стулом в течение последних 3 месяцев. При виртуальной колографии у больной была выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки размерами до 3 см (Рис.1.).

По данным колоноскопии новообразование имело участки уплотнения, подозрительные в отношении малигнизации. При гистологическом исследовании биоптатов из опухоли выявлена тубулярно-ворсинчатая аденома с участками умеренно-дифференцированной аденокарциномы.

Больной была выполнена компьютерная томогра-

фия органов брюшной полости и грудной клетки, при которой отдаленных метастазов не обнаружено. При гастроскопии в желудке выявлены эпителизированные эрозии. В анализах крови и мочи отклонений от нормы не было. На основании данных клинико-инструментального обследования установлен клинический диагноз: Рак средней трети сигмовидной кишки T1N0M0. Больная была госпитализирована в стационар для выполнения плановой операции в объеме резекции сигмовидной кишки трансвагинальным единым лапароскопическим доступом. Индекс массы тела больной составил 22,5 кг/м².

После предоперационной подготовки, включающей в себя очищение кишечника препаратом «Лавакол», мероприятий по профилактике тромбоэмболических осложнений введением непрямых антикоагулянтов за 12 часов до операции, антибиотикопрофилактики гнойно-воспалительных



Рисунок 2. Фотография положения больной на операционном столе и расположения операционной бригады.



Рисунок 3. Интраоперационная фотография устройства единого лапароскопического доступа, установленного через кольпотомический разрез.



а.



б.

Рисунок 4. Интраоперационная фотография. Клипирование (а) и пересечение (б) нижнебрыжеечной артерии.

осложнений, а также продолжение противоязвенной терапии, больная была оперирована.

Положение больной на операционном столе с разведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (Рис. 2). Операция выполнялась под сочетанной эпидуральной анестезией с внутривенным потенцированием в условиях миоплегии и искусственной вентиляции легких.

В начале операции через небольшой разрез в заднем своде влагалища введен 5-мм троакар и инсуфлирован углекислый газ. После наложения карбоксиперитонеума с помощью жесткого 5-мм лапароскопа с 30-градусной оптикой произведена ревизия органов брюшной полости и малого таза. Принято решение о возможности продолжения операции запланированным способом. Разрез в своде влагалища расширен до 3 см и вместо троакара установлено трехпортовое устройство единого лапароскопического доступа- SILS_{TM} (Covidien, USA) (Рис. 3).

При помощи инструментальной пальпации в средней трети сигмовидной кишки обнаружена опухоль, размерами 3×3 см, не прорастающая кишечную стенку. Гармоническим скальпелем рассечена брюшина левого латерального канала.



Рисунок 5. Интраоперационная фотография. Пересечение сигмовидной кишки при помощи аппарата «Echelon».

Визуализирован левый мочеточник. Определена дистальная граница резекции на уровне верхнеампулярного отдела прямой кишки. Брыжейка кишки пересечена на этом уровне аппаратом Ligasure. Латеральным доступом выделены нижние брыжеечные сосуды, которые клипированы и пересечены у основания (Рис. 4).

Аппаратом «Echelon» пересечена кишка на уровне дистальной границы резекции (Рис. 5).

Порт единого доступа извлечен. Через разрез во влагалище сигмовидная кишка с опухолью выведена из брюшной полости, на уровне проксимальной трети пересечена между зажимами. Удаленный препарат направлен для патоморфологического исследования (Рис. 6).



Рисунок 6. Фотография операционного препарата длиной 19 см. В центре его локализуется опухолевидное образование на толстой ножке.

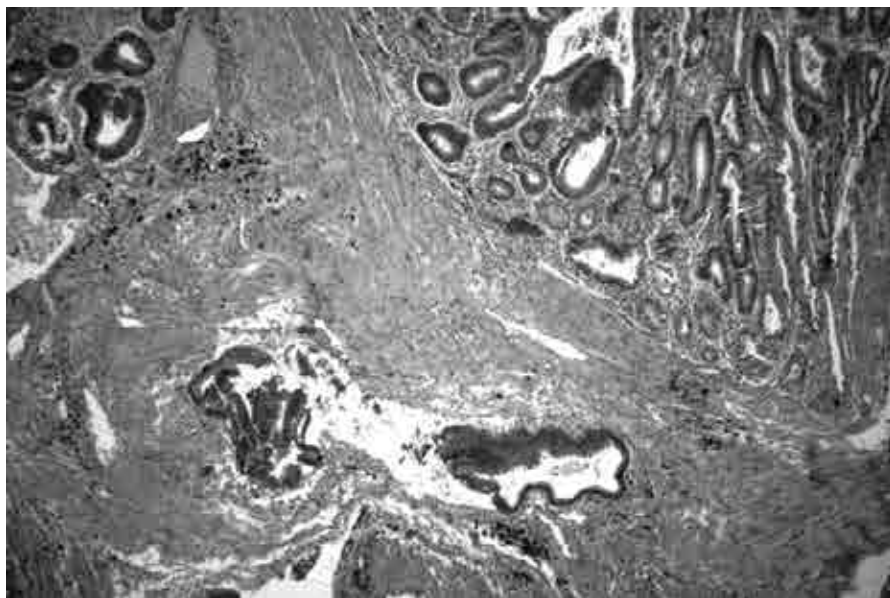


Рисунок 7. Микрофотография гистологического препарата из опухоли сигмовидной кишки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 140$.

На проксимальную культю кишки наложен кистый шов, введена головка сшивающего аппарата. Проксимальная культя погружена в брюшную полость. Вновь установлен порт единого лапароскопического доступа и наложен карбоксиперитонеум. Трансанально введен циркулярный сшивающий аппарат CDH-29, сформирован аппаратный интракорпоральный сигмо-ректальный анастомоз. Кольпотомическое отверстие ушито. Продолжительность операции составила 270 минут. Кровопотеря была минимальной.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Отсутствие болевых ощущений не потребовало назначения наркотических обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде. Инфузионная терапия проводилась в течение первых суток, а энтеральное питание было начато на 2 день после операции.

Функция кишечника у пациентки восстановилась через 12 часов после вмешательства, когда было отмечено отхождение газов. Первый стул состоялся на 3 день после операции. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии на 5 день после резекции кишки.

По данным макроскопического описания операционного препарата сегмент резецированной сигмовидной кишки оказался длиной 19 см. В средней трети препарата имелась бугристая опухоль до 3 см в диаметре на толстой ножке. При гистологическом исследовании удаленного препарата опухоль была представлена умеренно-дифференцированной аде-

нокарциномой с инвазией в подслизистый слой кишечной стенки (Рис. 7).

В опухоли сохранялись участки тубулярной аденомы с умеренной дисплазией эпителия. Метастазов в регионарных лимфатических узлах обнаружено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Выполненная операция объединила в себе два направления малоинвазивных вмешательств: хирургии единого лапароскопического доступа и через естественные отверстия организма.

Проведя поиск, мы не обнаружили в доступной нам научной литературе сообщений о подобных вмешательствах на толстой кишке с использованием устройства для единого лапароскопического доступа.

Некоторые публикации посвящены операциям на различных отделах кишечника, где часть этапов выполняется трансвагинальным доступом. Так, Park J.S. в 2010 году сообщил о 14 успешных правосторонних гемиколэктомиях с лапароскопической мобилизацией кишки, трансвагинальным удалением препарата и формированием анастомоза [1]. Заслуживает внимание, так называемая, минилапароскопически-ассистируемая резекция сигмовидной кишки, выполненная Lacy A.M. в 2008 году с помощью трех 2-мм троакаров, введенных через переднюю брюшную стенку, у больной 78 лет по

поводу рака сигмовидной кишки T3N1M0 [2]. При этом, мобилизация кишки осуществлялась со стороны брюшной полости, а пересечение сосудов, кишечника, экстракция препарата производилась через влагалище.

Наиболее близкий в идеологическом аспекте к описываемому нами случаю стоит опыт выполнения нефрэктомии трансвагинальным доступом через мультипорт с лапароскопической трансумбиликальной ассистенцией по поводу рака почки pT1b, представленный Sotelo R в 2010 году [3]. Стоит отметить, что в трех предшествующих случаях авторы производили различные этапы операции, и лишь у четвертой пациентки выполнили первую успешную транслюминальную трансвагинальную радикальную нефрэктомию без дополнительных экстраумбиликальных разрезов кожи. Однако необходимость в трансумбиликальной ассистенции сохранялась.

Стоит отметить, что во время операции мы столкнулись с теми же трудностями, что и при резекции кишки по методике единого лапароскопического доступа. Так, сложности, связанные с близким расположением рабочих инструментов, аналогичны подобным при резекции кишки из единого доступа. Помимо этого, непривычная визуализация операционного поля только с одной точки, из полости малого таза, а не со стороны передней брюшной стенки, как при традиционной лапароскопической хирургии, затрудняет выполнение операции. По нашему мнению, внедрение гибкого лапароскопа может помочь в решении этой проблемы.

Скорее всего, существенным ограничением применения новой технологии, как и в случае с операциями, выполненными из единого лапароскопического доступа, будет являться необходимость расширения операционного доступа для извлечения опухоли, размеры которой могут превышать размеры раны. Это обстоятельство существенно

лимитирует использование данной методики при наличии местно-распространенных новообразований. Выраженное ожирение, особенно с избыточной локализацией жира в брыжейке кишки, также может ограничить ее применение.

По нашему мнению, технология трансвагинальной резекции кишки из единого лапароскопического доступа может стать очередным перспективным этапом развития миниинвазивной хирургии. При этом отсутствие разрезов на передней брюшной стенке обуславливает меньшую травматичность и лучший косметический эффект, в сравнении с операциями, выполненными по традиционным методикам, в том числе, и через единый лапароскопический доступ. Возможно, разработка новых инструментов, специальных портов единого доступа будет способствовать освоению и внедрению данной технологии в широкую клиническую практику. Накопление опыта вмешательств через трансвагинальный единый лапароскопический доступ позволит определить в последующем ее место в колоректальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Park J.S., Choi G.S., Lim K.H. et al. Clinical outcome of laparoscopic right hemicolectomy with transvaginal resection, anastomosis, and retrieval of specimen. *Dis Colon Rectum*. 2010, 53(11):1473-9.
2. Lacy A.M., Delgado S., Rojas O.A. et al. MA-NOS radical sigmoidectomy: report of a transvaginal resection in the human. *Surg Endosc*. 2008, 22(7):1717-23. Epub 2008 May 7.
3. Sotelo R., de Andrade R., Fernández G. et al/NOTES Hybrid Transvaginal Radical Nephrectomy for Tumor: Stepwise Progression Toward a First Successful Clinical Case. *Eur Urol* 2010 57(1):138-44.

ОДНОПОРТОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ (SILS) КОЛПРОКТАКТОМИЯ С ИЛЕОАНАЛЬНЫМ РЕЗЕРВУАРНЫМ АНАСТОМОЗОМ

Пучков К.В., Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Семионкин Е.И.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова», г. Рязань

[Ключевые слова: однопортовый лапароскопический доступ, колпроктэктомия]

SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC (SILS) COLORECTECTOMY WITH J-POUCH ILEOANAL ANASTOMOSIS

Puchkov K.V., Khubezov D.A., Ogoreltsev A.Y., Lukanin R.V., Semionkin E.I., Ryazan State Medical University

[Key words: single incision laparoscopic surgery, colectectomy]

Адрес для переписки: Хубезов Д.А., отделение колопроктологии ГУЗ РОКБ, г.Рязань, ул.Интернациональная, д.3а, 390039, e-mail: khubezov@rambler.ru

Первое сообщение о лапароскопической операции, произведенной через единый доступ или single incision laparoscopic surgery (SILS) датировано 1997 годом, когда была произведена SILS холецистэктомия [7]. Через 10 лет был разработан специальный порт единого лапароскопического доступа [8]. В дальнейшем SILS технология стала использоваться для различных вмешательств, в том числе и в колопроктологии [2,3,5]. В литературе появляются сообщения об опыте выполнения SILS резекций ободочной кишки и реконструктивно-восстановительных вмешательств [9,10]. Чаще всего объем

SILS вмешательств на ободочной кишке ограничивается колэктомией или колпроктэктомией с пересечением прямой кишки на уровне тазовой брюшины [1,4]. Однако в случае язвенного колита требуется более дистальный уровень резекции. Нам удалось найти только одно упоминание о выполнении колпроктэктомии с илеоанальным резервуарным анастомозом хирургами Бристольской клиники [6]. Однопортовая лапароскопическая (SILS) колпроктэктомия показана при доброкачественных заболеваниях ободочной кишки: осложненный тотальный дивертикулез ободочной кишки, болезнь Крона в



а б
Рисунок 1. Точка введения SILS-порта. а – разрез в правом мезогастррии, б – введен порт, камера и инструменты



а



б

Рисунок 2. Интраоперационная фотография. Мобилизация прямой кишки. а – работа аппаратом *LigaSure* и зажимом с изменяющимся углом рабочей части, б – пересечение прямой кишки аппаратом *ENDO-GIA-60*.

форме панколита, язвенный колит, диффузный семейный аденоматоз и др. [1,4].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациент П., 27 лет, страдающий fulminантной формой язвенного колита (ЯК) с тотальным поражением толстой кишки, получал комплексное лечение, включая высокую дозу преднизолона в колопроктологическом отделении ГУЗ РОКБ в течение трех недель. За время лечения у больного отмечена гормонорезистентность что послужило показанием к оперативному лечению. Пациенту произведена колпроктэктомия с илеоанальным J-образным резервуарным анастомозом и превентивной илеостомией лапароскопическим способом через один порт (технология SILS).



Рисунок 3. Выведение в рану ободочной кишки.

Поскольку изначально планировалось формирование резервуарного J-образного илеоанального анастомоза и превентивной илеостомы, то SILS-порт вводился не в параумбиликальной, а в правой мезогастральной области, в месте предполагаемой илеостомы. Хирург и единственный ассистент с камерой располагались справа от больного, так как технология SILS не предполагает включение в бригаду второго ассистента. В правом мезогастрии вертикальным разрезом 3 см вскрыта брюшная полость. В рану введен SILS-порт, в который введена 5 мм оптика длиной 50 см, 2 манипулятора, наложен CO_2 -перитонеум (Рис. 1а и б).

Выполнен лирообразный разрез париетальной тазовой брюшины, мобилизована сигмовидная и прямая кишки с пересечением сигмовидных и верхней прямокишечной артерий аппаратом *LigaSure* (Рис.2а). Выделение прямой кишки в дистальном направлении произведено до уровня леватора с помощью ультразвукового скальпеля. Кишку выделяли без сохранения собственной фасции прямой кишки, поскольку при предварительном обследовании данных за озлокачествление процесса не выявлено. Прямую кишку прошили и пересекли с двукратным наложением шва аппаратом *ENDO-GIA-60* (Рис. 2б).

Ультразвуковым скальпелем рассекли париетальную брюшину снизу вверх вдоль левого латерального канала. Мобилизовали левый фланг с пересечением желудочно-ободочной связки. Далее сверху вниз рассекли брюшину по правому латеральному каналу. Таким образом, вся ободочная кишка была мобилизована. Следует отметить, что при выделении поперечно-ободочной кишки хирург с ассистентом перемещаются сначала между ног паци-



а



б

Рисунок 4. Макропрепарат удаленной кишки. а – толстая кишка укорочена, гаустрация практически отсутствует, б – изменения сигмовидной и прямой кишок (язвы, псевдополипоз).

ента, а при мобилизации правых отделов – слева от больного. Затем с помощью аппарата Liga Sure последовательно пересечена брыжейка ободочной кишки, начиная с сигмовидной, далее нисходящей, поперечной, восходящей ободочной и слепой кишки.

Порт удаляли, в рану выводили прямую, ободочную и терминальный отдел подвздошной кишки (Рис 3). Последнюю прошивали аппаратом TA-60 и отсекали (Рис. 4а,б).

В терминальном отделе подвздошной кишки формировали J-образный резервуар путем трех-

кратного прошивания аппаратом ENDO-GIA-60 (Рис. 5а). В резервуар вводили головку циркулярного степлера CEEA-31 и фиксировали последний кисетным швом. Подвздошную кишку погружали в брюшную полость (Рис. 5б), в рану вновь вводили SILS-порт, оптику, манипуляторы. В анальный канал вводили базовую часть аппарата CEEA-31. Интракорпорально формировали илеоанальный анастомоз. Порт удаляли из брюшной стенки. В рану выводили петлю подвздошной кишки в 30 см от анастомоза и формировали отключающую илеостому.



а



б

Рисунок 5. Формирование J-образного резервуара: а – прошивание аппаратом ENDO-GIA-60, б – погружение резервуара в брюшную полость

Длительность операции составила 190 минут. Существенной кровопотери не отмечено. Послеоперационный период протекал без особенностей, в первые дни отмечался фебрилитет. Больной активизирован на 1-е сутки после операции. Проводилась специфическая терапия ЯК. Обезболивание проводилось 2 суток ненаркотическими анальгетиками. На второй день пациент активно перемещался по палате, илеостома функционировала. Дренаж был удален на 4-е сутки. Пациент выписан на амбулаторное долечивание на 8-е сутки. Обследован через 15 суток (лабораторные анализы, УЗИ брюшной полости) – существенной патологии не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш первый опыт свидетельствует о возможности использования технологии (SILS) для резекции ободочной кишки при доброкачественных заболеваниях, в том числе и для выполнения колпроктэктомии при язвенном колите, т. е. в тех случаях, когда не требуется онкологическая резекция с сохранением фасциальных и нервных структур, а диссекция тканей проводится вдали от мочеточников и магистральных сосудов. Вместе с тем, возможность применения однопортового доступа при колоректальном раке, по крайней мере в настоящее время, сомнительна в отношении безопасного выполнения лимфодиссекции с сохранением вегетативной иннервации. Неудобство манипуляций связано с необходимостью работать параллельно расположенными инструментами. Кроме того, следует отметить и ограниченность визуализации операционной зоны из-за того, что поле обзора располагается также параллельно инструментам.

Вводить порт при колпроктэктомии с резервуарным илеоанальным анастомозом следует в месте предполагаемой стомы, несмотря на неудобства мобилизации, прежде всего правого отдела ободочной кишки. В противном случае нивелируются преимущества однопортовой лапароскопии по сравнению с традиционной.

Таким образом, использование SILS технологии позволяет произвести такую технически сложную операцию как колпроктэктомия с илеоанальным

J-образным резервуарным анастомозом, минимально инвазивным способом. Данная методика позволила обеспечить комфортный послеоперационный период у оперированного пациента, с минимальными сроками реабилитации и максимальным косметическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bardakcioglu O., Ahmed S. Single incision laparoscopic total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis for synchronous colon cancer. *Tech. Coloproctol.* - 2010. - 14:257-261.
2. Boni L., Dionigi G., Cassinotti E. Single incision laparoscopic right colectomy. *Surgical Endoscopy.* - 2010. - 24(12):3233-3236.
3. Bucher P, Pugin E, Morel P. Single port-access laparoscopic right hemicolectomy. *Int. J. Colorectal Disease* 2008; 23: 1013-6.
4. Bucher P, Pugin F, Morel P. Response to Remzi et al., single-port laparoscopic colectomy. *Int. J. Colorectal Disease* 2009; 11(1):101.
5. Bulut O., Nielsen C.B. Single-incision laparoscopic low anterior resection for rectal cancer. *Int. J. Colorectal Dis.* -2010.-25:1261-1263.
6. Chambers W.M., Bicsak M., Lamparelli M., Dixon A.R. Single-incision laparoscopic surgery (SILS) for complex resectional colorectal surgery: a technique offering great potential and not just cosmesis. SPIRE Bristol Hospital, Durdham Down, Bristol, BS6 6UT. <http://www.bristolsurgery.com/page.aspx?id=207>.
7. Navarra G., Pozza E., Occhionorelli S., Carcoforo P., Donini I. One-wound laparoscopic cholecystectomy. *Br. J. Surg.* - 1997: 684-695.
8. Rane A., Rao P.P., Rao S.P. et al. Clinical evaluation of a novel laparoscopic port (r-port) in Urology and evolution of single laparoscopic port procedure (SLAPP). *J. Endourology.* - October 2007.-AbstractBR6-01.
9. Remzi FH, Kirat HT, Kaouk HT, Kaouk JH, Geisier DP. Single-port laparoscopy in colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2008; 10: 823-6.
10. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г. Первый опыт использования технологии единого лапароскопического доступа (SILS) в колоректальной хирургии. *Колопроктология.* 2010, №4 (34): С.3-7.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ АДЕНОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.

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

Проведен сравнительный анализ выполнения миншинвазивных трансанальных вмешательств у 378 больных с крупными аденомами прямой кишки (>3 см.). Основная группа – 146 (38,6%) пациентов, перенесших трансанальные эндохирургические операции, контрольная группа 1 – 59 (15,6%) пациентов после трансанального иссечения, контрольная группа 2 – 173 (45,8%) пациента, которым была выполнена эндоскопическая электроэксцизия аденом прямой кишки. Осложнения развились у 4 (2,7%) пациентов основной группы, у 7 (11,9%) 1-й контрольной, у 5 (2,8%) больных 2-й контрольной группы. Рецидивы аденом возникли у 11 (7,6%) пациентов основной группы, у 12 (20,3%) больных после трансанальных иссечений, и в 31 (17,9%) наблюдениях после эндоскопических электроэксцизий. Трансанальная эндохирургия достоверно эффективнее трансанальных иссечений ($p = 0,006$), и эндоскопических удалений крупных аденом ($p = 0,008$).

[Ключевые слова: крупные аденомы прямой кишки, трансанальная эндохирургия].

THE CHOICE OF TREATMENT FOR LARGE RECTAL ADENOMAS

Filon A.F., Peresada I.V., Chelnokov M.V., State Research Center Of Coloproctology, Moscow, Russia

Between 1999-2009, 378 patients with large rectal villous adenomas (>3 cm) were undergone minimally invasive procedures in the Center of coloproctology. Of them 146 (38.6%) patients (main group) had gasless transanal endosurgery, 59 (15.6%) patients were undergone conventional transanal excision (1st control group) and 173 (45.8%) patients treated by colonoscopic excision (2nd control group).

Postoperative morbidity was lower in main group patients comparing to conventional transanal surgery: 4(2.7%) and 7 (11.9%) patients, respectively ($p < 0.0001$). No difference in morbidity was found comparing to colonoscopic excisions: 5 (2.8%) patients, $p = 0.8$.

Recurrence rate was lower after gasless transanal endosurgery 11(7.6%) than after conventional transanal surgery 12 (20.3%) ($p = 0.01$) or colonoscopic procedure 31 (17.9%) ($p < 0.0001$).

[Key words: large rectal villous adenomas, transanal endosurgery].

**Адрес для переписки: к.м.н. Филон Александр Федорович, ГНЦ колопроктологии, Саяма Адиля 2, Москва, 123423,
e-mail: alex-filon@inbox.ru**

Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих место в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5 – 90% случаях, что, во многом, зависит от размеров новообразования. При этом индекс малигнизации напрямую коррелирует с размерами аденом [2,6,10]. Методов лечения данной категории больных предложено достаточно много. Наиболее широко применяется эндоскопическая петлевая электроэксцизия аденом через колоноскоп. При

удалении небольших опухолей этот метод сопровождается хорошими результатами, однако при крупных доброкачественных новообразованиях прямой кишки (более 3 см) частота рецидивирования составляет, по данным отечественных и зарубежных авторов, от 21,9% до 44,3% [1, 5]. Другим методом, нередко применяющимся в лечении аденом прямой кишки, является их трансанальное иссечение. При расположении аденомы близко к аноректальной линии эта методика приводит

Таблица 1. Размеры аденом прямой кишки в исследуемых группах.

Размеры аденомы (см)	Трансанальная эндохирургия	Трансанальное иссечение	Эндоскопическое удаление	ВСЕГО:
> 3 – < 4	67 (45,9%)	22 (37,3%)	66 (38,2%)	155 (41,0%)
≥ 4 – < 5	47 (32,2%)	24 (40,7%)	84 (48,5%)	155 (41,0%)
≥ 5	32 (21,9%)	13 (22,0%)	23 (13,3%)	68 (18,0%)
ИТОГО	146 (100,0%)	59 (100,0%)	173 (100,0%)	378 (100,0%)

Таблица 2. Высота расположения нижнего полюса аденомы от зубчатой линии (см).

Высота расположения	Трансанальная эндохирургия	Трансанальное иссечение	Эндоскопическое удаление
Нижне-ампулярный отдел (1 – 5 см)	60 (41,1%)	56 (94,9%)	3 (1,7%)
Средне-ампулярный отдел (6 – 10 см)	78 (53,4%)	3 (5,1%)	93 (53,8%)
Верхне-ампулярный отдел (11 – 15 см)	8 (5,5%)	-	77 (44,5%)
ВСЕГО:	146 (100,0%)	59 (100,0%)	173 (100,0%)

к удовлетворительным результатам, однако они резко ухудшаются при удалении опухолей, расположенных в средне- и верхнеампулярном отделе прямой кишки. Причиной развития рецидивов заболевания является неполное удаление опухоли из-за ограниченной экспозиции и часто возникающей фрагментации аденомы, плохой визуализации ее границ [3, 9].

Наилучшие результаты в лечении данной категории больных достигнуты после применения трансанальной газовой эндомикрохирургии (ТЭМ) [1,8,9,11]. Благодаря оптическому увеличению, четкой визуализации границ опухоли и применению прецизионной техники, этот метод минимизирует число рецидивов, однако он достаточно дорог, требует специального обеспечения и может быть применен только в специализированном учреждении.

До настоящего времени при крупных доброкачественных новообразованиях прямой кишки широко выполняются трансабдоминальные хирургические вмешательства. Они являются достаточно травматичными и сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений. Кроме этого, значительно страдает качество жизни больных в связи с функциональными нарушениями запирающего аппарата и потерей резервуарной функции прямой кишки [3,4].

В последнее десятилетие при лечении новообразований прямой кишки применяется безгазовая трансанальная эндохирургия. Данный метод является недорогим и относительно легко воспроизводимым, при этом он позволяет решать практически все задачи, встающие при лечении крупных аденом прямой кишки.

Таким образом, разработка оптимальной лечебной тактики у больных с крупными доброкачественными

новообразованиями прямой кишки крайне актуальна, в связи с чем предпринято данное исследование, целью которого стало улучшение результатов лечения больных с крупными (более 3 см) аденомами прямой кишки; а также сравнительная оценка эффективности трансанальной эндохирургии с эндоскопическими электроэксцизиями и трансанальными иссечениями крупных доброкачественных новообразований прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГНЦК с 1999 по 2009 год включительно у 378 больных с крупными аденомами прямой кишки, размер которых превышал 3 см., были выполнены миниинвазивные трансанальные хирургические вмешательства.

Трансанальные эндохирургические операции по поводу крупных аденом прямой кишки были выполнены у 146 (38,6%) пациентов. При этих вмешательствах применялась прецизионная техника с использованием операционного ректоскопа и специального набора инструментов (игольчатый электрод и коагуляционный диссектор, ультразвуковой скальпель, эндоскопическая петля, палочка Виноградова для ушивания дефекта кишечной стенки и другие). Эти больные составили основную группу. Было 64 (43,8%) мужчины и 82 (56,2%) женщины в возрасте от 22 до 85 лет, средний возраст составил $63,5 \pm 7,5$ лет.

В 1-ю контрольную группу вошли 59 (15,6%) пациентов, у которых производилось трансанальное иссечение крупной аденомы прямой кишки. Из них было 24 (40,7%) мужчины и 35 (59,3%) женщин в возрасте от 26 до 80 лет, средний возраст составил

Таблица 3. Характер роста аденом прямой кишки в исследуемых группах.

Характер роста аденом	Трансанальная эндохирургия	Трансанальное иссечение	Эндоскопическое удаление	ВСЕГО:
Стелющаяся	39 (26,7%)	17 (28,8%)	52 (30,1%)	108 (28,6%)
Узловая на широком основании	56 (38,4%)	21 (35,6%)	48 (27,7%)	125 (33,1%)
Узловая на суженном основании	32 (21,9%)	14 (23,7%)	67 (38,7%)	113 (29,9%)
Многоочаговая	19 (13,0%)	7 (11,9%)	6 (3,5%)	32 (8,4%)
ВСЕГО:	146 (100,0%)	59 (100,0%)	173 (100,0%)	378 (100,0%)

Таблица 4. Частота и характер послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Трансанальная эндохирургия	Трансанальное иссечение	Эндоскопическое удаление
Кровотечение в раннем п/о периоде	2 (1,36%)	4 (6,8%)	4 (2,3%)
Задержка мочеиспускания	2 (1,36%)	3 (5,1%)	1 (0,5%)
ВСЕГО:	4 (2,7%)	7 (11,9%)	5 (2,8%)

60,5±9,3 лет.

Во 2-ю контрольную группу были включены 173 (45,8%) больных с крупными аденомами прямой кишки, которым было выполнено их эндоскопическое удаление. В эту группу вошли 77 (45,5%) мужчин и 96 (54,5%) женщин в возрасте от 18 до 89 лет, средний возраст составил 65,5 ± 5,0 лет.

По размерам удаляемых новообразований прямой кишки пациенты сравниваемых групп не отличались (Табл. 1).

Расположение опухолей на той или иной стенке прямой кишки не имело различий в исследуемых группах. По высоте расположения аденом от зубчатой линии группы существенно отличались. У больных, перенесших эндоскопические удаления, новообразования локализовались в средне- и верхнеампулярном отделе прямой кишки. При трансанальных иссечениях, напротив, аденомы располагались в нижнеампулярном и редко в среднеампулярном отделах. В основной группе крупные аденомы локализовались практически во всех отделах прямой кишки, наиболее часто – в среднеампулярном отделе (Табл. 2).

По характеру роста доброкачественные новообразования прямой кишки наиболее часто являлись полиповидными (или узловыми) аденомами на широком основании. Этот характер роста одинаково часто встречается как в основной группе, так и в контрольных группах.

Узловые аденомы на суженном основании наиболее часто удалялись с помощью электроэксцизии через колоноскоп, они более всего представлены во 2-й контрольной группе, хотя наблюдаются и в основной группе.

Частота стелющихся новообразований практически одинакова во всех группах, она составляет от 26 до 30%.

Многоочаговые (или с мультифокальным ростом) новообразования наблюдались относительно редко – лишь в 32 (8,5%) наблюдениях. При этих аденомах наиболее часто применялся метод трансанальной эндохирургии, но и в контрольных группах имеются случаи удаления мультифокальных аденом прямой кишки (Табл. 3).

Больные обследовались через 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции, далее ежегодно. Пациенты прослежены от 6 до 115 месяцев, среднее время наблюдения 52,5 ± 18,5 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех исследуемых группах опухоль чаще всего (49,5%) была представлена тубулярно-ворсинчатой аденомой. Ворсинчатые аденомы наблюдались несколько реже – в 39,7% наблюдениях. Тубулярные аденомы выявлялись редко как в основной, так и в контрольных группах – у 10,8% больных.

Выполнение трансанальных эндохирургических операций было более длительным. В основной группе минимальное время составило 20 минут, максимальное – 95 минут, среднее время операции – 58 ± 14 минут. В 1-й контрольной группе минимальная продолжительность оперативных вмешательств была 10 минут, максимальная – 90 минут, среднее время – 47 ± 18 минут. После эндоскопических электроэксцизий продолжительность удаления крупных аденом была наименьшей (минимальная – 5 минут, максимальная – 50 минут, среднее время операции – 15 ± 8,5 минут). При сравнении продолжительности операций в основной группе с 1-й контрольной группой статистически достоверных отличий получено не было (p=0,2). Продолжительность трансанальных эндохирургических вмешательств была достоверно больше удалений аденом через колоноскоп (p=0,001).

Сравнение интраоперационной кровопотери проводилось только между основной и 1-й контрольной группой. При трансанальных эндохирургических операциях минимальная кровопотеря составила 2 мл, максимальная – 120 мл, средняя кровопотеря – 23 ± 15 мл. При трансанальных иссечениях минимальная кровопотеря была 15 мл, максимальная – 170 мл, средняя кровопотеря – 45 ± 25 мл. Полученные результаты показали, что применение прецизионной техники при трансанальных эндохирургических вмешательствах позволяет уменьшить кровопотерю по сравнению с трансанальными иссечениями, при этом имелись статистически достоверные различия (p = 0,01).

При сравнении частоты послеоперационных осложнений было выявлено, что их число было достоверно выше после трансанальных иссечений (p = 0,03). Показатели в основной и 2-й контрольной группе были одинаковыми (табл. 4).

Нарушение функции ЗАПК не было отмечено у больных после эндоскопических полипэктомий.

После трансанального эндохирургического вмешательства недержание газов в течение 2 месяцев после операции было отмечено у 1 (0,7%) больного. У 2 (3,4%) пациентов, перенесших трансанальное иссечение крупных ворсинчатых новообразований нижнеампулярного отдела прямой кишки, было отмечено недержание газов и жидкого содержимого в течение 3-х и 4-х недель. В дальнейшем эти явления были купированы на фоне консервативной терапии.

В основной группе минимальный и максимальный койко-дни составили 2-17 дней, средний койко-день – $7,0 \pm 4,0$ дней. В 1-й контрольной группе аналогичные показатели составили 3-18 дней, средний койко-день – $8,5 \pm 5,5$ дней. После эндоскопических электроэксцизий минимальный и максимальный день составили 2-27 дней, средний койко-день – $6,0 \pm 2,5$ дней. Увеличение послеоперационного койко-дня после эндоскопических электроэксцизий объясняется тем, что в 14 (8,1%) наблюдениях пациентам проводились многоэтапные (двух-, трехэтапные) удаления крупных аденом через колоноскоп. За счет них произошло увеличение послеоперационного койко-дня.

Рецидивы заболевания возникли у 11 (7,6%) пациентов основной группы, у 12 (20,3%) больных 1-й контрольной группы, и в 31 (17,9%) наблюдении после эндоскопических электроэксцизий, что было статистически достоверно как при сравнении с трансанальными иссечениями ($p = 0,006$), так и с эндоскопическими электроэксцизиями ($p = 0,008$). Было установлено, что пол и возраст пациентов, локализация аденомы на той или иной стенке прямой кишки, расстояние от зубчатой линии, а также гистологическая структура новообразования не влияли на частоту развития рецидивов.

Анализ отдаленных результатов показал, что во всех исследуемых группах основными факторами, влияющими на развитие рецидивов, являются размеры новообразования прямой кишки и характер роста аденомы.

Из 67 пациентов основной группы с размерами аденом от 3 до 4 см рецидив возник в 1 (1,5%) случае. В 3 (6,4%) наблюдениях рецидивы были диагностированы у 47 больных с размерами аденом от 4 до 5 см. Наиболее часто аденомы рецидивировали у пациентов с размерами опухоли от 5 см и более – в 7 (21,9%) случаях из 32 больных.

После трансанальных иссечений у больных с аденомами от 3 до 4 см в диаметре рецидив развился у 1 (4,5%) из 22 больных. При размерах аденом от 4 до 5 см опухоль рецидивировала у 4 (16,7%) из 24 пациентов. Из 13 больных этой группы с размерами аденом от 5 см и более рецидивы были диагно-

стированы в 7 (53,8%) наблюдениях.

После эндоскопических полипэктомий рецидивы возникли у 4 (6,1%) из 66 больных при размерах опухоли от 3 до 4 см; у 9 (10,7%) из 84 пациентов с размерами аденом от 4 до 5 см; у 18 (78,2%) из 23 больных с аденомами размером 5 см и более.

Таким образом, во всех группах у больных с доброкачественными новообразованиями прямой кишки размером от 5 см и более рецидивы заболевания наблюдались достоверно чаще по сравнению с пациентами, у которых размеры аденом были менее 5 см ($p < 0,001$).

В основной группе из 39 пациентов со стелющимися опухолями рецидивы развились в 6 (15,4%) случаях; из 88 больных с узловыми (на широком или суженном основании) новообразованиями – в 1 (1,1%), из 19 пациентов с многоочаговым характером роста аденом рецидивы были диагностированы в 4 (21,1%) наблюдениях.

В 1-й контрольной группе после трансанальных иссечений у 17 больных со стелющимися аденомами рецидив развился в 7 (41,2%) случаях. При узловых аденомах опухоль рецидивировала у 2 (5,7%) из 35 пациентов. Из 7 больных этой группы с мультифокальными аденомами рецидивы возникли в 3 (42,9%) наблюдениях.

После эндоскопических электроэксцизий рецидивы развились у 22 (42,3%) из 52 больных со стелющимися новообразованиями; в 5 (4,3%) наблюдениях у 115 пациентов с узловыми опухолями (на широком или суженном основании); у 4 (66,7%) из 6 больных с многоочаговыми аденомами.

Таким образом, у больных, оперированных по поводу крупных стелющихся или мультифокальных аденом прямой кишки, рецидивы заболевания возникали значительно чаще, чем при узловых новообразованиях ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансанальная безгазовая эндохирurgia является высокоэффективным методом лечения крупных аденом прямой кишки. Она позволяет минимизировать, по сравнению с другими методиками, число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, не приводит к нарушениям дефекации. Метод можно отнести к экономически эффективным вмешательствам, что обусловлено коротким послеоперационным койко-днем, малым числом рецидивов и редкой необходимостью повторной госпитализации. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о том, что метод безгазовой трансанальной эндохирургии значительно превосходит

другие миниинвазивные вмешательства у больных с крупными аденомами прямой кишки.

Основными факторами, влияющими на частоту рецидивов аденом, являются размеры опухоли и характер ее роста. Выполнение трансанальных иссечений или эндоскопических удалений при стеющих или многоочаговых аденомам прямой кишки размерами 5 см и более представляется нецелесообразным в связи с высокой частотой возникновения рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.В., Григорян В.В., Попов Д.Е. и соавт. Использование методики трансанальной эндоскопической микрохирургии в лечении новообразований прямой кишки. Вестник хирургии – 2007. – №5. – стр. 65-68.
2. Веселов В.В., Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Манова О.Е. Роль и место эндоскопической полипэктомии в хирургическом лечении больных аденоматозом толстой кишки. Проблемы колопроктологии. – 2000. – Вып. 17. – стр. 276-280.
3. Кижоть В.А., Лещенко Ф.И., Гольдшмидт Б.Я. с соавт. Экономные операции при начальных формах рака, малигнизированных аденомах и ворсинчатых опухолях прямой кишки. Клиническая хирургия. – 1990. – №2. – стр. 16-18.
4. Нешитов С.П. Лечение ворсинчатых аденом дистальных отделов толстой кишки. Хирургия. – 2001. – №7. – стр. 30-33.
5. Conio M, Repici A, Demarquay JF et al. EMR of large sessile colorectal polyps. Gastrointest Endosc. – 2004. – Aug; 60(2): p. 234-241.
6. Hurlstone DP et al. The role of flat and depressed colorectal lesions in colorectal carcinogenesis: new insights from clinicopathological findings in high-magnification chromoscopic colonoscopy. Histopathology. – 2003. – Nov; 43(5): p. 413-426.
7. Kudo S, Tamegai Y, et al. Endoscopic mucosal resection of the colon: the Japanese technique. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2001. – Jul; 11(3): p. 519-535.
8. Lin GL, Meng W, et al. Local resection for early rectal tumors: Comparative study of transanal endoscopic microsurgery (TEM) versus posterior trans-sphincteric approach (Mason's operation). Asian J Surg. – 2006. – Oct; 29(4): p. 227-232.
9. Saclarides T.J. TEM/local excision: indications, techniques, outcomes, and the future. J Surg Oncol. –

2007. – Dec 15; 96(8): p. 644-650.

10. Tanaka S, Haruma K, Oka S, et al. Clinicopathologic features and endoscopic treatment of superficially spreading colorectal neoplasm larger than 20 mm. Gastrointest Endosc. – 2001. – Jul; 54(1): p. 62-66.

11. Whitehouse P.A, et al. Transanal endoscopic microsurgery: risk factors for local recurrence of benign rectal adenomas. Colorectal Dis. – 2006 – Nov; 8(9): p. 795-799.

Комментарий к статье Филона А.Ф., Пересады И.В., Челнокова М.В. «Выбор метода лечения крупных аденом прямой кишки»

В представленной статье авторами на основании полученных результатов была обоснована высокая эффективность трансанальной безгазовой эндохирургии при лечении крупных аденом прямой кишки. Приведенные данные свидетельствуют о значительном превосходстве этой методики над трансанальными иссечениями аденом и удалениями их через эндоскоп.

Несмотря на достаточно высокую обоснованность выводов авторов о значительном преимуществе трансанальной эндохирургии, применение других сравниваемых методов лечения остается актуальным у большого числа пациентов. При этом, определяющим фактором выбора того или иного метода хирургического вмешательства является высота расположения опухоли над зубчатой линией. Трансанальное иссечение остается операцией выбора при расположении аденом на уровне зубчатой линии, когда возникают значительные трудности с установкой операционного ректоскопа и визуализацией дистальной границы опухоли. В тоже время, локализация опухоли во внутрибрюшной части верхне-ампулярного отдела прямой кишки может являться показанием к ее эндоскопическому удалению в связи с высоким риском перфорации. Таким образом, можно согласиться с мнением авторов о том, что метод безгазовой трансанальной эндохирургии имеет значительные преимущества над другими миниинвазивными вмешательствами при лечении крупных аденом прямой кишки, однако это утверждение справедливо при локализации новообразований в средне-ампулярном отделе прямой кишки.

Редакционная коллегия журнала «Колопроктология».

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК ПОСЛЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Каганов О.И., Козлов С.В.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет,
Минздравсоцразвития России, г. Самара,
(Ректор – академик РАМН, д.м.н., профессор, Г.П. Котельников)

ЦЕЛЬ: оценка показателей качества жизни (КЖ) больных с диагнозом колоректальный рак с метастазами в печень после циторедуктивного хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В основную группу вошли 54 пациента, которым выполнялась циторедуктивная операция и радиочастотная абляция (РЧА) метастазов в печень. Группу контроля составили 61 больной, которым проводилась циторедуктивная операция с атипичной резекцией печени. Для оценки КЖ больных был применен опросник FACT-G с модулем FACT-C.

РЕЗУЛЬТАТЫ: До операции КЖ у пациентов обеих групп было снижено и составило в основной группе FACT-G $55,85 \pm 11,17$ баллов, FACT-C $70,89 \pm 14,54$ баллов, в контрольной – FACT-G $56,80 \pm 9,65$ баллов, FACT-C $72,04 \pm 12,57$ баллов ($p > 0,05$). Показатели КЖ по шкалам FACT-G, FACT-C через 3 и 6 месяцев после операции были статистически значимо выше в основной группе ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: РЧА колоректальных метастазов при циторедуктивных операциях позволяет сохранить КЖ больных на более высоком уровне, чем после атипичных резекций печени.

[Ключевые слова: колоректальный рак; качество жизни]

ESTIMATION OF QOL IN PATIENTS AFTER CYTOREDUCTIVE PROCEDURE FOR COLORECTAL CANCER

Kaganov O.I., Kozlov S.V., Samara State Medical University, Russia

AIM: to evaluate the quality of life (QOL) after surgery in patients for colorectal cancer and liver metastases.

MATERIAL AND METHODS: 54 patients of the main group were undergone resection for colorectal primary and radiofrequency ablation (RFA) of liver secondaries. In control group of 61 patients resection of colon/rectum and non-anatomic resection of the liver were performed. FACT-G questionnaire with special subscale FACT-C were used for evaluation of QOL.

RESULTS: The QOL before operation was reduced in both groups: in the main group $55,85 \pm 11,17$ points FACT-G and $70,89 \pm 14,54$ of FACT-C and $56,80 \pm 9,65$ points of FACT-G and $72,04 \pm 12,57$ points of FACT-C ($p > 0,05$). The QOL in accordance to FACT-G and FACT-C scale at 3 and 6 month after surgery was higher in main group ($p < 0,05$).

CONCLUSION: RFA of liver metastases of colorectal origin allow to achieve better QOL comparing to non-anatomic liver resections.

[Key words: colorectal cancer, quality of life]

Адрес для переписки: Каганов Олег Игоревич пр. Ленина 8- 27 г. Самара, 443110, e-mail: okaganov@yandex.ru

Последнее время помимо традиционных критериев оценки результатов лечения онкологических больных, таким как выживаемость, частота местных рецидивов и т.д. все чаще производят оценку качества жизни (КЖ) [1]. Одной из актуальных проблем онкологии является улучшение показателей КЖ больных генерализованными формами рака [2, 7]. В понятие КЖ включены физические, психические, социальные аспекты жизни человека. КЖ – один из основных показателей при оценке ранних и отдаленных последствий оперативного лечения [3]. Среди способов оценки КЖ наиболее общепри-

няты и распространены опросники, заполняемые больными. Ответам, полученным при заполнении опросников, присваиваются определенные цифровые значения, которые после систематизации (шкалирования) подвергаются статистической обработке, анализу и интерпретации [5]. Наиболее распространенными являются американский опросник FACT (Function Assessment of Cancer Therapy – General). Современная версия FACT-G включает 27 вопросов, позволяющих оценить КЖ по 4 критериям: физического, социального (включая семейное), эмоционального и функ-

ционального благополучия [6]. Опросник является модульным, в основу положен базовый – FACT-G, для которого разработан модуль для колоректального рака – FACT-C [9].

Понятие КЖ является критерием реабилитации больного с распространенным опухолевым процессом [8]. Улучшение КЖ – основная цель лечения онкологического больного с генерализованной опухолью, когда невозможно провести радикальное лечение [4].

Цель данного исследования – провести сравнительную оценку КЖ двух групп больных с диагнозом колоректальный рак через 3 и 6 месяцев после циторедуктивной операции с проведением радиочастотной абляции (РЧА) и атипичной резекции печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование КЖ 115 пациентов с диагнозом колоректальный рак с метастазами в печень. В основную группу вошли 54 пациента, которым выполнялась циторедуктивная операция и РЧА вторичных новообразований печени. Группу контроля составил 61 больной, после резекции толстой кишки с атипичной резекцией печени (Табл. 1).

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, полу, виду хирургического лечения и степени дифференцировки злокачественного новообразования.

Для оценки КЖ больных применен опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) со специальным модулем FACT-C (CRC – colorectal cancer concerns). Версия-4 FACT-G включает 27 вопросов и оценивает КЖ по 4 подшкалам: физическое благополучие (physical well-being, PWB) – 7 вопросов, социальное/семейное благополучие (social/family well-being, SWB) – 7 вопросов, эмоциональное благополучие (emotional well-being, EWB) – 6 вопросов, функциональное благополучие (functional, FWB) – 7 вопросов. Специальный модуль для пациентов с колоректальным раком FACT-C (CRC – colorectal cancer concerns) включает в себя 9 вопросов, 2 из которых посвящены колостомированному больным, остальные содержат основную информацию о процессах пищеварения (аппетит, диарея, потеря веса и т.д.). Для каждого вопроса имеется шкала от 0 до 4 баллов, где 0 соответствует наиболее плохому состоянию, а 4 максимально хорошему. В анкете пациент выбирает максимально подходящее для него количество баллов и отмечает их. Расчет показателей осуществляется в соответ-

ствии с инструкцией (авторы). Для каждой шкалы количество баллов получено путем суммирования отмеченных ответов. Исключение составили вопросы, с негативным содержанием, например: «у меня тошнота, рвота», т.к. максимальный балл соответствует наиболее высокому качеству жизни, результаты на эти вопросы получены вычитанием значения ответа из 4. Нами приведены вопросы-исключения: GP1-GP7, GE1, GE3-GE5, C1-C2 и C5. Для пропущенных ответов на вопросы расчет проводился по следующей формуле:

$$\Sigma \text{ответов (с коррекцией на «негативные» вопросы)} \times (\text{количество вопросов в шкале} / \text{количество ответов в шкале})$$

Так же проводился расчет показателя результата испытания (trial outcome index, TOI) равный сумме показателей физического благополучия, функционального благополучия и модуля колоректального рака (PWB+FWB+CCS). КЖ по шкале FACT-G определялось как сумма всех 4 шкал благополучия: PWB+SWB+EWB+FWB (максимально возможно 108 баллов), а шкала FACT-C: FACT-G+ CCS (максимально возможно 136 баллов). Всего проанализировано 315 анкет. Исследование показателей КЖ проводилось до операции и после через 3 и 6 месяцев.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel пакета Office XP Service Pack 2 и Statistica (StatSoft) версии 6.0.

Для описания нормально распределенных вариационных рядов использовали: число наблюдений (n), среднее арифметическое значение признака (M), среднеквадратическое отклонение (σ). Для сравнения полученных данных в двух группах был применен критерий Манна-Уитни. Анализ повторных измерений был проведен с применением критерия Фридмана. Сравнение долей осуществляли при помощи критерия χ^2 , двустороннего варианта точного критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент поступления в стационар на оперативное лечение среднее КЖ больных по шкале FACT-G составило $56,36 \pm 10,36$ баллов, по шкале FACT-C – $71,50 \pm 13,48$ баллов, что в два раза ниже максимально возможного количества баллов.

До оперативного вмешательства КЖ у пациентов обеих групп было снижено и составило в основной группе FACT-G $55,85 \pm 11,17$ баллов, FACT-C

Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов основной и контрольной групп

Параметры оценки групп	Основная группа (n=54)	Контрольная группа (n=61)
Возраст (M±σ, max – min), лет	57,39±4,99 (45-69)	55,47±6,71(47-72)
Пол		
мужской	33 (61%)	38 (62%)
женский	21 (39%)	23 (38%)
Вид циторедуктивной операции		
Правосторонняя гемиколэктомия	24 (44%)	28 (46%)
Левосторонняя гемиколэктомия	20 (37%)	21 (34%)
Резекция прямой кишки	10 (19%)	12 (20%)
Степень дифференцировки		
Низкодифференцированная	17 (31%)	19 (31%)
Умереннодифференцированная	21 (39%)	28 (46%)
Высокодифференцированная	16 (30%)	14 (23%)

Примечание: для таблицы p>0,05

70,89±14,54 баллов, а в контрольной группе FACT-G 56,80±9,65 баллов, FACT-C 72,04±12,57 баллов (p>0,05). Наиболее низкие показатели в обеих группах были выявлены по шкале физического благополучия, на 62% ниже в сравнении с максимально возможным, по остальным шкалам – 40-50%. В динамике через 3 и 6 месяцев показатели КЖ имели тенденцию к улучшению как в основной, так и в контрольной группе. В основной группе физическое благополучие пациентов повысилось через 3 месяца на 14%, а через 6 месяцев еще на 30%, оценка по модулю колоректального рака улучшилась на 12% через 3 месяца и на 14% через 6 месяцев. Нами не выявлено значимой динамики в показателях функционального благополучия, что, по-видимому, связано с характером вопросов, характеризующих трудовую деятельность пациентов и их отношение к болезни. За столь короткий срок после операции большинство из них по своему физическому и эмоциональному состоянию были не готовы вернуться к трудовой деятельности. Об этом так же свидетельствует отсутствие статисти-

чески значимых изменений эмоционального статуса. Динамика суммарных показателей (в среднем FACT-G на 13 баллов, FACT-C на 19 баллов, TOI на 15 баллов) свидетельствовала об улучшении КЖ пациентов основной группы (Табл.2).

Анализ КЖ в контрольной группе показал, что статистически значимого улучшения КЖ пациентов в течение 6 месяцев нами выявлено не было (Табл. 3). Сравнение показателей по модулям в основной и контрольной группе показало, что через 3 месяца наблюдения наиболее значимые различия в динамике показателей КЖ были характерны для модуля функционального благополучия, в контрольной группе этот показатель был в среднем ниже на 2 балла, чем в основной. Вклад этого показателя повлиял на различия в суммарных оценках (FACT-G, FACT-C, TOI). Через 6 месяцев разница между вышеперечисленными показателями увеличилась, а также появились значимые различия в модуле «колоректального рака» (Табл. 4).

Таким образом показатели КЖ по шкалам FACT-G, FACT-C через 3 и 6 месяцев наблюдения были ста-

Таблица 2. Динамика изменений показателей качества жизни по шкале FACT-C у пациентов после циторедуктивных операций с РЧА метастазов печени (основная группа)

Показатель	Основная группа			p
	До операции (n=54)	Через 3 месяца (n=52) ^a	Через 6 месяцев (n=49) ^b	
Физическое благополучие (PWB)	10,81±3,88	13,67±3,81	19,28±4,88	0,000
Социальное/семейное благополучие (SWB)	16,37±4,92	18,36±3,66	17,73±4,10	0,052
Эмоциональное благополучие (EWB)	13,11±3,07	14,58±3,12	14,99±3,23	0,083
Функциональное благополучие (FWB)	15,55±4,31	16,71±3,79	16,84±3,75	0,139
Модуль рака ободочной кишки (CCS)	15,04±4,66	17,67±5,50	20,32±4,00	0,000
FACT-G	55,85±11,17	63,33±10,13	68,83±11,36	0,000
FACT-C	70,89±14,54	81,00±12,99	89,16±12,46	0,000
Показатель результата испытания (TOI)	41,45±9,28	48,06±9,69	56,44±8,57	0,000

Примечание: PWB – physical well-being, SWB – social/family well-being, EWB – emotional well-being, FWB – functional well-being, CCS – colon cancer subscale, TOI – trial outcome index – PWB+FWB+CCS; FACT-G –general score – PWB+SWB+EWB+FWB; FACT-C – PWB+SWB+EWB+FWB+CCS; a – после операции 1 пациент умер, 1 сменил место жительства и в анкетировании не участвовал; б – дополнительно 2 пациента умерли от прогрессии заболевания, с 1 был утрачен контакт.

Таблица 3. Динамика изменений показателей качества жизни по шкале FACT-C у пациентов после циторедуктивных операций и атипичной резекции печени (контрольная группа)

Показатель	Контрольная группа			P
	До операции (n=61)	Через 3 месяца (n=55) ^а	Через 6 месяцев (n=44) ^б	
Физическое благополучие (PWB)	11,26±4,58	11,76±5,49	13,14±6,53	0,376
Социальное/семейное благополучие (SWB)	16,65±3,99	17,50±3,65	18,16±4,51	0,786
Эмоциональное благополучие (EWB)	13,31±2,58	14,09±2,10	13,95±4,75	0,161
Функциональное благополучие (FWB)	15,57±3,84	15,91±4,09	16,91±4,42	0,966
Модуль рака ободочной кишки (CCS)	15,24±5,00	16,33±5,49	18,31±5,16	0,247
FACT-G	56,80±9,65	59,20±9,67	62,16±15,62	0,942
FACT-C	72,04±12,57	75,50±13,29	80,48±18,01	0,083
Показатель результата испытания (TOI)	42,08±8,75	44,00±10,79	48,36±12,05	0,179

Примечание: а – после операции 4 пациента умерли, 1 больной умер от прогрессии заболевания через 2 месяца после операции, в 1 случае утрачен контакт; б – дополнительно 9 пациентов умерли от прогрессии заболевания, с двумя был утрачен контакт.

Таблица 4. Значения p при сравнении средних показателей с помощью критерия Манна-Уитни в основной и контрольной группах

Показатель	До операции	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Физическое благополучие (PWB)	0,575	0,040	0,000
Социальное/семейное благополучие (SWB)	0,732	0,225	0,636
Эмоциональное благополучие (EWB)	0,704	0,343	0,223
Функциональное благополучие (FWB)	0,981	0,296	0,932
Модуль рака ободочной кишки (CCS)	0,818	0,208	0,037
FACT-G	0,625	0,034	0,019
FACT-C	0,647	0,034	0,007
Показатель результата испытания (TOI)	0,688	0,044	0,000

статистически значимо выше в основной группе (с РЧА метастазов печени) в сравнении с группой пациентов, которым при циторедуктивной операции была выполнена атипичная резекция печени (контрольная группа).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Радиочастотная абляция колоректальных метастазов печени во время циторедуктивных операциях позволяет сохранить КЖ пациентов через 3 и 6 месяцев после операции на более высоком уровне по сравнению с пациентами, которым была выполнена атипичная резекция печени. Основные изменения показателей КЖ обусловлены динамикой физического благополучия и показателей модуля для колоректального рака. Значимых изменений в оценке функционального и эмоционального благополучия нами выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Ш.Р. Сравнительная оценка качества жизни больных раком ободочной и прямой кишки оперированных традиционным (открытым) и лапароско-

пическим методом: Дис... канд. мед. наук. – Киев., 2005.-162 с.

2. Козинец Г.И., Высоцкий В.В., Точенов А.В. Качество жизни: экология и профилактика онкологических заболеваний. Медицина за качество жизни. – 2006. – №1. – С.4-8.

3. Новиков Г.А. Чиссов В.И. Паллиативная помощь онкологическим больным. – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006 – 192 с.

4. Павлова В.В. Качество жизни больных генерализованными формами злокачественных новообразований после циторедуктивных операций: Дис... канд. мед. наук. – Уфа., 2007. – 128с.

5. Рашкин Л.А., Бокань Ю.И., Новиков Ю.Ю. Предпосылки и методология современной теории и практики качества жизни. Медицина за качество жизни. – 2006.- №2 – С.29-34.

6. Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Урманчеева А.Ф. Качество жизни больных раком тела матки после радикальных методов лечения по международному опроснику FACT-G. Онкохирургия. – 2008. -№2-С. 71.

7. Филон А.Ф. Циторедуктивные операции у больных раком ободочной кишки с отдаленными метастазами. Дис... канд. мед. наук.–М.- 2004.-155с.

8. Чайцев В.Г., Селезнев Е.Ф. Медико-социальные факторы снижения качества жизни больных. Паллиативная медицина и реабилита-

ция. – 2004. – № 4. – С.49.

9. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J. et al. Quality of life with a temporary stoma. Dis. Colon Rectum. – 2000. – Vol. 43. – P. 650-655.

Комментарий к статье Каганова О.И., Козлова С.В. «Показатели качества жизни больных с диагнозом колоректальный рак после циторедуктивных операций».

Лечение онкологических больных на современном этапе развития медицины требует уже не только достижения онкологических результатов «любой ценой», но и сохранения или замещения функции пораженного органа для обеспечения приемлемого качества жизни пациентов.

Именно этому аспекту лечения больных колоректальным раком и посвящена статья Каганова О.И., Козлова С.В. «Показатели качества жизни больных с диагнозом колоректальный рак после циторедуктивных операций». С помощью опросника FACT-G авторами статьи продемонстрировано лучшее качество жизни у больных с радиочастотной аблацией метастазов печени через 3 и 6 месяцев по сравнению с теми пациентами, которые перенесли ее резекцию.

Однако, существенным недостатком статьи является отсутствие самой главной, при освещении данного аспекта лечения колоректального рака, характеристики больных – локализации, количества и размеров метастазов печени. Без этой

характеристики не представляется возможным судить о сопоставимости сравниваемых групп пациентов, что ставит под сомнение и полученные результаты. Ведь известно, что одним из показателей к радиочастотной аблации метастазов печени являются размеры очагов, не превышающие 3 см. Соответственно, можно предположить, что при больших размерах метастазов выполнялись и обширные резекции печени, что не могло не сказаться на качестве жизни такого рода пациентов. Отсутствие характеристики метастазов печени невольно оставляет открытым и еще один неразрешенный вопрос – достижение онкологического радикализма при выполнении данных видов вмешательств, если группы сравниваемых больных были однородными. В настоящее время высокочастотная термоаблация не считается методом выбора в лечении резектабельных колоректальных метастазов, т.к. резекция печени обеспечивает лучшие онкологические результаты (McKey A., Dixon E., Taylor M. Current role of radiofrequency ablation for the treatment of colorectal liver metastases. Br.J.Surg. 2006; 93: 1192-1201). Поэтому вывод о лучших результатах качества жизни пациентов, перенесших радиочастотную аблацию метастазов, не может превалировать над онкологическими результатами при выборе тактики лечения больных с метастазами колоректального рака в печень.

Редакционная коллегия журнала «Колопроктология».

СКЛЕРОТЕРАПИЯ ДЕТЕРГЕНТАМИ – МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРОВОТОЧАЩИМ ГЕМОРРОЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АНЕМИЕЙ

Фролов С.А., Благодарный Л.А., Костарев И.В.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ, г. Москва.

(директор – проф. Ю.А. Шелыгин)

Целью данного исследования была оценка эффективности склерозирующего лечения детергентными как метода остановки кровотечения у больных с геморроем, осложненным анемией, а также оценка необходимости дальнейшего хирургического лечения пациентов после восстановления уровня гемоглобина

В статье приведен опыт лечения 32 пациентов с хроническим геморроем I-IV стадии, осложненным анемией. В качестве метода первичной остановки кровотечений всем больным проводилось склерозирующее лечение геморроя препаратами из группы детергентов. В последующем до восстановления уровня гемоглобина крови пациентам назначался курс терапии препаратом железа. После восстановления уровня гемоглобина выше 110 г/л, больным с 3-4 стадиями геморроя предлагалось радикальное хирургическое лечение.

[Ключевые слова: геморрой, анемия, склеротерапия]

SCLEROTHERAPY BY DETERGENT-TYPE SCLEROSANTS – METHOD OF CHOICE OF TREATMENT PATIENTS SUFFERING FROM BLEEDING HEMORRHOIDS COMPLICATED BY ANEMIA.

Frolov S.A., Blagodarny L.A., Kostarev I.V., State Research Center Of Coloproctology, Moscow, Russia

The aim of this study was to estimate the efficiency of sclerotherapy by detergent-type sclerosants as a method of bleedings control for patients with hemorrhoids complicated by anemia and also to estimate the necessity of the further surgical treatment after regaining of hemoglobin level. Results of treatment of 33 patients with I-IV stages hemorrhoids complicated by anemia. All patients underwent sclerotherapy by detergent-type sclerosants as a method of a primary stopping of bleedings. Then for restoration of hemoglobin level to 110 g/l patients received ferrous sulphate. Excisional hemorrhoidectomy was offered for patients with stage III-IV after recovery of hemoglobin level.

[Keywords: hemorrhoids, anemia, sclerotherapy]

Адрес для переписки: Костарев И.В., ФГУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития РФ, Саляма Адиля д. 2 Москва 123423 e-mail: djovani_80@mail.ru

Как известно выделение крови при дефекации является одним из основных симптомов геморроя. Однако в отличие от остальных симптомов заболевания, способных в той или иной степени ухудшить качество жизни пациентов или снизить их трудоспособность, кровотечение является практически единственным проявлением геморроя, которое может непосредственно угрожать жизни больного. Наиболее частым признаком истощения компенсаторных возможностей организма, на фоне ежедневных обильных кровотечений, является развитие симптомокомплекса анемии. Именно развитием анемии обуславливается ухудшение общего состояния пациентов и появление угрозы для жизни. По данным литературы частота встречае-

мости геморроя, осложненного анемией составляет 0,5 на 100000 человек в год [10]. В основном постгеморрагическая анемия на фоне персистирующих или профузных геморроидальных кровотечений возникает у пациентов с той или иной степенью выпадения геморроидальных узлов, в то время как у больных с начальной стадией заболевания обильные кровотечения, способные вызвать анемию или шокое состояние, возникают крайне редко [1]. Более 85% пациентов с геморроем, осложненным анемией, имеют длительный анамнез заболевания, а кровотечения носят не профузный характер, а проявляются в виде персистирующих, часто и регулярно повторяющихся эпизодов [1]. Обычно больные предъявляют жалобы на ежедневное или

частое (3 и более раза в неделю) выделение крови при дефекации в виде капель или струйки. Как правило, анемия у данных пациентов имеет характер железодефицитной.

Тактика лечения больных с геморроем, осложненным анемией обсуждается достаточно давно и кроме геморроидэктомии, выполняемой в те или иные сроки от поступления, предложены различные малоинвазивные методы первичной остановки кровотечений, такие как инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия, лигирование латексными кольцами и дезартеризация [11,12,14]. Необходимость предварительной остановки кровотечений и коррекции анемии доказана в исследованиях отечественных и зарубежных авторов, которыми установлено, что выполнение геморроидэктомии на фоне анемии повышает риск развития различных раневых осложнений (нагноение, расхождение краев, кровотечение) и декомпенсации сопутствующих заболеваний в особенности у больных старших возрастных групп [1,4,12].

Малоинвазивные методики остановки кровотечений обладают целым рядом преимуществ, которые становятся особенно важными при лечении этой тяжелой категории пациентов – простота техники выполнения процедуры, достаточно высокая эффективность, возможность амбулаторного применения, относительная безопасность, хорошая переносимость и невысокая стоимость [2,3,5,7,8,9]. Важным является выбор метода остановки кровотечения, который при лечении данных пациентов должен отвечать двум основным требованиям – быть наименее травматичным и наиболее эффективным. Однако не все малоинвазивные методики одинаково подходят для этой цели. Так, лигирование латексными кольцами может использоваться только при четко верифицированном источнике кровотечений, а повышенная рыхлость слизистой оболочки, покрывающей геморроидальные узлы, повышает риск возникновения кровотечения при отхождении лигатур. Наиболее подходящими являются методы, позволяющие за один этап воздействовать на все возможные участки, подозрительные в отношении развития кровоте-

чений, например, инфракрасная фотокоагуляция или склеротерапия. Инфракрасная фотокоагуляция может иметь нестойкий эффект, особенно при значительно выраженных геморроидальных узлах, которые часто выявляются у пациентов с 3-4 стадиями заболевания [7,13]. Склерозирующее лечение приводит к более глубокому воздействию на кавернозные вены геморроидальных узлов и имеет патогенетический характер при кровоточащем геморрое. Еще одним немаловажным фактором в пользу применения склеротерапии является то, что с использованием современных препаратов из группы детергентов у многих пациентов с 3, а иногда и 4 стадией геморроя данный метод позволяет стойко избавиться от всех симптомов заболевания и избежать операции [6].

Таким образом, задачами нашего исследования было оценить эффективность склерозирующего лечения как метода остановки кровотечения у больных с геморроем, осложненным анемией, оценить необходимость дальнейшего хирургического лечения пациентов после восстановления уровня гемоглобина, а также разработать схему консервативной антианемической терапии после остановки кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2005 года по май 2010 года, в ФГУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития, в проспективное исследование по оценке эффективности склерозирующего лечения больных с хроническим геморроем, осложненным анемией включены 32 пациента (Табл. 1.) Из них мужчин было 21, женщин 11. Возраст пациентов колебался от 22 до 76 лет. Средний возраст составил $48,4 \pm 12,4$ года. Сроки наблюдения за больными составили от 9 до 60 месяцев ($Me = 23,5$ месяца). Превалирующей жалобой у всех пациентов было частое, регулярно повторяющееся выделение крови при дефекации. Из всех пациентов первая стадия заболевания отмечена у 2 (6,25%), вторая стадия – у 7 (21,9%), третья стадия – у 17 (53,1%), четвертая стадия у 6

Таблица 1. Распределение пациентов по стадиям заболевания и степени выраженности анемии

Стадия геморроя	Степень выраженности анемии			Всего:
	Легкой степени (Hb 90-109 г/л)	Средней степени (Hb 70-89 г/л)	Тяжелой степени (Hb < 69 г/л)	
1 стадия	2	-	-	2
2 стадия	3	2	2	7
3 стадия	4	8	5	17
4 стадия	-	2	4	6
Всего:	9	12	11	32

(18,75%) человек. Длительность анамнеза заболевания в среднем составила 9,7 года (Me = 7 лет).

Наибольшее количество (71,9%) составили больные с хронической анемией средней и тяжелой степени. Анемия легкой степени выявлена у 9 (28,1%) больных. При этом прослеживается тенденция увеличения степени тяжести анемии при повышении стадии геморроя.

Перед началом лечения, для исключения других источников кровотечения, всем пациентам выполнялись колоноскопия и эзофагогастродуоденоскопия. До проведения инъекций 15 (46,9%) пациентам с геморроем 3-4 стадии, осложненным анемией средне-тяжелой степени и без тяжелых соматических заболеваний, планировалось проведение двухэтапного лечения. В качестве 1-го этапа лечения, больным выполнялась склеротерапия геморроя, а в дальнейшем, после восстановления уровня гемоглобина крови более 110 г/л, пациентам предлагалась госпитализация для проведения радикального хирургического лечения – геморроидэктомии. Оставшимся 8 (25%) больным с 3-4 стадиями геморроя выполнение радикальной операции было противопоказано в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и пожилым возрастом. У этих пациентов лечение ограничивалось остановкой кровотечений с помощью склеротерапии.

Независимо от стадии геморроя и степени выраженности анемии, после склерозирующего лечения всем пациентам назначался курс терапии препаратом сорбифер дурулес (320 мг сульфата железа и 60 мг аскорбиновой кислоты) – по 1 таблетке 2 раза в день. Терапия продолжалась до нормализации уровня гемоглобина крови и в последующем еще 14 дней.

Для инъекций использовались современные склерозирующие препараты из группы детергентов – 3% раствор этоксисклерола (полидоканола) и 1% раствор фибро-вейна (тетрадецилсульфата натрия). Препарат вводился в подслизистый слой непосредственно в области центральной части внутренних геморроидальных узлов. За процедуру производилось склерозирование 2 или всех 3 геморроидальных узлов, так как любой из них может являться источником регулярно повторяющихся кровотечений.

Таблица 2. Результаты склерозирующего лечения пациентов с геморроем, осложненным анемией, через 30 дней после процедуры.

Результат	Результаты лечения	
	По данным клинического осмотра и оценки жалоб (n=32)	По данным исследования уровня гемоглобина крови (n=26)
Хороший	28 (87,5%)	25 (96,1%)
Удовлетворительный	3 (9,4%)	-
Неудовлетворительный	1 (3,1%)	1 (3,9%)

Контрольные осмотры пациентов и оценка жалоб проводились через 1, 6 и 12 месяцев после склерозирования внутренних геморроидальных узлов. В сроки более 12 месяцев осмотры производились при появлении жалоб и повторном обращении пациентов в клинику. В период от 14 до 30 дней после склеротерапии у 26 (81,2%) из 32 больных выполнено исследование уровня гемоглобина крови.

Результаты лечения условно делились на 3 категории – хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные:

- Хорошим результатом лечения считалось исчезновение основных симптомов заболевания (выпадения узлов и кровотечений) и повышение уровня гемоглобина крови на 20 г/л и более через 30 дней после процедуры.

- Удовлетворительным – значительное уменьшение выраженности основных симптомов, т.е. выраженное снижение частоты и интенсивности кровотечений, уменьшение степени выпадения геморроидальных узлов, а также повышение уровня гемоглобина крови на 1-19 г/л через 30 дней после процедуры.

- Неудовлетворительным – сохранение симптоматики геморроя на уровне, как до проведения процедуры, а также отсутствие повышения уровня гемоглобина крови или его снижение через 30 дней после процедуры (при сохранении выраженности любого из основных симптомов геморроя на прежнем уровне, результат лечения считался неудовлетворительным).

В критериях оценки непосредственных результатов кроме традиционных показателей (наличия или отсутствия, степени выраженности кровотечений и выпадения геморроидальных узлов при дефекации) в обязательном порядке учитывалась динамика повышения уровня гемоглобина крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственные результаты лечения оценены у всех 32 пациентов включенных в исследование, отдаленные результаты (12 и более месяцев) – у 20(62,5%) больных.

Через 30 дней после склерозирующего лечения хороший клинический результат лечения зафиксирован у 28 (87,5%) из 32 больных. В 3 (9,4%) случаях отмечен удовлетворительный результат (у пациентов сохранялось выпадение геморроидальных узлов в редуцированной форме по сравнению с исходным состоянием). У 1 (3,1%) больного с 3-й стадией геморроя результат лечения был неудовлетворительным. Пациент с 6-х суток после процедуры вновь стал отмечать кровотечения при дефекации. При контрольном осмотре у данного больного выявлен язвенный дефект в области склерозированного внутреннего геморроидального узла на 7 часах, который был причиной сохраняющихся кровотечений. В дальнейшем, на фоне проведения местной консервативной терапии, язвенный дефект эпителизировался и выделения крови при дефекации прекратились.

В клиническом анализе крови у 25 (96,1%) из 26 обследованных больных отмечено повышение уровня гемоглобина крови на 21-46 г/л от исходного уровня, что соответствовало хорошему результату лечения. В среднем уровень гемоглобина крови повысился на $36,25 \pm 6,75$ г/л. Лишь в 1 случае, у больного с описанным ранее осложнением, не зафиксировано повышения уровня гемоглобина крови (Табл. 2).

У 14 (53,8%) из 26 обследованных пациентов показатель гемоглобина крови превысил 110 г/л, у 7 (26,9%) – показатель колебался от 100 до 109 г/л и в 4 (15,4%) случаях показатель гемоглобина крови находился в пределах от 91 до 99 г/л.

Как указывалось выше 15 (46,9%) пациентам с геморроем 3-4 стадии, осложненным анемией средне-тяжелой степени, без тяжелых соматических заболеваний, после восстановления уровня гемоглобина выше 110 г/л планировалось выполнение геморроидэктомии. Однако 13 пациентов, в связи с отсутствием симптоматики заболевания и улучшением общего самочувствия, отказались от выполнения операции. Лишь 2 (6,25%) пациентам с 3-й стадией геморроя и сохраняющимся выпадением геморроидальных узлов при дефекации, в сроки до 2 месяцев после склеротерапии, проведено хирургическое лечение.

Через 6 месяцев после склерозирующего лечения

произведен контрольный опрос и осмотр 30 пациентов. Хороший результат сохранялся в 27(90%) случаях и у 3(10%) пациентов отмечался удовлетворительный результат. Из них двое больных, которым проводилось лечение по поводу геморроя 3 стадии, вновь стали отмечать периодическое выделение крови при дефекации и выпадение геморроидальных узлов, вправляющихся самостоятельно. В связи с тем, что у одного пациента имелись тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы с необходимостью регулярного приема непрямых антикоагулянтов, выполнение геморроидэктомии ему было противопоказано, второй пациент отказался от хирургического лечения. Обоим больным выполнен повторный сеанс склерозирующего лечения геморроя с хорошим результатом. У 3-й пациентки, лечившейся по поводу геморроя 4 стадии, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, сохранялось выпадение геморроидальных узлов, вправляющихся самостоятельно. В связи с полным отсутствием кровотечений, данной пациентке продолжено лечение местными консервативными препаратами.

В сроки 12 и более месяцев произведена оценка результатов лечения 20 пациентов. У 17 (85%) из них за период наблюдения не было эпизодов кровотечений и выпадение геморроидальных узлов, что соответствовало хорошему результату лечения. В 3 (15%) случаях наблюдался удовлетворительный результат (Табл. 3).

Из них 2 больным проведены повторные сеансы склерозирующего лечения с хорошим результатом, одному пациенту продолжалось лечение с помощью консервативных средств.

Лишь 1 пациент, которому лечение производилось по поводу геморроя 3 стадии, обратился в клинику через 2 года после склеротерапии с жалобами на выпадение геморроидальных узлов, периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации. Больному была выполнена геморроидэктомия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, тактика лечения геморроя, осложненного анемией, заключающаяся в остановке кро-

Таблица 3. Сравнительная характеристика результатов склерозирующего лечения через 6 и 12 месяцев после процедуры.

Результат	Сроки наблюдения	
	6 месяцев (n=30) n (%)	12 месяцев (n=20) n (%)
Хороший	27 (90%)*	17 (85%)*
Удовлетворительный	3 (10%)*	3 (15%)*
Неудовлетворительный	-	-

* различия между аналогичными показателями статистически не значимы ($p > 0,672$, тест Фишера).

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

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

3АО «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

ПОЛНЫЙ АРСЕНАЛ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

РЕЦЕПТ № 1

Диагноз: Хронический геморрой II ст.

Основные жалобы:

- выделение алой крови

Назначено: Релиф (содержит фенилэфрин)



РЕЦЕПТ № 2

Диагноз: Хронический геморрой II ст.

Основные жалобы:

- боль

Назначено: Релиф Адванс (содержит бензокаин)



РЕЦЕПТ № 3

Диагноз: Хронический геморрой II ст.

Основные жалобы:

- зуд
- жжение

Назначено: Релиф Ультра (содержит гидрокортизон)



- Натуральные компоненты (масло печени акулы) оказывают противовоспалительное, гемостатическое и ранозаживляющее действие.
- Дополнительные активные ингредиенты борются с кровотечением, болью и воспалением.
- Выпускается в форме мази и суппозитория для лечения наружных и внутренних проявлений геморроя.



вотечений методом склеротерапии с последующим проведением курса лечения препаратом железа показала свою высокую эффективность и безопасность. Методика может применяться как у молодых молодого и среднего возраста, так и у пациентов старших возрастных групп независимо от наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний. Уже через 14-30 дней после склерозирования внутренних геморроидальных узлов, являвшихся источником кровотечений, уровень гемоглобина крови повышается более чем на 20 г/л от исходного уровня у 96,1% больных. Это свидетельствует о том, что на фоне отсутствия кровопотери у пациентов достаточно быстро активируются механизмы компенсации анемии. В связи с тем, что в большинстве случаев анемия носит характер железодефицитной, дополнительное применение препаратов железа может способствовать быстрейшему восстановлению гемоглобина крови. В то же время склеротерапия с применением современных препаратов из группы детергентов способствует достаточно надежной ликвидации основных симптомов геморроя в раннем и отдаленном периоде после процедуры. Так в сроки до 1 месяца после выполнения инъекций хороший результат зафиксирован в 87,5% случаев, а спустя 12 месяцев у 85% больных, несмотря на то, что большинство составляли пациенты с геморроем 3-4 стадии. Лишь 3 (20%) из 15 больных, которым после восстановления уровня гемоглобина крови выше 110 г/л предлагалось радикальное хирургическое лечение, была выполнена геморроидэктомия. Остальные пациенты в связи с отсутствием клинических проявлений заболевания от предложенной операции отказались. Полученные результаты характеризуют выбранную нами тактику, как высокоэффективную и предпочтительную при лечении больных кровоточащим геморроем, осложненным анемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова С.В. Тактика лечения больных геморроем, осложненным анемией. Дисс. к.м.н. М., 2008,

109 с.

2. Благодарный Л.А., Костарев И.В. Лечение кровоточащего геморроя первой стадии. Колопроктология, 2008, 1(23):17-19.

3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. «Геморрой» М., «Митра-Пресс», 2002, 192 с.

4. Коплатадзе А.М., Проценко В.М. с соавт. Тактика лечения больных геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2007, 6(17):41-47.

5. Костарев И.В., Благодарный Л.А., Фролов С.А. Отдаленные результаты после различных вариантов склерозирующего лечения геморроя детергентами. Колопроктология, 2008, 4(26):4-9.

6. Костарев И.В. Склерозирующее лечение геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией. Дисс. к.м.н. М., 2009, 169 с.

7. Минбаев Ш.Т. Выбор метода лечения геморроя у больных повышенного риска. Автореферат дисс. к.м.н. М., 1991, 28 с.

8. Соловьев О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Дисс. к.м.н. М., 1995, 136 с.

9. El Nakeeb A.M., Fikry A.A., Omar W.H. et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. World J Gastroenterol., 2008, 14(42):6525-6530.

10. Klüber R.M., Wolff B.G. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. Dis Colon Rectum, 1994, 37(10):1006-1007.

11. Mashiah A, Mashiah T. Cryosurgery for life-threatening bleeding hemorrhoids in the elderly. J Am Geriatr Soc., 1984, 32(1):62-3.

12. Pinho M., Kleinubing H Jr. et al. Abnormal advanced hemorrhoidal disease: the need of a staged resection. Dis Colon Rectum, 2009, 52(8):1501.

13. Ricci M.P., Matos D., Saad S.S. Ligation and infrared photocoagulation for the outpatient treatment of disease. Acta Cir Bras., 2008, 23(1):102-106.

14. Tayyab A., Omer F M, Abid N. et al. Management of bleeding hemorrhoids in anemic patients. Pak J Gastroenterol, 2006, 20(1):14-17.

СОСТОЯНИЕ ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРОКТОГЕННЫМ ЗАПОРМ

Оскретков В.И.¹, Шаляпин Д.И.², Шаляпин И.В.¹, Худолей Д.В.²

¹ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России», г. Барнаул, кафедра общей хирургии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. В.И. Оскретков)

²МУЗ «Городская больница №4», г. Барнаул (главный врач – засл. врач России Гула Н.П.)

Приведены результаты обследования двух групп больных с проктогенным запором и без него. Путем анализа проктодефекограмм, расчета величины аноректального угла и длины анокопчиковой связки у пациенток с нарушением дефекации установлено наличие острого аноректального угла и короткой анокопчиковой связки, что необходимо учитывать в выборе способа оперативного лечения.

[Ключевые слова: ректоцеле, проктогенный запор, аноректальный угол].

A CONDITION OF PELVIC FLOOR IN PATIENTS WITH RECTOCELE AND PROCTOGENIC OBSTIPATION

Oskretkov V.I., Shaliapin D.I., Shaliapin I.V., Hudolei D.V.

The results of examination of two groups of women with or without proctogenic constipation were analyzed. Data of defecography, anorectal angle measuring and anococcygeus ligament length were recorded. Anorectal angle less than 90 degree and short anococcygeus ligament was found in women with evacuatory disorder. This findings has impact on choice of surgical treatment.

[Key words: rectocele, constipation, anorectal angle].

Адрес для переписки: Шаляпин И.В. ГОУ ВПО АГМУ Росздрава пр. Ленина, 40, г. Барнаул 656038

e-mail: shalyvind@mail.ru

Ректоцеле – дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища или в сторону анокопчиковой связки [4], является довольно частым заболеванием и выявляется у 15-43% женщин пожилого и среднего возраста [5,11].

У 25-40% больных ректоцеле имеются клинические признаки проктогенного запора [8,10], причины развития которого трактуются неоднозначно. Ряд авторов считают, что затрудненное опорожнение прямой кишки обусловлено наличием дивертикулярного выпячивания и находится в прямой зависимости от его размеров [1]. Другие исследователи полагают, что причиной проктогенного запора являются те же факторы, которые способствуют формированию ректоцеле – опущение тазового дна, изменение величины аноректального угла [6,9].

Основным методом выявления патологии тазового

дна и нарушения дефекации является проктодефекография с натуживанием, позволяющая рентгенологически оценить следующие параметры:

- положение аноректальной зоны относительно лобково-копчиковой линии в покое, при волевом сокращении мышц тазового дна и при натуживании;
- величину аноректального угла в покое и при натуживании;
- наличие переднего и (или) заднего ректоцеле;
- наличие внутренней ректальной инвагинации [2,3,7].

Цель работы – изучить состояние тазового дна (высоту стояния, величину аноректального угла, длину анокопчиковой связки) у больных ректоцеле с наличием проктогенного запора и без нарушения дефекации.

Таблица 1. Жалобы пациенток с ректоцеле в сочетании с нарушением дефекации (n=53)

Жалобы	
Задержка самостоятельно стула более 3 дней	17 (31,2%)*
Применение ручного или пальцевого пособия при дефекации	35 (66,0%)*
Использование слабительных средств	7 (13,2%)*
Использование очистительных клизм	11 (20,8%)*
Чувство неполного опорожнения кишечника	37 (70,0%)*

* % от 53 больных

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования 103 пациенток страдающих ректоцеле. Длительность анамнеза колебалась от 3 до 18 лет, в среднем 7,1 года. Больные условно были разделены на две группы.

В первую группу включены 53 пациентки с жалобами на нарушение акта дефекации, проявляющиеся длительным, неэффективным натуживанием, затруднением на «выходе», необходимостью применения ручного пособия, слабительных и очистительных клизм для облегчения дефекации (Табл. 1). Вторую группу составили 50 больных с ректоцеле, при наличии ежедневного самостоятельного стула, с умеренным натуживанием, без ручного пособия или слабительных.

По возрасту пациентки обеих групп были сопоставимы ($51,3 \pm 0,8$ года, и $49,6 \pm 0,9$ года соответственно, $p > 0,05$).

Всем больным была выполнена проктодефекография с натуживанием. Исследование проводилось после подготовки прямой кишки очистительной клизмой объемом 0,5 л. В прямую кишку с помощью специального шприца вводили до 200-250 мл бариевой пасты до появления позыва на дефекацию. После этого выполняли рентгенографию прямой кишки в положении больного сидя в боковой проекции, в состоянии покоя и при максимальном натуживании.

Измерение аноректального угла на рентгенограмме (Рис.1) производили в точке пересечения лобково-копчиковой линии проведенной от верхушки копчика (а) и нижнего края лонного сочленения (б), и оси анального канала (в). Величину аноректального угла определяли в покое и при натуживании.

Длину анокопчиковой связки рассчитывали от оси анального канала до верхушки копчика. Размер ректоцеле (R) определяли по расстоянию между продолженной продольной осью анального канала и наиболее выступающей частью выпячивания при натуживании (Рис. 2). Размеры ректального выпячивания менее 2 см расценивали как I степень ректоцеле, от 2 до 4 см – II степень, а свыше 4 см – III степень ректоцеле. Опущение тазового дна измеряли в сантиметрах.

Статистический анализ данных выполнен с использованием программы Statistica v6.0. Соответствие нормальному распределению оценивали по критерию Шапиро-Уилкса. Сравнение показателей первой и второй групп проводили с использованием критерия Манна-Уитни, а сравнение относительных показателей – с помощью критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенные исследования показали (Табл. 2), что величина опущения тазового дна в первой и второй группах была одинаковой. ($p = 0,08$). Однако опущение тазового дна более 3 см в первой группе регистрировалось значительно чаще, чем во второй группе, соответственно $98 \pm 2\%$ и $80 \pm 5,7\%$, ($p < 0,05$). У больных страдающих запором в два раза чаще выявлялось более выраженное (III степени) ректоцеле, и почти в три раза чаще ректальная инвагинация, чем у пациенток второй группы. При наличии самостоятельного стула преимущественно встречалось ректоцеле II ст. Среди этих пациенток, по сравнению с первой группой, в три раза чаще имелось заднее ректоцеле, соответственно 28% и 11% ($p < 0,05$).

В покое длина анокопчиковой связки у пациенток

Таблица 2. Результаты проктодефекографии у больных ректоцеле

Выявленные изменения	Первая группа (n = 53)	Вторая группа (n = 50)	p
Переднее ректоцеле			
II степень (2-4 см)	14 (26,4±6,4%)	32 (64±6,28%)	<0,05
III степень (свыше 4 см)	39 (73,6±6,4%)	18 (36±6,6%)	<0,05
Заднее ректоцеле	5 (11%)	14 (28%)	<0,05
Опущение тазового дна, см	$5,1 \pm 0,7$	$3,5 \pm 0,5$	>0,05
Ректальная инвагинация	37 (70,0%)	12 (24%)	<0,05

Таблица 3. Соотношение длины анокопчиковой связки и аноректального угла у больных ректоцеле

	Длина анокопчиковой связки, см			Величина аноректального угла (°)		
	Первая группа n = 53	Вторая группа n = 50	P	Первая группа n = 53	Вторая группа n = 50	P
В покое	6,7 ± 0,7	7,3 ± 0,2	>0,05	63,7 ± 1,3	98,3 ± 1,8	0,002*
При натуживании	7,03 ± 0,11	8,2 ± 0,3	0,02*	95,3 ± 1,7	109,95 ± 2,25	0,01*

первой и второй групп достоверно не различалась (Табл. 3). При натуживании у пациенток с ректоцеле в сочетании с проктогенным запором (первая группа), длина анокопчиковой связки оставалась прежней, тогда как во второй группе, без нарушения эвакуации прямой кишки, отмечалось удлинение анокопчиковой связки в среднем на 0,9 см. Аноректальный угол у больных первой группы в состоянии покоя был острый, при натуживании он увеличивался на 32° и становился тупым, несколько больше 90°. Во второй группе аноректальный угол в состоянии покоя был исходно тупым, а при натуживании увеличивался на 12° и в итоге был

почти на 15° больше, чем у пациенток первой группы. Как уже указывалось, у больных первой группы дефекация происходила при сильном, неоднократном натуживании и не полностью. При этом вектор эвакуации был направлен в полость ректоцеле, которая заполнялась контрастным веществом и увеличивалась в размерах до 6 см (Рис 1, 2). Ось анального канала находилась вне вектора эвакуации, поскольку сохранялся исходно имеющийся острый аноректальный угол, выпрямлению которого препятствовала короткая и (или) менее растяжимая анокопчиковая связка. Во второй группе



Рисунок 1. Боковая проктодефекограмма больной 50 лет с ректоцеле в сочетании с нарушением дефекации. Положение «сидя». Фаза покоя. Аноректальный угол равен 35°

а – верхушка копчика
б – нижний край лонного сочленения
в – линия проведенная через ось анального канала

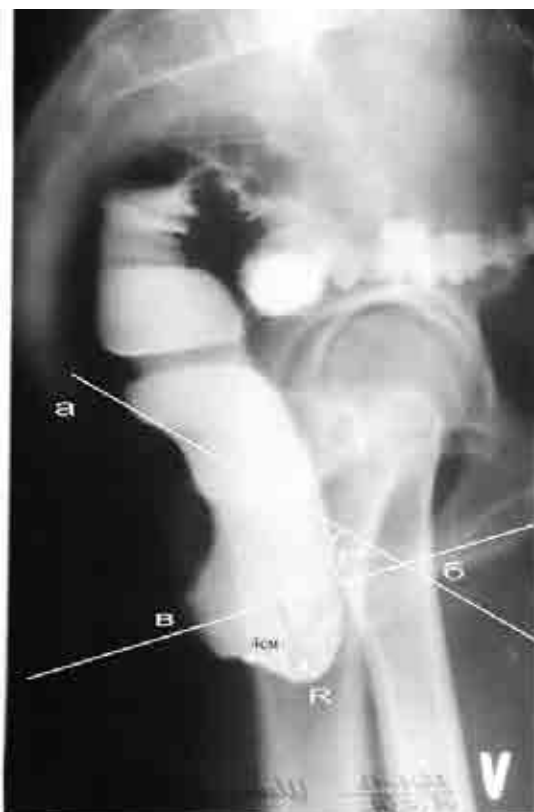


Рисунок 2. Боковая проктодефекограмма больной 50 лет с ректоцеле в сочетании с нарушением дефекации. Положение «сидя». Фаза натуживания. Аноректальный угол равен 57°

а – верхушка копчика
б – нижний край лонного сочленения
в – линия проведенная через ось анального канала
R – переднее ректоцеле

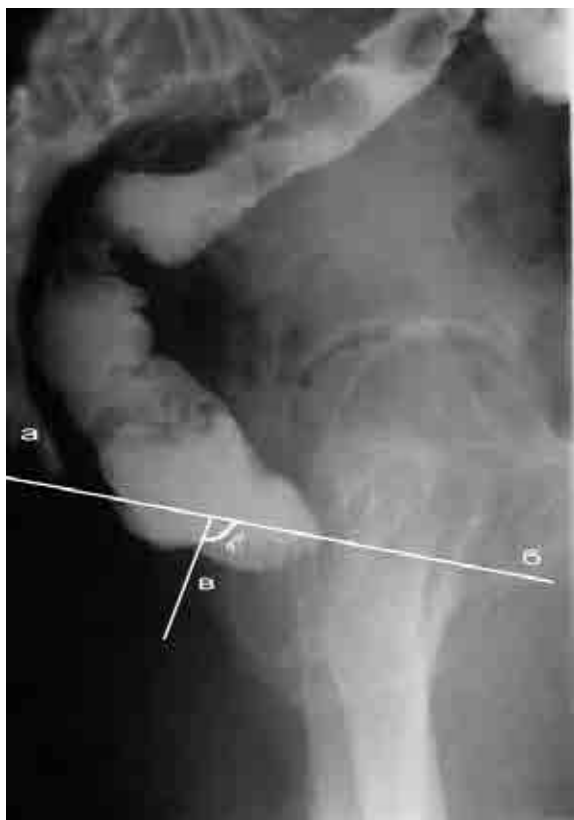


Рисунок 3. Боковая проктодефекограмма больной 48 лет с ректоцеле без нарушения дефекации. Положение «сидя». Фаза покоя. Аноректальный угол равен 97°

- а – верхушка копчика
- б – нижний край лонного сочленения
- в – линия проведенная через ось анального канала

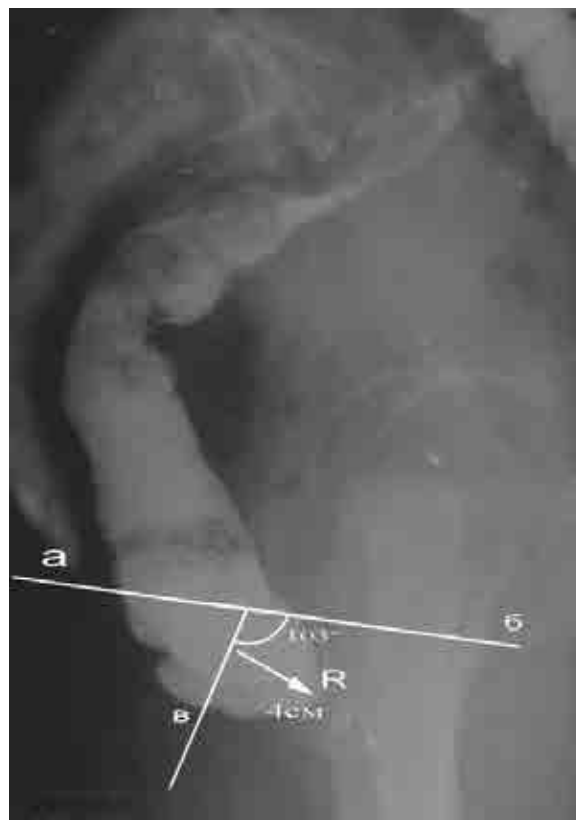


Рисунок 4. Боковая проктодефекограмма больной 48 лет с ректоцеле без нарушения дефекации. Положение «сидя». Фаза натуживания. Аноректальный угол равен 103°

- а – верхушка копчика
- б – нижний край лонного сочленения
- в – линия проведенная через ось анального канала
- R- переднее ректоцеле

больных опорожнение прямой кишки осуществлялось самостоятельно, при сильном однократном натуживании или после нескольких натуживаний. При этом вектор эвакуации кишечного содержимого был направлен в сторону анального канала, чему способствовало удлинение анокопчиковой связки при натуживании, что изменяло конфигурацию аноректальной зоны с формированием тупого аноректального угла ($> 90^\circ$). Задержки бариевой взвеси в полости ректоцеле не определялось (Рис 3,4).

чиковой связки: чем менее растяжима связка при натуживании, тем меньше аноректальный угол, при более длинной и растяжимой связке возникает тупой аноректальный угол, формирующий вектор эвакуации в сторону анального канала. Можно предположить, что хирургическая коррекция длины анокопчиковой связки и формирование тем самым более тупого аноректального угла может положительно влиять на акт дефекации у больных ректоцеле с нарушением акта дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных ректоцеле с нарушением опорожнения прямой кишки формируется острый аноректальный угол, что приводит к изменению вектора эвакуации кишечного содержимого не в сторону анального канала, а в полость ректоцеле. Величина аноректального угла, зависит от длины анокоп-

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев: Книжное издательство., 1979, т.4. с. 388-460.
2. Воробьев Г.И., Зароднюк И.В. Рентгенологическая диагностика опущения тазового дна (промежности) у больных с нарушением

- дефекации. Медицинская визуализация 2006. №2 с. 65-72.
3. Зароднюк И.В., Тихонов А.А. Рентгенологические параметры нормальной дефекации по данным дефекографии. Медицинская визуализация 2005. №6 с.122-126.
4. Основы колопроктологии. Под ред. Г.И. Воробьева. Ростов- на- Дону: Феникс, 2001, 416 стр.
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М.: Медицина, 1984, 384стр.
6. Шаляпин И.В., Худолей Д.В., Захарова М.П., Шаляпин Д.И. Механизм формирования ректоцеле. Актуальные проблемы колопроктологии. Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Под ред. Г.И. Воробьева Уфа. «Региональный Медиа-Холдинг» 2007.- 704с. 125стр.
7. Agachan F., Pfeifer J. Defecography and proctography. Results of 744 patients. Dis. Colon Rectum, 1996, 39:899-905.
8. Boccasanta P., Venturi M., Ganio E. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from italian coloproctologist. Tech. Coloproct., 2001, 5(3): 149-156.
9. Coh J.T., Tjandra J.J. How could management of rectoceles be optimised? ANZ J Surg..., 2002, 72(12): 896-901.
10. Tiandra J.J. Transanal repair of rectocele corrects obstructed defecation if it is not associated with anismus. Dis. Colon Rectum, 1999, 42: p. 1554-1550
11. Van Laarhoven C.J.H.M., Kamm M.A., Bartman C.I. Relationships between anatomic and symptomatic long-term results after rectocele repair impaired defecation. Dis. Colon Rectum, 1999, 42: p 204-209

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ С «ЦИРКУЛЯРНЫМ» РАСПОЛОЖЕНИЕМ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Черкасов М.Ф., Иванова А.А., Помазков А.А.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития», г. Ростов-на-Дону
(ректор – проф. А.А. Сависько)

[Ключевые слова: геморрой, геморроидэктомия, осложнения]

[Key words: hemorrhoids, hemorrhoidectomy, morbidity]

Адрес для переписки: Помазков А.А. Рост ГМУ 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: okt@rostgmu.ru

Проблема геморроя известна с древних времен и не теряет своей актуальности и по настоящее время, поскольку частота встречаемости среди всей структуры колопроктологических заболеваний составляет от 34 до 41% [1,2,5]. Бесспорно, что малоинвазивные способы демонстрируют хорошие результаты при лечении геморроя I-II, иногда и III стадий [1,3,4,6,7]. Однако, число пациентов с «запущенными» формами геморроя остается достаточно высоким и независимо от метода оперативного вмешательства у 34–41% пациентов после опера-

ции возникает выраженный болевой синдром, у 2% – кровотечения, у 15–26% – дизурические расстройства [1,2,4,8,9]. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 2% оперированных больных. В отдаленные сроки после операции у 1-2% пациентов выявляется недостаточность анального сфинктера, а у 2-4% оперированных пациентов может сформироваться стриктура анального канала. Достаточно большую группу составляют больные с так называемым «циркулярным» расположением геморроидальных узлов, а также сочетанием хронического геморроя 3-4 стадии с другими заболеваниями анального канала, когда достижение радикализма операции затруднительно, а порой и невозможно из-за опасности развития рубцового стеноза ануса. Не менее актуальным остается также вопрос выбора схемы послеоперационного консервативного лечения в плане профилактики послеоперационных осложнений.



Рисунок 1. Хронический комбинированный геморрой 4 стадии с циркулярным расположением геморроидальных узлов

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 98 пациентов с хроническим комбинированным геморроем III-IV стадий, а также сочетанием хронического геморроя с другими заболеваниями анального канала. Основным критерием отбора больных являлось наличие комбинированного геморроя с так называемым «циркулярным» расположением геморроидальных узлов (Рис. 1), а также сочетания комбинированного геморроя с другими заболеваниями аналь-

Таблица 1. Сопутствующие заболевания

	Основная (n=47)	Контрольная (n=51)
Геморрой без сопутствующей патологии	21 (44,6%)	24 (47,1%)
Хроническая анальная трещина	14 (29,8%)	11 (21,6%)
Полип анального канала	4 (8,5%)	6 (11,8%)
Интрасфинктерный свищ	7 (14,9%)	8 (15,7%)
Трансфинктерный свищ	1 (2,1%)	2 (3,9%)

ного канала (хроническая анальная трещина, интра- и трансфинктерные ректальные свищи, полипы ануса). Все больные были разделены на две группы: в основной группе 47 (47,96%) пациентам была выполнена геморроидэктомия с применением пластики анального канала встречными кожными и слизистыми треугольными лоскутами. Контрольная группа составила 51 (52,04%) пациента, хирургическое лечение которым осуществлялось с использованием традиционных методик.

Среди больных в основной и контрольной группах преобладали мужчины – 53 (54,1%). Наиболее часто геморрой встречался у лиц трудоспособного возраста. Средняя продолжительность заболевания у пациентов основной группы составила $11,5 \pm 3,3$ года, у пациентов контрольной группы $12,0 \pm 2,8$ лет. Частота сопутствующих заболеваний анального канала в основной и контрольной группах представлены в таблице 1.

При поступлении в стационар наиболее часто пациенты предъявляли жалобы, на выпадение геморроидальных узлов (n=37), ректальные кровотечения различной интенсивности (n=26), боли (n=15), зуд и чувство дискомфорта в заднем проходе (n=9), частые обострения заболевания (n=6)

Все пациенты прошли стандартное обследование, включающее в себя, помимо выяснения жалоб, сбор анамнеза, аноскопию, ректороманоскопию, колоноскопию (по показаниям), а также посевы со стенок анального канала на набор питательных сред и сфинктерометрию. На этапе предоперационного обследования больным назначался комплекс диетических и гигиенических процедур. Для подготовки ануса к оперативному вмешательству нами использовались ректальные суппозитории «Релиф», обладающие хорошим ранозаживляющим действием за счет наличия в их составе масла печени акулы, а также сосудосуживающим эффектом фенилэфрина. При болевом синдроме, назначался «Релиф Адванс» в течение 5 дней по одной свече утром и вечером, а также после каждого акта дефекации. При перианальном отеке, назначался «Релиф Ультра» по одной свече 2 раза в день, а «Релиф Адванс» после акта дефекации. При наличии кровяных выделений «Релиф Ультра» заменялся на «Релиф» по одной свече утром и вечером

и «Релиф Адванс» после акта дефекации. Данная схема позволяла существенно уменьшить отек, воспалительные изменения в области ануса, что благоприятно влияло на проведение оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде нами также использовались свечи «Релиф». Для местного лечения ран ануса назначался «Релиф Ультра» по 2 раза в день до появления стула. Противовоспалительное действие препарата обеспечивалось наличием в составе суппозитория гидрокортизона, свечи «Релиф Адванс» использовались после первого опорожнения кишечника и после каждого акта дефекации. Купирование болевого синдрома достигалось за счет анестезирующего действия бензокаина, входящего в состав данных суппозитория. При наличии кровянистых выделений «Релиф Адванс» был заменен на свечи «Релиф»

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Нами предложен способ радикальной геморроидэктомии у больных с циркулярным расположением геморроидальных узлов, а также при сочетании



Рисунок 2. Этап пластики ануса встречными кожным и слизистым лоскутами

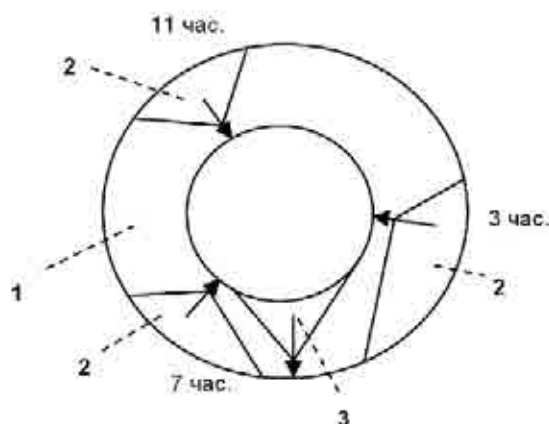


Рисунок 2. Основной этап операции

1 – Анальный канал; 2 – Кожный лоскут из наружного геморроидального узла; 3 – Лоскут из низведенной слизистой; 4 – Сопоставленные кожный и слизистый края; 5 – Узловые швы.

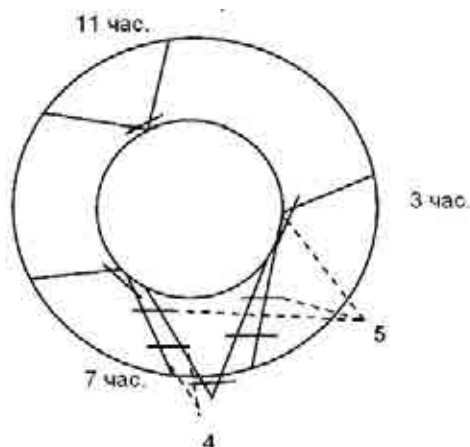


Рисунок 3. Завершающий этап операции

хронического геморроя с другими заболеваниями анального канала (патент на изобретение № 2419389). После прошивания Z-образным кетгутовым швом ножки геморроидального узла, начиная от этого уровня, основной геморроидальный узел отсекают до кожно-слизистого перехода. Из кожи наружного геморроидального узла выкраивают треугольный лоскут, вершиной направленный в сторону анального канала. Кавернозную ткань наружного геморроидального узла удаляют в режиме электрокоагуляции. Слизистую над дочерним геморроидальным узлом отсекают со стороны анодермы, кавернозную ткань удаляют электрокоагуляцией по ходу мобилизации слизистой. Встречные кожный и слизистый треугольные лоскуты укладывают и подшивают отдельными швами, при этом фиксируют между собой с захватом дна раны (Рис. 2).

Таким образом, выполняют пластику анального канала при удалении геморроидальных узлов, расположенных диффузно с 3-х до 8 часов условного циферблата. Геморроидальный узел на 11 часов условного циферблата удаляют аналогичным способом. При наличии внутренних геморроидальных узлов на 3 и 7 часах условного циферблата

в сочетании с хронической анальной трещиной, параректальным свищем или полипом, геморроидальные узлы удаляют вышеописанным способом с выкраиванием из кожи наружного геморроидального узла треугольного лоскута. Хроническую анальную трещину, интрасфинктерный свищ, полип анального канала иссекают, слизистую прямой кишки проксимальнее удаленной трещины (полипа, свища), низводят в виде треугольного лоскута, фиксируют к анодерме. Вершины кожных лоскутов фиксируют у перевязанных ножек узлов, а между лоскутами также накладываются одиночные узловые швы. Операцию заканчивают введением в просвет кишки марлевого мазевого тампона. Схематическое изображение выполняемого оперативного вмешательства представлено на Рисунках 2 и 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Время разработанной операции составляло 35-53 минуты (в среднем $43 \pm 4,2$ мин). Пребывание больных основной и контрольной групп в стационаре существенно не отличалось и составило 4-7 дней.

Таблица 2. Частота возникновения и характер ранних послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	Основная группа (n=47)	Контрольная группа (n=51)
Выраженный болевой синдром	3 (6,4%)	4 (7,8%)
Обильное кровотечение	–	1 (2,0%)
Необильные выделения крови при перевязке	2 (4,3%)	7 (13,7%)
Необильные выделения крови при дефекации	4 (8,5%)	9 (17,7%)
Дизурические расстройства	4 (8,5%)	5 (9,8%)
Гипертермия	3 (6,4%)	2 (3,9%)
ИТОГО*	16 (34,0%)	28 (54,9%)

* $p=0,044$ точный тест Фишера

Таблица 4. Результаты лечения через 12 месяцев

	Основная группа (n=44)	Контрольная группа (n=43)	P
Хорошие	37 (84,1%)	18 (41,9%)	<0,0001
Удовлетворительные	5 (11,4%)	14 (32,6%)	0,02
Неудовлетворительные	2 (4,6%)	11 (25,6%)	0,007

Применение предложенной методики радикальной геморроидэктомии у больных с циркулярным геморроем позволило в 2 раза снизить частоту послеоперационных осложнений (Табл. 2): с 28 (54,9%) при традиционной геморроидэктомии до 16 (34,0%) ($p=0,04$).

Оценивая результаты разработанной методики оперативного лечения следует отметить, что в срок до 3 месяцев обследовано 97 больных (99,0%), в срок от 3 до 6 месяцев – 92 (93,9%) больных, до 12 месяцев – 87(88,8%) больных, от 12 до 24 месяцев – 46(46,9%) больных. Хорошими результатами считали полное излечение больных. Удовлетворительные результаты констатировали при полном излечении больных, но при длительном заживлении послеоперационных ран или образовании болезненного послеоперационного рубца. В группу с неудовлетворительными результатами лечения были включены больные с рецидивом одного из заболеваний или послеоперационными осложнениями, такими, как рубцовый стеноз и недостаточность анального сфинктера. Полученные результаты исследования больных через 12 месяцев после оперативного вмешательства представлены в таблице 4.

Необходимо отметить, что неудовлетворительные результаты лечения в основной группе (2 больных) связаны с рецидивом хронического парапроктита, что нами учтено для выбора показаний к выполнению оперативного лечения с применением пластики анального канала (Табл. 4). Таким образом, из представленных данных непосредственных и отдаленных результатов лечения данной категории больных, можно сделать следующие выводы. Выполнение геморроидэктомии с применением пластики анального канала кожными и слизистыми треугольными лоскутами по разработанной нами методике является эффективной альтернативой в сравнении с традиционными методиками при необходимости иссечения слизистой ануса более чем 1/3 его окружности. При иссечении слизистой ануса с патологическим участком на достаточно большом протяжении с оставлении раны «открытой» приводит к большему количеству послеоперационных осложнений по нескольким причинам. Во-первых, в раннем послеоперационном периоде такая рана ануса является источником послеоперационного боле-

вого синдрома. Во-вторых, это удлиняет сроки грануляции и эпителизации раны, приводит к длительной кровоточивости из раны во время перевязок и акте дефекации. В-третьих, наличие в анальном канале дефекта даже до 1/3 окружности слизистой оболочки анального канала приводит к заживлению раны вторичным натяжением, способствующим образованию в анальном канале грубых, болезненных и деформирующих анальный канал послеоперационных рубцов, которые в позднем послеоперационном периоде могут привести к неполной герметичности анального канала и формированию рубцовой стриктуры ануса. Руководствуясь этими данными большинство хирургов выполняют оперативное лечение у данной категории больных в несколько этапов, удаляя вначале наиболее патологически измененные участки слизистой и подслизистого слоя ануса, оставляя между ранами достаточные (не менее 0,5-0,7 мм) слизистые «мостики» с оставшимся патологическим процессом. И только не ранее чем через 12 месяцев, после окончательного формирования рубца возможно выполнение второго этапа операции с удалением оставшихся геморроидальных узлов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенный способ радикального оперативного лечения с использованием пластики анального канала по разработанной методике достаточно прост в исполнении, позволяет добиться эффективного лечения и исключить такие послеоперационные осложнения как рубцовое сужение и недостаточность анального канала, рецидив заболевания в области кожно-слизистых «мостиков», а также получить хороший косметический эффект. Использование у оперируемых больных различных комбинаций препаратов группы «Релиф» способствует снижению болевого синдрома, улучшает процессы заживления послеоперационных ран, что благотворно влияет на течение послеоперационного периода и снижает вероятность появления ранних и поздних послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой- М, 2010.
2. Жерлов Г.К., Зыков Д.В. Хирургическое лечение геморроя Хирургия 2008- №9 с19-24
3. Загрядский Е.А. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой в лечении геморроя III-IV стадий. Хирургия 2009- №2 с. 52-58
4. Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Ждановский В.В., Колмаков П.Н. Геморроидальная болезнь: тактика поэтапного лечения. Актуальные проблемы колопроктологии - М., 2005. - С. 86.
5. Крячко А.А., Беденко В.Е., Простаков Е.Н. Геморроидэктомия с использованием ультразвукового скальпеля Актуальные вопросы колопроктологии (Москва). - М., 2005. - С. 5-6
6. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии М.: Медпрактика, 2004.- С.45-85.
7. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Хмылов Л.М. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое. Колопроктология.- 2003.- №1(3).- С.3-9
8. Palimento D, Picchio M., Attanasio U. et al. Stapled and open hemorrhoidectomy randomized controlled trial of early results. World J Surg 2003, 27, 203-207
9. Wilson M.S., Pope V., Doan H.E. et al Objective comparison of stapled anopexy and open haemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. Dis. Colon Rectum. - 2002. - Vol. 45, № 11. - P. 1437-1444.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Тотиков В.З., Матиева Э.В., Сипова М.Н., Тотиков М.З., Тотиков З.В.

ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ.
(ректор СОГМИ – д.м.н., проф. Т.М. Гатагонова)

В работе представлен опыт лечения 72 больных с ранениями прямой кишки. Больные разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основу лечения первой группы положены принципы диагностики и лечения, разработанные в клинике госпитальной хирургии СОГМА. Послеоперационные осложнения диагностированы у 35,3% пациентов, летальность составила 11,8%. Больные контрольной группы получали лечение по общепринятой методике. Послеоперационные осложнения в этой группе выявлены у 55,3%, летальность – 21,1%. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволил снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

[Ключевые слова: огнестрельные ранения, прямая кишка]

SURGICAL TACTICS FOR GUNSHOT WOUNDS OF THE RECTUM

Totikov V.Z., Matieva E.V., Sipova M.N., Totikov M.Z., Totikov Z.V.

The article reports the results of treatment of 72 patients with gunshot wounds of the rectum. For retrospective analysis patients were divided into two groups. First group of patients were treated in accordance to algorithm which was adopted in clinic of North-Ossetia Medical academy. Postoperative morbidity rate was 35.5% and mortality rate 11.8%. Patients of second group were treated in other Hospitals. Morbidity and mortality rate among them reached 55.3% and 21.1%, accordingly. Suggested surgical tactic allowed to reduce postoperative morbidity and mortality.

[Key words: gunshot wounds, rectum]

**Адрес для переписки: проф. Тотиков В.З. ГОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, ул.Пушкинская, 40.
г. Владикавказ 362019 e-mail: vz-totikov@mail.ru**

С начала использования огнестрельного оружия и по настоящее время лечение огнестрельных повреждений кишечника представляет серьезную проблему. В боевой обстановке доля таких больных составляет около 80% [6,8]. Больные с подобными повреждениями занимают особое место по причине высокой летальности – 6,8-60% [9], высокой частоты развития послеоперационных осложнений – 40-65% [10,11]. Причиной смерти половины больных в послеоперационном периоде являются внутрибрюшные послеоперационные осложнения [1,3], причем по данным военных хирургов про-

грессирующий послеоперационный перитонит развивается у 29,0-38,4% [1,2,7,8,9], а по данным гражданских хирургов – у 16% [9]. Это свидетельствует о не решенных вопросах хирургической тактики данной проблемы. Наличие особенностей оказания специализированной помощи гражданскому населению [3,4] не позволяет в целом использовать боевой опыт лечения ранений, в связи, с чем гражданские хирурги не имеют четко выработанной концепции в решении вопросов хирургической тактики при огнестрельных ранениях кишечника, в частности прямой кишки. Среди повреждений

Таблица 1. Локализация ранений прямой кишки в основной и контрольной группах

Локализация ранения	Основная группа n=34	Контрольная группа n=38
Внутрибрюшной отдел	17 (50,0%)	20 (52,6%)
Внебрюшной отдел	2 (5,9%)	4 (10,5%)
Анальный канал	3 (8,8%)	3 (7,9%)
Внутрибрюшной и внебрюшной отдел	3 (8,8%)	4 (23,7%)
Все отделы	6 (17,6%)	4 (23,7%)
Внебрюшной отдел + анальный канал	3 (8,8%)	3 (7,9%)

толстой кишки травма прямой кишки достигает 40% и составляет 1-5% всех абдоминальных травм [5,6]. Целью данного исследования стало улучшение результатов хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 1991 по 2005 годы в хирургических стационарах РСО – Алания и Чеченской Республики находилось на лечении 72 пострадавших с огнестрельными ранениями прямой кишки. Из них в клинику кафедры госпитальной хирургии СОГМА г. Владикавказа поступило в экстренном порядке 34 (47,2%) пациента, которые составили основную группу. Было 32 мужчин и 2 женщины в возрасте от 15 до 60 лет, средний возраст – $30,6 \pm 5,7$ лет. В контрольную группу вошло 38 (52,8%) пострадавших оперированных в различных хирургических стационарах и военных госпиталях РСО – Алания и Чеченской Республики. Было 34 мужчин и 4 женщины; в возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст – $30,8 \pm 5,2$ лет. Все пациенты поступали в клиники не позднее 2 часов с момента ранения.

Диагностический алгоритм при огнестрельных ранениях прямой кишки включал в себя осмотр промежности, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, исследование раневого канала зондом, пальцевое исследование раневого канала.

Для исключения внутрибрюшной травмы прямой кишки, повреждение уретры, мочевого пузыря, половых органов, костей таза. С этой целью применяли: лапароскопию, цистоскопию, рентгенологическое исследование костей таза, мочевыводящих путей и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

При поступлении раненных с признаками продолжающегося кровотечения пострадавших сразу направляли в операционную, где параллельно проводили противошоковые мероприятия рентгено- и лапароскопические исследования, анестезиологическое пособие. Оперативные вмешательства выполняли в положении больного на операционном столе как при геморроидэктомии.

Оперативные вмешательства начинали с остано-

вки кровотечения и заканчивали исследованием и необходимым хирургическим пособием ран прямой кишки.

Раненым без признаков продолжающегося кровотечения, но с подозрением на ранение органов брюшной полости помимо осмотра производили УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию костей таза, за тем в условиях операционного блока одновременно с противошоковыми мероприятиями и анестезиологическим пособием производили пальцевое исследование прямой кишки, зондирование раневого канала, цисто- и лапароскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе из 34 больных у 17 (50,0%) отмечено поражение только внутрибрюшного отдела прямой кишки, у 3 (8,8%) больных повреждение анального сфинктера и в 2 (5,9%) случаях – ранение внебрюшного отдела прямой кишки. У 6 (17,6%) пациентов было сочетание ранения внутри- и внебрюшного отделов прямой кишки, у 3 (8,8%) больных поражение внебрюшинного отдела прямой кишки и анального канала. В 3 (8,8%) наблюдениях имелись ранения всех отделов прямой кишки.

У 2 (5,9%) женщин ранение прямой кишки были произведены выстрелом картечью с близкого расстояния, в 1 (2,9%) наблюдении ранение прямой кишки имело минно-взрывной характер. В остальных 31 (91,2%) случаях ранения прямой кишки были произведены нарезным оружием. Сквозные ранения были диагностированы у 21 (61,8%) пациента, у остальных 13 (38,2%) больных – слепые.

В контрольной группе больных в 20 (52,6%) наблюдениях было отмечено внутрибрюшное ранение прямой кишки. Повреждение внебрюшного отдела прямой кишки было диагностировано в 4 (10,5%) случаях, у 3 (7,9%) пациентов отмечено ранение анального канала. У 9 (23,7%) больных было повреждение внутрибрюшного и внебрюшного отделов прямой кишки, а в 2 (5,3%) случаях ранение имело характер поражения внебрюшного отдела прямой кишки и анального канала. Во всех 38 (100,0%) случаях повреждение прямой кишки было нарезным оружием. У 26 (68,4%) больных были

Таблица 2. Степень шока в основной и контрольной группах

Степень шока	Основная группа n=34	Контрольная группа n=38
1-я	4 (11,8%)	7 (18,4%)
2-я	10 (29,4%)	14 (36,8%)
3-я	16 (47,1%)	15 (39,5%)
4-я	4 (11,8%)	2 (5,3%)

сквозные ранения прямой кишки, в 12 (31,6%) наблюдениях слепыми (Табл. 1).

У всех пострадавших, как в основной, так и в контрольной группах огнестрельные ранения прямой кишки сочетались с поражением других органов брюшной полости и малого таза.

В основной группе больных из 21 (100,0%) пациентов с внутрибрюшным ранением прямой кишки у 9 (42,5 %) больных было отмечено повреждение тонкой кишки, в 6 (28,6%) случаях ранение мочевого пузыря и у 6 (28,5%) пострадавших ранение внутрибрюшного отдела прямой кишки сочеталось с поражением тонкой кишки, мочевого пузыря и крестца. У 2 (100,0%) больных с ранением внебрюшного отдела прямой кишки отмечалось повреждение сосудов малого таза и копчика. Из 3 пациентов с повреждением анального канала в 2 наблюдениях было отмечено поражение крестца и копчика, у 1 пациента было ранение только анального канала. У 2 пациентов ранения внутрибрюшного и внебрюшного отделов прямой кишки, сочетались с повреждением матки и сосудов малого таза. У 4 больных поражение внутрибрюшного и внебрюшного отделов прямой кишки сочетались с повреждением тонкой кишки, крестца и копчика в 2 случаях, повреждением мочевого пузыря у 1 пациента.

В контрольной группе из 20 пациентов с внутрибрюшным ранением прямой кишки у 10 больных было диагностировано ранение тонкой кишки, в 6 наблюдениях отмечено повреждение мочевого пузыря и у 4 пациентов повреждение прямой кишки сочеталось с ранением тонкой кишки и мочевого пузыря. У 4 больных с внебрюшным ранением прямой кишки в 3 случаях было отмечено поражение крестца и копчика с сосудами малого таза и у 1 пациента повреждение копчика. При ранении анального канала из 3 пострадавших лишь в 1 наблюдении повреждение анального канала сочеталось с ранением копчика. Из 8 больных с повреждением внутрибрюшного и внебрюшного отделов прямой кишки у 4 пациентов было диагностировано ранение тонкой кишки, мочевого пузыря, в 4 наблюдениях повреждение матки, мочевого пузыря и копчика. Из 3 пациентов с ранением внебрюшного отдела прямой кишки и анального канала в 2 наблюдениях было отмечено повреждение крестца и копчика, и в 1 – ранение сочеталось с поражением только копчика. Тяжесть шока представлена в Табл. 2.

В основной группе из 34 (100,0%) больных 21 (61,8%) пациенту при огнестрельных ранениях только внутрибрюшного отдела прямой кишки были выполнены передние резекции прямой кишки по Гартману в сочетании с резекцией тон-

кой кишки, ушиванием раны мочевого пузыря с формированием эпицистостомы. При ранении внебрюшного отдела прямой кишки всем 4 (11,8%) больным было предпринято хирургическое пособие в объеме формирования проксимальной сигмостомы через мини-доступ, дренирования параректальной клетчатки и интубации прямой кишки. В 3 (8,8%) случаях при ранении анального канала была произведена операция в объеме первичной хирургической обработки раны, пластики сфинктера и формирования проксимальной сигмостомы через мини-доступ, дренирования раневого канала. У 2 (5,9%) больных с повреждением внутрибрюшного и внебрюшного отделов прямой кишки были выполнены оперативные вмешательства в объеме резекции прямой кишки по типу операции Гартмана в сочетании с резекцией тонкой кишки, надвлагалищной ампутации матки без придатков, ушивания мочевого пузыря с формированием эпицистостомы. В 4 (11,8%) наблюдениях при ранении внебрюшного отдела прямой кишки и анального канала оперативное пособие заключалось в первичной хирургической обработке ран, пластике внутреннего сфинктера, дренировании раневого канала, формировании проксимальной сигмостомы через мини-доступ и интубации прямой кишки. В контрольной группе больных у 20 (52,6%) пациентов с повреждением внутрибрюшного отдела прямой кишки были выполнены следующие оперативные вмешательства: в 13 (34,2%) наблюдениях ушивание ран с формированием петлевой сигмостомы в сочетании с резекцией тонкой кишки и ушиванием ран мочевого пузыря с катетеризацией и дренированием брюшной полости, у 7 (18,4%) пострадавших произведены резекции прямой кишки по Гартману, также в сочетании с резекцией тонкой кишки и ушиванием ран мочевого пузыря с катетеризацией. Формирование проксимальной сигмостомы с ушиванием ран прямой кишки было выполнено 2 (5,3%) больным с повреждением внебрюшного отдела прямой кишки и в 2 (5,3%) случаях было произведено ушивание ран прямой кишки с трансанальной интубацией, а также 2 (5,9%) больным с ранением анального канала. При повреждении только анального канала во всех 3 (7,9%) случаях была произведена первичная хирургическая обработка раны с дренированием параректальной клетчатки. У 4 (10,6%) больных с ранением всех отделов прямой кишки было выполнено ушивание ран прямой кишки с формированием проксимальной колостомы в сочетании с резекциями тонкой кишки, ушиванием ран мочевого пузыря с катетеризацией, надвлагалищной ампутацией матки с придатками. У 7 (18,4%) пациентов были выполнены резекции

прямой кишки по типу операции Гартмана. При повреждении внебрюшного отдела прямой кишки и анального канала во всех 5 (13,1%) наблюдениях произведена была первичная хирургическая обработка, ушивание ран прямой кишки с дренированием параректальной клетчатки.

Послеоперационные осложнения в основной группе были у 12 (35,3%) пациентов. У 4 (11,8%) из 12 пациентов отмечено нагноение послеоперационной раны, в остальных 8 (23,5%) наблюдениях было диагностировано нагноение параректальной клетчатки по ходу раневых каналов. Во всех случаях гнойно-воспалительные осложнения были купированы консервативными мероприятиями. Умерло 4 (11,8%) раненных, трое во время проведения оперативного вмешательства и один в раннем послеоперационном периоде. Во всех случаях причиной летального исхода был тяжелый комбинированный шок.

В контрольной группе больных послеоперационные осложнения были диагностированы у 21 (55,3%) пациента. У 7 (18,4%) из 21 (55,3%) пациента была отмечена несостоятельность ушитых ран прямой кишки. В 5 (13,2%) наблюдениях отмечено нагноение послеоперационной раны, и у 9 (23,7%) больных нагноение параректальной клетчатки по ходу раневых каналов. В этой группе умерло 8 (21,1%) раненных, в том числе 4 во время оперативного вмешательства из-за тяжелого комбинированного шока, 3 больных из-за несостоятельности швов ушитых ран прямой кишки и развития перитонита и полиорганной недостаточности. И 1 пациент в раннем послеоперационном периоде из-за тромбоза эмболии легочной артерии (Табл. 3.).

Таблица 3. Результаты лечения в основной и контрольной группах

Осложнения	Основная группа (n=34)	Контрольная группа (n=38)
Воспалительные осложнения	12 (35,3%)	21 (55,3%)
Летальные исходы	4 (11,8%)	8 (21,1%)

ВЫВОДЫ

Раненных с клиникой продолжающегося кровотечения необходимо сразу же направлять в операционную, где параллельно противошоковым мероприятиям выполняются рентгено- и лапароскопические исследования, анестезиологическое пособие. Оперативные вмешательства необходимо начинать с остановки кровотечения и заканчивать исследованием и необходимым хирургическим пособием ран прямой кишки.

При огнестрельных ранениях внутрибрюшного отдела прямой кишки, оптимальным является выполнение резекции пораженного участка прямой кишки по типу операции Гартмана. При поражении внебрюшного отдела прямой кишки предпочтение следует отдавать формированию проксимальной колостомы через мини-доступ, дренированию раневого канала и интубации прямой кишки. При ранении сфинктера – первичной хирургической обработке раны с ее ушиванием и формированием проксимальной колостомы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алисов П.Г., Цыбуляк Г.Н. Огнестрельные ранения живота. Вестник хирургии.- 1995. – Том 154, № 4-6. – С. 48-53.
2. Войновский Б.А. Лечение проникающих ранений живота на этапах эвакуации в горно-пустынной местности: Дис... канд. мед. наук.- Ташкент, 1984.-263 с.
3. Гуманенко Е.К. Огнестрельные ранения мирного времени. Вестник хирургии. 1998.-Том 157, № 5. – С. 62-67.
4. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина М.Н. Огнестрельные ранения мирного времени. Достижения и проблемы современной военно-полевой и клинической хирургии. Материалы конф.- Ростов-на-Дону.- 2002.- С.18.
5. Жуков Б.Н., Савиников А.И., Исаев В. Р., Кудряшов С. К. Травмы прямой кишки: хирургическая тактика. Внебрюшные ранения прямой кишки и промежности. Ранения толстой кишки в мирное время: Материалы конференции. Красногорск. – 1997. – С. 24-25.
6. Зубарев Г.Н., Бисенков П.Н. Дифференцированная хирургическая тактика при огнестрельных ранениях толстой кишки. Организация и оказание неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации. – М., 1993. – С. 138-145.
7. Ревской А.К., Люфинг А.А., Войновский Е.А., Клипак В.М. Огнестрельные ранения живота и таза-М.: Медицина, 2000.-320 с.
8. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михопулос Г.А. Повреждения живота.- М. Медицина, 1986. – 258 с.
9. Shannon F.L., Moore E.E. Primary repair of the colon: When is it a safe alternative. Surgery. – 1985. – Vol. 98, N 4. – P. 851-859.
10. Stewart R. M., Fabian T. C., Croce M. A. Is resection with primary anastomosis following destructive colon wounds always save. Am. J. Surg. – 1994.- Vol. 168, N4. – P. 316-319.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-КОНСУЛЬТАНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Верушкин Ю.И., Калинина Н.Ю., Философов С.Ю., Польшваный В.Д.

ГОУ ВПО Ивановская Государственная медицинская академия, кафедра
факультетской и госпитальной хирургии, г. Иваново
(зав. каф. – проф. Р.М.Евтихов)

Проанализирован тридцатилетний опыт работы отделения экстренной и планово-консультативной помощи (санитарной авиации). В работе рассмотрены проблемы врачебных взаимоотношений в практике хирурга консультанта. Проведен анализ ошибок, выявленных при изучении 676 историй болезни умерших больных, оперированных по экстренным показаниям в условиях ЦРБ. Изучена частота совпадений первичного клинического диагноза установленного хирургами отделений ЦРБ, в последующем, подтвержденным или отвергнутым хирургами отделения санитарной авиации и специализированных отделений.

[Ключевые слова: экстренной хирургия, санитарная авиация, врачебные взаимоотношения]

TO SOME PROBLEMS IN RELATIONSHIP OF ADVISOR SURGEON DURING TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS IN URGENT PRESENTATION

Verushkin Y.I., Kalinin N.Y., Filosofov S.Y., Polyvianny V.D.

A 30 years experience of emergency (including air ambulance), elective and outpatient surgical departments were analyzed. The paper discusses the problem of patients and surgeons relationships in the practice of supervisor surgeon. The records of 676 lethal outcomes of patients operated on emergency indications in a central district hospital were analyzed in terms of medical errors. The frequency of coincidence between the primary clinical diagnosis at Central District Hospital and Surgery Department of sanitary aviation and specialized units was evaluated.

[Key words: surgical emergency, air ambulance, physician relationships]

Адрес для переписки: Верушкин Юрий Иванович пр. Текстильщиков 46-46, г. Иваново, 153013.

В районах Ивановской области отделениями экстренной и планово-консультативной помощи (санитарной авиации) чаще оказывается общехирургическая (44,7%) и реже онкологическая помощь (2,5%) [1–4]. При этом больные онкологического профиля составляют до 7,0% от числа всех консультированных. Плановая консультативная помощь данной группе больных в 45,8% случаев осуществлялась врачами-онкологами, экстренная в 89,5% наблюдениях – хирургами отделения санитарной авиации [2]. В связи с выделением специализированных служб в ряде случаев экстренная медицинская помощь больным с онкологическими заболеваниями, оказывалась узкими специалистами. Так, в 2,3% наблюдениях больные осматривались хирургами гастроэнтерологами, в 6,1% – пульмонологами, в 3,1% – проктологами. Оперативные вмешательства у 82,8% консультированных онко-

логических больных выполнялись хирургами отделения санитарной авиации, у 9,8% – хирургами специализированных отделений областной клинической больницы (ОКБ) и лишь у 7,4% – врачами онкологами областного онкологического диспансера. Удельный вес плановых консультаций, выполняемых специалистами хирургического профиля, работающих в отделение экстренной и планово-консультативной помощи, имеет тенденцию к снижению и в настоящее время он сведен к нулю. Создавшаяся ситуация связана с вводом в строй нового онкологического диспансера на 450 коек и открытием при нем специализированной поликлиники [5], что позволило значительно сократить число вызовов и выездов специалистов к больным с онкологической патологией в районы области, а также полностью исключить плановые оперативные вмешательства в условиях ЦРБ. Организация

объединенной специализированной поликлиники дала возможность сконцентрировать онкологических больных в одном лечебном учреждении, сократить сроки их обследования. В тоже время, оказание экстренной хирургической помощи онкологическим больным является одной из главных задач не только специалистов онкологов, но и врачей общехирургического профиля [2].

Следует отметить, что качество неотложной хирургической помощи оказываемой отделением санитарной авиации, во многом зависят от ее организации, своевременного вызова врача-консультанта. Немаловажное значение в диагностике онкологической патологии, выборе необходимой тактики и получения хороших непосредственных результатов в лечение играет и характер создавшихся взаимоотношений врача-консультанта со специалистами различных хирургических профилей на уровне районных и областных лечебных учреждений, пациентами и их родственниками. В данной статье проанализирован наш опыт оказания неотложной хирургической помощи больным со злокачественными новообразованиями толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ ошибок, выявленных при изучении 676 историй болезни умерших больных, оперированных по экстренным показаниям в условиях хирургического отделения ЦРБ. Изучена частота совпадений первичного клинического диагноза установленного хирургами отделения санитарной авиации, в последующем подтвержденным или отвергнутым хирургами колопроктологического отделения при эвакуации больных в ОКБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех умерших больные проктологического профиля составили 15,3%. Наиболее высокая летальность в этой группе больных отмечена при проведении паллиативных операций с формированием колостом (31,3%). Недостаточная теоретическая и практическая подготовленность районных хирургов, отсутствие возможности проведения полноценного обследования (рентгенологического, эндоскопического) и ограниченные возможности динамического наблюдения за больными привели к диагностическим ошибкам 30,7% наблюдениях. Тактические ошибки (задержка с проведением оперативного вмешательства, неадекватный выбор

объема и характера операции, недостаточная ревизия органов брюшной полости) были допущены в 25,3%. Реже отмечены погрешности в оперативной технике – 17,2% и ошибки организационного характера (несвоевременный вызов (выезд) врача консультанта, нерациональное использование санитарного транспорта, отсутствие в районе анестезиологической службы, неполный объем проведенных лечебных мероприятий) – 15,9%. Хирургами Центральной районной больницы ошибки допускались у каждого второго больного, специалистами областного учреждения в 4,1% случаях.

Основными причинами обращений в отделение экстренной и планово-консультативной помощи были критическое состояние, угрожающее жизни больного в 48,9% случаях, сложные в диагностическом отношении случаи, требующие высококвалифицированной помощи – 36,2%, прочие причины в 14,9%.

При контакте врача-консультанта с больными на различных этапах оказания экстренной помощи необходимо выделить три периода: диагностический, организационно-тактический и лечебный.

В нашей практике диагностический период, в большинстве наблюдений, был довольно длительным. В 89,8% наблюдений больные с опухолями толстой кишки поступали в хирургический стационар ЦРБ с осложненным течением и только в 23,6% случаев до приезда консультанта опухоль была диагностирована или заподозрена. При первом обращении за медицинской помощью только в 36,2% наблюдений был установлен правильный диагноз. В сроки до 6 месяцев от начала проявлений первых признаков заболевания диагноз был верифицирован в 31,0% случаев, в сроки от 6 месяцев и более – у 42,5%. При этом госпитализация больных данной группы, как правило, осуществлялась в течение 10-12 суток с момента установления диагноза. В 3,4% случаев онкологический диагноз был установлен лишь после проведения лапаротомии. Более широкое внедрение ирригоскопии, колоноскопии, при необходимости ультразвукового исследования органов брюшной полости в условиях ЦРБ, дало возможность снизить частоту диагностических ошибок до минимума. Так, в условиях областного центра процент расхождения клинического диагноза онкологического заболевания между врачами поликлиники и приемным отделением составил 3,3% и был связан с ошибками в уточнение локализации опухоли. Это, в конечном итоге, приводило к задержке вызова хирурга отделения санитарной авиации. Так, в первые часы от момента госпитализации больного в стационар консультируется лишь каж-

дый третий пациент, остальные в более поздние сроки. Двое больных умерли до приезда специалиста. В тоже время, экстренный выезд консультанта в ЦРБ осуществлялся в течение 4-6 часов от момента поступления вызова, плановые – в ближайшие сутки.

Расхождение клинического диагноза районного специалиста и хирурга отделения санитарной авиации отмечено в 31,2% случаев. Врач-консультант, в отличие от лечащего врача-хирурга, находится в контакте с больным более короткий промежуток времени, в течение которого он должен подтвердить, установить или отвергнуть диагноз онкологического заболевания, высказанного хирургами ЦРБ, выбрав оптимальный вариант объема конкретной квалифицированной помощи. При этом перед ним возникает очередная немаловажная проблема – определения необходимого риска, который в случаях оказания активной помощи предполагается быть меньшим, чем риск неблагоприятного исхода, если больному вовремя не будет представлена адекватная медицинская помощь.

Врачу-консультанту, до окончания комплекса проводимых диагностических исследований, следует воздержаться от предварительного, иногда необоснованного заключения о характере имеющейся у больного хирургической патологии. В тоже время, целесообразно своевременное информирование больного и его родственников об объеме предполагаемого оперативного вмешательства и возможных осложнениях, могущих возникнуть в ходе операции и в послеоперационном периоде. Окончательное заключение о диагнозе сообщается лишь после подтверждения его в ходе оперативного вмешательства, а при выявлении онкологического заболевания после верификации опухоли.

При наличии абсолютных показаний к выполнению операции, но при отказе больного консультант в организационно- тактическом аспекте рассматривает три варианта ведения данного пациента. Первый сводится к проведению симптоматического лечения на месте (в 10,1% случаях), предупредив пострадавшего и родственников о возможном неблагоприятном исходе в ближайшие сутки. Показаниям к проведению консервативного и симптоматического лечения обуславливаются запущенностью новообразования, наличием асцита и кахексии. В эту группу вошли также больные, которые категорически отказались от предложенного оперативного вмешательства на месте и транспортировке их в лечебные учреждения областного центра.

Второй – перевод больного в специализированные отделения областной клинической больницы или

областного онкологического диспансера (16,6%). При этом необходима также полная информация о возможных различных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе эвакуации. Третий – проведение операции на месте с привлечением районных хирургов, при необходимости с последующим переводом больного на долечивание в другие лечебные учреждения области (73,3%).

Наиболее частыми причинами, обуславливающими необходимость транспортировки больных из ЦРБ в специализированные хирургические отделения, были потребность в сложных диагностических и лечебных мероприятиях, обширных оперативных вмешательствах на базе специализированного отделения. Чаще всего эвакуация больных выполнялась по экстренным (72,3%) и вынужденным (9,7%) показаниям. Плановая эвакуация осуществлялась в областной онкологический диспансер, экстренная – в специализированное проктологическое отделение областного центра. Отмечено увеличение удельного веса оперативных вмешательств эвакуированных онкологических больных. Именно тяжесть состояния данной группы больных, преобладание среди них лиц пожилого и старческого возраста при наличии ряда сопутствующих заболеваний, требуют не только хорошего обеспечения диагностического процесса с использованием новых методов хирургического лечения, но и постоянного ухода за оперированными больными в палатах интенсивной терапии и реанимации.

Оперативному вмешательству в условиях ЦРБ хирургами отделения санитарной авиации подвергнуто 154 пациента. Как правило, операции ограничивались ликвидацией кишечной непроходимости и причин, вызывающих перитонит. При этом, радикальные оперативные вмешательства были выполнены в 47,2% наблюдениях.

Послеоперационные осложнения, возникшие после операции выполненной хирургами района, послужили поводом для срочной релапаротомии у 21,9% больных.

Мы придерживаемся мнения Юнко М.А. [6] о том, что при проведении повторных оперативных вмешательств желательно участие хирурга выполнявшего первичную операцию. Более сложные взаимоотношения между хирургами ЦРБ и консультантами возникают в случаях, когда до приезда консультанта уже был выполнен определенный объем операции и возникли интраоперационные повреждения петель кишечника, обильное внутрибрюшное кровотечение на фоне повреждения брыжейки, обнаружение сопутствующей хирургической патологии встает вопрос о выборе окончательного вида оперативного вмешательства. В этой ситуа-

ции консультанту приходится решать множество задач, направленных на спасение жизни больного. Вся практическая деятельность консультанта тесно связана с работой, выполняемой хирургами ЦРБ. Правильно установленные взаимоотношения между ними, соблюдение принципа коллегиальности приводит к выработке единой точки зрения в отношении выбора хирургической тактики в ведении больного. Существенным подспорьем является совместный разбор допущенных ошибок. В процессе общения с хирургами районных больниц хирург-консультант, имея более высокий уровень профессиональной подготовки, выполняет также и образовательные функции. Обучение складывается из совместного составления плана предстоящей операции, ее характера и объема. В ходе выполнения оперативного вмешательства консультант способствует освоению хирургами района эффективных приемов оперативной техники.

На наш взгляд повышение качества диагностики онкологической патологии возможно при более тесном взаимодействии между хирургами районных больниц и специалистами ОКБ. Они должны строиться на основе:

- своевременного направления и госпитализация больных в хирургические отделения ЦРБ с оказанием, в последующем, специализированной помощи;

- проведения предварительной уточняющей диагностики и адекватного лечения сопутствующих заболеваний на месте до приезда консультанта;

- использование возможных консультаций по телефону с целью получения хирургом необходимой информации и представления им до выезда предварительных рекомендаций;

- внедрение этапной организации неотложной хирургической помощи с обеспечением информации за ее качеством;

- обоснованности и сокращения сроков вызова (выезда) специалиста;

- готовности операционного блока, его соответствующем обеспечении, включая запасы донорской крови;

- стремления к самостоятельному проведению оперативных вмешательств в экстренной ситуации (внутрибрюшное кровотечение) с целью выполнения временного или постоянного гемостаза;

- грамотного ведения послеоперационного периода;

- выполнения рекомендаций врача-консультанта, при необходимости, повторного выезда на место с переводом больного в специализированное отделение;

- обязательной информации в отделение санитарной авиации о наличии больных подобной группы;

- ежегодного анализа проводимой работы отделением экстренной и планово-консультативной помощи в условиях ЦРБ.

Особое внимание следует обратить и на взаимоотношения врачей отделения санитарной авиации с хирургами специализированных отделений при доставке тяжелой группы больных. При этом, важное место отводится совместному и систематическому анализу причин, приводящих к увеличению удельного веса числа эвакуированных больных, совпадению клинического и патологоанатомического диагноза. Нами отмечено, что среди всех консультированных больных, доставленных в областное учреждение, расхождение клинического диагноза наблюдалось в 8,5% случаях. При этом среди вынужденно эвакуированных пациентов расхождений в диагнозе не было, экстренно эвакуированных – в 9,8% наблюдениях, отсрочено эвакуированных – в 3,4%. Все это, по нашему мнению, обуславливалось трудностями в диагностике экстренной патологии на ранних его стадиях.

В свою очередь, взаимоотношения между хирургами отделения санитарной авиации и специалистами специализированных отделений должны основываться:

- на безотказной госпитализации в специализированные отделения больных с осложненным течением онкологических заболеваний, доставленных отделением санитарной авиации;

- тщательном обследовании эвакуированных больных в условиях ОКБ;

- целесообразности участия специалиста отделения санитарной авиации в операции, предпринятой по экстренным показаниям среди эвакуированных больных;

- отказ от критического обсуждения хирурга-консультанта при выявлении ошибок диагностического и тактического характера, обнаруженных в ходе обследования больного в условиях специализированного отделения;

- исчерпывающей информации, представленной консультантами, которая должна учитываться областными специалистами в постановке окончательного диагноза онкологического заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует признать, что ошибки диагностического, тактического и лечебно-организационного характера, обнаруженные при оказании экстренной

помощи онкологическим больным зависят не только от квалификации хирурга ЦРБ и своевременного вызова (выезда) врача-консультанта отделения санитарной авиации, но и от совершенства диагностики сложной онкологической патологии и конкретной ситуации на месте. Преодоление проблем взаимоотношений хирурга-консультанта со специалистами различных хирургических профилей на уровне районных и областных лечебных учреждений, пациентами и их родственниками требует дальнейшей разработки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев А.А. Применение бригадного метода при оказании экстренной специализированной помощи отделением санитарной авиации. Дисс. канд. мед. наук. Ярославль, 1996.
2. Верушкин Ю.И., Бабаев А.А. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации. Иваново. 1995. 272 с.
3. Кулемин В.В., Верушкин Ю.И., Коноплев Е.П. О работе отделения экстренной и планово-консультативной помощи. Здр. Росс. Фед. 1983. № 10. с.128-130.
4. Кулемин В.В., Верушкин Ю.И., Ратманов А.М., Котомин С.В., Бабаев А.А. О наложении кишечных свищей с лечебной целью. Хирургия. 1994. № 10. с. 46-48.
5. Талаев М.И., Верушкин Ю.И., Восович Е.В., Старцева А.А. Опыт организации поликлинического обслуживания онкологических больных. Вопросы онкологии. 1985. № 3. с. 96-98.
6. Юнко М.А., Юрмин Е.А., Лабай Е.Н. Релапаротомия при травме живота. Вестник хирургии, 1985, № 6. – С. 94-97.

СОВРЕМЕННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ, АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ (обзор литературы)

Соловьев О.Л., Соловьев А.О.

ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград
(директор – кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, О.Л. Соловьев)

[Ключевые слова: геморрой, анальная трещина, парапроктит, ультразвук, лазеротерапия]

PHYSICAL THERAPY IN TREATMENT OF HEMORRHOIDS, ANAL FISSURES AND FISTULA-IN-ANO (review article)

Soloviev O.L., Soloviev A.O.

[Key words: hemorrhoids, anal fissure, fistula-in-ano, ultrasound, laser]

Адрес для переписки: Соловьев О.Л., «Клиника «Движение». Рионская д. 2, г. Волгоград 400107. e-mail: dvizhenie@avtlg.ru;

В статьях, докладах и тезисах работ на съездах специалистов-колопроктологов (1-й и 2-й съезды колопроктологов России, Самара, 2003 и Уфа, 2007; XII Центральноевропейский Конгресс в Москве, 2008; 1-й Съезд колопроктологов СНГ, Ташкент, 2009) основное внимание по-прежнему уделяется лечению трех самых частых заболеваний прямой кишки – геморроя, анальных трещин и парапроктита. Основным методом остается традиционная инструментальная, «ножевая» хирургия, но всё чаще появляются сообщения о новых технологиях, в частности, о применении различных вариантов современной физиотерапии – электромагнитного излучения, ультразвука, фототерапии (лазеры). Единичные сообщения такого рода появлялись и раньше [1], где авторы у тяжелых пожилых больных геморроем, имевших противопоказания к радикальной операции, применял инфракрасное облучение узлов и положительно отзывался об этой паллиативной манипуляции. Позже в работах Государственного научного центра колопроктологии (ГНЦК) эти и другие физиотерапевтические методы лечения геморроя более подробно описал Благодарный Л.А. [2]. В исследовании Костарева И.В. [3] из этой же клиники приводится большой положительный опыт склеротерапии геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией, а в другой работе из ГНЦК [4] проанализирован опыт электрохирургической геморроидэктомии, которую авторы считали перспективным методом лечения геморроя. Это радиоволновое воздействия с помощью специального аппарата «Сургитрон»,

обеспечивающее бесконтактный разрез и коагуляцию мягких тканей волнами высокой частоты (3,8-4,0 МГц), осуществляемый за счет тепла, выделяемого тканями при воздействии радиоволнами. Энергия концентрируется на конце активного (хирургического) электрода и возникает эффект, как бы, испарения клеток. При этом непосредственного контакта тканей с электродом нет, а сам электрод не нагревается. Радиохирugia исключает болезненные сокращения мышц и не стимулирует нервные окончания при прохождении волн через тело. Разрезы выполняются без давления, без мануального воздействия, что предотвращает разрушение тканей и некроз. В клинике ГНЦК применяется и геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем HARMONIC [5]. Опыт этого Центра по хирургии геморроя обобщен в статье Шельгина Ю.А. и соавт. [6]. Авторы напоминают, что описано более 250 методов лечения этой болезни, и предложения продолжают поступать. Сравнивая открытую и закрытую радиохирurgicalескую геморроидэктомию и операцию с помощью ультразвукового скальпеля, авторы отдают предпочтение последней. Меньшая глубина коагуляционного некроза, сокращение сроков эпителизации послеоперационных ран дают сравнительно лучший эффект. Ультразвуковыми методиками *per se* в проктологии уделяется меньше внимания, тогда как, на наш взгляд, этот неинвазивный и патогенетически обоснованный метод заслуживает большего. Ультразвук (УЗ) это упругие колебания и волны,

частота которых превышает верхнюю границу диапазона звуков, слышимых ухом человека. С помощью специальных преобразователей (звуковые линзы и зеркала, камертоны) можно получить ультразвуковой пучок с заданными параметрами. Первый такой преобразователь (свисток Гальтона) был создан в 1883 году; ультразвук при этом был подобен высокому звуку, «возникающему при падении потока воздуха на острие ножа», и частота волн, колебаний составляла около 170 кГц. В медицину широко вошли ультразвуковые методы диагностики патологических процессов в различных органах и системах, а также оценка развития плода во время беременности и др., основанные на принципе эхолокации, отражения волн от тканей различной плотности, в данном случае здоровых и патологически измененных. УЗ широко применяется и для лечения, что основано на специфических взаимодействиях УЗ с биологическими тканями и средами организма. Воздействие на патологический очаг осуществляется при УЗ колебаниях с частотой от 20 до 100 кГц в непрерывном или импульсном режиме. При терапевтических воздействиях интенсивность УЗ не превышает 1 Вт на квадратный сантиметр, причем, чем выше частота колебаний УЗ, тем меньше его проникающая способность. Важна и способность поглощения УЗ разными тканями разной плотности: меньше всего она у крови, выше всего у костной ткани. При патологических изменениях, таких как отек, фиброз, инфильтрация, степень поглощения УЗ меняется и, что очень важно – максимальное поглощение УЗ отмечается на границе тканей с различными акустическими свойствами, на чем и основывается распознавание нормы от патологии (ультразвуковая сонография). Воздействия УЗ разнообразны; антиспастическое действие (при коликах, бронхоспазме), увеличение проницаемости стенок сосудов, блокирование передачи болевых импульсов, расщепление коллагеновых волокон (применение УЗ при рубцах и спайках) и, наконец, фонофорез – введение в ткани с помощью УЗ лечебных веществ (лекарств, природных ингредиентов), что более эффективно, чем при других способах введения лекарств из-за повышения проницаемости эпидермиса и кожных желез, клеточных мембран, сосудистых стенок, через которые становится возможным более интенсивное проникновение веществ малой молекулярной массы. При этом лечебное вещество не разрушается, а наоборот, осуществляется синергизм действия УЗ и этого вещества. Показания к фонофорезу очень широки – остеопороз, артриты, бурситы, травмы и др. Разработаны и постоянно совершенствуются

аппараты для УЗ-терапии – общетерапевтические, урологические, стоматологические, офтальмологические, гинекологические. Используются аппараты низкочастотного УЗ – Барвинок, Гинетон, Тонзилор и проктологический аппарат Проктон. За рубежом предпочитают аппараты импульсной УЗ-терапии Sonostat, Sonopuls.

Еще меньше внимания в лечении проктологических больных уделяется лазеротерапии.

Свет для лечения разных болезней использовался врачами с древности. Солнце в качестве лечебного средства применяли древние греки. С изобретением электричества красные лампы пытались применять при кори и оспе, а «синий свет» используют и сейчас. Все изменилось с появлением новых источников света – лазеров. ЛАЗЕР (аббревиатура от английского Light Amplification by Stimulation Emission of Radiation – усиление светового воздействия путем стимуляции излучения) или оптический квантовый генератор (ОКГ) это новое направление в физике, технике и медицине, называемое квантовой электроникой. Лазерное излучение отличается от обычного света большей мощностью, связанной с тем, что лазерные лучи когерентны, т.е. имеют одинаковую длину волны и движутся в одной фазе. Отсюда возможность направить луч с высокой точностью, сфокусировать его узкий пучок на маленькой площади. Разное поперечное сечение лазерного луча определяет плотность его энергии, что определяет режим работы лазерного устройства. Лазерный луч имеет уникальные свойства. Он коллимирован, т.е. перемещается в одном направлении, не рассеивается, не теряет интенсивность на очень большом расстоянии. Во-вторых, лазерный свет монохромен, состоит из одного цвета (в отличие от рассеивающейся в разных направлениях семицветной радуги обычного света), и, как уже сказано, лазерный луч когерентный – все световые волны перемещаются вместе в пространстве и во времени в одной плоскости. Луч лазера применяется в информационной технике, для получения объемных изображений (голография), в обработке металлов и пластических материалов, а также, примерно с 1960-х годов, в медицине (фототерапия).

При взаимодействии лазерного света с биологическими тканями возникает три эффекта: 1) фотодеструктивный, используемый в хирургии; 2) фотофизическое и фотохимическое терапевтическое воздействие; 3) «невозмущенное» воздействие, когда биологические ткани не меняются, но изменяется их отражение, рассеивание и проникновение, что используется для диагностики, дифференцировки нормальных и пораженных тканей (спек-

троскопия и другие методики). Фотобиологическое воздействие, лазеротерапия, основаны на применении низкоинтенсивного лазерного излучения, не более 100 мВт/см², в от ультрафиолетовой до инфракрасной областей спектра. При этих параметрах в тканях возникает нагревание в пределах 0,1-0,3°C, преимущественно в биологических мембранах, что ведет к оттоку ионов Na⁺ и K⁺, раскрытию белковых каналов, увеличению транспорта молекул и ионов (фотоизомеризация). Лазерное излучение избирательно поглощается пигментными веществами клеток (меланин, порфирин, оксигемоглобин) и ферментом каталаза, что обуславливает широкий лечебный диапазон гелий-неонового красного лазера (ГНЛ). Собственные электромагнитные поля и свободные заряды биологических структур организма под влиянием потоков ГНЛ перераспределяются, получают энергетическую «подкачку». В общем, низкоинтенсивное лазерное излучение стимулирует метаболическую активность клетки, усиливая, в частности, процессы регенерации. Хирургическое применение лазеров («лазерные скальпели») основано на прямом механическом воздействии высокоинтенсивного излучения, позволяющее резать и «сваривать» ткани. Отдельное применение лазеров – фотодинамическая терапия, применяемая в онкологии, основанная на т.н. фотосенсибилизаторах, специфических веществ, избирательно накапливающихся в раковых клетках и разрушающих их митохондрии под воздействием лазерного излучения, что меняет кислородный обмен с появлением свободных радикалов и, кроме того, нагревание внутриклеточной воды разрушает мембранные структуры раковых клеток.

Хирургические лазеры делят на две группы – абляционные (близкие к скальпелю) и неабляционные, применяющиеся для обработки какого-то объекта, например, бородавки, папилломы, в которых постепенно, после применения лазера, идут процессы мумификации и отмирания. Ультрафиолетовые лазеры, обладающие только поверхностным воздействием, применяются для лечения витилиго, псориаза; инфракрасный лазер применяют в косметологии, в эстетической медицине – удаление патологического объекта без образования рубцов. Лазерная шлифовка кожи (пилинг) с удалением пигментных пятен и рубцов при угревой болезни (эрбиевый и CO₂ лазеры), лазерный липолиз (чистка лица с коррекцией жировых отложений), лазерное отбеливание зубов – все эти методы активно внедряются. Лазерное лечение и аппаратура, совершенствование которых идет постоянно, причем преимущественно в отечественной меди-

цине. Лазеротерапия безопасна, её можно проводить неоднократно, подбирать индивидуально. С помощью эндоскопов лазерное воздействие можно «доставлять» в глубокие ткани и органы, без наружных разрезов.

Описанные неинвазивные, достаточно технически разработанные методы современной физиотерапии постепенно входят в практику колопроктологов. Это актуально, ибо традиционная хирургия при частых заболеваниях прямой кишки, например, при анальной трещине и парапроктите, до сих пор сопровождается осложнениями. Это особенно касается трансанальной сфинктеротомии, которую трудно точно дозировать. Шельгин Ю.А. и соавт. (2007) проанализировали исходы традиционной хирургии анальных трещин и показали, что даже после операций, выполненных специалистами-проктологами, нередко остается стойкая анальная недостаточность с другой стороны, при недостаточно глубокой сфинктеротомии остается выраженный болевой синдром, для борьбы с которым предлагаются самые разные методы, в том числе «химическая сфинктеротомия» с применением мазей с нитроглицерином. По этому поводу уже имеется достаточно большая литература, и показано, что местные нитропрепараты имеют определенные противопоказания и не могут считаться радикальным методом лечения анальной трещины [12].

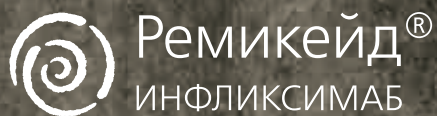
Лазеротерапия в проктологии нам представляется полезным методом. В 2003 году появилось сообщение о применении лазера при лечении анальных трещин [7]. Авторы в течение 1999-2002 годов оперировали с помощью высокоэнергетического лазера 238 проктологических больных, в том числе при анальных трещинах (число этих больных не сообщается) и сравнили результаты с 88 операциями, выполненными с монополярным электрокоагулятором. Анализ показал, что лазерное облучение инфракрасной области спектра приводит к меньшей выраженности воспалительных послеоперационных изменений в ранах, снижению болевого синдрома. Временная нетрудоспособность снизилась во всей группе, в среднем, на 2,5 суток. Через год после операций 94,7% больных опытной группы отзывались об операциях положительно. Сообщение это не детализировано, но свидетельствует о возможности применения лазеров при хирургии анальных трещин.

Есть и единичные другие сообщения о применении современных методик физиотерапии в колопроктологии [8]. Авторы сообщают о хорошем результате фотосенсибилизации и лазерном излучении в комплексном лечении 25 больных со сложными экс-

трасфинктерными свищами прямой кишки. В общем, по теоретическим соображениям и по первым опытам применения ультразвука и лазеротерапии в колопроктологии можно говорить о перспективности этих методик. Нужна, конечно, детальная разработка показаний к ним, совершенствование самих способов и сравнительные исследования на репрезентативных группах больных. За последние 5 лет в нашей клинике ультразвуковые и лазерные воздействия применены более чем у 3000 больных, в основном при геморрое, анальных трещинах и некоторых формах свищей прямой кишки. Во всех случаях лечение проводилось амбулаторно. Выполняется подробное сравнительное исследование, но уже сейчас ясно, что эти методики, особенно ультразвук, в качестве самостоятельного лечения или в комплексе с оперативными пособиями дают несомненный медицинский и экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. (ред.). Проктология. -М., 1984.
2. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетические обоснования современных способов лечения геморроя. Дис...д-ра мед. наук. -М., 1999.
3. Костарев И.М. Склеротерапия геморроя с ультразвуковой кавитацией. Дис...канд. мед. наук. -М., 2006.
4. Нычкин С.Г., Кузьминов А.М. Электрохирургия геморроя. -М., 2006.
5. Хмылев Л.М. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем. Дис... канд. Мед. наук, - М., 2007.
6. Шельгин Ю.А. с соавт. Эффективность ультразвукового скальпеля по сравнению с традиционными способами при операциях на прямой кишке. Российский Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии -2005. -№1-С.50-55
7. Яицкий Н.А. и др. Использование полупроводникового лазера в лечении анальных трещин. Акт. пробл. колопроктологии -М.,2005.-С.148-150
8. Жуков Б.Н. с соавт. Фототерапия в комплексном лечении больных сложными формами хронического парапроктита. Акт вопр. колопроктологии. -Самара,2003.-С.66-69
9. Antonelly A. Infrared coagulation of hemorrhoids. Endoscopy. 1989; 2: 75-77.
10. Carditello A. Proctologic day-surgery Chir Ital. 2001; 53: 219-224.
11. Guidelines for day case surgery. London. 1992.
12. Visconte M.E. Randomized prospective trial comparing 0,25% glycerin trinitrate. Dis Colon Rectum. 2006; 49: 1822-30.



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®

ЕДИНСТВЕННЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ

**С ВЫСОТЫ ОПЫТА
В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН**

РАСТИТЕЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ И УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ

ДЕЙСТВУЕТ НА ВСЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА

ЭФФЕКТИВЕН НА ВСЕХ СТАДИЯХ



2 один раз в день
месяца
раза в год



Москва 113054, Павелецкая площадь д.2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01