



Посвящается 30-летию кафедры  
колопроктологии РМАПО

# К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 3 ( 17 ) 2006





Ассоциация  
колопроктологов  
России



# КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 3 (17) 2006

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ  
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца  
Основан в 2002 году

## Адрес редакции:

123154, Москва  
ул. Саляма Адиля, д. 2  
Тел.: (095) 199-95-58  
Факс: (095) 199-04-09  
E-mail: [gnck@tsr.ru](mailto:gnck@tsr.ru)

## Ответственный секретарь:

Обухов В.К.

## Зав. редакцией:

Долгополова Е.В.  
Тел.: (095) 937-07-00

## Регистрационное удостове- рение

ПИ № 77-14097

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

С.И. АЧКАСОВ, Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН,  
А.М. КУЗЬМИНОВ, А.М. КОПЛАТАДЗЕ, Т.С. ОДАРЮК,  
Г.А. ПОКРОВСКИЙ, А.Ю. ТИТОВ, И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора),  
Ю.А. ШЕЛЫГИН (зам. гл. редактора)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., доцент, к.м.н. Камаева Д.К. <b>ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ КОЛОПРОКТОЛОГИИ РМАПО</b> .....	3
Д.м.н. Благодарный Л.А., проф. Шелыгин Ю.А., Хмылов Л.М., Соттаева В.Х. <b>БЕСШОВНАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ</b> .....	8
Д.м.н. Кузьминов А.М., проф. Орлова Л. П., к.м.н. Зароднюк И. В., Фоменко О. Ю., Чуприна С. В. <b>МЕСТО ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ</b> .....	13
К.м.н. Головенко О.В., доцент, к.м.н. Михайлова Т.Л., Ильюшенко Е.С. <b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</b> .....	21
Акад. РАМН, проф. Воробьев Г.И., проф. Шелыгин Ю.А., д.м.н. Фролов С.А., Шахматов Д.Г. <b>ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ</b> .....	24
Проф. С.И. Севостьянов, д.м.н. Л.Ф. Подмаренкова, к.м.н. Назаров В.А., М.В. Панина. <b>ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</b> .....	32
Проф. Севостьянов С.И., Чернышов С.В. ФГУ "ГНЦ колопроктологии РосЗДРАВА" <b>СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕВЕНТИВНУЮ ТРАНСВЕРЗОСТОМИЮ И ИЛЕОСТОМИЮ</b> .....	40
Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., Степанова Э.А. <b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (Обзор литературы)</b> .....	45
Д.м.н. Благодарный Л.А., проф. Шелыгин Ю.А., Костарев И.В. <b>СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ (Обзор литературы)</b> .....	52
<b>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ НА 2007 ГОД</b> .....	62

# ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ КОЛОПРОКТОЛОГИИ РМАПО

Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., доцент, к.м.н. Камаева Д.К.

Кафедре колопроктологии Российской медицинской академии последипломного образования 30 лет! Первый цикл усовершенствования коллектив кафедры провел в сентябре 1976 года. Однако необходимо отметить, что обучение хирургов основам проктологии по специальной программе, с систематическим проведением циклов в Центральном институте усовершенствования врачей МЗ СССР (ныне – РМАПО) началось значительно раньше, а именно, в 1962 году.

К этому времени назрела необходимость подготовки врачей, способных оказывать специализированную проктологическую помощь не только в г.Москве и г. Куйбышеве. Тринадцатого июня 1962 года на заседании коллегии Министерства здравоохранения СССР обсуждался вопрос о состоянии проктологической помощи населению и были намечены мероприятия по улучшению лечебной помощи и подготовке врачей-проктологов. В том же году в Центральном институте усовершенствования врачей был организован курс проктологии. Клинической базой курса была избрана клиническая больница МПС на Яузе, заведующим курса с 1962 по 1965 год был профессор Макаренко Тимофей Павлович. Выбор клинической базы был неслучаен – в этой клинике долгие годы работал профессор Брайцев Василий Романович. Об-

учение хирургов осуществлялось на 2-месячных циклах с предцикловой подготовкой, а также в клинической ординатуре по проктологии.

С 1965 по 1976 год курс проктологии возглавлял профессор Яковлев Николай Александрович. Это был высоко образованный человек, он прекрасно знал анатомию, красиво оперировал. На курсе преподавали доцент Брайцева Мария Даниловна, ассистенты Газетов Борис Михайлович, Бобрышева Виолетта Семеновна. Особой любовью у слушателей пользовался Б.М.Газетов, он много оперировал, привлекал слушателей к участию в практической работе, был интересным лектором и рассказчиком. На курсе были созданы методические разработки: М.Д. Брайцева "Геморрой".М.,1971, "Рак прямой кишки".М.,1972, Б.М.Газетов "Дивертикулез толстой кишки". Н.А. Яковлевым были написаны и изданы "Краткое руководство по клиническому исследованию проктологических больных", "Наиболее употребительные рецептурные прописи в проктологии" и "Атлас проктологических болезней".

После ухода из жизни проф. Яковлева Н.А. перед руководством ЦИУ врачей встал вопрос о дальнейшей судьбе курса проктологии. Больница МПС не могла обеспечивать качественную подготовку большого числа врачей, научная база была очень слабой. Тогдашний ректор ЦИУ врачей Ковригина

Мария Дмитриевна посетила Научно-исследовательский институт проктологии МЗ РСФСР и, учитывая мощную клиническую базу, научный потенциал а, также авторитет в медицинском мире директора НИИ проктологии Владимира Дмитриевича Федорова, приняла решение о преобразовании курса в кафедру проктологии с переносом ее на новую базу – в НИИ проктологии МЗ РФ. Заведующим кафедрой был избран Федоров Владимир Дмитриевич. Преподаватели курса Газетов Борис Михайлович и Бобрышева Виолетта Семеновна, а также ординатор



Рисунок 1. Преподаватели курса проктологии. Первый ряд в центре проф. Н.А. Яковлев, доцент М.Д. Брайцева, слева 1-й ассистент Б.М. Газетов

второго года обучения Марина Нариманидзе продолжили работу на новой базе, теперь уже на кафедре проктологии. Для преподавания также были приглашены сотрудники НИИ проктологии: профессор Никитин Александр Максимович, доцент Рудин Эдварт Петрович, Рыков Владимир Иннокентьевич, Олейников Павел Николаевич, ассистент Мартынова Татьяна Ивановна.

Циклы усовершенствования, проводимые на кафедре, вызвали большой интерес у хирургов, онкологов и проктологов. Для обмена опытом преподавания проктологии на кафедру приезжали заведующие кафедрами и курсами медицинских институтов, ФУВ и ГИДУВ.

Это был, можно сказать, период "вхождения" хирургов в новую специальность. Слушателей интересовало буквально все: где приобрести ректоскоп и лампочки к нему, почему больной, которому планируется правосторонняя гемиколэктомия, укладывается на операционном столе так же, как и тот, кому выполняется вмешательство на прямой кишке, на каких этапах операции хирурги меняют перчатки и инструменты, сроки нетрудоспособности при различных заболеваниях и т.д.

Была создана новая программа обучения по проктологии, она охватывала практически все заболевания толстой кишки, анального канала и промежности.



**Рисунок 2.** Первый ряд слева-направо: Преподаватели кафедры колопроктологии (октябрь 1986г.) Севостьянов С.И., Воробьев Г.И., Мартынова Т.И., Федоров В.Д., Камаева Д.К., Никитин А.М.

Создание кафедры на базе НИИ проктологии совпало с бурным развитием специальности, хотя к этому времени проктология еще не была утверждена в качестве самостоятельной дисциплины (проктология была внесена в официальный перечень новых медицинских специальностей в 1988 году, в

1997 году официально переименована в колопроктологию).

На этот период приходится изучение распространенности проктологических заболеваний среди населения нашей страны, разрабатываются основы организации специализированной помощи, открываются проктологические отделения и кабинеты проктолога в поликлиниках. Слушатели циклов получили возможность получения информации по нормативам, оснащению и пр.

Слушатели первых циклов нередко жаловались на отсутствие на местах элементарного: лампочек для ректороманоскопов, ректальных зеркал, смотровых кресел. А в институте они видели, что нужно для диагностики различных заболеваний толстой кишки, какие возможности дает внедрение эндоскопов с фиброволоконной оптикой.

Лекции В.Д.Федорова ломали представление о том, что операции на толстой кишке вследствие обильной кишечной флоры нельзя отнести к "чистым", что послеоперационные воспалительные осложнения практически неизбежны. На лекциях врачи узнавали об особенностях толстой кишки как органа, о проведении специальных мероприятий для подготовки организма больного и способах очистки толстой кишки перед операцией, о настоятельной необходимости использования современного шовного материала на атравматических иглах, о дру-

гих особенностях операций на толстой кишке. На практических занятиях в отделениях и операционных слушатели видели преимущества новых подходов в лечении больных.

Для проведения занятий со слушателями активно привлекались ведущие сотрудники НИИ проктологии: лекции по раку ободочной кишки, мегаколон читал профессор Г.И.Воробьев, по морфологии – профессор Л.Л. Капуллер, по недостаточности анального сфинктера – профессор Ю. В. Дульцев, по каудальным тератомам – профессор А.М. Коплатадзе, отдельные занятия проводили сотрудники рентгено-

логического и эндоскопического отделений. Восемидесятые годы были отмечены появлением целого ряда монографий по различным проблемам проктологии (обычно издание книги завершало окончание крупного исследования) – "Проктология", "Каудальные тератомы у взрослых",

"Диффузный полипоз толстой кишки", "Мегаколон у взрослых".

Появление специальной литературы несколько облегчило преподавание, слушатели уже имели какую-то теоретическую подготовку, не нужно было начинать занятия с "нуля".

Преподаватели кафедры, аспиранты, клинические ординаторы всегда принимали участие не только в лечебной работе НИИ проктологии, но и в научной деятельности. Большой коечный фонд, хорошее оборудование позволяли проводить полноценные научные исследования по самым разным проблемам. Узловыми вопросами были: реабилитация больных с колостомой, анальная инконтиненция, полипоз толстой кишки. По этим проблемам были защищены кандидатские диссертации Шелыгиным Ю.А., Благодарным Л.А., Лопатиным В.М., Семиошиным Е.Н., Турищевым А.Ю., Камаевой Д.К., Агавеляном А., Кулжабаевым Т. Защищены докторские диссертации Никитиным А.М. "Хирургическое лечение диффузного полипоза толстой кишки", Рудиным Э.П. "Восстановление непрерывности толстой кишки у больных с колостомой", Рыковым В.И. "Реабилитация больных с колостомами", Олейниковым П.Н. "Хирургическое лечение болезни Крона". Не остались без внимания и другие проблемы, в частности, выполнены диссертационные работы "Подготовка больных к операциям методом общего протравления желудочно-кишечного тракта" (Акопян А.С, 1985), "Хирургическое лечение рецидивов рака прямой кишки" (Зарудин В., 1985).

С открытием на базе 15 городской клинической больницы отделения неотложной проктологии с 1986 года начались занятия по проблемам экстренной и неотложной помощи проктологическим больным. Слушателей интересовали вопросы организации неотложной помощи, современные рациональные подходы к лечению больных острым парапроктитом, острым геморроем, острым воспалением эпителиального копчикового хода, травмами прямой кишки. На первых порах вести занятия на новой базе было поручено доценту кафедры, доктору медицинских наук Владимиру Иннокентьевичу Рыкову. На кафедре существует правило ротации преподавателей, так что преподавание там вели поочередно почти все сотрудники кафедры, в настоящее время занятия по неотложной проктологии ведет доцент Камаева Д.К.

В ноябре 1990 года в связи с переходом академика РАМН, профессора В.Д.Федорова на другую работу произошла смена руководства кафедры. Заведующим кафедрой проктологии был избран академик РАМН, профессор Геннадий Иванович Воробьев.

К этому времени несколько изменился преподавательский состав кафедры: Профессор Рудин Э.П. перешел на кафедру хирургии, на другую работу ушел В.И. Рыков, ассистенты Кузьминов А.М., Якушин А.В., Насырина Т.А. вернулись в НИИ проктологии, в результате тяжелой болезни не стало Т.И. Мартыновой.

Начался новый период в работе кафедры. Геннадий Иванович, приняв руководство кафедрой, правильно оценил ее роль в развитии колопрокто-

логии, в продвижении научных разработок в широкую практику и определил ее место в составе ГНЦ колопроктологии. Были пересмотрены темы лекций и практических занятий, темы научных работ с тем, чтобы разработать новые подходы к лечению таких распространенных заболеваний как геморрой, парапроктит с учетом современных технологий.

Изменения в жизни небольшого коллектива проходили на фоне больших перемен в политической и экономической жизни нашей страны. Нужно было сохранить все положительное из прошлого и перестроиться с учетом реальной ситуации. Основными задачами были, во-первых, сохранение коллектива кафедры и сохранение контингента слушателей для выполнения учебного плана, во-вторых, обновление программы обучения на основе современных знаний и технических возможностей в диагностике и лечении заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности.

Это нужно было сделать в условиях крайне скудного финансирования, задержек с выплатой заработной платы. Врачи хотели учиться, но не было денег, чтобы приехать на учебу.

Решено было попробовать организовать выездной цикл. В январе 1991 года кафедра впервые за время своего существования провела выездной цикл в г. Туле. Официально на цикл были зачислены хирурги и проктологи, но занятия посещали онкологи, гастроэнтерологи. Выездной цикл имеет свою специфику и не лишен недостатков, но есть в нем и много хорошего. Есть возможность увидеть, как обстоят дела на местах, чем можно помочь, да и самим перенять что-то полезное. В последующие годы мы продолжили практику выезда в регионы, были в городах Иваново, Белгород, Киров, Екатеринбург, Саранск, Пенза. Занятия проводятся на базе специализированных отделений и центров. Нередко, после обучения на выездном цикле врач приезжает на кафедру, чтобы в деталях ознакомиться с какими-то методиками.

Следует отметить, что как и в прежние годы, руководство Российской медицинской академии последипломного образования в лице ректора академик РАМН, профессора Ларисы Константиновны Мошетовой, проректора по учебной работе профессора Валерия Евгеньевича Щитинина всемерно поддерживало все новые начинания коллектива кафедры, с вниманием относилось к кадровым вопросам. Декан хирургического факультета профессор Виктор Иванович Якушин и заместитель декана Вилор Александрович Кузнецов всегда готовы помочь в решении самых разных проблем, к ним можно обратиться за советом в любое время. Надо сказать, что доброе и внимательное отношение к нашей кафедре мы ощущаем всегда при общении с сотрудниками учебного управления, управления аспирантуры и клинической ординатуры, учебно-методического отдела, сертификационной комиссии, отдела координации научных исследований. С некоторыми кафедрами (кафедра нейрохирургии, кафедра радиологии) мы проводим совместные научные разработки.

С 1996 года на кафедре проводится сертификация колопроктологов. Работа эта довольно хлопотная. Нередко сложности возникают из-за неправильного оформления записей в трудовых книжках, а иногда хирурги считают, что если они могут сделать резекцию толстой кишки, то уж все остальное в нашей специальности знать необязательно. Большую помощь в этой работе нам оказывают декан факультета, заведующая сертификационным отделом Татьяна Алексеевна Сытник и Председатель Центральной сертификационной комиссии профессор Валерий Евгеньевич Щитинин.

Занятия на кафедре ведутся по нескольким направлениям: неопухольевые заболевания прямой кишки и анального канала (геморрой, анальные трещины, парапроктит, недостаточность анального сфинктера и т.д.), новообразования толстой кишки, анального канала и параректальной области, воспалительные заболевания ободочной кишки (язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь).

Благодаря тому, что заведующим кафедрой Г.И.Воробьевым было дано задание еще раз вернуться к изучению патогенеза геморроя и на основании этого разработать различные методики лечения его: консервативное лечение, малоинвазивные и хирургические методики, популярность кафедры значительно возросла, доцент Благодарный Л.А. стал доктором наук (докторская диссертация "Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя", 1999), разработками кафе-

дры заинтересовались известные фирмы, производящие лекарственные препараты, инструменты и оборудование. Сейчас в клинике ГНЦ колопроктологии применяются малоинвазивные методики: лигирование узлов латексными кольцами, дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем доплера, склеротерапия. При выполнении геморроидэктомии используются как традиционные методики, так и ультразвуковой и радиочастотный скальпель, Ligasure, в ряде случаев по поводу геморроя выполняется операция Лонго. Работа продолжается, совершенствуются методики, используются новые технологии и препараты. Сейчас по проблеме лечения геморроя работают два аспиранта.

Не оставлена без внимания тема лечения больных острым парапроктитом. Выполненная под руководством Г.И.Воробьева кандидатская диссертация "Профилактика осложнений после радикальных операций по поводу острого парапроктита" (аспирант Кузнецов Н.Ю., 2001) показала, что не всегда стремление хирурга выполнить радикальную операцию по поводу острого парапроктита в один этап обосновано. Предложенные подходы к решению этого вопроса дают возможность избежать развития недостаточности анального сфинктера, рецидива парапроктита.

Изучение болезней прямой кишки, анального канала и промежности, разработка методов лечения с применением новейших технологий, лечение послеоперационных ран этой области – это "хлеб" колопроктологов и руководитель кафедры придает этим работам особое значение. В 1999 году аспирантка кафедры Нехрикова С. В. защитила диссертацию "Лечение ран анального канала". В настоящее время близка к завершению работа по применению операции Лонго у пациентов с ректоцеле.

База кафедры – ГНЦ колопроктологии обладает огромным опытом лечения колоректального рака, постоянно совершенствуются методики операций, много внимания уделяется реабилитации стомированных больных, центр колопроктологии является координатором организации кабинетов помощи этой категории пациентов, оказывает не-



**Рисунок 3.** Сотрудники кафедры колопроктологии Российской медицинской академии последипломного образования (сидят, слева направо: доцент кафедры, к.м.н. Дилера Каримовна Камаева; заведующий кафедрой, академик РАМН, проф. Геннадий Иванович Воробьев; доцент кафедры, к.м.н. Татьяна Леонидовна Михайлова; стоят, слева направо: доцент кафедры, к.м.н. Николай Владимирович Костенко; профессор кафедры, д.м.н. Сергей Иванович Севостьянов, доцент кафедры, д.м.н. Леонид Алексеевич Благодарный).



посредственную помощь. Преподаватели кафедры, аспиранты принимают непосредственное участие в этой работе. Под руководством Г.И. Воробьева подготовлены и защищены: докторская диссертация

"Рецидивы рака прямой кишки" (профессор кафедры Севостьянов С.И.), кандидатские диссертации: "Пути улучшения непосредственных результатов хирургического лечения рака сигмовидной кишки" (аспирант Шамсиев Г.Х.), "Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки" (аспирант Расулов А.О.), "Функциональное состояние гемиколэктомии в зависимости от вида анастомоза" (аспирант Казьмин Ю.В.), "Резекция прямой кишки с формированием J-образного толстокишечного резервуара в лечении рака среднеампулярного отдела прямой кишки" (аспирант Колпаков А.В.), "Выбор метода колоректопластики при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки" (аспирант Коротких Н.Н.).

В настоящее время выполняются работы "Передняя резекция прямой кишки по поводу рака у лиц пожилого и старческого возраста", "Выбор метода отключения дистальных отделов толстой кишки при лечении больных раком прямой кишки", "Показания и техника лапароскопической резекции ободочной кишки с ручной ассистенцией". Даже простое перечисление тем научной работы показывает широту охвата проблемы колоректального рака.

Следует отметить, что особое внимание на кафедре уделяется особенностям лечения заболеваний толстой кишки и анального канала у лиц пожилого и старческого возраста.

На каждом цикле от 30 до 50 % процентов учебного времени отдано проблемам колоректального рака. Каждый год кафедра посвящает один из циклов только онкоколопроктологии с приглашением онкологов и колопроктологов. Заведующий кафедрой Г.И. Воробьев много оперирует, на деле демонстрируя рациональное использование современных технологий для бескровного оперирования, заботясь не только о радикальности операции, но и о качестве жизни пациента после нее. В клинике широко используется лапароскопическая техника. В методику лапароскопически ассистируемых вмешательств постоянно вводятся какие-то новшества, позволяющие повысить эффективность хирургического лечения. В последние годы в клинике проводится не только хирургическое лечение колоректального рака, но и широко используется комбинированное и комплексное лечение. Занятия по онкоколопроктологии, в основном, ведут

заведующий кафедрой Г.И. Воробьев и профессор С.И. Севостьянов.

Большой удачей оказалась идея Геннадия Ивановича пригласить на должность доцента кафедры заведующую отделением гастроэнтерологии ГНЦ колопроктологии, кандидата медицинских наук Татьяну Леонидовну Михайлову. Это случилось после ухода на заведование другой кафедрой доцента, доктора медицинских наук Павла Николаевича Олейникова. Отделение гастроэнтерологии ГНЦК, в основном, занимается лечением больных язвенным и ишемическим колитом и болезнью Крона. Мало тех, кто умеет хорошо лечить эти болезни. Хорошее знание клиники, вопросов диагностики и консервативного лечения колитов позволили доценту Михайловой Т.Л. стать прекрасным преподавателем. Ее занятия всегда привлекают большое внимание слушателей, особенно на выездных циклах, где их посещают не только хирурги, но и терапевты и гастроэнтерологи.

По приглашению Геннадия Ивановича на кафедру в 1997 году пришел кандидат медицинских наук Николай Владимирович Костенко. Лечебная и педагогическая деятельность его также была связана с проблемами язвенного колита и болезни Крона. Совместное, взвешенное обсуждение каждого больного, своевременная операция в тех случаях, когда исчерпаны возможности консервативного лечения, не замедлили сказаться. Резко снизилась летальность, уменьшилось количество осложнений. Под руководством Николая Владимировича воспитывались клинические ординаторы кафедры, сейчас это – молодые хирурги, умеющие самостоятельно оперировать и выхаживать очень тяжелых больных.

В заключение нужно сказать, что кафедра, созданная 30 лет назад, является сложившимся коллективом преподавателей, что на кафедре сейчас учатся десять молодых врачей (два клинических ординатора и 8 аспирантов), ведется учебная и научная работа, монография "Геморрой" пользуется большим спросом у врачей, учебное пособие "Основы колопроктологии", изданное в 2001 году, в 2006 году переработано, дополнено и вышло в свет.

Успехи кафедры были бы невозможны без повседневной помощи и поддержки коллектива ГНЦ колопроктологии Росздрава. Работа на базе центра колопроктологии позволяет преподавателям кафедры не только представить слушателям в полном объеме специальность – колопроктологию, но активно и повседневно включаться в научные исследования по самому широкому кругу вопросов колопроктологической хирургии, колоректальной онкологии и колоректальной терапии (гастроэнтерологии)

.....

# БЕСШОВНАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ

Д.м.н. Благодарный Л.А., проф. Шельгин Ю.А., Хмылов Л.М., Соттаева В.Х.  
Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава"

(Заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН,  
проф. Г.И.Воробьев.), г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Электротермическая система LigaSure (Valleylab), разработанная для коагуляции и пересечения сосудов до 7мм в диаметре, обеспечивает контролируемую подачу энергии к тканям и надежный гемостаз. В основе механизма воздействия на ткани лежит расплавление коллагена и эластина. Прочность "заваренной зоны", состоящей из частично денатурированного протеина, сопоставима с прочностью прошитой ткани. Кроме этого нет необходимости в выделении и лигировании сосудистой ножки геморроидального узла. Поэтому в литературе геморроидэктомия, выполняемая при помощи аппарата LigaSure часто называется "закрытой бесшовной геморроидэктомией". Технология во многом подобна биполярной коагуляции: используется переменный ток высокой частоты (470 кГц), с максимальным напряжением 120 В, силой 4 А и максимальной мощностью 150 Вт. Электрический ток подается циклами (пакетами). После окончания цикла происходит остывание и "сваривание" тканей. Циклы подачи электротока чередуются с паузами до момента белковой денатурации. Весь процесс занимает около 5 секунд. Ткани, помещенные между

бранш инструмента (до 5см) – "свариваются" вместе, затем остается их только пересечь. Термическое воздействие проникает в ткани на 2мм. Интерес мировой медицинской общественности к новой методике геморроидэктомии подтверждается большим количеством публикаций на эту тему [1,2,4,5,6,7,8,10,12]. Исследователи проводили сравнение геморроидэктомии при помощи аппарата LigaSure и традиционными вмешательствами (закрытая и открытая геморроидэктомия). При этом обычно учитывались такие показатели, как длительность вмешательства, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, количество анальгетиков, продолжительность пребывания пациента в стационаре после операции, частота послеоперационных осложнений, продолжительность периода временной нетрудоспособности. Результаты опубликованных исследовательских работ неоднозначны и требуют осмысления. Однако, преимущество геморроидэктомии аппаратом LigaSure по тем или иным показателям подтверждено разными учеными, тогда как сравнительный анализ не выявил ни в одном исследовании недостатки новой методики.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время в ГНЦ колопроктологии закрытая бесшовная геморроидэктомия выполнена нами 37 больным хроническим геморроем. Показанием к выполнению данной операции являлся хронический геморрой 3–4 стадии. Из исследования исключались пациенты ранее перенесшие операции на анальном канале, пациенты с острым геморроем, больные геморроем в сочетании с анальной трещиной и параректальными свищами. Возраст больных колебался от 20 до 69 лет. Средний возраст пациентов составил  $45,15 \pm 10,8$  лет. Из них было 27 мужчин и 8 женщин. По поводу геморроя 3 стадии оперировано 23 пациента, 4 стадии – 14 больных. Для выполнения закрытой бесшовной геморроидэктомии нами применяется аппарат LigaSure фирмы Valleylab компании Tyco Health Care (США).

## Техника закрытой бесшовной геморроидэктомии.

Положение больного на столе как для промежностой литотомии: на спине с уложенными на специальные подставки ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. После анестезии производится ревизия анального канала. Наружные геморроидальные узлы отводят в стороны зажимами Алиса (рис. 1). Верхушку геморроидального узла захватывают зажимом Люэра. Затем поэтапно снаружи кнутри зажимом аппарата LigaSure производят биполярную электрокоагуляцию тканей расположенных между браншами зажима. На этом этапе необходимо соблюдать осторожность, чтобы не захватить в зажим волокна внутреннего сфинктера. Удаление внутреннего геморроидального узла производится в 2–3 этапа в зависимости от его размеров (рис.2). При этом происходит денатурация белка, образуется плотная коллагеновая пленка, так называемый



**Рисунок 1.** Б-ой Р., 45 лет, ист. б-ни № 329 – 2006г. Вид геморроидальных узлов III стадии.



**Рисунок 2.** Зажим аппарата наложен на основание внутреннего геморроидального узла.



**Рисунок 3.** Вид образовавшегося "сварного" шва у основания геморроидального узла.



**Рисунок 4.** Внутренний геморроидальный узел на 3 часа иссечен до сосудистой ножки за два этапа.



**Рисунок 5.** Сосудистая ножка внутреннего геморроидального узла на 3 часа после двухмоментной коагуляции.



**Рисунок 6.** Пересечение сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла.



**Рисунок 7.** Эллипсовидный разрез перианальной кожи в области основания наружного геморроидального узла на 3 часах.



**Рисунок 8.** Удаление наружного геморроидального узла на 3-х часах при помощи аппарата LigaSure за один этап.

"сварной" шов, который отграничивает рану от внешней среды, предотвращая первичное инфицирование раны (рис.3).

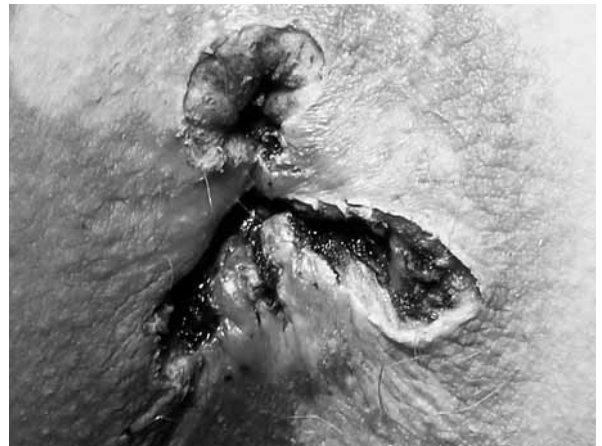
Иссечение внутреннего геморроидального узла производим хирургическими ножницами по наружному краю "сварного" шва. Таким образом, иссечение внутреннего геморроидального узла производим поэтапно, с переменной коагуляцией тканей аппаратом LigaSure и иссечением при помощи ножниц до сосудистой ножки (рис.4).

С целью повышения надежности гемостаза сосудистая ножка коагулируется дважды, с перемещением бранш прибора на 2/3 их ширины без оставления промежутка между коагулируемыми участками (рис.5).

Затем ножницами экономно, по наружному краю коагуляционного слоя производим пересечение сосудистой ножки (рис.6).

Аналогично удаляют геморроидальные узлы на 7 и 11 часах. Иногда возникает необходимость иссечения дополнительных геморроидальных узлов. Ушивание послеоперационных ран не производится. После удаления внутренних геморроидальных узлов, производим эллипсовидный разрез перианальной кожи в проекции геморроидального узла на 3 часах (рис. 7).

Затем при помощи аппарата LigaSure и ножниц



**Рисунок 9.** Общий вид послеоперационной раны.

производим удаление наружного геморроидального узла на 3 часах за 1-2 этапа, в зависимости от его размера (рис.8).

Аналогично удаляются наружные геморроидальные узлы на 7 и 11 часах. Дополнительное ушивание ран не требуется (рис.9).

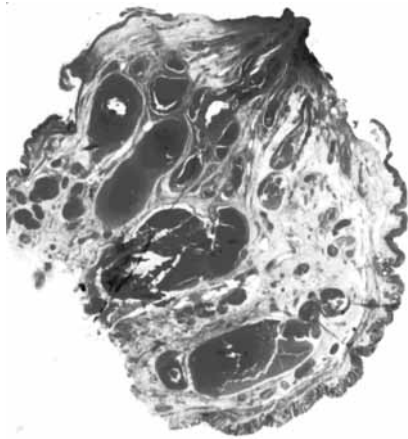
## РЕЗУЛЬТАТЫ

Геморроидэктомия аппаратом LigaSure проводится в практически бескровных условиях. Хирург не затрачивает время на прошивание сосудов или дополнительную электрокоагуляцию, что позволяет сократить продолжительность хирургического вмешательства до  $21,0 \pm 5,0$  минут. В раннем послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома была незначительная, потребность в наркотических анальгетиках составила  $55,6 \pm 24,0$  мг промедола. У 3 (8,1%) больных в послеоперационном периоде отмечена рефлекторная задержка мочи. Ни у одного

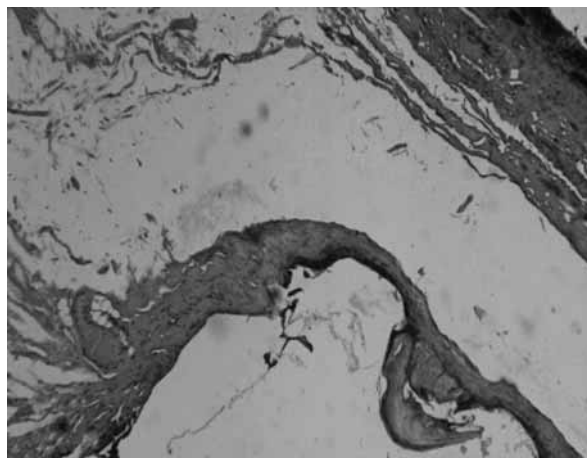
из 37 больных в послеоперационном периоде кровотечений не наблюдалось. Средний срок пребывания больного в стационаре после закрытой бесшовной геморроидэктомии составил  $6,3 \pm 1,4$  дней.

Все полученные операционные препараты направлялись на гистологическое исследование. Фиксированные 10% раствором формалина срезы заливались парафином и окрашивались гематоксилином и эозином по стандартной методике.

При морфологическом исследовании установлено, что после применения биполярной электрокоагу-



**Рисунок 10.** Степень термического поражения тканей при геморроидэктомии с применением аппарата LigaSure. Макропрепарат удаленного внутреннего геморроидального узла. Глубина коагуляционного некроза составляет 0,6мм (указано стрелкой).



**Рисунок 11.** Степень термического поражения тканей при геморроидэктомии с применением аппарата LigaSure. Микропрепарат. Тонкий слой коагуляционного некроза (указано стрелкой). Окраска гематоксилином и эозином x 100.

ляции глубина коагуляционного некроза составляет в среднем  $0,5 \pm 0,05$ мм. Определяемые изменения в подлежащих зоне некроза тканях носят обратимый характер без разрушения клеточных структур (рис. 10, 11).

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Геморроидэктомия выполненная аппаратом LigaSure является закрытой методикой, при которой происходит коагуляция тканей геморроидального узла и сосудов между браншами инструмента с денатурацией коллагеновых и эластических волокон тканей с образованием гомогенной коллагеновой субстанции, предотвращающей контакт раневой поверхности с внешней средой. Применение аппарата LigaSure позволяет значительно уменьшить ширину бокового коагуляционного некроза, что неизбежно возникает при монополярной электрокоагуляции. Коагуляционный процесс аппарата LigaSure реализуется, преимущественно, между браншами инструмента, с незначительным проникновением в подлежащие ткани, поэтому глубина коагуляционного некроза не превышает 0.5мм. Минимальное термическое воздействие в ходе хирургического вмешательства, а также отсутствие в анальном канале шовного материала способствует менее выраженному болевому синдрому, что ведет к сокращению потребности в анальгетиках и снижению частоты рефлекторной задержки мочеиспускания. Прочность образующегося "сварного" шва сравнима с клипированием или лигированием сосуда шовным материалом, что подтверждается отсутствием послеоперационных кровотечений в наших наблюдениях. Полученные предварительные данные свидетельствует о возможности применения аппарата LigaSure при геморроидэктомии. В наших наблюдениях оперативное вмешательство начинали с удаления непосредственно внутреннего геморроидаль-

Таким образом, толщина коагуляционного слоя, возникающая после применения биполярной электрокоагуляции на порядок отличается от толщины коагуляционного слоя после применения электрокоагуляции.

ного узла в проекции 3-х часов при завершении удаления внутренних, удаляли наружные геморроидальные узлы. На наш взгляд, данная последовательность выполнения геморроидэктомии аппаратом LigaSure менее травматична по отношению к сфинктерному аппарату прямой кишки. Однако по данным литературы чаще удаляют геморроидальные узлы единым блоком (снаружи внутрь). Но несмотря на полученные хорошие результаты мы склонны к мнению о том, что это возможно при геморрое 2–3 стадии. Из особенностей техники геморроидэктомии аппаратом LigaSure следует отметить, что для достижения надежного гемостаза необходимо производить двухмоментную коагуляцию сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла. Следует избегать чрезмерно глубокого захвата внутреннего геморроидального узла из-за опасности повреждения волокон внутреннего сфинктера. При удалении наружных геморроидальных узлов, мы вначале рассекаем перианальную кожу игольчатым коагулятором для визуализации волокон внутреннего сфинктера во избежание их захвата между браншами инструмента. При отсутствии четких границ между геморроидальными узлами, то есть при так называемом циркулярном геморрое возникают технические трудности для выполнения геморроидэктомии аппаратом LigaSure. В последующем мы попытаемся разработать показания и усовершенствовать технику операции для подобных ситуаций.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные нами предварительные результаты свидетельствуют о том, что применение аппарата LigaSure позволяет сократить продолжительность хирургического вмешательства. Снижается выраженность послеоперационного болевого синдрома и частота рефлектор-

ной задержки мочеиспускания. Ни в одном наблюдении не отмечено возникновения послеоперационных кровотечений. Предварительные результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности, малой травматичности и безопасности нового метода геморроидэктомии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский В.А. Магомедов М.Г. Ультразвуковые аппараты для хирургической мобилизации. Эндоскопическая хирургия, 2003, с. 43–45.
2. Сажин В.П., Госткин П.А., Сяткин Д.А. Сравнительные аспекты электрохирургической и традиционной геморроидэктомии. Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1 съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, ГП "Перспектива", СамГМУ, 2003, с. 124–126.
3. Соболева С.Н. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя. Дисс. к.м.н., СПб., 2004.
4. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Галлямов А.Х., Ахмеров Р.Р., Багаутдинов Ф.З. Оперативное лечение геморроя с использованием электрохирургического генератора "LigaSure". Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1 съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, ГП "Перспектива", СамГМУ, 2003, с. 134–136.
5. Chung Y.C., Wu H.J. Clinical experience of sutureless closed hemorrhoidectomy with LigaSure. Dis. Colon Rectum, 2003 46(1):87–92.
6. Franklin E.J., Seetharam S., Lowney J., Horgan P.G. Randomized clinical trial of Ligasure vs conventional diathermy in hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum, 2003, 46(10): 1380–1383.
7. Jayne D.G., Botterill I., Ambrose N.S., Brennan T.G., Guillou P.J., O'Riordain D.S. Randomized clinical trial of LigaSure versus conventional diathermy for day-case haemorrhoidectomy. Br. J. Surg., 2002, 89(4):428–432.
8. Lawes D.A., Palazzo F.F., Clifton M.A. The use of LigaSure haemorrhoidectomy in patients taking oral anticoagulation therapy. Colorectal Dis., 2004, 6(2):111–112.
9. Milito G., Gargiani M., Cortese F. Randomised trial comparing LigaSure haemorrhoidectomy with the diathermy dissection operation. Tech. Coloproctol., 2002, 6(3):171–175.
10. Palazzo F.F., Francis D.L., Clifton M.A. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy. Br. J. Surg., 2002, 89(2):154–157.
11. Sayfan J., Becker A., Koltun L. Sutureless Closed Hemorrhoidectomy: A New Technique. Ann. Surg., 2001, 234(1):21–24.
12. Thorbeck C.V., Montes M.F. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of Ligasure compared with Milligan-Morgan operation. Eur. J. Surg., 2002, 168(8–9):482–484.

# МЕСТО ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Д.м.н. Кузьминов А.М., проф. Орлова Л. П., к.м.н. Зароднюк И. В., Фоменко О. Ю., Чуприна С. В.

Кафедра колопроктологии РМАПО  
ФГУ "ГНЦ Колопроктологии РОСЗДРАВА"

(заведующий кафедрой и директор ГНЦК – академик РАМН,  
проф. Воробьев Г. И.) г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Ректоцеле представляет собой дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) и/или по задней полуокружности прямой кишки (заднее ректоцеле) [5]. Переднее ректоцеле может быть представлено как изолированная форма, или в сочетании с задним ректоцеле и внутренней инвагинацией слизистой оболочки кишечной стенки, что вызывает невозможность полноценного и самостоятельного опорожнения прямой кишки. Распространенность заболевания по данным разных авторов составляет от 7 до 56,5 % среди женщин, имеющих жалобы на нарушения опорожнения [1,4,5,6]. Несмотря на большое количество и разнообразие способов хирургической коррекции ректоцеле, частота неудовлетворительных результатов по данным авторов составляет от 6,7% до 50,1% [1,4,8].

Наиболее часто применяемым способом хирургического лечения ректоцеле является передняя леваторопластика, выполняемая как промежностным, так и трансвагинальным доступами. При данной методике происходит укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса стенки кишки только по передней по-

лукокружности. Существенным недостатком леваторопластики является сохранение циркулярного пролапса стенки прямой кишки, приводящего к нарушению дефекации [4].

Наличие значительного количества различных методов ликвидации ректоцеле свидетельствует о том, что проблема лечения данной нозологии пока еще не решена, что связано со сложностью патогенеза и особенностью каждого типа ректоцеле. Остается не уточненным вопрос дифференцированного патогенетически обоснованного подхода к выбору объема оперативного вмешательства в зависимости не только от степени, но и от уровня и вида ректоцеле, что возможно определить с помощью современных методик диагностики [5]. Также ведется поиск новых высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения.

В последнее время с конца 90-х годов получил распространение новый трансанальный способ лечения ректоцеле с использованием степлерного аппарата. Впервые этот метод предложил А. Лонго в 1993 г. для лечения хронического геморроя, который в дальнейшем стал с успехом применяться и при ректоцеле [5,6].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГНЦ Колопроктологии с 2001 г. по декабрь 2005 г. накоплен опыт лечения 48 пациенток с различными степенями ректоцеле, которым была выполнена трансанальная эндоректальная циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки с помощью сшивающего аппарата РНН-33 и ЕЕА-31. Возраст больных колебался от 25 лет до 69 лет. Средний возраст составил  $49,1 \pm 7,62$  лет. Всем пациенткам после опроса и сбора анамнеза как до, так и после операции выполнялось комплексное обследование в объеме:

- клинический осмотр, включающий вагинальное и ректальное исследование,
- ректороманоскопия,

- дефекография,
- функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки (манометрия, сфинктерометрия, миография),
- эндоректальное ультразвуковое исследование.

Наиболее характерными жалобами у пациенток были чувство неполного опорожнения прямой кишки и затрудненная дефекация, что отмечено в 100% случаев. При этом, 27 пациенток (54,2 %) отмечали необходимость применения ручного пособия (трансвагинально или промежностно) для облегчения акта дефекации, а каждая вторая прибегала к ежедневному использованию микроклизм или слабительных препаратов для опорожнения кишки.

Для формулирования диагноза мы использовали ГНЦ Колопроктологии [5] по трем степеням заболевания (табл. 1).

**Таблица 1.** Распределение больных по степеням ректоцеле (n=48)

Степень ректоцеле	Число больных	
	Абс.	%
1	3	6,3
2	28	58,3
3	17	35,4
<b>Всего</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Степень ректоцеле мы подтверждали рентгенологическим исследованием прямой кишки- дефекографией. Характерное выпячивание прямой кишки во влагалище было выявлено у всех больных, при этом размеры выпячивания варьировали от

1,5 до 9 см. Наряду с размером ректоцеле при дефекографии оценивались и другие показатели эвакуаторной функции прямой кишки и характерные изменения кишечной стенки (табл. 2).

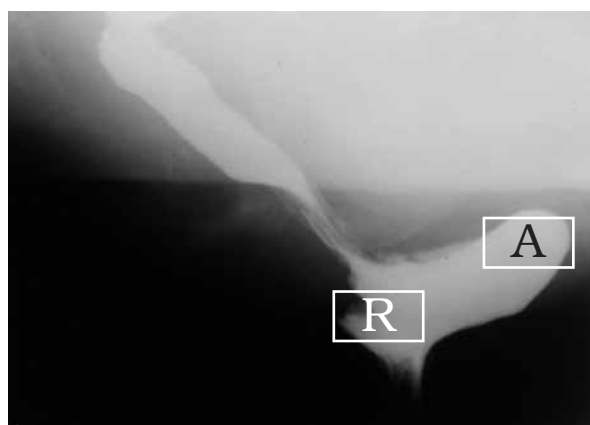
**Таблица 2.** Показатели дефекографии больных до операции (n=37)

Показатели	1 степень (n=2)	2 степень (n=20)	3 степень (n=15)
Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки	1 (2,7%)	18 (48,6%)	14 (37,8%)
Избыточная складчатость слизистой прямой кишки	—	3 (8,1%)	7 (18,9%)
Внутренняя инвагинация задней стенки прямой кишки	—	3 (8,1%)	3 (8,1%)
Заднее ректоцеле	—	2 (5,4%)	4 (10,8%)
Спазм пуборектальной мышцы	—	2 (5,4%)	—

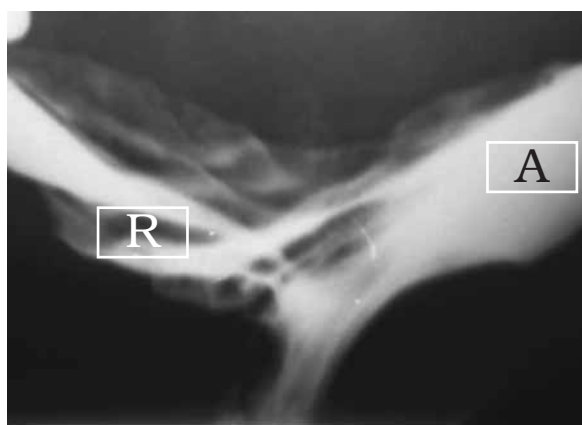
При анализе дефекографии (n=37) нарушения эвакуаторной функции прямой кишки (увеличение времени опорожнения и остаточного объема прямой кишки) выявлено у 34 пациенток (91,9%), из них с 1 степенью ректоцеле – у 1 (2,7 %) больной, со 2 степенью – у 18 (48,6 %) и с 3 степенью – в 14 (37,8%) случаях. У 6 (16,2%) больных выявle-

но заднее ректоцеле (выпячивание задней стенки прямой кишки при натуживании максимальным размером до 2,5 см) и в 10 (27%) случаях – избыточная складчатость слизистой оболочки кишки по задней полуокружности (рис. 1).

Внутренняя инвагинация задней стенки прямой кишки определена у 6 (16,2 %) пациенток (рис 2).

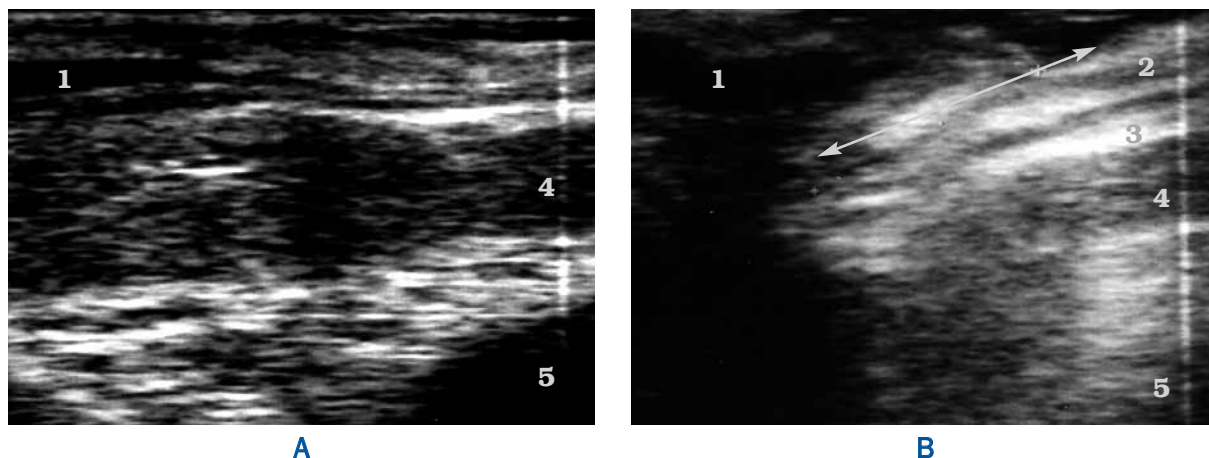


**Рисунок 1.** Дефекография в фазе натуживания. А – переднее ректоцеле, В – заднее ректоцеле



**Рисунок 2.** Дефекография в фазе натуживания. А – ректоцеле, В – внутренняя инвагинация задней стенки прямой кишки





**Рисунок 3.** Эндоректальная ультрасонограмма. А – фаза покоя, В – фаза натуживания (1- внутренний сфинктер, 2- стенка прямой кишки, 3- ректовагинальная перегородка, 4- влагилице, 5- мочевого пузыря, стрелкой указан размер пролапса)

С целью визуализации характерного выпячивания стенки прямой кишки при натуживании, оценки состояния кишечной стенки, леваторов и ректовагинальной перегородки у 25 больных до операции проводилось ультразвуковое исследование линейным ректальным датчиком частотой 7,5 МГц. При эндоректальном ультразвуковом исследовании пролабирование передней стенки прямой кишки в преддверие влагилица выявлено у 14 (56%), размеры этого выпячивания составляли от 7,5 до 40 мм (рис. 3).

У 12 больных (48,0%) отмечено циркулярное утолщение стенки нижеампулярного отдела прямой кишки до  $3,5 \pm 0,5$  мм (норма 2 мм) за счет увеличения слизисто-подслизистого слоя. Избыточная складчатость слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки по задней полуокружности определена у 9 (36,0%) больных (рис.4).

При оценке леваторного аппарата уменьшение толщины леваторов менее 1 см выявлено только у 4 (16%) больных со 2 и 3 степенью ректоцеле. В остальных случаях толщина составляла в среднем 15мм, что свидетельствует об отсутствии каких-либо структурных изменений леваторов, в связи с чем структурные изменения леваторов не имеют первостепенного значения в патогенезе ректоцеле.

Большее значение имеет угол соединения леваторов, т.е. степень расхождения их ножек (табл.3).



**Рисунок 4.** Ультрасонограмма задней стенки прямой кишки с избыточной складчатостью

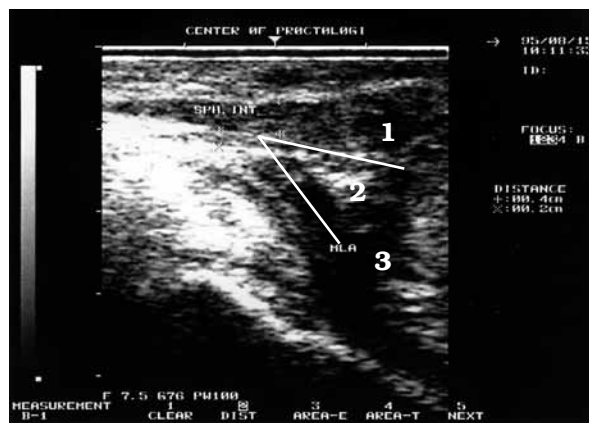
Мы провели сравнительную оценку этих показателей у больных со 2 и 3 степенью ректоцеле и выявили, что при 3 степени заболевания угол соединения леваторов со сфинктером уменьшается, что свидетельствует об увеличении степени расхождения ножек леваторов. Таким образом, расхождение леваторов более выражено при максимальной степени выпячивания стенки кишки, что является второстепенным и провоцируется постоянным перерастяжением и выбуханием

**Таблица 3.** Показатели угла соединения леваторов со сфинктерным аппаратом прямой кишки в зависимости от степени ректоцеле

Степень ректоцеле	Угол соединения ножки леватора с внутренним сфинктером (градусы)	
	слева	справа
2	$39,1 \pm 13,9$	$39,8 \pm 8,3$
3	$30,8 \pm 7,0$	$32,0 \pm 9,0$

прямой кишки во влагалище, при этом толщина леваторов мало изменяется (рис. 5).

Важным методом комплексного обследования больных ректоцеле является оценка функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки. У всех больных до операции (n=25) отмечено некоторое снижение сократительной способности запирающего аппарата прямой кишки, при этом у пациенток отсутствовали характерные для анальной инконтиненции жалобы. Снижение тонуса и волевых сокращений свидетельствует о наличии слабости мышц запирающего аппарата прямой кишки из-за частого длительного неэффективного натуживания на фоне ее частичного опорожнения. При оценке ректо-анального рефлекса выявлено, что у всех больных отмечена тенденция к увеличению времени и амплитуды рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера и увеличению порога данного рефлекса наружного сфинктера, что связано с постоянным раздражением всего сфинктерного аппарата пролабирующим сегментом кишечной стенки с каловыми массами, находящимися в прямой кишке после ее частичного опорожнения (табл. 4).



**Рисунок 5.** Ультрасонограмма анального канала (эндоректальное исследование)  
(1-внутренний сфинктер; 2- угол соединения леватора с внутренним сфинктером; 3- леватор)

**Таблица 4.** Параметры электроманометрии у больных ректоцеле до операции (n=21).

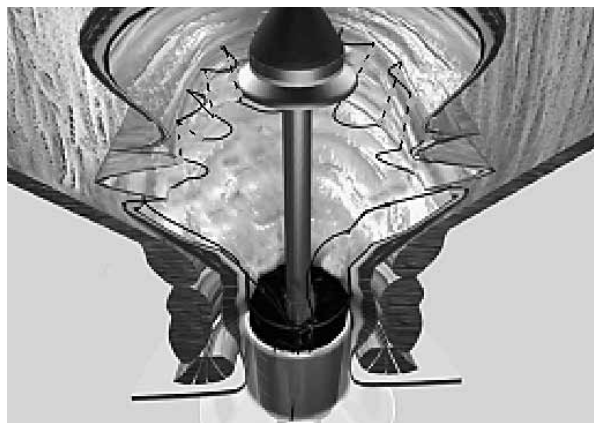
Параметры		Норма	1 степень	2 степень	3 степень
Наружный сфинктер	Давление (мм рт.ст.)	35,9 ± 4,2	30,5 ± 12,5	32,9 ± 9,3	32,20 ± 10,8
	Порог рефлекса (см/куб)	19,2 ± 4,2	30,0 ± 20,0	23,1 ± 5,0	25,8 ± 8,2
	Амплитуда рефлекса (мм рт.ст.)	8,4 ± 2,8	6,0 ± 1,0	7,9 ± 5,3	5,1 ± 1,5
	Длительность (сек)	7,9 ± 2,1	4,0 ± 0,1	4,9 ± 2,4	5,1 ± 1,1
Внутренний сфинктер	Давление (мм рт.ст.)	56,9 ± 3,9	53,6 ± 13,5	53,0 ± 10,7	54,4 ± 10,0
	Порог рефлекса (см/куб)	18,5 3,8	30,0 ± 20,0	19,2 ± 6,7	20,0 ± 8,0
	Амплитуда рефлекса (мм рт.ст.)	23,5 ± 2,7	29,0 ± 3,0	25,1 ± 8,9	27,3 ± 8,9
	Длительность (сек)	13,6 ± 2,2	14,0 ± 3,0	26,5 ± 9,7	27,3 ± 8,0
Порог чувствительности кишки (мл)		25,4 ± 2,8	15,0 ± 5,0	17,0 ± 5,6	18,9 ± 7,9

Всем пациенткам была выполнена эндоректальная циркулярная резекция слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. К вмешательствам больных готовили при помощи очистительных клизм. Операции выполнялись под эпидурально-сакральной анестезией. Положение больной на операционном столе на спине, ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах, приведены к животу, уложены на подставки. Прямая кишка и влагалище обрабатывались антисептическим раствором.

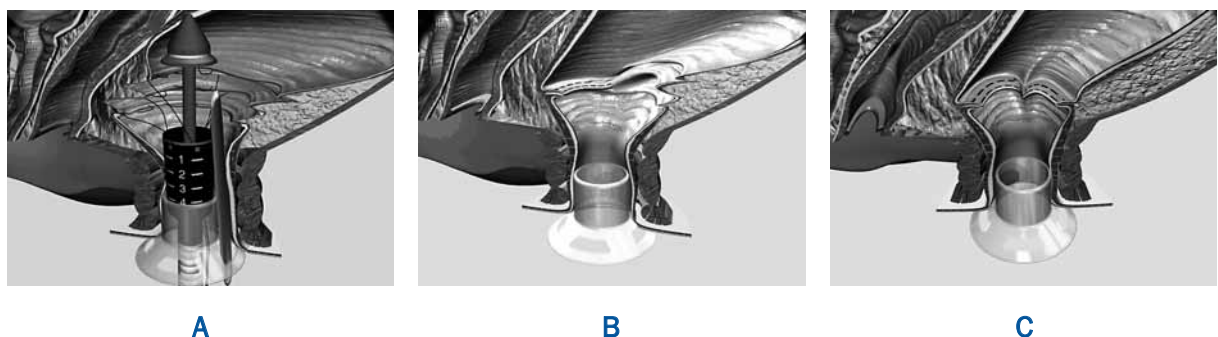
При наличии ректоцеле 1 и 2 степени, когда размеры выпячивания не превышали 4 см по данным обследования, была использована модифицированная нами методика слизистой-подслизистой резекции прямой кишки, преимуществом

которой является возможность ликвидации участка стенки шириной до 4–5 см при применении только одного сшивающего аппарата. Отличительной особенностью предложенной модификации от методики А. Лонго является наложение одного циркулярного кисетного шва, при этом по передней полуокружности накладывали непрерывный кисетный шов в поперечном зигзагообразном направлении с захватом наибольшего участка избытка слизистой оболочки прямой кишки (рис. 6), а по задней полуокружности в линейном направлении. Этот прием позволял ликвидировать имеющийся пролапс стенки кишки шириной до 4–5 см. По задней полуокружности прямой кишки мы накладывали шов в линейном направлении.

После этого в анальный канал вводился циркулярный одноразовый сшивающий аппарат и производили резекцию циркулярного пролабирующего участка слизистой-подслизистого слоя и истонченных структур стенки кишки, что обеспечивало одновременное иссечение избытка слизистой-подслизистого слоя и формирование соединительно-мышечного каркаса стенки кишки, при этом в зону резекции входили мышечный слой стенки кишки. При наличии выраженного циркулярного пролапса стенки прямой кишки более 4 см (что соответствует 3 степени ректоцеле) использовалась методика А. Лонго, при которой накладывали поочередно 2–3 полукисетных шва в зависимости от выраженности пролапса сначала по передней полуокружности с целью захвата всего пролабирующего участка стенки кишки и производили его резекцию. А затем накладывали 1–2 полукисета по задней полуокружности и также производили резекцию этого участка. При этом операция осуществлялась при помощи двух сшивающих аппаратов, что повышает материальные затраты на операцию в 2 раза (рис.7).



**Рисунок 6.** Схема модифицированного кисетного шва по передней полуокружности при выполнении ЭСПР прямой кишки



**Рисунок 7.** Схема ЭСПР прямой кишки по методике А. Лонго (А – наложение полукисетов по передней полуокружности, В – вид после резекции передней полуокружности, С – окончательный вид после операции)

А также следует отметить, что при выпячивании стенки прямой кишки более 6 см и значительным расхождением леваторов данная операция сочеталась с выполнением передней леваторопластики промежностным доступом с целью дополнительного укрепления ректовагинальной перегородки (патент №. 2252712 от 27.05.2005 г. "Комбинированный хирургический способ лечения ректоцеле".) Интраоперационных осложнений при выполнении ЭСПР прямой кишки не выявлено. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 8 (16,6 %) пациентов. В раннем послеоперационном периоде у 1 (2,1%) пациентки спустя 6 часов после операции диагностировано кровотечение, что потребовало повторной операции. При ревизии анастомоза отмечено пульсирующее поступление крови между танталовыми скрепками в проекции 7 часов, выполнено прошивание кровоточащего сосуда восьмьюоб-

разными швами, общая кровопотеря составила 350 мл, гемодинамических нарушений не отмечено. В последующем послеоперационный период у этой больной протекал без особенностей. В 1 случае (2,1%) отмечена аллергическая реакция на танталовые скобки, проявляющаяся в повышении температуры до 37,7 С, умеренном болевом синдроме и выраженном отеке в области анастомоза. Пациентке проводилась антигистаминное и местное противовоспалительное и гормональное лечение, все симптомы аллергической реакции купированы в течение 2 недель. У 3 (6,2%) пациенток наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания, у 4 (8,3%) больных выявлен в послеоперационном периоде отек наружных геморроидальных узлов, при этом у одной больной наблюдалось сочетание двух осложнений. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями (табл. 5).

**Таблица 5.** Характер осложнений в раннем послеоперационном периоде

Виды осложнений	Число больных	
	Абс.	%
Кровотечение	1	2,1
Анастомозит аллергического характера	1	2,1
Отек наружных гем. узлов	4	8,3
Рефлекторная задержка мочеиспускания	3	6,2
Всего	8	16,6

Также следует отметить, что в первые 2–3 суток у 8 (16,6%) больных отмечено повышение температуры до 37,5 С, что связано с обширной зоной резекции в прямой кишке. Это явление самостоятельно купировалось и не потребовало дополнительных консервативных мероприятий, в связи с чем его можно считать как особенность послеоперационного течения после выполнения данной операции.

Отдаленные результаты лечения с помощью данной методике изучены у 40 больных. Сроки наблюдения составили от 2-х до 24 месяцев. По данным клинических наблюдений уже через 1–2 недели происходит постепенная нормализация опорожне-

ния прямой кишки, пациенты не прибегают к использованию ручного пособия при дефекации, применению очистительных клизм и слабительных препаратов, при этом субъективно отмечают удовлетворение от опорожнения прямой кишки и считают его адекватным и полным. В тоже время у 11 больных (22,9 %) отмечается чувство неполного опорожнения, уменьшающееся на фоне проводимой консервативной терапии и уже спустя 3 месяца сохраняющееся у 4 (8,3%) больных и постепенно нивелирующееся.

С целью объективизации полученных результатов пациентам в отдаленном послеоперационном периоде проводилась дефекография (табл.6).

**Таблица 6.** Показатели дефекографии до и после операции

Показатели	До операции	После операции
Выпячивание стенки прямой кишки	137 (100%)	4 (10,8%)
Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки	33 (89,1%)	1 (2,7%)
Избыточная складчатость слизистой прямой кишки	10 (27,1%)	–
Внутренняя инвагинация прямой кишки	6 (16,2%)	1 (2,7%)
Заднее ректоцеле	6 (16,2%)	–

При анализе дефекографии после операции у 33 (89,1%) больных не отмечено ранее выявленное выпячивание стенки прямой кишки и у 4 (10,8%), ранее имевших ректоцеле 3 степени, сохранялось выпячивание стенки прямой кишки во владалище до 2,0 см, при этом нарушения опорожнения прямой кишки в послеоперационном периоде не отмечены ни у одной больной. Ни в одном случае не отмечено избыточной складчатости и заднего ректоцеле у пациентов после оперативного вмешательства. У 1 (2,7%) пациентки сохранились рентгенологические признаки внутренней инвагинации прямой кишки, что, скорее всего, связано с более низкой зоной резекции (1,5 см выше зубчатой линии), в остальных слу-

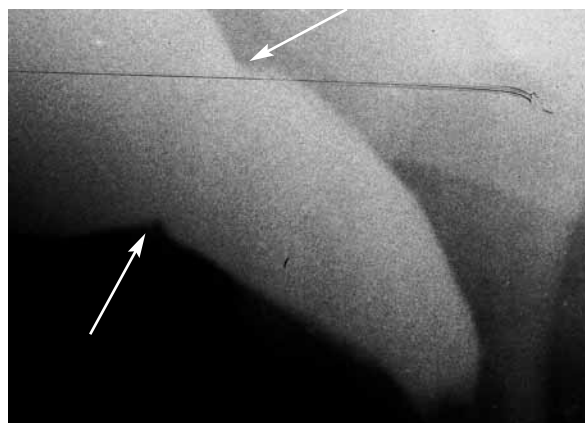
чаях зона анастомоза располагалась в 3–5 см выше зубчатой линии (рис.8).

При ультразвуковом исследовании прямой кишки у всех оперированных больных отсутствовали ранее выявленные пролабирование стенки прямой кишки в преддверие владалища и избыточная циркулярная складчатость слизистой оболочки прямой кишки. При этом четко визуализировался анастомоз в нижеампулярном отделе, где было выявлено утолщение стенки прямой кишки ( $3,6 \pm 1,3$  мм) за счет мышечного слоя.

При сравнительной оценке электрофизиологических данных до и после операции отмечается снижение амплитуды и времени релаксации внутреннего сфинктера при отсутствии изменений



**A**



**B**

**Рисунок 8.** Дефекография в фазе натуживания (А- до операции, В – после операции через 3 месяца, стрелками указана зона анастомоза)

**Таблица 7.** Параметры электроманометрии до и после операции

Параметры функционального исследования запирательного аппарата прямой кишки	Нормальные показатели	До операции	После операции
<b>Порог рефлекса (см/куб)</b>			
Наружный сфинктер	19,2±4,2	24,9±7,9	20,0±5,0
Внутренний сфинктер	18,5±3,8	20,5±8,6	20,0±7,5
<b>Амплитуда рефлекторного ответа (мм рт. ст.)</b>			
Наружный сфинктер	8,4±2,8	6,5±3,3	4,5±0,8
Внутренний сфинктер	23,5±2,7	27,0±8,5	16,3±4,8
<b>Время ответа (сек)</b>			
Наружный сфинктер	7,9±2,1	4,9±1,7	4,5±1,3
Внутренний сфинктер	13,6±2,2	17,0 ±4,0	13,7±1,4

со стороны наружного сфинктера. Этот факт свидетельствует об улучшении адаптационной функции прямой кишки и нормализации рефлекторных ответов со стороны внутреннего сфинктера (табл 7).

Результаты полученного обследования оценивались комплексно по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные.

- Хорошие – отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле;
- Удовлетворительные – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия. Сохранение выпячивания кишки во влагалище в размере до 2 см по данным инструментальных обследований;

- Неудовлетворительные – сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле по данным обследований.

На основании комплексного обследования хорошие результаты отмечены у 73,0 % больных. При этом большая часть хороших результатов наблюдалась у больных, имевших до операции размеры ректоцеле в пределах 4–5 см. Удовлетворительные результаты отмечены у 27 %, но наличие незначительного выпячивания по дефекографии выявлено только у 4 (8,3%) больных из 11 (22,9 %), которым необходимо применение консервативной терапии, в частности корректирующей диеты.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В основе механизма образования ректоцеле на ранних стадиях, по нашему мнению, лежат микроразрывы продольной мышцы подслизистого слоя, формирующиеся под действием различных травматических факторов (роды, запоры и др.), что приводит при натуживании к избыточному пролабированию и подвижности слизисто-подслизистой основы, перерастяжению и расхождению непосредственно мышечной оболочки прямой кишки. В дальнейшем происходит истончение всей стенки кишки, формирование грыжеподобного дефекта в подслизисто-мышечном слое и образование дивертикулоподобного выпячивания стенки кишки во влагалище. При прогрессировании заболевания длительное перерастяжение и пролабирование стенки прямой кишки приводит и к расхождению передних порций леваторов и изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза, что и подтверждается полученными данными ультразвукового исследования прямой кишки [8, 10]. При выполнении леваторопластики происходит укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса стенки кишки только по передней полуокружности [1, 3, 4, 5, 6, 7, 9], сохраняется циркулярный пролапс стенки прямой кишки, приводящий к нарушению дефекации. При

известных трансанальных способах хирургической коррекции ректоцеле происходит, как правило, ликвидация только пролапса слизистой оболочки прямой кишки по передней полуокружности без укрепления кишечной стенки и сшивания истонченных ее структур. Также при данных методиках велика вероятность ретракции низведенного лоскута стенки кишки, что повышает риск развития гнойно-воспалительных осложнений [6, 9].

В основе предлагаемого трансанального метода лежит одновременная резекция пролабирующего слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки и истонченных анатомических структур с ликвидацией дефекта мышечного слоя стенки кишки, сшиванием неизмененных мышечных структур стенки кишки механическим швом и формированием соединительно-мышечного каркаса стенки прямой кишки, таким образом воздействуя на основные этиопатогенетические особенности развития ректоцеле. Преимуществами циркулярной ЭСПР прямой кишки являются: малая травматичность хирургического пособия, невыраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации больных [6, 7, 8, 9].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При ректоцеле 1 и 2 степени, когда дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки не превышает 4 см по данным обследования, показано выполнение модифицированной эндоректальной циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки. При ректоцеле, размеры которого составляют от 4 до 6 см, показано выполнение ЭСПР прямой

кишки по методике, предложенной А. Лонго с использованием двух сшивающих аппаратов. При наличии ректоцеле размерами свыше 6 см целесообразно выполнение данной методики с дополнительным укреплением ректовагинальной перегородки (леваторопластика, пластика ректовагинальной перегородки с помощью синтетической сетки).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев М. Ш. Клиника, диагностика и лечение ректоцеле. Дисс. к.м.н., Алма-Ата, 1989, с. 73–78, 114–128.
2. Аитова Л. Р. Определение морфофункциональных изменений дистального отдела прямой кишки и замыкательного аппарата у больных ректоцеле и обоснование методов хирургической коррекции. Дисс., к. м. н., Уфа, 2000, с. 27–80.
3. Зароднюк И. В. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных. Радиология-практика, 2004, 2, с.26–30.
4. Мудров А. А. Хирургическое лечение ректоцеле перинеально-анальным доступом. Дисс. к.м.н., М., 2003, с. 115–132.
5. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001, с. 203–209.
6. Altomare D.F., Rinaldi M, Veglia A., Petrolino M., De Fazio M., Sallustio P. Combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler: a novel surgical technique. Dis Colon Rectum, 2002, (11), 1549–1552.
7. Ayav A., Bresler L., Brunaud L., Boissel P. Long-term results of transanal repair of rectocele using linear stapler. Dis Colon Rectum. 2004, 47(6), 889–894.
8. Boccasanta P., Venturi M., Calabro G., Trompetto M., Ganio E. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. Tech. Coloproctol, 2001, 5(3), 149–156.
9. Boccasanta P., Venturi M., Salamina G., Cesana B., Bernasconi F., Roviato G. New trends in the surgical treatment of outlet obstruction: clinical and functional results of two novel transanal stapled techniques from a randomised controlled trial. Int. J. Colorectal. Dis. 2004, 19(4), 359–69.
10. Gorsch R. W. Proctologic anatomy. Baltimore, 1955; 21–23, 35–42.
11. Khubchandani I.D., James AS., Jonh J.S., Ayman R.H. Endorectal repair of rectocele. Dis. Colon Rectum, 1983, 26, 792–796.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

К.м.н. Головенко О.В., доцент, к.м.н. Михайлова Т.Л., Ильющенко Е.С.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава" (заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН, проф., д.м.н. Воробьев Г.И.), г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Язвенный колит (ЯК) по-прежнему представляет серьезную медицинскую и социальную проблему вследствие увеличения заболеваемости, преимущественного поражения лиц молодого, трудоспособного возраста, серьезных осложнений, приводящих к ранней инвалидности [1,2,4,11]. Традиционно считается, что ЯК – это болезнь людей молодого возраста, однако в последние годы отмечается увеличение заболеваемости среди пациентов старшей возрастной группы, у которых первые симптомы заболевания возникли после 60 лет [6–10]. Больные ЯК старшего возраста составляют 1,7% – 4,6% от всех случаев ЯК [6–10,12]. Японские авторы считают, что клинические проявления заболевания у больных пожилого возраста более легкие по сравнению с молодыми пациентами и у большинства из них удается добиться клинической ремиссии. Лечение пожилых пациентов должно проводиться по тем же схемам, что и больных молодого возраста. Однако, с учетом различной эффективности лекарственных препаратов и сопутствующих заболеваний [6]. Американские специалисты у этой категории больных отмечают тен-

денцию к преимущественному поражению левых отделов толстой кишки. По их мнению, течение ЯК и базисные принципы терапии в гериатрической популяции такие же, как у молодых пациентов. В то же время, у пожилых больных могут возникать проблемы дифференциальной диагностики и выбора оптимальной схемы консервативного лечения [9]. В Греции у пожилых больных по сравнению с молодыми пациентами реже выполняются колэктомии (6,25% против 22,3%;  $P=0,0268$ ), отсутствуют случаи колоректального рака, но более высокий показатель смертности. Авторы предполагают, что эти клинические особенности могут быть обусловлены особым фенотипическим вариантом ЯК, который характерен для больных пожилого возраста [12]. В Швеции также отмечена тенденция к поражению левых отделов толстой кишки у больных пожилого возраста [8]. Отечественными специалистами проблема ЯК у больных пожилого возраста изучена плохо.

Цель исследования: изучить клинические особенности ЯК у больных пожилого возраста.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования были 80 больных ЯК, у которых первые симптомы заболевания возникли после 60 лет. В этой группе мужчин было 42 (52,5%), а женщин – 38 человек (47,5%). Возраст больных на момент появления первых симптомов ВЗК колебался от 61 года до 80 лет. Средний возраст составил 66,8 лет.

Заключительный клинический диагноз ЯК выставлялся на основании совокупности клинических, эндоскопических и гистологических признаков. Эндоскопический диагноз ЯК верифицировался в случае выявления при колоноскопии диффузного язвенного поражения слизистой обо-

лочки толстой кишки с обязательным вовлечением в патологический процесс прямой кишки; контактной или спонтанной кровоточивости слизистой оболочки; зернистости слизистой оболочки; отсутствия сосудистого рисунка; эрозий и/или мелких язв слизистой оболочки толстой кишки, покрытых фибрином. Гистологический диагноз ЯК выставлялся на основании деформации крипт, крипт-абсцессов, эрозий, уменьшения количества бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарной инфильтрации собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность ЯК от появления первых симптомов ВЗК до момента последней госпитализации в ГНЦК колебалась от 1 месяца до 89 месяцев.

Средняя длительность заболевания составила 26,3 месяца.

На момент появления первых клинических сим-

птомов ВЗК у 14 больных (17,6%) выявлено тотальное поражение толстой кишки, у 19 (23,7%) – левостороннее и у 47 (58,7%) – проктосигмоидит. У 4 больных (5,0%) за период времени от появления первых симптомов ЯК до последней госпитализации в ГНЦК отмечена трансформация проктосигмоидита в тотальную форму ЯК.

Первая атака ЯК у 5 больных (6,2%) была тяжелой, у 23 (28,8%) – среднетяжелой и у 52 (65,0%) – легкой. Необходимость использования кортикостероидов при первой атаке возникла только у 5 больных (6,2%). Дальнейшее течение заболевания у 11 больных (13,7%) характеризовалось как хроническое непрерывное, у 69 (86,3%) – как хроническое рецидивирующее. За период болезни от появления первых симптомов ЯК до последней госпитализации в ГНЦК внекишечные осложнения наблюдались у 2 больных (2,5%). В 1 случае (1,2%) выявлена узловатая эритема, в 1 случае (1,2%) – реактивный полиартрит. Периаанальные поражения выявлены у 3 больных (3,75%).

За период болезни от появления первых симптомов ЯК до последней госпитализации в ГНЦК все 80 пациентов в качестве "первой линии терапии" получали пероральные препараты 5-аминосали-

циловой кислоты (Сульфасалазин, Салофальк, Пентаса, Месакол). Суточная доза 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) колебалась от 3,0 г до 4,0 г. Терапия аminosалицилатами оказалась эффективной у 63 больных (78,8%). У 17 пациентов (21,2%) при приеме аminosалицилатов отсутствовала положительная клиническая динамика: сохранялась диарея, кровь в кале, нарастала анемия и метаболические расстройства. Неудовлетворительный терапевтический ответ на аminosалицилаты послужил основанием для усиления противовоспалительной терапии. С этой целью использовались кортикостероидные препараты. Больным был назначен перорально преднизолон в суточной дозе 1 – 1,5 мг/кг массы тела. У 14 больных в этой группе (82,4%) после курса лечения кортикостероидами наступила клинико-эндоскопическая ремиссия. У 2 больных (11,7%) сформировалась гормональная зависимость – при снижении суточной дозы преднизолона ниже 20 мг увеличивалась частота стула и примесь крови в каловых массах. Гормональная резистентность в исследуемой группе констатирована у 1 больного (5,9%). Ему была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного нами исследования клинических особенностей ЯК у пожилых больных свидетельствуют о преобладании у них дистального поражения толстой кишки – проктосигмоидита (58,7%), хронического рецидивирующего течения (86,3%), легких (65,0%) или среднетяжелых (28,8%) атак заболевания. У пожилых пациентов редко происходит трансформация дистальных форм поражения толстой кишки в тотальную форму ЯК (5,0%). У большинства больных отмечается удовлетворительный терапевтический ответ на прием аminosалицилатов (78,8%). В случае назначения кортикостероидных препаратов, у большинства пожилых пациентов удается добиться клинико-эндоскопической ремиссии (82,4%). У них редко формируется гормональная зависимость (11,7%) и гормональная резистентность (5,9%).

Выявленные нами клинические особенности больных ЯК пожилого возраста в России, совпадают с данными зарубежных авторов [9, 12]. Мы считаем, что клинические особенности ЯК у больных пожилого возраста обусловлены их генотипическими особенностями. Результаты исследований последних лет свидетельствуют не только о наличии генетических различий между больными ЯК и БК, но и о существовании генетической гетерогенности непосредственно в группе больных ЯК.

Генетическая гетерогенность больных ЯК является базисом для формирования различных фенотипических вариантов ЯК, отличающихся по локализации и протяженности поражения толстой кишки, характеру кишечных, периааналь-

ных и внекишечных осложнений, терапевтическому ответу на лекарственные препараты [2, 3, 4, 6].

И.Д.Лоранская [3] в своих исследованиях показала, что в Российской популяции аллель DRB1\*01 является генетическим маркером предрасположенности к началу заболевания в молодом возрасте, и к хроническому непрерывному течению язвенного колита; аллель DRB1\*08 положительно ассоциирована с дистальными формами заболевания (проктит и проктосигмоидит) и возникновением его в возрасте 30–49 лет.

В то же время DRB1\*04 – маркер резистентности для левостороннего колита, начала заболевания в возрасте 30–49 лет и хронического рецидивирующего течения язвенного колита.

DRB1\*11 – маркер резистентности для хронического непрерывного течения язвенного колита.

Аллель DRB1\*11 в гомозиготном состоянии является маркером предрасположенности к началу заболевания в 30–49 лет, а гомозиготность по аллели DRB1\*15 подтверждает высокий риск возникновения язвенного колита в 50–70 лет.

Однако, несмотря на успехи генетиков, до сих пор неясно, благодаря каким механизмам генетический полиморфизм влияет на протяженность воспалительных изменений в кишечнике, тяжесть обострений и риск возникновения внекишечных проявлений.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на выявление клинических и генетических особенностей пожилых больных, страдающих ЯК.



## ВЫВОДЫ

1. Клиническими особенностями ЯК у больных старше 60 лет является преобладание ограниченных форм поражения толстой кишки – проктосигмоидита (58,7%) и левостороннего колита (23,7%), а также легких клинических форм заболевания (65,0%).
2. У большинства пожилых больных ЯК отмечается удовлетворительный терапевтический ответ на аminosалицилаты (78,8%) и редко формируется гормональная зависимость и резистентность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М., ГЭОТАР-МЕД, 2001, 500 с.
2. Белоусова Е.А.. Язвенный колит и болезнь Крона. Тверь, 2002, 128 с.
3. Лоранская И.Д. Неспецифические колиты и синдром раздраженной толстой кишки: патогенетические механизмы воспаления, диагностика и прогноз. Дисс. докт. мед.наук, 2001, 188с.
4. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) клиника, диагностика и лечение. М., 2004, 88 с.
5. Almgoy G., Sachar D.B., Bodian C.A., Greenstein A.J. Surgery for ulcerative colitis in elderly persons: changes in indications for surgery and outcome over time. Arch. Surg., 2001, 136(12):1396–1400.
6. Bamba T., Nishiyama Y. Clinical features and management of the elderly patients with ulcerative colitis. Nippon Rinsho, 1999, 2598–2602.
7. Grimm I.S., Friedman L.S. Inflammatory bowel disease in the elderly. Gastroenterol. Clin. North. Am., 1990,19:361–389.
8. Lapidus A. The changing epidemiology of inflammatory bowel diseases. Acta. Gastroenterol. Belg., 2001, 64(2):155–159.
9. Lindner AE. Inflammatory bowel disease in the elderly. Clin. Geriatr. Med., 1999, 15(3):487–497.
10. Piront P., Louis E., Latour P., Plomteux O., Belaiche J. Epidemiology of inflammatory bowel diseases in the elderly in the province of Liege. Gastroenterol. Clin. Biol., 2002, 26(2):157–161.
11. Scholmerich J., Warren B.F. Differential diagnosis and other forms of inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases. Churchill Livingstone., 2003: 199–218.
12. Triantafillidis J.K., Emmanouilidis A., Pomonis E., Cheracakis P., Hereti I., Merikas E., Nicolakis D., Argyros N. Ulcerative colitis in the elderly: clinical patterns and outcome in 51 Greek patients. J. Gastroenterol., 2001, 36(5):312–316.



# ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ

Акад. РАМН, проф. Воробьев Г.И., проф. Шелыгин Ю.А., д.м.н. Фролов С.А., Шахматов Д.Г.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава" (заведующий кафедрой и директор центра – акад. РАМН, проф. Воробьев Г.И.), г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

С 90х годов прошлого столетия операции с использованием видеоэндоскопической техники получили широкое распространение практически во всех областях хирургии, включая колопроктологию. В настоящее время накоплен значительный опыт выполнения лапароскопических вмешательств при заболеваниях толстой кишки. По мнению большинства авторов, лапароскопические операции являются менее травматичными по сравнению с традиционными вмешательствами и имеют ряд преимуществ, таких как менее выраженный послеоперационный болевой синдром, меньшая потребность в анальгетиках, более раннее восстановление функции желудочно-кишечного тракта, меньшая частота развития осложнений и меньшая продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре [12, 13, 19]. Относительными недостатками лапароскопических операций принято считать невозможность выполнения пальпаторной ревизии органов брюшной полости и отсутствие тактильного контроля на наиболее ответственных этапах оперативного вмешательства. По мнению ряда авторов, этих недостатков лишены так называемые лапароскопические операции с ручной ассистенцией, получившие в англоязычной литературе название – HALS (hand-assisted laparoscopic surgery) или handoscopy. В ходе таких операций хирург использует наряду с лапароскопическими инструментами руку, введенную в брюшную полость через специальное герметизирующее устройство. Это позволяет выполнить пальпаторную ревизию, обеспечивает лучшую координацию движений и, как следствие, более надежный гемостаз, меньшую частоту конверсий и меньшую продолжительность вмешательства [9, 23]. Некоторые исследователи указывают на возможность более быстрого овладения навыками лапароскопических вмешательств за счет применения ручной ассистенции [5].

Первые сообщения о лапароскопических операциях с ручной ассистенцией появились в начале 90х годов прошлого столетия [4, 6, 7].

По данным зарубежной литературы, лапароскопические операции с ручной ассистенцией могут быть успешно применены при выполнении нефрэктомии, спленэктомии, желудочного шунтирования, эзофагэктомии, аортобедренного шунтирования, гистерэктомии и ряда других вмешательств [11]. Следует отметить, что к настоящему времени накоплен сравнительно небольшой опыт использования ручной ассистенции при операциях на толстой кишке [3, 5, 9, 10, 14, 16, 17, 18, 21, 22] (табл. 1).

**Таблица 1.** Опыт применения ручной ассистенции в колоректальной хирургии по данным литературы

Автор	Год	Число операций
H. Ou	1995	12
M.J. O'Reilly *	1996	38
W.A. Bemelman	1996	5
SSCS Group *	1999	25
HALS Study Group *	2000	37
E.M. Targarona *	2002	27
K. Nakajima *	2003	33
J.C. Kang *	2004	30
D.E. Rivandeneira	2004	10
Y.J. Chang	2005	66

\*- описан опыт выполнения правосторонних гемиколэктомий



**Рисунок 1.** Устройства для герметизации брюшной полости первого поколения "Pneumo Sleeve" и "Intromit"



**Рисунок 2.** Устройства для герметизации брюшной полости второго поколения

Одним из препятствий к распространению лапароскопических операций с ручной ассистенцией является проблема поддержания пневмоперитонеума в ходе таких вмешательств. Как правило, рука хирурга вводится в брюшную полость через специальное устройство – так называемый "ручной порт", который должен обеспечивать надежную герметичность, легко устанавливаться и удаляться у пациентов с разной толщиной передней брюшной стенки, при этом по возможности не травмировать ткани и не ограничивать свободу движений руки хирурга.

Первые модели таких устройств ("Pneumo Sleeve", "Intromit", "Handport") не удовлетворяли хирургов своей недостаточной герметичностью, а также тех-

ническими трудностями при их установке и функционировании (рис. 1).

Появление "ручных портов" второго поколения ("Lapdisc", "Omniport", "Gelport") (рис. 2) позволило использовать ручную ассистенцию более широко [2].

В то же время остается нерешенным ряд вопросов, касающихся техники выполнения лапароскопических операций с ручной ассистенцией на толстой кишке, в том числе правосторонней гемиколэктомии, не определено оптимальное расположение троакаров и минилапаротомного разреза, а также не разработаны показания и противопоказания к такого рода вмешательствам.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

**В** ГНЦ колопроктологии с февраля по декабрь 2005 ручная ассистенция была применена у 26 пациентов с заболеваниями правой половины ободочной кишки. В большинстве наблюдений (23 из 26) операция выполнена в запланированном объеме.

У 2 больных после минилапаротомии и пальпаторной ревизии решено изменить план вмешательства

из-за местнораспространенного характера опухоли. В обоих случаях применение ручной ассистенции на этапе ревизии помогло более точно определить степень распространенности опухолевого процесса и своевременно перейти на открытый способ операции. Еще у одного больного после мобилизации правых отделов ободочной кишки с использованием ручной ассистенции выявлено интимное прилежа-

**Таблица 2.** Гистологическое строение опухоли

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ОПУХОЛИ	ЧИСЛО (n=26)	
	Абс.	%
Хорошодифференцированная аденокарцинома	2	7,7
Умереннодифференцированная аденокарцинома	16	61,6
Малодифференцированная аденокарцинома	3	11,5
Низкодифференцированная аденокарцинома	2	7,7
Слизистая аденокарцинома	2	7,7
Злокачественная лимфома	1	3,8

ние опухоли восходящей ободочной кишки к правому мочеточнику, от которого удалось отделить опухоль острым путем через лапаротомный доступ. В группе исследования женщин было больше, чем мужчин – 18 из 26. Средний возраст пациентов составил  $68,2 \pm 6,7$  лет (56 – 81 год), 10 из них были старше 70 лет. Следует отметить, что мы разделяем мнение ряда хирургов о том, что пожилой возраст не является противопоказанием к выполнению лапароскопических вмешательств [8, 20]. Все больные оперированы по поводу злокачествен-

ных новообразований толстой кишки. По данным патоморфологического исследования операционных препаратов в большинстве случаев опухоль имела строение умереннодифференцированной аденокарциномы (табл. 2). В 4 случаях диагностированы начальные формы рака. У 16 пациентов опухоль инфильтрировала все слои кишечной стенки, но не наблюдалось поражения лимфатических узлов. У 5 пациентов в регионарных лимфатических узлах выявлены метастазы (табл. 3).

**Таблица 3.** Распределение пациентов по стадиям рака

TNM	СТАДИЯ ПО DUKES	ГРУППА ИССЛЕДОВАНИЯ (n=25)	
		Абс.	%
T1-2N0M0	<b>A</b>	4	16
T3-4N0M0	<b>B</b>	16	64
T3-4N1-2M0	<b>C</b>	5	20

В 6 наблюдениях отмечался умеренно выраженный спаечный процесс в брюшной полости, обусловленный ранее перенесенными операциями (табл. 4). У одной пациентки в анамнезе было два вмешательства на органах брюшной полости.

В 3 наблюдениях произведена сочетаннаяolecистэктомия. Необходимо отметить, что взаиморасположение минилапаротомного разреза и троакаров при правосторонней гемиколэктомии позволяет удалить желчный пузырь без перемещения инструментов.

**Таблица 4.** Характер абдоминальных операций в анамнезе

Характер перенесенной операции	Число пациентов
Аппендэктомия	4
Ампутация матки	2
Грыжесечение по поводу паховой грыжи	1

## ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Во всех случаях операция начиналась с лапароскопической ревизии (рис. 3). На этом этапе уточнялись локализация опухоли, топографо-анатомические взаимоотношения органов брюшной полости, оценивалось наличие и распространенность спаечного процесса.

Важно подчеркнуть, что при лапароскопической ревизии не всегда удается четко определить локализацию ворсинчатой опухоли или аденокарциномы небольших размеров. В нашем исследовании у 6 пациентов опухоль была выявлена лишь при пальпаторной ревизии на этапе ручной ассистенции.

На основании данных, полученных в ходе лапароскопической ревизии, уточнялись места для введения троакаров и выполнения минилапаротомного разреза для ручного порта. При отсутствии потенциальных технических трудностей, в 12 случаях производилось рассечение спаек и частичная мобилизация кишки с опухолью при помощи лапароскопических инструментов, после чего выполнялась минилапаротомия и этап ручной ассистенции. В 14 наблюдениях этап ручной ассистенции был предпринят непосредственно после ревизии. Следует отметить, что такой вариант вмешательства по мере овладения навыками операций с ручной ассистенцией стал применяться чаще, поскольку позволяет в большей степени использовать преимущества метода. Так, проведение пальпаторной ревизии способствует более точному определению степени распространенности опухолевого процесса, в частности, наличие или отсутствие вовлечения соседних структур и органов, а также поражения регионарных лимфатических узлов. Полученная информация помогает избрать адекват-

ный объем мобилизации или своевременно перейти на открытое вмешательство.

Во всех случаях пересечение кишки и формирование межкишечного анастомоза производилось на открытом этапе.

Одним из важных технических аспектов выполнения лапароскопических операций с ручной ассистенцией является обеспечение герметичности брюшной полости и поддержания в ней заданного давления. В ходе первых операций нами применялись импортные устройства – "Омнипорт" и "Ладдиск". Следует отметить, что эти устройства не обеспечивают полной герметичности брюшной полости. Вместе с тем, при их использовании имеется ограничение свободы движений руки и ее утомление (вплоть до развития парестезии). Обращает на себя внимание высокая стоимость "Ладдиска" и "Омнипорта" (400–450 долл. США), что значительно удорожает операцию. Важно подчеркнуть, что эти устройства являются одноразовыми и при повторной стерилизации теряют свои свойства.

В ходе поиска эффективного и экономичного способа герметизации брюшной полости во время ручной ассистенции нами были использованы герметизирующие П-образные провизорные лигатуры. Эта методика проста в использовании, не требует значимых экономических затрат и может быть применена у пациентов с различной толщиной передней брюшной стенки. Однако, при таком способе отмечается активная утечка углекислого газа из брюшной полости, резко усиливающаяся при перемещениях руки, введенной в брюшную полость.

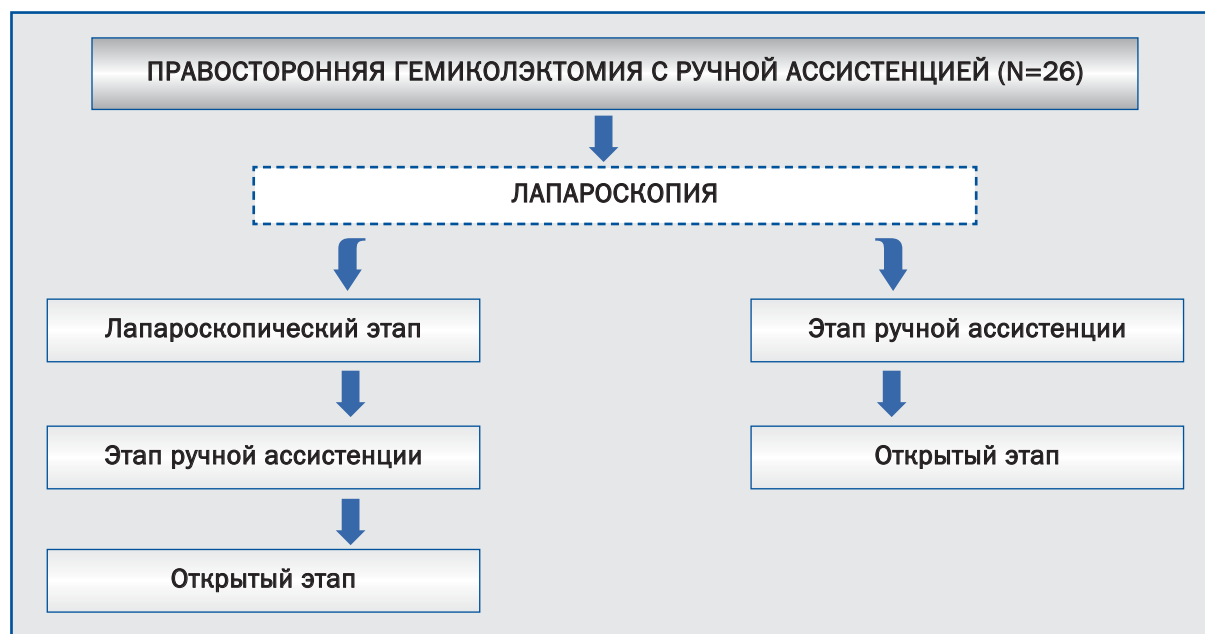


Рисунок 3. Этапы лапароскопических операций с ручной ассистенцией

**Таблица 5.** Сравнение показателей различных герметизирующих устройств

Способ герметизации	потери газа (л/мин)	простота установки и удаления	универсальность	утомление руки	ограничение свободы движений руки	высокая стоимость
Lapdisc, Omniport	2,3	+/_	-	+/_	+	+
Герметизирующие лигатуры	3,5	+	+	-	+	-
Оригинальное устройство	2,2	+	+	-	-	-

Более успешным оказалось применение специально разработанного нами устройства (заявка на изобретение № 2005136171/040398 от 22.11.05), которое имеет низкую стоимость, легко устанавливается и удаляется, не ограничивает свободу движений руки хирурга и характеризуется умеренными потерями углекислого газа (табл. 5). Во всех случаях инсуффляция со скоростью 3 л/мин компенсировала потери газа и позволяла поддерживать стабильное давление в брюшной полости на заданном уровне 12 мм рт. ст.

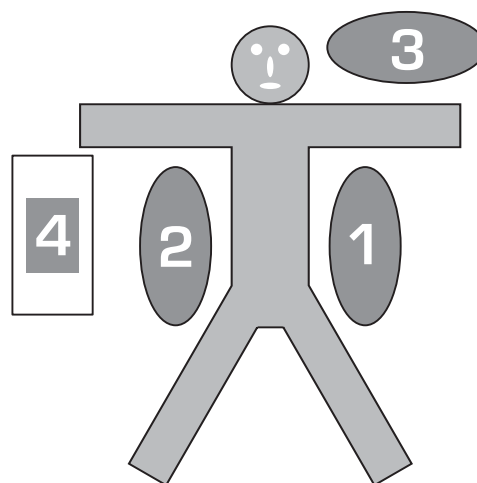
У 3 пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы пневмоперитонеум поддерживался на уровне 8 мм рт. ст. Использование ручной ассистенции позволило выполнить мобилизацию кишки у этих больных без технических сложностей.

Расположение хирургической бригады при выполнении правосторонней гемиколэктомии с ручной ассистенцией принципиально не отличается от аналогичного лапароскопически-ассистируемого вмешательства (рис. 4). Как правило, на этапе ручной ассистенции нет необходимости в ассистенте. В тех случаях, когда требуется его помощь, например, при выполнении сочетанной холецистэктомии, ассистент встает справа от больного. Для формирования анастомоза на открытом этапе вмешательства хирург и ассистент меняются местами.

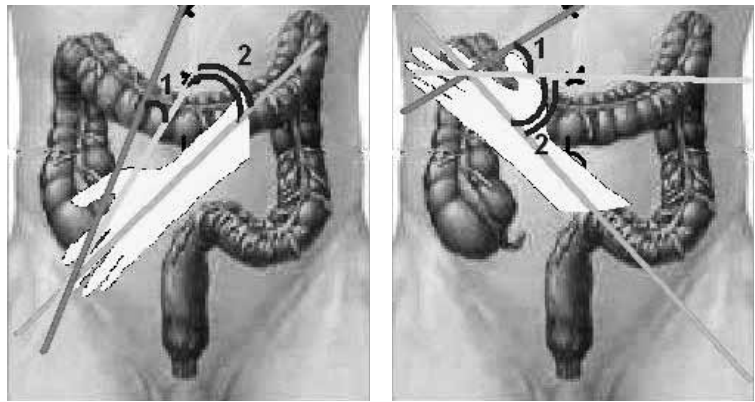
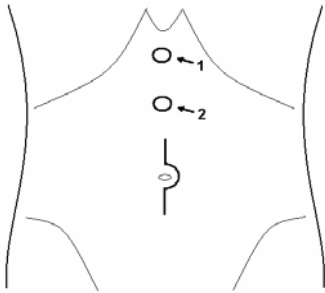
Нами отмечены наиболее частые технические трудности, возникающие в ходе выполнения операций с ручной ассистенцией. При неверном выборе места расположения минилапаротомного разреза и троакаров рука хирурга экранирует область вмешательства, затруднено выведение мобилизованной кишки в рану, не хватает длины инструментов, а в ряде случаев наблюдается так называемый эффект "противодвижения". Следует отметить, что в литературе практически отсутствуют данные о технических аспектах лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с ручной ассистенцией. В единственной встре-

тившейся нам подобной работе М. O'Reilly с соавт. предложил производить косой минилапаротомный разрез в правой подвздошной области для установки порта ручной ассистенции, троакар для камеры вводить в левой мезогастральной области, а рабочий троакар – в области пупка [16]. По нашему мнению, такое взаиморасположение руки, введенной в брюшную полость, камеры и рабочего инструмента не может обеспечить удобной работы в области слепой кишки и илеоцекального перехода.

На этапе отработки лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с ручной ассистенцией, у первых 4 пациентов мы применили следующее расположение минилапаротомного разреза и троакаров. Камеру вводили через троакар, расположенный ниже мечевидного отростка. Рабочий троакар устанавливали по средней линии на



**Рисунок 4.** Расположение хирургической бригады при ПГКЭ (1- хирург, 2- ассистент, 3- оператор, 4- лапароскопическая стойка)



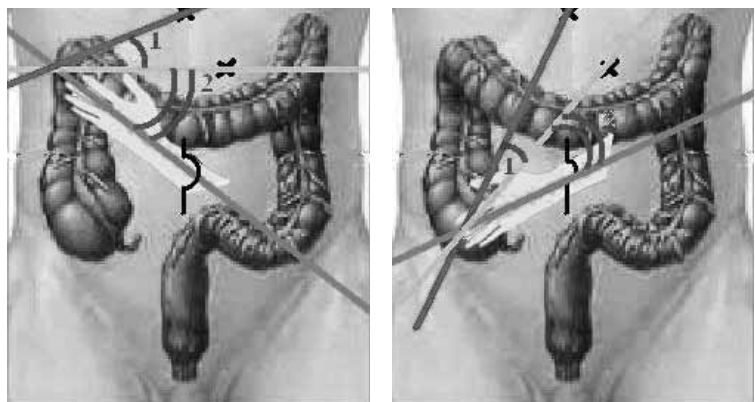
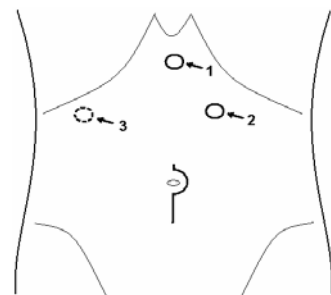
**Рисунок 5.** Расположение минилапаротомного разреза и троакаров при ПГКЭ. Вариант 1.  
(1- камера, 2- рабочий 10 мм троакары)

**Рисунок 6.** Углы между осями инструментов и руки при ПГКЭ. Вариант 1

середине расстояния между мечевидным отростком и пупком. Минилапаротомный разрез производили по средней линии на уровне пупка, обходя последний слева (рис. 5).

Такое расположение троакаров и разреза приводило к тому, что при мобилизации проксимальной части поперечно-ободочной кишки инструмент и ось руки хирурга находились под малоэффективным острым углом, а при мобилизации слепой кишки и терминального отдела тонкой отмечалась конкуренция камеры и инструмента (рис. 6).

С целью преодоления вышеуказанных трудностей, у большинства пациентов нами успешно применено новое расположение минилапаротомного разреза и троакаров (рис. 7). Камера также располагалась ниже мечевидного отростка, но рабочий троакары вводился на 4–5 см левее средней линии, а разрез для ручного порта был смещен ниже. При необходимости (выраженный спаечный процесс, сочетанная холецистэктомия) устанавливался вспомогательный 5мм троакары в правом подреберье.



**Рисунок 7.** Расположение минилапаротомного разреза и троакаров при ПГКЭ. Вариант 2  
(1- камера, 2- рабочий 10 мм троакары, 3- вспомогательный 5 мм троакары)

**Рисунок 8.** Углы между осями инструментов и руки при ПГКЭ. Вариант 2

Это позволило достигнуть максимально эффективного взаиморасположения осей инструмента, руки и камеры (рис. 8). В такой минилапаротомный разрез мобилизованные правые отделы ободочной кишки выводятся без затруднений, а эффекта "противодвижения" не наблюдается.

В одном случае у пациента с большим вертикальным размером живота с целью лучшей визуализации области операции при мобилизации илеоцекального отдела был установлен дополнительный троакары для камеры в правой подвздошной области.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе непосредственных результатов лапароскопических операций с ручной ассистенцией, отмечается небольшой объем кровопотери, отсутствие интраоперационных осложнений, средняя длина разреза составила  $7,6 \pm 1,1$  см (табл. 6). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 2 из 26 пациентов (7,7%). В 1 наблюдении у пациентки с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы отмечен пароксизм мерцательной аритмии, сопровождавшийся транзиторным нарушением мозгового кровообращения, а у другого больного развилась

рефлекторная задержка мочи. После проведения соответствующей терапии указанные нарушения были купированы, пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Восстановление деятельности желудочно-кишечного тракта у большинства пациентов отмечено на 3–4 день после операции. Послеоперационный болевой синдром в группе исследования был не выражен, что отразилось в относительно небольшом расходе обезболивающих средств. Послеоперационный койко-день в среднем составил 8,8 (табл. 6).

Таблица 6. Непосредственные результаты лапароскопических правосторонних гемиколэктомий

Продолжительность операции, (мин)	$170 \pm 27$
Интраоперационная кровопотеря, (мл)	$112 \pm 75$
Интраоперационные осложнения	0
Длина разреза, (см)	$7,6 \pm 1,1$
Восстановление деятельности ЖКТ, (день)	$3,0 \pm 0,9$
Потребность в наркотических анальгетиках (промедол 2%), (мг)	$55,4 \pm 27,3$
Продолжительность применения ненаркотических анальгетиков, (дни) (кетонал 200 мг/сут)	$3,2 \pm 1,1$
Послеоперационный койко-день	$8,8 \pm 2,0$
Частота послеоперационных осложнений	2 (7,7%)
Летальность	0

## ОБСУЖДЕНИЕ

Наш опыт выполнения операций с ручной ассистенцией свидетельствует о возможности применения метода при вмешательствах на любом отделе ободочной кишки. Наиболее удобны для выполнения лапароскопических вмешательств с ручной ассистенцией поражения правых отделов ободочной кишки. В этом случае вышеопи-санное расположение минилапаротомного разреза и троакаров обеспечивает адекватный доступ к илеоцекальному отделу, восходящей и поперечной ободочной кишкам и одновременно возможность беспрепятственного извлечения мобилизованных правых отделов ободочной кишки в рану.

Ряд хирургов, в частности R. Loungnarath и J.W. Fleshman (2003) придерживаются иного мнения [15]. На их взгляд, ручная ассистенция проявляет свои преимущества главным образом при объе-

мных операциях, таких как левосторонняя гемиколэктомия и субтотальная колэктомия, поскольку рука, введенная в брюшную полость через минилапаротомный разрез внизу живота, позволяет быстро и надежно выполнять мобилизацию всех отделов ободочной кишки. Удаление правой половины ободочной кишки, по мнению авторов, целесообразно выполнять лапароскопически.

На наш взгляд, ручная ассистенция обеспечивает более полноценную ревизию, более быструю и безопасную мобилизацию правых отделов ободочной кишки по сравнению с лапароскопически-ассистированной методикой. Эти преимущества имеют особое значение при наличии спаек в брюшной полости, перифокальном воспалении, предлежании опухолей к соседним органам, в том числе к двенадцатиперстной кишке, а также во всех случаях неясной картины заболевания.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение ручной ассистенции при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии обеспечивает дополнительные возможности ревизии, включая оценку состояния регионарных лимфатических узлов, хорошую визуализацию

области вмешательства, а также быструю и безопасную мобилизацию правых отделов ободочной кишки под тактильным контролем. Эта методика сочетает в себе преимущества открытого и лапароскопического вмешательств.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кириакиди С.Ф. "Рука помощи" при лапароскопической холецистэктомии. Эндоскопическая хирургия, 1995, т.1, 2/3, с. 16–17.
2. Ballantyne G.H., Leahy P.F. Hand-assisted laparoscopic colectomy: evolution to a clinically useful technique. Dis. Colon Rectum, 2004, 47(5):753–765.
3. Bemelman W.A., Ringers J., Meijer D.W., de Wit C.W., Bannenberg J.J. Laparoscopic-assisted colectomy with the dexterity pneumo sleeve. Dis. Colon Rectum, 1996, 39(10 Suppl): S59–61.
4. Boland J.P., Kusminsky R.E., Tiley E.H. Laparoscopic mini-laparotomy with manipulation: the middle path. Min. Inv. Surg., 1993, 2:63–67.
5. Chang Y.J., Marcello P.W., Rusin L.C., Roberts P.L., Schoetz D.J. Hand-assisted laparoscopic sigmoid colectomy: helping hand or hindrance? Surg. Endosc., 2005, 19(5):656–661.
6. Cochen S.M., Noguera J.J., Wexner S.D. Laparoscopic colorectal surgery. South. Med., 1994, 87, 9: 522–525.
7. Darzi A., Hill A.D., Henry M.M., Guillou P.J., Monson J.R. Laparoscopic assisted surgery of the colon. Operative technique. Endosc. Surg. Allied Technol., 1993, 1(1):13–15.
8. Delgado S., Lacy A.M., Garcia Valdecasas J.C., Balague C., Pera M., Salvador L., Momblan D., Visa J. Could age be an indication for laparoscopic colectomy in colorectal cancer? Surg. Endosc., 2000, 14(1):22–26.
9. HALS Study Group. Hand-assisted laparoscopic surgery vs standard laparoscopic surgery for colorectal disease: a prospective randomized trial. Surg. Endosc., 2000, 14(10):896–901.
10. Kang J.C., Chung M.H., Chao P.C., Yeh C.C., Hsiao C.W., Lee T.Y., Jao S.W. Hand-assisted laparoscopic colectomy vs open colectomy: a prospective randomized study. Surg. Endosc., 2004, 18(4):577–581.
11. Kurian M.S., Patterson E., Andrei V.E., Edye M.B. Hand-assisted laparoscopic surgery: an emerging technique. Surg. Endosc., 2001, 15(11):1277–1281.
12. Laparoscopic resection of colon Cancer: consensus of the European Association of Endoscopic Surgery (EAES). Surg. Endosc., 2004, 18(8):1163–1185.
13. Lezoche E., Feliciotti F., Paganini A.M., Guerrieri M., De Sanctis A., Minervini S., Campagnacci R. Laparoscopic vs open hemicolectomy for colon cancer. Surg. Endosc., 2002, 16(4):596–602.
14. Loungnarath R., Fleshman J.W. Hand-assisted laparoscopic colectomy techniques. Semin. Laparosc. Surg., 2003, 10(4):219–230.
15. Nakajima K., Lee S.W., Cocilovo C., Foglia C., Kim K., Sonoda T., Milsom J.W. Hand-assisted laparoscopic colorectal surgery using GelPort. Surg. Endosc., 2004, 18(1):102–105.
16. O'Reilly M.J., Saye W.B., Mullins S.G., Pinto S.E., Falkner P.T. Technique of hand-assisted laparoscopic surgery. J. Laparoendosc. Surg., 1996, 6(4):239–244.
17. Ou H. Laparoscopic-assisted mini laparotomy with colectomy. Dis. Colon Rectum, 1995, 38(3):324–326.
18. Rivadeneira D.E., Marcello P.W., Roberts P.L., Rusin L.C., Murray J.J., Collier J.A., Schoetz D.J. Jr. Benefits of hand-assisted laparoscopic restorative proctocolectomy: a comparative study. Dis. Colon Rectum, 2004, 47(8):1371–1376.
19. Schiedeck T.H., Schwandner O., Baca I., Baehrelehner E., Konradt J., Kockerling F., Kuthe A., Buerk C., Herold A., Bruch H.P. Laparoscopic surgery for the cure of colorectal cancer: results of a German five-center study. Dis. Colon Rectum, 2000, 43(1):1–8.
20. Schwandner O., Schiedeck T.H., Bruch H.P. Advanced age – indication or contraindication for laparoscopic colorectal surgery? Dis. Colon Rectum, 1999, 42(3):356–362.
21. Southern Surgeons' Club Study Group. Handoscopic surgery: a prospective multicenter trial of a minimally invasive technique for complex abdominal surgery. Arch. Surg., 1999, 134(5):477–485.
22. Targarona E.M., Gracia E., Garriga J., Martinez-Bru C., Cortes M., Boluda R., Lerma L., Trias M. Prospective randomized trial comparing conventional laparoscopic colectomy with hand-assisted laparoscopic colectomy: applicability, immediate clinical outcome, inflammatory response, and cost. Surg. Endosc., 2002, 16(2):234–239.
23. Targarona E.M., Gracia E., Rodriguez M., Cerdan G., Balague C., Garriga J., Trias M. Hand-assisted laparoscopic surgery. Arch. Surg., 2003, 138(2):133–141.

# ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Проф. С.И. Севостьянов, д.м.н. Л.Ф. Подмаренкова, к.м.н. Назаров В.А.,  
М.В. Панина.

Кафедра колопроктологии РМАПО,  
ФГУ "ГНЦ колопроктологии РОСЗДРАВА"

(заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН,  
проф. Воробьев Г.И.), г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

**И**зменение демографической ситуации в мире в сторону увеличения количества пожилых людей и неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком ведет к росту числа больных колоректальным раком старше 60 лет.

Согласно возрастной классификации, принятой ВОЗ в 1963г, возраст от 60 до 74 лет принято считать пожилым; возраст от 75 лет до 90 лет – старческим, а люди в возрасте старше 90 лет считаются долгожителями [7]. Лечение пожилых пациентов становится одним из важнейших направлений современной медицины, в частности коло-

проктологии. Особенностью пожилых больных является наличие у каждого нескольких сопутствующих заболеваний, число которых увеличивается с возрастом. Среди сопутствующих заболеваний первое место по частоте занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта [2, 4, 5, 6, 9, 10].

У 2/3 пациентов с диагностированным раком прямой кишки, опухоль локализуется в средне- и верхнеампулярном отделах и им может быть выполнено оперативное вмешательство в объеме передней резекции прямой кишки.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

**В** 2003 – 2005гг в ГНЦК передняя резекция прямой кишки выполнена 325 пациентам, у которых диагностированы опухоли средне- и верхнеампулярного отдела. Больные были разделены на две группы: в основную группу вошли пациенты старше 60 лет (170 больных, 52,3%). В этой группе 25 пациентов были старческого возраста (7,7%), 145 пожилых пациентов (44,6%); контрольную группу составили 155 больных молодого и среднего возраста (47,7%). В наших наблюдениях среди больных во всех возрастных группах преобладали женщины (54,7% и 57,4% соответственно) (табл. 1).

Передняя резекция прямой кишки выполнена 311 (95,7%) пациентам по поводу злокачествен-

ных и 14 (4,3%) по поводу доброкачественных новообразований прямой кишки.

Клиническая картина в пределах возрастных групп мало отличалась. Наиболее частыми симптомами были: выделение крови и слизи (96,0%), частый стул (34,2%). У больных с верхнеампулярными опухолями частыми были жалобы на запоры (42,4%).

Во всех группах преобладали больные с распространенностью опухоли Т3–Т4 (табл.2).

Начальные стадии рака прямой кишки реже встречались у пациентов пожилого и старческого возраста, чем у больных среднего возраста (10 (5,9%) и 8 (5,1%) соответственно). Средний

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Основная группа, n=170	Контрольная группа, n=155
Женщины	93 (54,7%)	89 (57,4%)
Мужчины	77 (45,3%)	66 (42,6%)
Средний возраст	67 ± 0,4	50 ± 0,6

**Таблица 2.** Распространенность опухолевого процесса

Распространенность опухоли	Основная группа, n=170		Контрольная группа, n=155	
	NO	N+	NO	N+
Поражение лимфат. узлов				
T1	2 (1,2%)	-	1 (0,6%)	1 (0,6%)
T2	8 (4,7%)	-	4 (2,6%)	2 (1,3%)
T3	75 (44%)	19 (11,2%)	61 (39,4%)	22 (14,2%)
T4	38 (23,4%)	22 (12,9%)	35 (22,7%)	27 (17,4%)
Всего	123 (72,4%)	41 (24,1%)	101 (65,2%)	52 (33,5%)

срок течения заболевания, от первых его появлений до обращения к врачу, у пациентов старческого возраста составил 5–6 месяцев, у больных пожилого возраста – 10 месяцев, у пациентов среднего возраста – 6–7 месяцев.

Более 60 % пациентов всех возрастных групп поступили в стационар с осложнениями основного заболевания (табл.3).

На 1 пациента старческого возраста приходится в среднем 3,7 сопутствующих заболеваний, у пациентов пожилого возраста 2,3 заболеваний, в группе пациентов моложе 60 лет этот показатель равен 0,9.

Большинство пациентов пожилого и старческого возраста основное лечение по поводу сопутствующих заболеваний получили в профильных лечеб-

**Таблица 3.** Осложненные формы заболевания

Осложнения	Старше 60 лет (n=170)	Моложе 60 лет (n=155)
Нарушение кишечной проходимости	59 (29,7%)	46 (30,6%)
Перифокальное воспаление	10 (6,7%)	18 (11,6%)
Анемия	35 (23,3%)	36 (23,2%)
Всего	104 (61,2%)	100 (64,5%)

**Таблица 4.** Характеристика сопутствующих заболеваний

Заболевания	Старше 60 лет (n=170)	Моложе 60 лет (n=155)
Сердечно-сосудистые	163 (95,8%)	109 (70,3%)
дыхательные	80 (47,1%)	19 (12,3%)
Желудочно-кишечного тракта	32 (18,8%)	34 (22%)
Желчевыводящих путей	14 (8,2%)	9 (5,8%)
Мочеполовой системы	10 (6,7%)	19 (12,3%)
Эндокринной	17 (10%)	24 (15,5%)
Нервной системы	15 (8,8%)	10 (6,5%)

ных учреждениях на догоспитальном этапе. Однако в предоперационном периоде у 60% пациентов старческого возраста потребовалось проведение дополнительного лечения в стационаре.

Важное значение, наряду с непосредственным исходом оперативного лечения, у пациентов пожилого и старческого возраста имеют функциональные результаты.

Проведено проспективное исследование функционального состояния запирающего аппарата и прямой кишки у 89 больных раком средневверхнеампулярного отдела прямой кишки. В основную группу включены 45 пациентов старше 60 лет (средний возраст пациентов группы составил  $68,4 \pm 0,7$  лет), в контрольную группу включены 44 пациента моложе 60 лет (средний возраст пациентов группы  $52,8 \pm 0,4$  года).

Для изучения функционального состояния запи-

рающего аппарата использовали сфинктерометрию. При изучении висцеральной чувствительности определялись показатели порога чувствительности, позыва и максимально переносимого объема. Дефекография применялась для оценки порога чувствительности, времени эвакуации контрастного вещества и остаточного объема контрастного вещества в послеоперационном периоде.

Для оценки влияния возрастных изменений на капиллярный кровоток в слизистой прямой кишки мы применяли метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), основанный на зондировании ткани лазерным излучением малой мощности (гелий-неоновый лазер). Основными величинами метода являются ПМ (скорость кровотока),  $\zeta$  (стандартное отклонение), Kv (коэффициент вариации), ИЭМ (индекс эффективности микроциркуляции). [11]

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

**П**осле предоперационной подготовки всем 325 больным была выполнена передняя резекция прямой кишки.

При интраоперационной ревизии выявлен значительный спаечный процесс в полости малого таза вследствие ранее перенесенных операций и травм у 64 (37,6%) пациентов пожилого и старческого возраста. Опухолевый конгломерат с вовлечение соседних органов и прорастанием в клетчатку выявлен в группе пациентов старше 60 лет у 22 (12,9%) больных и у 48 (31%) пациентов моложе 60 лет. Кровотечение, возникшее при выделении прямой кишки, в группе пациентов пожилого возраста и у группы пациентов моложе 60 лет отмечалось с одинаковой частотой (по 1 больному в каждой группе (0,6%)). Признаки перифокального процесса (инъецированная брюшина, паратуморальные абсцессы, выпот) наблюдались у 4 (2,4%) пациентов основной группы и у 13 (8,3%) пациентов среднего возраста.

Несмотря на большое число сопутствующих заболеваний, характер и объем оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста не отличается от такового у более молодых боль-

ных. Обращает на себя внимание тот факт, что больным старческого и пожилого возраста комбинированные, расширенные и сочетанные оперативные вмешательства выполнялись практически с такой же частотой, что и пациентам среднего возраста (39 (22,9%) и 43 (27,7%)) (табл.5).

Комбинированные операции выполнялись в группе больных пожилого и старческого возраста у 15 (8,8%) больных (краевая резекция печени, резекция задней стенки мочевого пузыря, резекция мочеточника, резекция петли тонкой кишки); сочетанные оперативные вмешательства чаще выполнены у 23 (14,8%) пациентам среднего возраста по поводу сопутствующих заболеваний (холецистэктомия, тубовариоэктомия, резекция кисты яичника, ампутация матки).

Всем пациентам сформирован сигморектальный анастомоз. Практически во всех наблюдениях анастомоз формировался циркулярным сшивающим аппаратом. И только у 6 (1,8%) пациентов (2 (1,2%) пожилых больных и 4 (2,6%) больных среднего возраста) анастомоз сформирован ручным способом из-за высоко расположения анастомозируемых участков кишки. В группе паци-

**Таблица 5.** Виды передней резекции прямой кишки

Виды операции	Основная группа, n=170	Контрольная группа, n=155
Передняя резекция	122 (71,8%)	99 (63,9%)
Комбинированная передняя резекция	15 (8,8%)	12 (7,7%)
Паллиативная передняя резекция	6 (3,5%)	8 (5,1%)
Расширенная передняя резекция	14 (8,2%)	9 (5,8%)
Сочетанная передняя резекция	18 (10,6%)	23 (14,8%)

**Таблица 6.** Частота формирования преентивных стом

Вид преентивной стомы	Основная группа, n=170	Контрольная группа, n=155
Илеостома по Торнболлу	14 (8,2%)	19 (12,3%)
Двуствольная трансверзостома	32 (18,8%)	22 (14,2%)
Всего	46 (27,0%)	41 (26,5%)

ентов старческого возраста анастомоз формировался с помощью аппарата в 100% наблюдений. При интраоперационной проверке герметичности анастомоза у 7 (4,1%) больных пожилого и старческого возраста и у 3 (2%) молодых больных выявлен дефект по линии анастомоза, что потребовало наложения дополнительных швов и отключения зоны анастомоза путем формирования стомы. У больных пожилого и старческого возраста и у пациентов моложе 60 лет с одинаковой частотой было выполнено формирование петлевых илео- и трансверзостом (46 (27%) и 41 (26,5%) соответственно), что объясняется различными причинами: натяжением анстомозируемых отделов кишки, выраженным перифокальным воспалением, низко расположенным анастомозом, неадекватной подготовки кишки (табл.6)

Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила 3,5 часа в группе пациентов пожилого и старческого возраста и 4,5 часа в группе пациентов среднего возраста. Объем кровопотери был одинаковым и составил в среднем составил  $275 \pm 40,1$  и  $278,4 \pm 19$  мл в группах пожилого и старческого и среднего возраста соответственно. Послеоперационные осложнения в общей группе отмечены у 45 (13,8%) больных из 325. Неосложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 149 (87,6%) пациентов пожилого и старческого возраста и у 129 (83,2%) пациентов среднего возраста. Несостоятельность сигморектального анастомоза в группе пациентов пожилого и старческого возраста встретилась у 6 (3,4%) больных и у 8 (5,2%) больных моложе 60 лет, и потребовала хирургиче-

**Таблица 7.** Частота послеоперационных осложнений

Осложнения	Основная группа, n=170	Контрольная группа, n=155
Несостоятельность анастомоза	6 (3,5%)	8 (5,2%)
Несостоятельность уроцистанастомоза	1 (0,6%)	–
Кровотечение	2 (1,2%)	1 (0,7%)
Гематома полости малого таза	–	1 (0,7%)
Парез желудочно-кишечного тракта	4 (2,4%)	8 (5,2%)
Атония мочевого пузыря/задержка мочеиспускания	3 (1,8%)	4 (2,6%)
Тонкокишечная непроходимость	–	1 (0,7%)
Нагноение лапаротомной раны	1 (0,6%)	–
Флегмона полости малого таза	1 (0,6%)	–
Тромбофлебит	–	1 (0,7%)
Плеврит	–	1 (0,7%)
Желудочное кровотечение	1 (0,6%)	–
Пиелонефрит	1 (0,6%)	–
ТЭЛА	1 (0,6%)	1 (0,7%)
Всего	21 (12,3%)	26 (16,8%)

ского вмешательства у 2 (1,2%) пациентов старческого возраста и 2 (1,4%) пациентов среднего возраста (табл. 7). В остальных случаях в данное осложнение было ликвидировано консервативным лечением. Экстренное вмешательство в объеме лапаротомии, разделения спаек и формирования илеостомы по Торнболлу было произведено у 1 больного (0,7%) в группе пациентов среднего возраста по поводу развившейся на 11-е сутки послеоперационного периода спаечной тонкокишечной непроходимостью. Явления пареза желудочно-кишечного тракта отмечены в 2 раза реже в группе пациентов пожилого возраста, чем в группе пациентов среднего возраста (4 (2,3%) и 8 (5,2%) соответственно). Данное осложнение было купировано консервативными мероприятиями во всех наблюдениях.

Пнойно-воспалительные осложнения отмечены у 2 (1,2 %) больных в группе пожилого и старческого возраста. Распространенная флегмона была следствием несостоятельности сигморектального анастомоза, развившаяся на 4 сутки, что потребовало экстренного оперативного вмешательства в объеме релапаротомии, двустольной трансверзостомии, вскрытия флегмоны. После проведения лечения пациент выписан

Лечение по поводу нарушения мочеиспускания проводилось у 3 (1,8%) пациентов пожилого и старческого возраста и у 4 (2,6%) больных моложе 60 лет. После консервативной терапии (медикаментозная стимуляция, электростимуляция мочевого пузыря, противовоспалительная терапия) функция восстановилась в течение 4-5 дней в полном объеме. В группе пациентов старческого возраста длительного нарушений мочеиспускания не отмечено.

Обострение и декомпенсация сопутствующих заболеваний у больных проявлялись с одинаковой частотой во всех возрастных группах.

Тромбоэмболия легочной артерии была диагностирована у 2-х больных (1 (0,6%) основной и 1 (0,6%) контрольной группы). В первом случае данное осложнение привело к смерти пациентки 79 лет. Во втором случае тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии у пациентки 57 лет была ликвидирована в результате консервативного лечения.

При анализе факторов, которые могут оказывать влияние на частоту несостоятельности анастомоза установлено, что наличие осложнений основного заболевания (нарушение кишечной проходимости, перифокального воспаления, анемии) после соответствующей коррекции не оказывает существенного влияния на частоту развития несостоятельности анастомоза.

При сравнении основных величин микроциркуляции со слизистой оболочкой прямой кишки у пациентов пожилого возраста отмечается увеличение всех параметров по сравнению с пациентами контрольной группы. Повышение параметра М, которое влечет за собой увеличение параметра сигма и коэффициента вариации, может быть обусловлено высокой скоростью эритроцитов, или выраженными явлениями застоя крови в веноулярном русле [10]. Увеличение скорости кровотока, увеличение параметра сигма и повышение коэффициента вариации направлено на поддержание постоянной величины тканевого гематокрита, а как следствие – нормальной перфузии слизистой оболочки стенки прямой кишки (ИЭМ $\geq$ 1) (табл. 8).

**Таблица 8.** Показатели микроциркуляции слизистой оболочки стенки прямой кишки

Показатели	М, ПЕ	$\zeta$ , ПЕ	Kv,%	ИЭМ
Основная группа, n=170	17,4	3,2	20,2	1,4
Контрольная группа, n=155	15,6	2,6	18,2	1,3

При дальнейшем анализе причин развития несостоятельности анастомоза у всех пациентов, в послеоперационном периоде которых диагностирован дефект анастомоза выявлено снижение скорости кровотока и повышение процентного соотношения (Kv,%). У пациентов, послеоперационный период ко-

торых протекал без особенностей, таких изменений не отмечено. Постоянная величина перфузии слизистой оболочки стенки прямой кишки обусловлена, в данном случае, повышением активности местных регуляторных механизмов микрососудов (значительное увеличение параметра  $\zeta$ , пе) (табл. 9).

**Таблица 9.** Зависимость частоты несостоятельности от параметров микроциркуляции

Осложнение	М, ПЕ	$\rho$ , ПЕ	Kv,%	ИЭМ
Несостоятельность анастомоза, основная группа	9,9	2,2	22,6	1,5
Отсутствие несостоятельности, основная группа	15,4	2,7	19,1	1,4
Несостоятельность анастомоза, контрольная группа	10,3	2,2	25,8	1,3
Отсутствие несостоятельности, контрольная группа	12	2,4	23,1	1,3

Через 1 месяц у этих пациентов наблюдается увеличение скорости кровотока, постепенное увеличение параметра  $\zeta$  и коэффициента вариации, что свидетельствует о активации не только регуляторных сосудистых механизмов, но и о повышении вазомоторной активности микрососудов, что характерно для формирования новых сосудов.

При анализе основных показателей микроциркуляции со слизистой оболочки стенки прямой кишки после операции через 3 месяца отмечено значительное увеличение параметров микроциркуляции по сравнению с исходными показателями, что свидетельствует о продолжении формирования новых коллатеральных связей и активности регуляторных механизмов (табл. 10).

Полученные при сфинктерометрии результаты, полученные при дооперационном обследовании, свидетельствуют о том, что у пожилых пациентов наблюдается снижение, как тонуса, так и максимального усилия запирающего аппарата прямой кишки (табл. 11).

Такое состояние может рассматриваться, как субкомпенсированная форма функциональной недостаточности анального сфинктера, при которой симптомы недержания кишечного содержимого могут проявляться при расстройствах стула или повышении внутрибрюшного давления [2].

В послеоперационном периоде при контрольной сфинктерометрии через 3 месяца после операции выявлено снижение показателей у пациен-

**Таблица 10.** Показатели микроциркуляции слизистой оболочки стенки прямой кишки (3мес)

Осложнение	М, ПЕ	$\rho$ , ПЕ	Кв,%	ИЭМ
Норма, слизистая оболочка прямой кишки	24.6	5	23	1.4
Основная группа, n=45	22.9	4,0	19.4	1.4
Контрольная группа, n=44	17.9	3.7	21.5	1.2

**Таблица 11.** Показатели сфинктерометрии

Показатели	Пожилый возраст, норма	Основная группа, n=45	Средний возраст, норма	Контрольная группа, n=44
Тонус 3–9 час.	375,5 ± 10,2	226,8 ± 23,3	407,0 ± 9,8	313,4 ± 35,8
Максимальное усилие 3–9 час.	542,0 ± 10,9	360,8 ± 29,5	593,0 ± 11,8	467,0 ± 16,3
Тонус 6–12 час.	292,5 ± 9,5	226,6 ± 19,6	332,0 ± 8,9	256,7 ± 12,9
Максимальное усилие 6–12 час.	439,0 ± 10,1	314,2 ± 24,9	491,0 ± 13,9	367,3 ± 12,0

тов всех возрастов. Причем у пациентов старше 60 лет снижение выражено значительнее. В группе пациентов пожилого и старческого возраста через 6 мес только намечается тенденция к восстановлению функции анального жома, в то

время как у пациентов среднего возраста через 6 мес она практически полностью восстанавливается (табл. 13).

Процесс восстановления функции анального жома у пациентов пожилого и старческого возраста бо-

**Таблица 13.** Показатели сфинктерометрии через 3 месяца

Показатели	Основная группа, n=45		Контрольная группа, n=44	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Тонус 3–9 час.	226,8±23,3	151,1 ± 25,0	313,4±35,8	258,3 ± 26,3
Максимальное усилие 3–9 час.	360,8±29,5	284,4 ± 35,4	467,0±16,3	452,7 ± 31,0
Тонус 6–12 час.	226,6±19,6	124,4 ±26,2	256,7±12,9	256,4 ±22,2
Максимальное усилие 6–12 час.	314,2±24,9	208,9 ± 28,9	367,3±12,0	350,8 ± 28,0

лее замедлен, чем в контрольной группе и через год показатели не достигают исходных цифр.

При изучении висцеральной чувствительности прямой кишки на дооперационном этапе установлено, что показатели порога чувствительности,

позыва на дефекацию и максимально переносимого объема в основной и в контрольной группе снижены относительно показателей у практически здоровых лиц (табл. 14).

**Таблица 14.** Показатели висцеральной чувствительности до операции

Показатели	Пожилой возраст		Средний возраст	
	норма	Основная группа	норма	Контрольная группа
Порог чувствительности, мл	37,6±1,9	25,4±2,8	56,3±8,4	30,5±6,5
Позыв, мл	100,5±10,2	71,2±0,9	122,0±6,2	88,6±4,5
Максимально переносимый объем, мл	256,5±12,8	128,1±4,9	285,9±13,6	132,8±6,4

Это может быть объяснено опосредованным влиянием опухолевого процесса на резервуарную функцию прямой кишки за счет изменения тонуса кишечной стенки, тем более что клинические проявления в виде частых позывов, многомоментной дефекации и частого жидкого стула присутствовали более чем у 1/3 пациентов основной группы.

При исследовании висцеральной чувствительности после операции выявлено, что у пациентов всех возрастов также снижен порог чувствительности, позыв и максимально переносимый объем. Это может быть объяснено уменьшением резервуарной функции культи прямой кишки и снижением эластичности в области сигмо-ректального анастомоза.

Данные, полученные при определении висцеральной чувствительности после операции, полностью подтверждаются данными дефекографией. Порог чувствительности при дефекографии и при определении резервуарной функции полностью совпадают и составляет в среднем от 20 до 50 мл, ощущения позывов возникали у пациентов при объе-

ме от 30 до 80 мл. Время эвакуации оставило в среднем с 19–20 сек (табл. 15).

Остаточный объем в подавляющем большинстве наблюдений не превышал 10%, что рассматривается как нормальный показатель.

При анкетировании установлено, что нормальную частоту дефекации отмечали большинство пациентов обеих групп: 32 (62,2%) и 36 (81,8%) пациентов соответственно. На частоту дефекации больше 5 раз в сутки жаловались 8 (17,7%) пациент пожилого и старческого возраста и 5 (11,4%) пациентов среднего возраста. Задержку стула и запоры отмечали примерно одинаковое количество больных в обеих группах: 21 и 7 (46,7% и 15,9% соответственно).

**Таблица 15.** Показатели дефекографии через 3 мес

Показатели	Основная группа, n=45	Контрольная группа, n=44
Время опорожнения		
до 20 сек	n = 38 (84,4%)	n = 35 (79,5%)
более 20 сек	n = 7 (15,6%)	n = 9 (20,5%)
Остаточный объем		
до 20%	n = 35 (77,8%)	n = 38 (86,4%)
более 20%	n = 10 (22,2%)	n = 6 (13,6%)



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение передней резекции прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста с опухолями средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки возможно и целесообразно. Несмотря на большое число сопутствующих заболеваний и наличия осложнений основного заболевания (НКП, ПВП, анемия), после их коррекции характер и объем оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста не отличаются от таковых у более молодых пациентов. Частота послеопе-

рационных осложнений, в том числе частота несостоятельности анастомоза, в наших наблюдениях у лиц старше 60 лет ниже, чем у более молодых пациентов. Изучение различных параметров микроциркуляции в слизистой оболочке прямой кишки в различных возрастных группах позволило выделить один из них – снижение скорости кровотока в слизистой оболочке – как прогностический признак возможного развития несостоятельности швов анастомоза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Грошин В.С., Харагезов Д.А., Старцев Ю.М., Помазков А.А., Хлиян Х.Е., Ляпина Ю.В. Преимущества использования механических аппаратных анастомозов в хирургии прямой кишки. Актуальные проблемы колопроктологии, 2002, с. 58-59.
2. Кикоть В.А. Геронтологические аспекты хирургического и комбинированного лечения рака прямой кишки. Актуальные вопросы онкогеронтологии. Санкт-Петербург, 1989.
3. Крупаткин А.И., Сидоров В.В. Флоуметрия микроциркуляции крови. М., 2005.
4. Переходов С.Н. Пути улучшения непосредственных результатов передней резекции прямой кишки при раке. Автореф. дисс.к.м.н. М., 1994.
5. Правосудов И.В. Особенности хирургического лечения колоректального рака у больных пожилого и старшего возраста, Клиническая геронтология, 1996, 4, с. 12-15
6. Правосудов И.В. Хирургическое лечение рака ободочной и прямой кишки у лиц старше 70 лет. Автореф. дисс. к.м.н., Ленинград, 1981.
7. Петровский Б.В. Возраст. БМЭ.М., 1979, с.381-384
8. Подмаренкова Л.Ф. Механизмы формирования моторной и накопительной функций прямой кишки в норме и при нарушении сфинктерного аппарата. Автореф. Дисс. д.м.н.м., 2000.
9. Салнагаров Э.М. Особенности клиники и хирургического лечения осложненного рака прямой кишки у больных пожилого возраста. Автореф. дисс. к.м.н. Ростов-на-Дону, 2000.
10. Сулейман Т.А.-И. Хирургическое лечение рака прямой кишки у больных пожилого и старческого возраст. Автореф. дисс.к.м.н., Санкт-Петербург, 2000.

# СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕВЕНТИВНУЮ ТРАНСВЕРЗОСТОМИЮ И ИЛЕОСТОМИЮ

Проф. Севостьянов С.И., Чернышов С.В.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ "ГНЦ колопроктологии РОСЗДРАВА"

(заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН,  
проф. Воробьев Г.И.), г. Москва

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Сфинктеросохраняющие и реконструктивно-пластические операции являются методом выбора в хирургическом лечении рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. Улучшение хирургической техники, применение сшивающих аппаратов не исключает возникновения несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов. Проксимальная петлевая трансверзостомия или илеостомия, как метод отключения отдела толстой кишки несущего анастомоз, является рутинным хирургическим вмешательством, позволяющим избежать последствий его несостоятельности [1,2,3,4,5,7,8,9].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2000 г. по 2006 г., в плановом порядке оперировано 212 больных раком нижне-, средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки в объеме сфинктеросохраняющих операций с формированием первичных колоректальных или колоанальных анастомозов, брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием неоректум и неосфинктера. Все операции сопровождались формированием превентивных петлевых трансверзостом (n= 86) или илеостом (n= 126).

Возраст пациентов варьировал от 26 до 80 лет (средний возраст составил 54 года). Больных трудоспособного возраста в обеих группах было более 50%.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, типу операции (табл. 1). Исследование было одноцентровым, ретроспективным, нерандомизированным.

Превентивная трансверзостома чаще формировалась при выполнении низкой передней резекции прямой кишки с формированием наданального анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом – 36% (31/86), а превентивная илеостома – при формировании тазового резервуара и колоанального анастомоза 41,3% (52/126 больных) (табл. 2).

Несмотря на развитие современных средств по уходу за стомой, программ реабилитации стомированных пациентов, формирование противоестественного заднего прохода даже с временной целью препятствует адекватной адаптации пациентов в обществе [1].

Целью исследования является сравнение качества жизни больных, анализ частоты осложнений при формировании и закрытии превентивных трансверзо- и илеостом.

Осложнения, связанные с формированием и закрытием стомы, выявленные до 30 дней после операции были отнесены к ранним, а после 30 дней – к поздним.

Для оценки качества жизни больных мы использовали шкалу тяжести социальной дезадаптации, предложенную A.W.Gooszen [6]. В соответствии с данной шкалой, имеются три степени самоизоляции пациентов в обществе, основанные на присутствии у больных четырех проблем, связанных с имеющейся стомой, а именно: 1) наличие раздражения кожи вокруг стомы; 2) подтекание кишечного содержимого при наличии калоприемника; 3) изменения в одежде, связанные с ношением калоприемника; 4) необходимость придерживаться определенной диеты.

К первой степени (незначительной самоизоляции) относят больных, у которых отсутствует необходимость изоляции в обществе или они прибегают к ней не чаще одного раза в неделю. Ко второй степени (значительной самоизоляции) относят больных, вынужденных избегать общения из-за наличия стомы чаще 1 раза в неделю. Больные, вынужденные полностью изолироваться от общества имеют третью степень – полную

**Таблица 1.** Распределение больных по полу, возрасту, типу операции, индексу массы тела

Распределение больных	Трансверзостома n=86	Илеостома n=126
Пол – мужчины/женщины	38/48	63/63
Возраст, М (min-max)	53,4 (26–80)	54,6 (27–77)
<b>Тип операции по поводу рака прямой кишки</b>		
Низкая передняя резекция	31 (36%)	39 (31%)
Передняя резекция	10 (11,7%)	20 (16%)
Брюшно-анальная резекция	28 (32,5%)	52 (41,2%)
Брюшно-промежностная экстирпация*	17 (19,8%)	15 (11,8%)

**Таблица 2.** Виды и особенности хирургических вмешательств с превентивными стомами

Причины	Трансверзостома n=86	Илеостома n=126
Формирование тазового резервуара, коло-анального анастомоза	28 (32,5%)	52 (41,3%)
Формирование наданального анастомоза	31 (36%)	39 (31%)
Негерметичность анастомоза при проверке	2 (2,4%)	9 (7,1%)
Формирование неоректум и неосфинктера	17 (19,8%)	15 (11,9%)
Перифокальное воспаление	8 (9,3%)	11 (8,7%)

самоизоляции. Сбор данных для оценки качества жизни производился при помощи анкетирования. Доктор вручал письменную анкету пациенту после личной беседы, предварительно собрав данные анамнеза и качества жизни пациента за период до формирования стомы и с наличием кишечной стомы.

Все больные использовали калоприемники импортного производства: "Convatec" A Bristol-Myers Squibb Company, "Coloplast A/C" Дания.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Особенностей и осложнений при формировании превентивных трансверзо- и илеостом не было. Ранних осложнений, связанных с формированием трансверзостомы, не отмечено, а их частота при илеостомии составила 8,7%: перистомальный дерматит – у 4 больных (3,2%), длительный, более 5 дней, парез желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у – 7 (5,5%). Напротив, поздние парастомальные осложнения были характерны для пациентов с превентивной трансверзостомой и развились у 5 больных (5,8%): параколостомическая грыжа в 1 наблюдении (1,2%), пролапс кишки через колостому – у 4 больных (4,6%) (табл. 3). Необходимо отметить, что поздние парастомальные осложнения трансверзо-

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Prism Pad Software 3.02 для Windows™ 98/ME. Количественные параметры оценивались с помощью средней (M) и стандартного отклонения (SD), сравнение между группами с помощью непарного t-теста Стьюдента. Различия в качественных величинах оценивались с помощью точного двустороннего теста Фишера и признавались достоверными при  $p < 0,05$ .

стомы (параколостомическая грыжа, пролапс стомы) встречались у больных в возрасте старше 55 лет, существовании трансверзостомы в сроки, превышающие 20 недель и наличии у всех пациентов хронических заболеваний органов дыхания: хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма. Причинами задержки восстановительной операции и длительного наличия трансверзостомы у больных являлись возврат основного заболевания, лечение осложнений операции (несостоятельность, стриктура анастомоза), коррекция сопутствующих соматических заболеваний. Ни одно из поздних осложнений не возникло после формирования превентивной илеостомы.

Анкетирование больных с целью определения качества жизни было возможно у 63 пациентов, включенных в исследование в 2004 г. (табл. 4). Нами анкетировано 39 больных с превентивной трансверзостомой и 24 пациента с илеостомой. Анализируя субъективную оценку пациентов по степени тяжести самоизоляции, следует отметить, что в обеих группах не было пациентов, относящихся к третьей степени социальной дезадаптации (полной самоизоляции). Большая часть больных с трансверзостомой (67%) нами отнесена к I степени самоизоляции, в то время как среди больных с илеостомой преобладала II степень самоизоляции (62,5%). Различия статистически достоверны ( $p=0,04$ ).

Частоту возникающих у больных проблем при уходе за трансверзо- и илеостомой отражает таблица 5. В обеих группах, более 50% пациентам с кишечной стомой, независимо от степени самоизоляции, требуются изменения в одежде: приходится прибегать к более свободной, просторной одежде, чтобы тем самым скрыть наличие кишечной стомы.

Больные с илеостомой чаще отмечают подтекание кишечного содержимого из-под калоприемника (19/24), что связано с жидким характером кишечного отделяемого, следствием чего является развитие парастомального дерматита. Большая часть пациентов с илеостомой (19/24 – 79%) прибегает

**Таблица 3.** Осложнения после формирования превентивных кишечных стом

Осложнения	Трансверзостома n=86	Илеостома n=126	P
<b>Ранние (до 30 дней)</b>			
Перистомальный дерматит	–	4 (3,2%)	
Парез ЖКТ (> 5 дней)	–	7 (5,5%)	
<b>Поздние (после 30 дней)</b>			
Параколостомическая грыжа	1 (1,2%)	–	
Выпадение кишки	4 (4,6%)	–	
<b>Всего:</b>	5 (5,8%)	11 (8,7%)	0,03

**Таблица 4.** Распределение больных с превентивными стомами в зависимости от выраженности социальной дезадаптации

Тяжесть социальной дезадаптации	Трансверзостома n=39	Илеостома n=24	P
I степень	26 (67%)	9 (37,5%)	0,04
II степень	13 (33%)	15 (62,5%)	0,04
III степень	–	–	

**Таблица 5.** Проблемы, связанные с наличием стомы, являющиеся причинами социальной дезадаптации

Проблемы, связанные с наличием стомы	Трансверзостома n=39		Илеостома n=24		P
	I степень	II степень	I степень	II степень	
1. Подтекание кишечного содержимого	5	9	7	12	
2. Раздражение кожи	1	2	3	5	
3. Изменения в одежде	10	13	6	7	
4. Соблюдение диеты	5	8	7	12	
<b>Всего:</b>	21	32	23	36	1,0

к использованию специальной диеты для коррекции частоты и консистенции стула. Доля больных с трансверзостомой, использующих диету для коррекции стула, напротив ниже (13/39 – 33%).

Среднее время от момента формирования до закрытия превентивной трансверзостомы  $9,23 \pm 4,1$  (5 – 35) недель, илеостомы –  $10,12 \pm 4,9$  (5 – 36) недель. Более чем у 70% больных в обеих группах восстановительная операция была выполнена в сроки до 10 недель. Различия статистически недостоверны ( $p=0,75$ ).

Восстановительные операции выполнены у 87,6% больных с трансверзостомой и у 96,5% больных с илеостомой. Закрытие стом выполнялось в плановом порядке. Изменений показателей системы гемостаза, водно-электролитных нарушений, снижения числа форменных элементов крови не выявлено ни у одного из больных.

Осложнения после закрытия трансверзостомы составили 4,2% (в частности у одного больного развились клинические проявления анастомозита, которые купированы консервативно в течение 5 дней, у другого больного выявлен инфильтрат в области послеоперационной раны (данные явления купированы после назначения повторного курса антибактериальной терапии). Наиболее грозное осложнение после закрытия трансверзостомы – кровотечение из зоны анастомоза, развилось у 1 пациентки на 4-е сутки после операции с формированием анастомоза в 3/4 по Мельникову, на фоне высоких цифр артериального давле-

ния, что потребовало экстренного оперативного вмешательства – резекции сегмента кишки с зоной анастомоза и формированием трансверзо-трансверзоанастомоза конец в конец.

В группе больных с илеостомой осложнения развились у 13,3%. Так, у одного больного после закрытия петлевой илеостомы, явления анастомозита не удалось купировать консервативно и развились признаки механической кишечной непроходимости. В связи с этим, пациенту после резекции анастомоза вновь выполнено формирование илеостомы. У другого больного в послеоперационной ране выявлен инфильтрат, явления которого были купированы консервативными мероприятиями. Длительный парез ЖКТ развился у 11 пациентов. Наиболее тяжелое осложнение – несостоятельность тонкокишечного анастомоза с развитием перитонита – возникло у двух больных и привело к летальному исходу. Следует отметить, что несостоятельность анастомоза развилась на фоне длительного пареза ЖКТ, водно-электролитных и белковых нарушений, развившихся вследствие отека зоны илео-илеоанастомоза. Таким образом, летальность после закрытия превентивной илеостомы составила 1,8% (2 из 113 больных). Летальности после закрытия петлевой трансверзостомы, не было. Различия частоты осложнений закрытия трансверзостомы и илеостомы статистически достоверны ( $p=0,04$ ). Характер осложнений восстановительной операции представлен в таблице 6.

**Таблица 6.** Осложнения после закрытия превентивных трансверзостомы и илеостомы

Осложнения	Трансверзостома n=71	Илеостома n=113	P
Явления анастомозита	1 (1,4%)	1 (0,9%)	0,04
Инфильтрат в области п/опер. раны	1 (1,4%)	1 (0,9%)	
Парез ЖКТ	–	11 (9,7%)	
Несостоятельность анастомоза	–	2 (1,8%)	
Кровотечение из зоны анастомоза	1 (1,4%)	–	
<b>Всего:</b>	<b>3 (4,2%)</b>	<b>15 (13,3%)</b>	

## ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования Williams N.S., Rullier E., Fasth S. [9,8,4] и Gooszen A.W. et al., Law W.L. [5,7], основанные на анализе частоты парастомальных осложнений и осложнений закрытия стом, по своим результатам являются противоположными. Так Williams N.S., Rullier E., Fasth S. считают, что в качестве превентивной более предпочтительна петлевая илеостома, а и Gooszen A.W. et al., Law W.L. – петлевую трансверзостому. По данным представленного исследования мы согласимся с последними авторами, в отношении превентивной тран-

сверзостомии. Однако, в их работах не акцентированы сроки закрытия превентивных стом. Главным условием ликвидации временной стомы является заживление отключенного анастомоза. Выбирая период для закрытия временных стом, при условии устранения причины их формирования, Павалькис Д.К. [2] считал основным препятствием закрытия их в ранние сроки – воспалительные изменения стенки кишки в области стомы и окружающих тканей, которые могут привести к возникновению послеоперационных осложнений. Поэтому

восстановительную операцию проводили через 2 месяца после формирования стомы, т.е. после завершения "созревания" кишечной стомы. В нашем исследовании более 70% превентивных стом закрыты в сроки до 10 недель, как раз в это время кишечная стома проходит этапы созревания.

Нельзя не согласиться с мнением Gooszen A.W. et al. [6], что более социально дезадаптированы в обществе больные с илеостомой, что также подтверждено результатами нашего исследования. Тем не менее его работу нельзя назвать полноценной, потому что в обе группы автором включены уже социально дезадаптированные пациенты, которые до основной операции страдали тяжелыми соматическими заболеваниями, такими как деменция, слепота, тяжелая форма ревматизма. Пациенты (n=8), относимые исследователем к III степени самоизоляции, как раз и страдали данными видами сопутствующих заболеваний, что снижает качество оценки тяжести социальной дезадаптации.

В представленном исследовании отсутствовали больные, страдающие вышеописанными соматическими заболеваниями, что позволило нам более адекватно изучить и оценить качество их жизни,

вследствие чего не было ни одного пациента с III степенью тяжести социальной дезадаптации. Несмотря на лучшее качество жизни больных с трансверзостомой, нельзя не отметить тот факт, что пациенты с длительным существованием трансверзостомы (более 5 месяцев) и возникающими поздними осложнениями (парастомальная грыжа, выпадение кишки) из-за невозможности фиксации на коже калоприемника, зачастую отказываются от их применения, что является поводом для самоизоляции в обществе.

Приведенный анализ проблем с кишечной стомой иллюстрирует, что большинство пациентов с илеостомой прибегают к использованию специальной диеты с целью контроля консистенции кишечного отделяемого, так как частый жидкий стул приводит к быстрому отклеиванию калоприемника и, как следствие – раздражению кожи вокруг стомы. Также данная категория больных склонна к употреблению большего количества жидкости, вследствие жидкого характера кишечного отделяемого. Напротив, больные с трансверзостомой увеличения объема выпитой жидкости не отмечают.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**П**олученные нами данные, на основании изучения качества жизни больных, анализа частоты парастомальных осложнений и осложнений восстановительных операций свидетель-

ствуют, что петлевая трансверзостома является предпочтительным методом для отключения функционирующих отделов толстой кишки, несущих анастомоз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М., Стольный град, 2002, 160 с.
2. Павалькис Д.К. Хирургическая реабилитация больных с двухствольными и краевыми колостомами. Дисс.... канд. мед. наук. М., 1989.
3. Edwards D.P., Leppington-Clarke A., Sexton R., Heald R.J., Moran B.J. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br. J. Surg.*, 2001, 88: 360–363.
4. Fash S., Hulten L., Palselius I. Loop ileostomy – an attractive alternative to a temporary transverse colostomy. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 1980, 146: 203–207.
5. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J., Lagaay M.B., Gooszen H.G. Temporary decompression after colorectal surgery: randomised comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br. J. Surg.*, 1998, 85: 76–79.
6. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J., Lagaay M.B., Gooszen H.G. Quality of Life with a Temporary Stoma. *Dis. Colon. Rectum*, 2000, 43:650–654.
7. Law W.L., Chu K.W., Choi H.K. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. *Br. J. Surg.*, 2002, 89: 704–708.
8. Rullier E., Le Toux N., Laurent C., Garrelon J.L., Parneix M., Saric J. Loop ileostomy versus loop colostomy for defunctioning low anastomoses during rectal cancer surgery. *World J. Surg.*, 2001, 25: 274–277.
9. Williams N.S., Nasmyth D.G., Jones D., Smith A.H. De-functioning stomas: a prospective controlled trial comparing loop ileostomy with loop transverse colostomy. *Br. J. Surg.*, 1986, 73: 566 – 570.

# ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (Обзор литературы).

Академик РАМН, проф. Воробьев Г.И., Степанова Э.А.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава"

(заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.), г. Москва.

Впервые термин "качество жизни" используется в "Annals of Internal Medicine" за 1966 год, где J. R. Elkkinton опубликовал статью под названием "Медицина и качество жизни", посвящённую проблемам трансплантационной медицины. Во введении автор цитирует Френсиса Бэкона: "задача медицины – лишь настроить удивительную арфу человеческого тела и привести его к гармонии", – и критикует современную медицину за небывалое искусство в настройке при наличии больших проблем с гармонией. Далее J. R. Elkkinton даёт определение качества жизни (КЖ) как гармонию внутри человека и между человеком и миром, к которой стремятся пациенты, врач и всё общество [28].

Концепция КЖ многими воспринимается как гуманистическое направление в медицинской практике. Рост интереса к этой проблеме является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека как такового. Одна из причин интереса к "качеству жизни в медицине" – растущая неудовлетворённость пациентов медицинским обслуживанием в 60–70-е годы. Сегодня понятие КЖ стало призывом для тех, кто стремится интегрировать переживания пациента, полученные в процессе болезни, в клиническую практику путём использования субъективной оценки качества их жизни. Использование понятия КЖ в практике современной медицины следует считать значительным прогрессом в сравнении с традиционной тенденцией фокусироваться исключительно на болезни и её симптомах [7].

На сегодняшний день не существует принятого всеми определения термина "качество жизни". В литературе приводится ряд определений. Одним из наиболее известных, является описание понятия "качество жизни", данное Всемирной Организацией Здравоохранения: "это восприятие людьми своего положения в жизни, в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами". В этом определении уделяется внимание субъективной составляющей КЖ.

В практических целях выделяют медицинскую составляющую КЖ – так называемое относящееся

к здоровью КЖ, которое в англоязычных работах обозначается как HRQOL – health related quality of life [1]. В Европе под КЖ подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [18], тогда как американские исследователи считают, что КЖ это физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и наконец, духовное благополучие человека [23].

В последние годы резко возрос интерес к изучению КЖ и это объясняется многими факторами:

- 1) повышенным вниманием к отдаленным результатам лечения;
- 2) растущим значением хронических заболеваний, при которых целью терапии часто является улучшение функции, а не выздоровление;
- 3) количественные "биологические" параметры эффективности при анализе стоимости – эффективность далеко не всегда информативны;
- 4) необходимостью определения приоритетов в здравоохранении и соответственном измерении результатов.

Выделено 4 разновидности использования КЖ в медицине [7,36,32].

1. Для планирования клинической помощи пациентам.
2. В качестве количественной оценки результата в клинических испытаниях и исследованиях служб здравоохранения.
3. Для оценки потребности населения в службах охраны здоровья.
4. Для распределения ресурсов.

Наиболее многообещающим считается использование концепции КЖ для количественной оценки клинических испытаний и исследования служб здравоохранения [1].

Изучение КЖ является сравнительно новой областью клинических исследований. Однако, оно привлекает к себе все большее внимание и в некоторых случаях (чаще при изучении онкологических заболеваний) может служить основным критерием клинической эффективности [3]. По совре-

менным представлениям, клинициста должен удовлетворять не столько непосредственный результат лечения, традиционно оцениваемый по показателям летальности, сколько КЖ в отдаленном периоде. Главным критерием оценки результатов лечения является клиническое выздоровление пациента, а также восстановление трудоспособности и психосоциальная адаптация в повседневной жизни [2,5,6,13,20,21,29,38].

Методология исследования КЖ открыла принципиально новый этап в жизни общества XXI века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров благополучия человека. Понятие КЖ положено в основу новой стратегии понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения [14].

По определению ВОЗ, качество жизни, связанное со здоровьем, – это сочетание физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни.

Соответственно, выделяют три основные сферы человеческой жизнедеятельности для проведения оценки КЖ [4]:

- 1) физическая сфера, отражающая такие факторы как боль, способность к движению, выполнение повседневных задач и т.д.;
- 2) психическая сфера, отражающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревога и т.д.;
- 3) социальная сфера отражает взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д.

Определение КЖ в многоцентровых рандомизированных исследованиях является одним из важных критериев оценки эффективности лечения. В онкологии, наряду с традиционными клиническими критериями (непосредственный эффект лечения – "ответ опухоли", безрецидивная выживаемость, 3- и 5-летняя выживаемость) КЖ является одним из надежных критериев оценки результатов лечения. На конференции Национального института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) в 1990г. заявлено, что КЖ – второй по значимости критерий оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный "опухолевый ответ" [3]. В многоцентровых рандомизированных исследованиях КЖ может быть дополнительным или основным критерием оценки эффективности терапии в зависимости от целей, задач и результатов протокола. Качество жизни оказывается основным критерием в том случае, когда не выявлены достоверные различия выживаемости между группами больных, включенных в протокол исследования. В этом случае именно на основании данных о КЖ может быть сделан выбор правильной программы лечения больных.

Одним из классических примеров выбора стратегии лечения на основании данных исследования КЖ является лечение больных с саркомами мяг-

ких тканей [30,41].

Естественно предположить, что КЖ у больных, которым проведено хирургическое вмешательство с сохранением конечности, а затем радиотерапия (РТ), лучше, чем у больных после ампутации конечности. Однако многоцентровые рандомизированные исследования по лечению больных с саркомами мягких тканей нижних конечностей, выполненные в США в 80-е годы, показали, что КЖ в группе больных, которым проведена ампутация, не хуже, чем у больных, у которых удалена опухоль и в дальнейшем проведено облучение. Кроме того, выявлены достоверно значимые различия между группами, свидетельствующие о том, что у больных после ампутации наблюдались менее выраженные нарушения в сексуальной и эмоциональной сфере. Полученные результаты побудили к изучению роли и объема хирургического вмешательства, доз РТ, значению химио- и симптоматической терапии, что в дальнейшем привело к формированию новых подходов к лечению больных саркомами мягких тканей [22,34,35].

В результате многочисленных многоцентровых рандомизированных исследований было определено прогностическое значение оценки КЖ, для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению и выживаемости [26,27,31,37,39]. Интересные и важные результаты были получены в исследованиях, убедительно продемонстрировавших расхождение в оценке КЖ даваемой, больным и лечащим врачом [33]. При этом оказалось, что именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью [26].

Одним из противоречий в лечении больных является необходимость, с одной стороны, проводить стандартную, строго регламентированную терапию, с другой – индивидуализировать лечение [42].

Изучение КЖ, как предмета научных исследований, проводится с помощью соответствующих методов определения и критериев оценки данного показателя. Очевидно, что в настоящее время уже не допустимо обывательское отношение к понятию КЖ, его изучение становится неотъемлемой частью комплексного анализа новых подходов к лечению и диагностике [8,12].

Существует значительное число инструментов для изучения КЖ (табл. 1), которые можно разделить на две большие группы: общие и специфические для болезни. Общие инструменты позволяют описать общее состояние здоровья и могут быть применены как при различных заболеваниях, так и у здоровых людей. Однако, они часто не позволяют выявить изменения, характерные для определенного заболевания. В этом случае более информативными являются специфические инструменты.

Такие инструменты как индексы и шкалы дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя КЖ. Однако степень достоверности результатов, полученных в результате использования этих двух групп инструмен-



**Таблица 1.** Инструменты для оценки качества жизни.

<b>Профиль общего здоровья</b>	Описание состояния здоровья, например, короткая форма SF-36, Ноттингемский профиль здоровья, Профиль влияния болезни
<b>Индекс общего здоровья</b>	Индекс (цифровой), например, Индекс благополучия, EuroQol, Индекс общего психического благополучия, Индекс здоровья Rosser
<b>Специфические шкалы</b>	Шкала оценки значения артрита, Шкала Американской ревматической ассоциации, Шкала Карновского, Шкала депрессии Векс

тов, уступает объективности результатов, полученных с помощью профилей или опросников. Опросники также могут быть общими и специфическими. Общие опросники предназначены для оценки статуса здоровья населения независимо от конкретной нозологии. Общие опросники имеют преимущества при оценке тактики здравоохранения в целом и проведении эпидемиологических исследований. Однако, нецелесообразно использовать общие опросники для оценки влияния на КЖ узкоспециализированных и краткосрочных программ. Также неоправданно их применение при сравнении КЖ пациентов с разными клиническими формами одного и того же заболевания. Недостатком общих опросников является низкая чувствительность к изменениям состояния здоровья в рамках конкретной патологии, особенно при легком и средней тяжести течении болезни. Эти анкеты более "чувствительны" к ухудшению, чем к улучшению [12,15].

Наибольшее распространение в медицине получили следующие общие опросники: "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey" (SF-36), "Sickness Impact Profile" (SIP), "European Quality of Life" (EuroQol), "WHO Quality of life" (WHOQOL-100), "Nottinham Health Profile" и т.д. [10].

Опросники представляют собой список конкретных вопросов, на которые пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ. Как правило, вопросы охватывают состояние всех основных сфер жизнедеятельности пациента. Однако выведение утилитарного цифрового показателя при анализе опросников является очень сложным процессом, требующим дополнительного привлечения современных компьютерных технологий. Каждый ответ пациента подвергается расшифровке с последующим переводом в цифровое значение, которое затем вводится в формулу, разработанную специально для каждого опросника. В конечном результате при обработке каждого опросника должно быть получено число, соответствующее утилитарному показателю (состоянию качества жизни), который может быть использован в качестве "эффекта" при экономической оценке "стоимость-эф-

фективность".

По мнению различных авторов [11,15], опросники должны отвечать следующим требованиям:

- 1) быть универсальными (охватывать все параметры здоровья);
- 2) быть надежными (улавливать различия в состоянии здоровья различных пациентов);
- 3) быть чувствительными к клинически значимым изменениям состояния здоровья каждого респондента;
- 4) обладать достаточной воспроизводимостью (тест = ретест);
- 5) быть кратким и простым в использовании;
- 6) быть стандартизированными (предлагать единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- 7) быть оценочными (давать количественную оценку параметрам здоровья);
- 8) помочь пациенту быть предельно откровенным при заполнении;
- 9) быть достоверными.

Рассмотрим некоторые опросники.

Опросник WHOQOL-100 (ВОЗКЖ-100), измерительный инструмент для оценки качества жизни, разработанный ВОЗ для самостоятельного заполнения, вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни. ВОЗКЖ-100 является результатом пятилетней работы интернационального коллектива экспертов – медиков, психологов, социологов. Он разрабатывался одновременно на основных мировых языках в 15 исследовательских центрах Европы, Австралии, Азии, Африки, Северной и Центральной Америки, в странах с различным экономическим уровнем и разными культурными традициями. Благодаря единой методологии разработки (WHOQOL Group, 1993) и координации усилий центров-разработчиков на всех этапах, инструмент является универсальным и позволяет осуществлять кросс-культуральные сравнения.

Опросник измеряет качество жизни, связанное со здоровьем. Он специально разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к изменениям состояния здоровья индивида, что особенно важ-

но для оценки результатов лечебной работы. Его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых наблюдаются в результате как заболевания, так и медицинского вмешательства, а так же поддержки, осуществляемой системой здравоохранения и существующими негосударственными формами медицинской помощи.

Опросник ВОЗКЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. ВОЗ определяет качество жизни как "восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами". Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты и которая слишком часто не совпадает с мнением профессиональных медиков относительно эффективности проводимого ими лечения. В содержании опросника субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий более значима, чем их объективное функциональное состояние. Таким образом, данный инструмент измеряет индивидуальное восприятие респондентами своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерять объективное состояние здоровья.

Инструмент имеет модульную структуру, где ядерный модуль (предлагаемый здесь вариант) измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни людей, имеющих определенные болезни или живущих в особых обстоятельствах.

Таким образом, опросник ВОЗКЖ-100 – это многомерный инструмент, позволяющий получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни. Он применим к широкому кругу контингентов, потому что покрывает полный спектр функций, неспособностей и дистрессов, которые относятся к качеству жизни. При этом, он дает не только одну меру, но целый профиль качества жизни. Это имеет определенные преимущества, так как позволяет выявлять различные эффекты лечения для различных аспектов качества жизни с помощью одного инструмента. Благодаря этому свойству он также может быть использован для сравнения эффективности различных методов лечения различных заболеваний.

Разработка методов изучения КЖ представляет собой трудоемкий процесс, который отнимает несколько лет. Например, "короткая форма 36" (SF-36) была разработана в течение 10 лет на основании результатов исследования, проведенного в США. На перевод, адаптацию и оценку информативности опросника в 10–15 странах ушло еще 4–5 лет. В связи с этим разрабатывать новый метод следует только при отсутствии адекватного инструмента в соответствующей области.

Опросник SF-36 (автор – J.E.Ware, 1992) был соз-

дан для того, чтобы удовлетворить минимальные психометрические стандарты, необходимые для групповых сравнений. При этом опросник должен был измерять общее здоровье, то есть те составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Его методика предназначена для изучения всех компонентов качества жизни. Для создания этого опросника исследователями MOS из 40 концепций здоровья были отобраны только 8, т.к. их изучение показало, что они наиболее часто измеряются на практике в популяционных исследованиях и наиболее часто подвергаются влиянию заболевания и лечения. Анализ этих 8 концепций показал, что они представляют собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные самооценки общего состояния здоровья. "Экспериментальная" версия опросника была создана в 1988 г., а в 1990 г. была создана "стандартная" форма опросника. "Стандартная" форма содержит более четвертой части от всех слов, содержащихся в MOS версии опросника SF-36, и является усовершенствованной по формату и процедуре шкалирования. Российскими исследователями Международного Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. была создана русскоязычная версия опросника SF-36, которая была использована для изучения КЖ 2114 жителей Санкт-Петербурга [6]. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах. Российская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований КЖ в России. И так, опросник SF-36 является общим опросником здоровья и может быть использован для оценки КЖ здоровых и больных различными заболеваниями.

Опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал.

Количественно оцениваются следующие показатели.

1. **Физическое функционирование (Physical Functioning – PF)**, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
2. **Роль физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP)** – влияние физического состояния на повседневную роль (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная дея-

- тельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
3. **Интенсивность боли (Bodily pain – BP)** и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.
  4. **Общее состояние здоровья (General Health – GH)** – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.
  5. **Жизненная активность (Vitality – VT)** подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.
  6. **Социальное функционирование (Social Functioning – SF)**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.
  7. **Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE)** предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.
  8. **Психическое здоровье (Mental Health – MH)** характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два показателя "физический компонент здоровья" и "психологический компонент здоровья":

1. **Физический компонент здоровья (Physical health – PH)**  
Составляющие шкалы:
  - физическое функционирование,
  - роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием,
  - интенсивность боли,
  - общее состояние здоровья.
2. **Психический компонент здоровья (Mental Health – MH)**  
Составляющие шкалы:
  - психическое здоровье,
  - роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием,

- социальное функционирование,
- жизненная активность.

"Sickness Impact Profile" (SIP), разработанный M. Bergner и соавт., также относится к группе общих опросников. В русскоязычных изданиях его называют "Профиль влияния болезни". SIP содержит 136 вопросов и 15 критериев [8]. SIP позволяет оценить КЖ респондентов с различными заболеваниями и сравнить этот показатель с таковыми в популяции здоровых лиц. Значительная длительность заполнения и обработки недостаточно соответствует таким требованиям, как простота и краткость. SIP может быть применен при проведении научных исследований и в меньшей степени в повседневной научной практике [10].

В настоящее время имеется много опросников применяющихся в онкологии. Однако наиболее распространенными являются два из них: американский опросник FAGT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и европейский – EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer).

EORTC QLQ-C30 используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде, а также ряде протоколов в США. Этот опросник разработан Группой Оценки КЖ при Европейской Организации Лечения и Исследования Рака (EORTC Study Group on Quality of Life) во главе с N.K. Aaronson [18]. Теоретическая концепция, которая положена в основу опросника, состоит в том, что КЖ является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. На основании оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья пациента. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: 1) специфичность; 2) многомерность (то есть наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ; 3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость к различным культурам.

Первым опросником, отвечающим данным критериям, явился опросник EORTC QLQ-C36, который был разработан в 1987 г. и относится к опросникам первого поколения. Он включает 36 вопросов, позволяющих оценить состояние здоровья больного по физическому, психологическому и социальному параметрам, общему КЖ и симптомам, связанным с болезнью и лечением. В результате усовершенствования и дополнения этого опросника разработан опросник второго поколения – EORTC QLQ-C30. Он апробирован во многих международных клинических исследованиях [19, 16, 40], которые показали его применимость для различных культур, и отвечает разработанным для опросников критериям надежности, обоснованности и реализуемости. Опросник может применяться для оценки КЖ независимо от типа заболевания. Современная версия – 2EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, роловое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), 3 шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боль), шкалы общего КЖ и одиночных пунктов [16, 19, 40].

Измерительная система по оценке качества жизни больных хроническими заболеваниями начала развиваться с 1987 года. Результатом стало создание опросника FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General), который содержал лишь общие вопросы, касающиеся состояния онкологических больных. Несколько лет было потрачено на адаптацию опросника для использования в различных странах: с учетом популяционных особенностей проводилась коррекция вопросов. Измерительная система функциональной оценки хронических заболеваний и состояний (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – FACIT) включала также опросники по оценке качества жизни пациентов с такими заболеваниями как рассеянный склероз, ВИЧ-инфекция, болезнь Паркинсона и ряд других состояний [4].

В дальнейшем опросники дорабатывались, видоизменялись и дополнялись. Настоящая редакция FACT, созданная в 1998 году, явилась результатом развития данной измерительной системы с учетом специфики течения отдельных форм заболевания, изучающихся в рамках III фазы различных международных мультицентровых клинических исследований.

Данный опросник состоит из общих вопросов, оценивающих 4 основные сферы жизнедеятельности пациентов:

- сфера физического благополучия (Physical well-being, PWB);
- сфера социального или семейного благополучия (Social/Family well-being, SWB);
- сфера эмоционального благополучия (Emotional well-being, EWB);
- сфера функционального благополучия (Functional well-being, FWB), т.е. адаптация к повседневной жизни.

В основу опросника FACT-G положена концепция и методология, являющиеся основой EORTC QLQ-C30 [23,24,25]. Современная версия опросника

4 FACT-G включает 27 вопросов, позволяющих оценить качество жизни по этим шкалам.

Оба опросника являются модульными, то есть в основу каждого положен модульный подход, согласно которому имеется базовый опросник (FACT-G или EORTC QLQ-30) [17]. К базовому опроснику может быть добавлен модуль – несколько дополнительных вопросов, специфичных для того или иного заболевания или программы лечения.

Как для FACT-G, так и для EORTC QLQ-C30 разработано значительное число модулей. Базовые опросники, так же, как и многие модули, переведены на различные языки, в том числе и на русский. Больной заполняет опросник до, во время и после окончания лечения. Данный метод прост, надежен и высокоинформативен. Однако, полученные данные относительно КЖ могут быть использованы только в том случае, если соблюдены следующие условия: правильная постановка задачи исследования, выбор адекватного опросника, корректный выбор точек обследования. Существующие методы оценки КЖ признаны достоверными, валидными и чувствительными к изменениям в состоянии исследуемого [36]. Таким образом, КЖ – важный показатель при принятии решений относительно методов лечения, научных исследований и подготовки медицинского персонала, который становится необходимым компонентом в экономических исследованиях, позволяющим оптимизировать лечебные программы в плане их эффективности и стоимости [9].

Прогресс здравоохранительных инициатив невозможен без стремления к постоянному улучшению КЖ пациентов и достижения наибольшего взаимопонимания между врачом и больным. В ближайшее время особое внимание должно быть уделено спорным и не до конца изученным вопросам улучшения КЖ больных и продолжена работа по дальнейшей разработке методологии и более широкому внедрению оценки КЖ в практическую деятельность врачей-клиницистов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор). Український вісник психоневрології, 2003, т. 11, вип. 2, с. 68–71.
2. Ветшев П.С. Изучение качества жизни больных после хирургического лечения. Хирургия, 2000, 1, с.64–67.
3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Обзор литературы. Онкология, т.2, 1–2, 2000.
4. Комарова В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения. V Российская онкологическая конференция. Москва, 2001.
5. Крылов Н.Н. Качество жизни больных как проблема хирургической гастроэнтерологии. Рос. мед. вестн., 1997, 1, с. 64–68.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Ст-Петербург, 2002, 320 с.
7. Польшваня М. Ю. Оценка качества жизни психически больных. Архив психиатрии, 2002, 2, с. 5–9.
8. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких. Хронические обструктивные болезни легких. Под ред. А.Г. Чучалина. М., Бином. 1998, с.171–192.
9. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии ( по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА-98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания). Тер. арх., 2000, т. 72, 3, с. 36–41.

10. Хамитов Р.Ф., Пальмова Л.Ю., Новоженков В.Г. Оценка качества жизни при хронической бронхолегочной патологии. Обзор литературы. Рос. мед. вестн., 2004, 3, с. 13–19.
11. Чучалин А.Г., Медников Б.Л., Белевский А.С. и др. Пульмонология. Приложение: Бронхиальная астма. Руководство для врачей России (Формулярная система). М., 1999, с. 22–40.
12. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни при хронических обструктивных болезнях легких. М., 2000.
13. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении. Медицинская газета, 2000, 53, с. 6–7.
14. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Савенкова Н.Н. Перитонит: качество жизни пациентов после хирургического лечения. Хирургия, 2004, 12, с. 56–60.
15. Шмелев Е.И., Беда М.В., Jones P.W. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. Пульмонология, 1998, 2, с. 79–81.
16. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. G. Natl. Cancer. Inst., 1993, 85: 365–375.
17. Aaronson N.K., Bullinger M., Ahmedzia S.A. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. Recent. Res. Cancer. Res., 1988, 11: 231–241.
18. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology. Int. J. Ment. Health., 1994, 23: 75–96.
19. Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. Quality of life research in oncology. Cancer, 1991, 67: 839–843.
20. Brennenman D.F., Wright J.G. Outcome research in Surgery. W.J.S., 1999, 23: 1220–1223.
21. Bullinger M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA Project. Soc. Sci. Med., 1995, 41:1359–1366.
22. Budd G.T. Palliative chemotherapy of adult soft tissue sarcomas. Semin. Oncol., 1995, 22 ( Suppl.3): 30–34.
23. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation. Oncology, 1996,11: 233–246.
24. Cella D.F. Quality of life: The concept. J. Palliative. Care. 1992, 8: 8.
25. Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G. The functional assesement of cancer therapy scale. Development and validation of the general measure. Jclin. Oncol., 1993, 11: 570–579.
26. Coates A, Gebski V., Signorini D.. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. J. Clin. Oncol., 1992, 10: 1833–1838.
27. Earlam S., Glover C., Fordy C. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. J. Clin. Oncol.. 1996, 14: 171–175.
28. Elkkinton J. R. Medicine and the quality of life. Annals of Internal Medicine., 1966, 64: 711–714.
29. Health Services Research Group: Outcomes and managment of health care. Can. Med. Assoc. J., 1992, 147: 1775.
30. Hicks I.E., Lambert M.H., Gerber L.H. Functional outcome update in patients with soft sarcoma undergoing wide lokal excision and radiacion. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1985, 66: 543.
31. Kaasa S., Mastekaasa A, Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small lung cancer, limited disease. Radiother. Oncol., 1989, 15L: 235–242.
32. Katscing H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии. Обзор современной психиатрии. 1998., вып. 1, с. 30–38.
33. Loprinzi C.L., Laurie A.J., Wieand H.S. Prospective evalution of prognostic variables from pacients-completed questionnaires. J. Clin. Oncol., 1994, 12: 601–607.
34. Malawer M.M., Budi R.G., Thompson W.E., Sugarbaker P.H. Major amputation done with palliative intent in the treatment of local body complications associated with advanced cancer. J. Surg. Oncol., 1991, 47: 121–130.
35. Merimsky O., Kollender Y., Inbar M. Palliative major amputation and quality of life in cancer pacients. Acta. Oncol., 1997, 36: 151–157.
36. Scott D.L., Garrood T. Quality of life measures: use and abuse. Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2000, 14, 4: 663–687.
37. Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. Quality of life in Phas II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with Paclitaxel plus granulocyte colony stimulating factor. O. Natl. Cancer. Inst., 1995, 87: 1316–1322.
38. Shum Maher S.A, Naughton M.J. The international assessment of Health-related quality of life. Quality of life. Eds. S.A, Shum Maher R. Berson. Oxford: Rapid Communications, 1995: 3–10.
39. Slevin M.L., Plant H., Lynch D. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? Brit.J. Cancer, 1988, 57: 109–112.
40. Sprangers M.A.G., Cull A, Bjordal K. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assesement guidelines for developing questionnaire modules. Quality Life Res., 1993, 2: 287–295.
41. Sugarbaker P.H., Barofsky L., Rosenberg S.A, Gianola F.J. Quality of life assesment of pacient in extremity sarcoma clinical trials. Surgery, 1982, 91: 17–23.
42. Tannock I.F. Treating the patient, not just the cancer. New Engl. J. Med., 1987, 317: 1534–1545.
43. WHO Meeting of investigations on quality of life. Geneva, 1992.

# СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Д.м.н. Благодарный Л.А., проф. Шелыгин Ю.А., Костарев И.В.  
Кафедра колопроктологии РМАПО,  
ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росздрава"

(заведующий кафедрой и директор центра – академик РАМН,  
проф. Воробьев Г.И.), г. Москва

**В** настоящее время, как в России так и за рубежом большое распространение получили хирургические малоинвазивные методы лечения геморроя, такие как: склеротерапия, лигирование латексными кольцами, инфракрасная фотокоагуляция, моно- и биполярная коагуляция, криодеструкция и другие. Простота техники выполнения, возможность амбулаторного применения и малая травматичность позволили стать этим методикам достаточно популярными среди колопроктологов и пациентов.

Каждый из данных методов имеет свои показания и противопоказания. Некоторые методики на сегодняшний день практически утратили свое значение в лечении геморроя (криодеструкция,

максимальное растяжение сфинктера, сфинктеротомия).

Одним из достаточно давно известных малоинвазивных методов, не требующим дорогостоящего оборудования, является склерозирующее лечение. Среди малоинвазивных способов лечения начальных стадий геморроя данная методика по эффективности и частоте применения уступает лишь лигированию латексными кольцами, а по мнению некоторых авторов, склеротерапия на современном уровне не менее эффективна и более проста в исполнении, чем латексное лигирование [30, 33]. По данным разных авторов, частота использования склерозирующего лечения среди малоинвазивных методов колеблется от 11 до 47% [7, 25].

## Историческая справка

**В** России метод склерозирующего лечения геморроя впервые был описан И.И. Карпинским еще в 1870 году, а за рубежом эта методика впервые предложена John Morgan в 1869 году [7, 25]. Он использовал раствор персульфата железа для лечения наружного геморроя и варикозного расширения вен нижних конечностей. Ш. Дробни в своей книге "Хирургия кишечника" указывает, что метод лечения различных заболеваний сосудов путем введения склерозирующих растворов применялся Pravaz Gabriel уже в середине 19-го века [8].

В 1871 году эта, уникальная на тот момент методика начала применяться в США, тогда же, впервые, для склерозирования стал применяться раствор фенола и другие склерозирующие вещества [45].

Первый крупный доклад о применении склеротерапии в лечении геморроя в 1879 году сделал Edmund Andrews. Автор представил обобщающее сообщение об использовании склеротерапии для лечения геморроя у 3295 пациентов. В докладе впервые были перечислены применяемые в то время склерозирующие растворы (карболовая кислота различных концентраций, креазол, персульфат железа, алкалоиды спорыньи), описана методика проведения процедуры, перечислены осложнения (болевого синдрома, кровотечения, эмболии, абсцессы, некроз слизистой на месте инъекции, стриктура прямой кишки, импотенция). Кроме того, описа-

ны 9 случаев смерти пациентов от различных осложнений [46].

До 60-х годов 20-го века склерозирующее лечение успешно использовалось проктологами различных стран, являясь в тот период одним из наиболее эффективных методов малоинвазивной терапии хронического геморроя [36].

В восьмидесятых и начале девяностых годов 20-го века, в связи с увлечением более новыми методами лечения геморроя, такими как инфракрасная фотокоагуляция, различные виды электрокоагуляции, лигирование латексными кольцами, криотерапия и др., метод склерозирующего лечения для некоторых проктологов отошел на второй план [34, 59]. Снижение интереса к склерозирующему лечению во многом было обусловлено относительно высокой частотой рецидивов заболевания и осложнений после проведенных инъекций [32, 34, 58, 61, 67, 68].

Тем не менее, многие авторы рекомендуют начинать лечение геморроя 1–2 стадий именно со склеротерапии, как наиболее экономичной и эффективной среди других малоинвазивных методов, отдавая ей предпочтение даже перед лигированием латексными кольцами [38, 56, 74]. Отдельными исследователями более высокая эффективность склерозирующего лечения отмечена как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после выпол-

нения процедуры [55].

В подавляющем большинстве исследований, проведенных до 1995 года, использовались осмотические склерозирующие растворы, такие как: 5% масляный раствор фенола (5–10% раствор карболовой кислоты), 5–20% раствор хинина и другие хинин-содержащие препараты. Эти препараты до сих пор используются в некоторых странах западной Европы и скандинавских странах. Большинство проктологов предпочитающих другие малоинвазивные методики ссылаются на такие отрицательные характеристики склерозирующего лечения, как: значительное число осложнений, высокая частота рецидивов заболевания, неудовлетворительные отдаленные результаты, необходимость проведения повторных сеансов лечения для достижения хорошего результата. Отметим, что развитие большинства осложнений после склерозирующего лечения осмотическими склеропрепаратами в значительной степени связано с плохо контролируемым химическим действием активных компонентов лекарственного раствора на биологические ткани. Риск развития осложнений особенно возрастает при неправильной технике выполнения инъекций (неверно выбранное место для инъекции, поверхностное или очень глубокое введение препарата, инъекция, выполненная неадекватно большим объемом раствора) [7, 33, 46].

В свою очередь, сторонники склерозирующего лечения отмечают, что при правильной технике проведения процедуры и четких показаниях к ее выполнению осложнения редки, а результаты лечения хорошие [38, 39, 55, 56]. При этом авторы, применявшие раствор хинина, указывают на довольно хорошие результаты после проведения инъекций с его использованием. Сходные результаты отмеча-

лись и у исследователей применявших 5% масляный раствор фенола, что вероятнее всего связано не с равнозначностью лечебного эффекта этих препаратов, а со значительной ролью "привычки", "приверженности" в использовании тех или иных склерозирующих растворов и опытом врача в работе с тем или иным препаратом.

В начале 80-х годов для склерозирующего лечения геморроя некоторые проктологи начали применять препараты из группы детергентов: тетрадецилсульфат натрия (тромбовар), полидоканол (этоксисклерол). Однако основное свое применение на тот период времени эти препараты нашли в флебологии для лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. Проктологами же детергенты применялись редко [34, 50]. Так, некоторые авторы предпочитали использовать детергенты лишь при невозможности применения других склерозирующих препаратов (аллергическая реакция на хинин, фенол и др.) [69].

В 90-х годах ситуация с использованием различных склерозирующих растворов несколько изменилась - многие проктологи более активно начали применять препараты из группы детергентов в связи с доказанной их высокой эффективностью и низкой частотой осложнений после проведенного лечения. Активность же в отношении использования других групп склерозирующих препаратов наоборот снизилась [7, 25, 33].

Таким образом, в настоящее время склерозирующее лечение не утратило своей актуальности, а с началом использования новых препаратов из группы детергентов интерес к нему вновь возрос и многие проктологи рекомендуют склеротерапию в качестве метода выбора при лечении хронического геморроя начальных стадий [7, 25, 30, 33].

## Классификация склерозирующих растворов

### Варианты техники выполнения инъекций

За многие десятилетия существования склерозирующего лечения предложены самые различные составы склерозирующих смесей [7, 25, 45, 46]. На сегодняшний день существует три группы склерозирующих препаратов:

1. **Осмотические растворы:** 40% раствор салицилата натрия; 5–10% раствор фенола (раствор карболовой кислоты) в миндальном, арахисовом, персиковом или растительном масле; 5–20% раствор хинина гидрохлорида, 20% раствор хининурео гидрохлорида и другие хининсодержащие препараты (сагиттапрокт, проктоуран); 20–23.4% раствор хлорида натрия; 10% раствор хлорида натрия с 5% декстрозой (склеродекс)
2. **Коррозийные препараты:** йодсодержащие препараты (полиодированный йод, варикоцид, вистарин и др.); 70% спирт с новокаином или без; хромат глицерина (склермо);
3. **Детергенты:** тетрадецилсульфат натрия (фи-

бро-вейн, тромбовар, сотрадекол); полидоканол (этоксисклерол); морруат натрия (склеромат); этаноламина олеат (этамолин).

В настоящее время в проктологии используются препараты из 1 и 3 групп, в то время как коррозийный растворы, в связи с высокой частотой осложнений и плохо контролируемым действием, практически не применяются.

### Осмотические склерозирующие растворы

По данным литературы за последние 25 лет, наиболее часто для склерозирующего лечения геморроя применяются два препарата из данной группы: 5% раствор фенола в миндальном, хлопковом или арахисовом масле и хинин содержащие растворы (в основном 20% раствор хинина).

При использовании 5% масляного раствора фенола чаще всего применяют технику проведения инъекций, предложенную в 1926 году С.Е. Blanchard. Использование того или иного масла (миндального,

арахисового или хлопкового) в качестве растворителя для фенола не оказывает влияния на результат лечения в связи с тем, что используемые масла примерно одинаковы по химическому составу и являются инертными, не оказывая влияния на активность действующего вещества [33].

Основной целью при выполнении инъекций по данной методике является достижение окклюзии верхних геморроидальных артерий, что в последующем должно привести к спадению геморроидальных узлов и снижению кровенаполнения кавернозной ткани. Используя терминологию зарубежных авторов, описанная техника выполнения инъекций называется надузловой (supra-nodular injections) или периартериальной (periarterial injections).

### Техника выполнения инъекций по методу Blanchard

Пациент находится в положении, как для геморроидэктомии. В анальный канал вводится аноскоп, визуализируется верхний край внутреннего геморроидального узла и зубчатая линия. Вкол иглы производится в подслизистый слой непосредственно выше геморроидального узла – в область расположения верхней геморроидальной артерии на 3,7 и 11 часах. Производится медленная инъекция склерозирующего раствора. В месте каждой из инъекций вводится по 1–3 мл 5% раствора фенола. Некоторыми исследователями оценивалась эффективность более высоких доз препарата (по 5 мл 5% раствора фенола в область каждого из геморроидальных узлов). При этом авторы не отметили значительного улучшения результатов лечения по сравнению с данными, полученными при использовании традиционных дозировок [67].

Большинству пациентов для устранения симптомов заболевания требуется от 1 до 3 сеансов лечения с интервалом между ними от 8 до 14 дней, хотя некоторым пациентам необходимо проведение до 4–6 сеансов [55, 60].

По сообщениям различных авторов, данные о непосредственных и отдаленных результатах после использовании описанной техники в значительной степени рознятся. Исходя из опыта одних [55], успех в лечении достигается довольно быстро. Хорошие непосредственные результаты отмечены у 81% пациентов, а хорошие отдаленные результаты у 73%. По сообщениям же других, хороших непосредственных результатов удается достигнуть у 50%, а хороших отдаленных результатов не более чем у 43% пациентов [34, 68].

По литературным данным, наиболее часто наблюдаются такие нежелательные эффекты, как болевой синдром различной интенсивности, отмеченный у 10–70% пациентов, кровянистые выделения из заднего прохода у 2–10%, чувство давления и напряжение в прямой кишке, дискомфорт в области заднего прохода, отмеченный у 2–14% пациентов, тромбоз наружных или (и) внутренних геморроидальных узлов. Более редко наблюдается некроз слизистой оболочки и изъязвление стенки кишки на месте произведенных инъекций (2–5%), подсли-

зистые абсцессы. После инъекций 5% раствора фенола в литературе описаны единичные случаи таких серьезных осложнений, как абсцесс брюшинного пространства (в указанном случае склеротерапию проводили через 14 дней после вскрытия острого ишиоректального парапроктита. Пациенту выполнено дренирование гнойной полости, дуэлевая трансверзостомия), различные осложнения со стороны мочеполовой системы (импотенция, дизурия, гематурия, гематоспермия, абсцесс предстательной железы, абсцесс семенных пузырьков, эпидидимит, стриктура уретры, хронический цистит, уrolитиаз, наружный свищ мочевого системы, тазовая боль) развитие которых, по всей видимости, связано с нарушением техники инъекции и ошибочным введением препарата в ткани, расположенные рядом с органами мочеполовой системы или непосредственно в данные органы [41, 64].

При использовании хининсодержащих препаратов (20% раствор хинина гидрохлорида или хинина дигидрохлорида, 20% сагиттапрокт, 20% проктокур и др.) чаще всего применяется техника, предложенная в 1936 году Blond K. [39]. Сутью данного метода является введение склерозирующего раствора в подслизистый слой непосредственно в проекции внутреннего геморроидального узла, чем достигается облитерация и сморщивание кавернозной ткани. Пользуясь терминологией зарубежных проктологов, данная техника инъекций называется внутринузловой (intra-nodular injections).

### Техника выполнения инъекций по методу Blond

Пациент находится в положении, как для геморроидэктомии. В анальный канал вводится аноскоп, проводится выше геморроидальных узлов. При медленном выведении аноскопа визуализируется верхняя часть внутреннего геморроидального узла. Игла вводится в полосу слизистой, располагающуюся между основанием и центральной частью геморроидального узла, доводится до подслизистого слоя (ощущение провала). Затем производится медленная инъекция раствора хинина. Во время введения раствора отмечается некоторое набухание и побледнение слизистой. Инъекции производятся в каждый из геморроидальных узлов, чаще всего располагающихся на 3, 7 и 11 часах. В подслизистый слой вводится от 0,1 до 0,3 мл 20% раствора хинина.

Большинство авторов использующих данную методику отмечают большую ее эффективность по сравнению с периартериальным введением масляного раствора фенола. Однако для достижения хорошего результата требуется большее число процедур (в среднем 4–6) [36, 55]. Интервал между процедурами составляет 8–14 дней. Как указывают авторы, болевой синдром во время проведения процедуры встречается значительно реже, чем при периартериальных инъекциях раствора фенола.

Хороших непосредственных результатов при использовании описанной техники, по литературным данным, удается достичь у 50–60% пациентов



(после 3–5 курсов склеротерапии). В то же время, в отличие от методики с применением периартериальных инъекций раствора фенола, при использовании метода Блонда хороших отдаленных результатов удается достичь у 75–95% пациентов. Отрицательной стороной данной методики является необходимость проведения значительного числа повторных процедур для достижения хорошего устойчивого результата (до 5–11) [36, 55, 57].

Как и при использовании раствора фенола, применение в качестве склерозирующего препарата хининсодержащих смесей в некоторых случаях сопряжено с развитием осложнений. Наиболее частым осложнением во время и после проведения процедуры по методике Блонда является болевой синдром [55]. Как отмечает автор, во время проведения инъекций и в первые 1–2 дня после процедуры различной интенсивности болевой синдром встречается у 22–50% пациентов. Образование кровоточащих язвенных дефектов на месте введения препарата встречается в 5–8% случаев, выделение крови из заднего прохода сохраняется у 10–15% пациентов. Однако, к окончанию лечения большая часть (94%) указанных осложнений проходит самостоятельно. При использовании хининсодержащих препаратов некоторые авторы выделяют отдельную группу осложнений обусловленных развитием аллергических реакций. Аллергические реакции (чаще всего связанные с содержанием в препарате хинина) могут проявляться в виде полиморфной кожной сыпи, буллезной экзантемы, гемолитических реакций, тромбоцитопении, аллергического васкулита, приступов бронхиальной астмы, гипертермии, болей в животе, головной боли и, наконец, анафилактического шока. По данным А. Oeler [61], Н.С. Knoch, [57], частота развития аллергических реакций при склерозирующем лечении геморроя с использованием препаратов, содержащих хинин, составляет 2,5–4,1%.

Некоторые исследователи приводят другую классификацию методик проведения склерозирующего лечения, также подразделяя их на два основных типа в зависимости от вида и количества используемого склерозирующего препарата [7, 25].

Суть первого состоит во введении в подслизистый слой непосредственно в области внутренних геморроидальных узлов большого объема склерозирующего раствора низкой концентрации (чаще из группы осмотических склеропрепаратов). Раствор при этом вводится до тугого заполнения, что приводит к затруднению притока крови к кавернозным синусам геморроидального узла. Химическое воздействие на стенки кавернозных синусов вызывает их отек и осмотическое повреждение эндотелия. По данным авторов основоположником данной методики является R. Bensaide (1973).

Техника второго метода введения склерозирующего раствора аналогична технике описанной Blanchard. При этом непосредственно к ножке геморроидального узла вводится небольшое количество (1–2мл) склерозирующего раствора. В настоящее время, чаще всего, при проведении данной методики используются препараты из группы детер-

гентов. Как указывают авторы, введенный периартериально раствор вызывает коагуляцию белков эндотелия с последующим образованием тромба и облитерацией сосудов.

## Морфологические изменения возникающие в стенке прямой кишки и кавернозной ткани геморроидальных узлов после склерозирующего лечения

Некоторыми зарубежными авторами были проведены исследования, целью которых было изучение морфологических изменений в стенке прямой кишки, кавернозной ткани геморроидальных узлов и сосудах, кровоснабжающих внутренние геморроидальные узлы. Так, W. Bruhl и Н.С. Knoch провели морфологическое исследование геморроидальных узлов, удаленных через 14 дней после склерозирующего лечения по методу Blanchard. Целью данного исследования было выяснить, действительно ли периартериальное введение раствора фенола приводит к облитерации артерий, питающих внутренние геморроидальные узлы, с запустеванием и редукцией последних. Установлено, что периартериальное введение склерозирующего препарата не приводит к окклюзии приносящих артерий. Отек тканей и признаки склероза были найдены только в области основания геморроидальных узлов рядом с мышечными структурами. При этом отмечалось только некоторое сдавление геморроидальных сосудов. Более того, в некоторых наблюдениях выявлено образование новых капилляров рядом с фиброзной тканью, что, по мнению исследователей, говорит о хорошо развитом коллатеральном кровообращении. Авторами сделано заключение, что клинический эффект после данного метода склеротерапии связан преимущественно с фиксацией и смещением в проксимальном направлении геморроидальных узлов, а не с окклюзией приносящих артерий [40].

W. Bruhl, также проведено исследование направленное на изучение морфологических изменений в стенке прямой кишки и кавернозной ткани геморроидальных узлов после склерозирующего лечения по методу Blond. Геморроидэктомия также производилась через 14 дней после склеротерапии. У 17 из 25 пациентов включенных в данное исследование основные склеротические изменения были обнаружены в области основания внутренних геморроидальных узлов. Авторами отмечено прорастание рыхлой волокнистой соединительной тканью гладкомышечного слоя в области инъекций. В более поверхностных слоях отмечался интерстициальный фиброз, и только в некоторых случаях встречался тромбоз кавернозных вен различного диаметра. У 6 пациентов основные изменения были обнаружены в поверхностных слоях рядом со слизистой оболочкой. Только у 2-х пациентов авторами отмечено преобладание склеротических из-

менений в центральной части геморроидальных узлов. По мнению исследователей, локализация наиболее выраженных склеротических изменений зависит от уровня микроциркуляции в различных отделах геморроидального узла. Так, в связи с тем, что циркуляция крови наиболее выражена в центральной части узла, склеропрепарат не успевает абсорбироваться в данной области и воздействовать на ткани, а основная абсорбция вероятнее всего происходит в области основания геморроидального узла, где исследователями и обнаружены основные склеротические изменения. В большинстве случаев авторами не выявлено сморщивания или деструкции ткани геморроидальных узлов с нарушением их архитектуры. Установлено, что основным механизмом быстрого исчезновения симптомов заболевания, также как и при методе Blanchard, является фиксация и ретракция геморроидальных узлов, что препятствует их смещению в дистальном направлении и травмированию во время дефекации. По мнению исследователей, результат склерозирующего лечения не зависит от размеров геморроидальных узлов, а полной их редукции и сморщивания необходимо добиваться лишь в том случае, если симптомы заболевания сохраняются, несмотря на адекватную фиксацию узлов в анальном канале после первого сеанса лечения [39].

Таким образом, основываясь на исследованиях W. Bruhl, можно сделать заключение, что при традиционном методе склерозирующего лечения с использованием осмотически активных препаратов, основной причиной успеха является не редукция и сморщивание геморроидальных узлов, не облитерация приносящих геморроидальных артерий, а фиксация узлов к подлежащим слоям и возвращение их в физиологическое положение за счет склеротических процессов наиболее выраженных в области основания внутренних геморроидальных узлов, что приводит к устранению их смещения и травмирования во время дефекации. В тоже время, данным исследователем доказано, что традиционные методы склеротерапии не приводят к изменению архитектуры геморроидальных узлов и облитерации большинства кавернозных синусов. В результате этого, как указывает Bruhl, некоторым пациентам для достижения хорошего результата требуется проведение нескольких повторных сеансов склеротерапии, направленных на редукцию кавернозной ткани. Склерозирующий препарат при повторных сеансах вводится непосредственно в центральную часть узла. В итоге значительно увеличивается общая длительность лечения. Наибольшую популярность в последнее время получили склерозирующие препараты из группы детергентов, такие как: тетрадецилсульфат натрия (тромбовар, фибровейн, сотрадекол), полидоканол (этоксисклерол), морруат натрия [7, 39, 65]. Появление этих препаратов вновь повысило интерес к склерозирующему лечению геморроя.

Так, в России, Соловьевым О.Л. в 1995г. [25] выполнено исследование, в результате которого произведена оценка эффективности склерозирующего лечения детергентами в сочетании с лазеротерапией. Лазеротерапия на область промежности проводи-

лась непосредственно после склерозирующего лечения. В данной работе применялся низкоэнергетический инфракрасный лазер с длиной волны от 0,8 до 0,96 мкм. Воздействие лазером проводилось с целью уменьшения отека и напряжения тканей, уменьшения болевого синдрома и явлений воспаления. Автором подробно разработаны показания для склерозирующего лечения в сочетании с лазеротерапией в зависимости от стадии заболевания, описаны морфологические изменения в геморроидальных узлах, удаленных в разные сроки после склерозирующего лечения. В качестве склерозирующего препарата в данной работе был использован 3% раствор тромбовара (натрия тетрадецилсульфат). Отмечено улучшение ближайших и отдаленных результатов после данного сочетанного лечения.

При морфологическом исследовании геморроидальных узлов, удаленных в ранние сроки (от 2 до 7 дней) после склерозирующего лечения, автором описаны следующие изменения: на разрезе узел представляет собой конгломерат полостей, заполненных тромботическими массами, кавернозные вены полностью тромбированы, начинается раннее спяние тромбов со стенками кавернозных синусов. При микроскопическом исследовании препаратов выявлено, что просвет вен заполнен склееными эритроцитами. В стенке сосудов отмечена пролиферативная реакция, представленная образованием соединительной ткани, что по данным исследователя является результатом химического воздействия препарата. Определяются спавшиеся улитковые артерии. К 5–7 дню, как описывает автор, фибробласты проникают в более глубокие слои тромба, процесс его организации распространяется на стенку сосуда, срастаясь с ней и становясь единым соединительнотканым элементом. При морфологическом исследовании, проведенном в более поздние сроки (20–30 дней), по данным исследователя, геморроидальные узлы имеют вид плотных беспросветных образований, значительно уменьшившихся в размерах. В стенках кавернозных тел имеются склеротические изменения с прорастанием тромбов фибробластами. Местами происходит новообразование сосудов.

Хороших непосредственных результатов при 1 и 2 стадиях заболевания О.Л. Соловьеву удалось достичь в 84–86,7% случаев, а при 3 и 4 стадиях - в 68,1 и 43,4% соответственно. Хорошие отдаленные результаты (через 3 года после лечения) при 1 и 2 стадиях отмечены у 83,6 и 72,4% пациентов соответственно, при 3 стадии - у 53,8%, а при 4 у 27,2%. Рецидив заболевания у пациентов с 2–4 стадиями геморроя отмечен у 10,9% пациентов, большинство из которых составили пациенты с 3 стадией заболевания.

Таким образом, в отличие от Bruhl W., применявшего в своих исследованиях 5% раствор фенола и 20% раствор хинина, при использовании в качестве склерозирующих препаратов детергентов, О.Л. Соловьевым доказано образование множественных тромбов в кавернозных синусах геморроидальных узлов в области инъекции. Это подтверждает теорию о том, что для хорошего стойкого результата требуется не только добиться фикса-

ции внутренних геморроидальных узлов в физиологическом положении, но и максимально воздействовать на структуру кавернозной ткани, способствуя облитерации кавернозных синусов. Необходимо более подробно остановиться на описании свойств и механизмах действия детергентов.

## Детергенты

В настоящее время в России официально зарегистрированы 3 склерозирующих препарата из группы детергентов. Это германский препарат "этоксисклерол", действующим веществом которого является полидоканол (регистрационный номер П №011397/01-2004г.), английский препарат "фибровейн", действующим веществом которого является натрия тетрадецилсульфат (регистрационный номер П-8-242-N 009068-1997г.) и французский препарат аналогичного состава "тромбовар" (регистрационный номер П-8-242 №008676/09-1998г.).

## Механизм действия

Все детергенты обладают сходным механизмом действия на сосудистую стенку. Данные вещества имеют в своем составе полярные (гидрофильные) и неполярные (гидрофобные) группы. Неполярные (гидрофобные) группы молекул детергента выравняются на поверхности клеточной мембраны эндотелиоцитов, взаимодействуя с ее поверхностными липидами. Фиксация гидрофобных групп к клеточной мембране происходит за счет того, что внутренняя поверхность клеток эндотелия (плазматическая мембрана) также гидрофобна. Такое взаиморасположение групп приводит к снижению поверхностного натяжения клеточной мембраны эндотелиоцитов. Происходит быстрое повреждение мембраны эндотелиальных клеток, так как гидрофильная группа, притягивая жидкость внутрь клетки, приводит к ее гипергидратации. В итоге, происходит разрушение эндотелиального слоя сосудистой стенки с последующим образованием тромба внутри просвета сосуда или спадением и слипанием его стенок. Подобным образом детергенты могут разрушать и более глубокие слои сосудистой стенки [62, 66].

По данным большинства источников литературы, в которых описан механизм действия полидоканола, указано, что этот препарат обладает как веносклерозирующим, так и местноанестезирующим действием, что несколько отличает его от других детергентов.

После введения полидоканола вызывает денатурацию белков по описанному выше механизму, что приводит к повреждению эндотелия сосудов. Из особенностей следует отметить, что в момент введения препарат оказывает кратковременное противосвертывающее действие с последующей стимуляцией быстрого тромбообразования. Местноанестезирующий эффект реализуется за счет того, что в результате воздействия препарата прерывается обратная связь по чувствительным нервным волокнам. Организация тромба происходит в среднем за 6–7 дней.

## Применение новых технологий в склерозирующем лечении геморроя

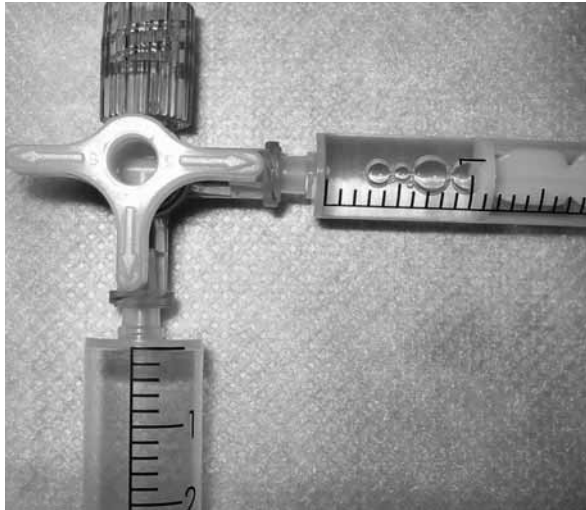
В последнее время (1999–2006гг.), в периодической литературе по флебологии посвященной проблемам склерозирующего лечения варикозной болезни вен нижних конечностей появилось большое число работ о применении новой – пенообразной формы (foam-form, microfoam) склерозирующих растворов [2, 3, 4, 9, 23, 37, 42, 43, 49, 52, 70, 75, 76]. Многими авторами при сравнении эффективности жидкой и пенообразной форм склерозирующих препаратов в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей, доказана более высокая эффективность пенообразной формы [4, 9, 37, 44, 49, 52, 63, 70, 76].

Для приготовления пенообразной формы склерозирующего раствора используются препараты из группы детергентов (полидоканол, натрия тетрадецилсульфат).

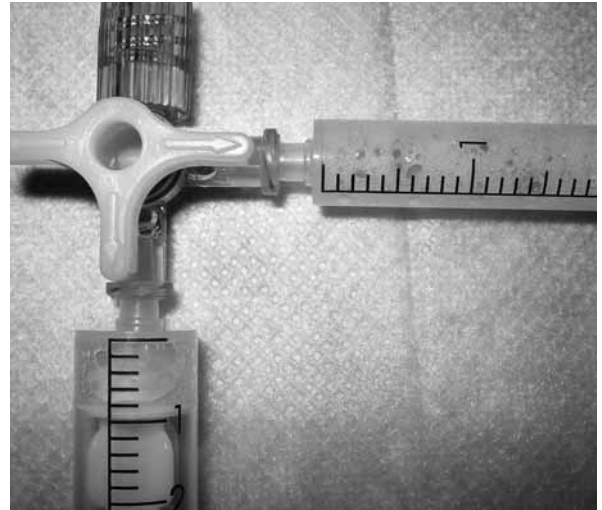
Пенообразную форму производят путем смешивания жидкого склерозирующего препарата с газообразным веществом в различных пропорциях (1:3 – 1:5). В качестве газообразного вещества используется кислород, воздух или углекислый газ. Для смешивания авторы используют различные методы, наиболее часто из которых применяются два – метод Monfieux и метод Tessari [65, 66]. Для приготовления пенообразной формы по методу Monfieux используется один стеклянный или пластиковый шприц. При этом с помощью данного шприца жидкий склерозирующий препарат набирается из ампулы, а затем вновь выливается в ампулу. Путем нескольких таких повторений происходит смешивание препарата с воздухом и "вспенивание" его. В результате образуется пенообразная форма с крупными пузырьками. Полученная таким образом пенообразная форма, используется флебологами для склерозирования вен имеющих средний или крупный диаметр (6–10 мм).

Для приготовления пенообразной формы по методу Tessari применяются два пластиковых шприца (чаще всего на 2 и 5 мл) и специальный двух- или трехканальный переходник. В шприц объемом 5 мл набирается необходимое количество воздуха, в другой шприц объемом 2 мл набирается жидкий склерозирующий препарат. Шприцы соединяются между собой с помощью переходника и путем попеременного перекачивания воздуха и препарата из одного шприца в другой происходит смешивание их с образованием пены (рис. 1, 2).

Полученная таким образом пенообразная форма с мелкими пузырьками имеет низкую вязкость. Сходная с классическим методом Tessari, существует так называемая "двухшприцевая" техника приготовления пены. Отличием данной техники является то, что вместо 20–30 повторений смешивания, применяют 5–7 повторений с более высоким дополнительным давлением в собранной системе [37, 66]. При этом по данным авторов, образуется более вязкий пенообразный раствор, содержащий мелкие пузырьки газа [66].



**Рисунок 1.** Жидкий склерозирующий препарат смешивается с воздухом в соотношении 1 : 3



**Рисунок 2.** Образование пены с крупными пузырьками в начальном периоде смешивания

По данным большинства исследователей, эффективность пенообразной формы склерозирующих препаратов при лечении различных форм варикозного расширения вен нижних конечностей в 1,5–3 раза выше по сравнению с эффективностью жидкой формы аналогичного препарата и сравнима с эффективностью хирургического лечения [35, 42, 43, 44, 51, 66]. Каких либо серьезных осложнений (воздушная эмболия, повышение болевого синдрома и др.) при использовании данной формы склерозирующего раствора авторы не отмечали [49, 52, 70, 76].

По данным литературы, причинами улучшения результатов лечения являются следующие механизмы действия пенообразной формы склерозантов:

1. Пенообразная форма приводит к улучшению контакта между склерозирующим раствором и стенкой сосуда и увеличивает площадь их соприкосновения.

2. Значительно снижается скорость разведения склерозирующего раствора кровью и, соответственно, увеличивается длительность его воздействия на стенку сосуда. Таким образом, благодаря более медленному вымыванию препарата, находящегося в пенообразной форме из тканей и сосудов, по сравнению с традиционной – жидкой формой, использование пенообразной формы приводит к повышению продолжительности воздействия склерозирующего препарата на стенку сосуда [49, 66].

В настоящее время в зарубежной и отечественной литературе отсутствуют данные о применении пенообразной формы при склерозирующем лечении геморроя. С декабря 2005г. в Государственном научном центре колопроктологии начато исследование по изучению эффективности пенообразной формы препаратов при склерозирующем лечении хронического геморроя.

Некоторыми исследователями применяются комбинации малоинвазивных методов лечения геморроя такие, например, как: сочетание инфракрасной фо-

токоагуляции, криотерапии или инъекций склерозирующего раствора в геморроидальные узлы после лигирования латексными кольцами; инъекции склерозирующего раствора в геморроидальные узлы за несколько дней до проведения лигирования латексными кольцами [47]. Другими авторами применяется сочетание склеротерапии с одновременным назначением флеботонических препаратов улучшающих микроциркуляцию, повышающих тонус венозной стенки, снижающих отек и воспалительные явления в тканях геморроидальных узлов (детралекс, цикло-3 форте, троксевазин и др.) [30].

В 2001 году О.Л. Соловьевым и Г.В. Саврасовым впервые предложен новый прибор, позволяющий сочетать склерозирующее лечение с обработкой кавернозной ткани геморроидальных узлов низкочастотным ультразвуком (рис. 3). Конструкция данного прибора представлена ультразвуковым генератором и рабочим инструментом, окончание которого представлено в виде иглы, сочетающей две функции



**Рисунок 3.** Прибор для ультразвуковой кавитации

– проводника склерозирующего раствора и проводника ультразвуковых колебаний к тканям.

Основным эффектом, происходящим в биологических жидкостях под влиянием низкочастотного ультразвука, является акустическая кавитация. Под акустической кавитацией понимают образование и активацию газовых или паровых полостей (пузырьков) в среде, подвергаемой ультразвуковому воздействию [5, 6, 19]. В биологических тканях ультразвуковая кавитация приводит к значительному повышению трансмембранной проницаемости, тепловому эффекту, механическому воздействию и повышению интенсивности микроциркуляции в области воздействия, что в сочетании с введением жидкого лекарственного препарата будет способствовать улучшению его распространения в тканях подвергаемых ультразвуковой обработке.

Основанием для использования методики, сочетающей воздействие ультразвука в режиме кавитации с введением склерозирующих веществ, при лечении хронического геморроя являются следующие возможности ультразвукового воздействия:

1. Управляемость и избирательность воздействия ультразвука на ткани.
2. Возможность использования фокусированного ультразвука для обработки им локальной зоны без повреждения рядом расположенных тканей (подобное применение ультразвука нашло применение в нейрохирургии при операциях на головном и спинном мозге, в офтальмологии при операциях на глазном яблоке, в урологии при операциях на почках, в сердечно-сосудистой хирургии).
3. Возможность передачи механических колебаний на ткани с помощью достаточно тонкого наконечника (рабочей части), что позволяет сконструировать наконечник прибора в виде иглы, которая одновременно будет являться иглой для пункции геморроидальных узлов и проведения склерозирующего раствора и, в тоже время, проводником колебаний ультразвукового генератора [6, 10, 19, 18, 31].

Необходимо отметить следующие преимущества ультразвуковых инструментов перед другими используемыми в терапии геморроя: в отличие от криохирургических инструментов, рабочая часть ультразвукового прибора не прилипает к ткани и поверхность воздействия не испытывает дополнительной травмы; в отличие от терапевтического лазера при использовании ультразвукового хирургического инструмента врач чувствует сопротивление тканей во время воздействия на них, в связи с чем легче контролировать проводимую процедуру. Тем не менее, до сих пор до конца не изучен сам процесс кавитации при ультразвуковом воздействии и тем более влияние кавитации на эффективность лечения геморроя при сочетании ее с введением склерозирующего раствора. В ГНЦ колопроктологии Росздрава, с декабря 2005г. начато исследование по изучению эффективности сочетания склерозирующего лечения с обработкой кавернозной ткани геморроидальных узлов низкочастотным ультразвуком. На наш взгляд данная методика является весьма перспективной и позволит значительно улучшить результаты склерозирующего лечения геморроя.

Таким образом, метод лечения геморроя путем инъекций склерозирующих веществ, несмотря на свою полутора вековую историю, до сих пор остается одним из наиболее эффективных среди других малоинвазивных методик. В тоже время продолжается поиск новых методов воздействия на кавернозную ткань геморроидальных узлов, направленных на повышение эффективности и улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения хронического геморроя. Предложенные методы с использованием пенообразной формы склерозирующего раствора, склеротерапии с одномоментным воздействием на кавернозную ткань геморроидальных узлов низкочастотным ультразвуком, направлены на решение этих задач.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А. Клиника-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 1999.
2. Богачев В.Ю., Кириенко А.И., Золотухин И.А. Компрессионная склеротерапия варикозной болезни и телеангиоэктазий. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 1997, 4:27–31.
3. Богачев В.Ю. Обзор материалов международного флебологического конгресса. *Флебологическая медицина*, 2003, 20:2–7.
4. Богачев В.Ю., Золотухин И.А., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием "foam-form" техники. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2003, 9(2):81–85.
5. Большая медицинская энциклопедия под ред. Б.В. Петровского, М., Советская энциклопедия, 3-е издание, 1979, т.10, 528 с.
6. Большая медицинская энциклопедия под ред. Б.В. Петровского, М., Советская энциклопедия, 3-е издание, 1985, т.26, 560 с.
7. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М., 2002, 192 с.
8. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт: изд-во академии наук Венгрии, 1983, с.493–494.
9. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности. *Consilium medicum*, 2003, 5(6):361–366.

10. Крылов П.В., Рокитянский В.И. Ультразвук и его лечебное применение, 1982, 123с.
11. Липкин М.Е., Ежов В.М. К механизму действия ультразвуковой кавитации при лечении гнойных ран. Актуальные вопросы военной медицины, Львов, 1970, 206.
12. Лоцилов В.Л., Вершков В.Г., Орлова А.А. Физические основы способа обработки инфицированных ран. Тр. МВТУ им. Баумана, 1975, 242:27–32.
13. Лоцилов В.Л., Вершков В.Г., Орлова А.А. Исследование влияния акустических колебаний на процессы ультразвуковой обработки инфицированных ран. Тр. МВТУ им. Баумана, 1975, 242:33–35.
14. Мартемьянов С.В., Затонских Б.Я., Банас Н.Б. Способ лечения варикозных вен нижних конечностей в амбулаторных условиях. Флебологическая, 2004, 23:12–13.
15. Мельман Е.П., Дацун И.Г. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М.: Медицина, 1986, 176 с.
16. Минбаев Ш.Т. Выбор метода лечения геморроя у больных повышенного риска. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. М., 1992.
17. Павлов О.Н. Влияние ультразвуковых колебаний низкой частоты на течение гнойного раневого процесса. Хирургия, 1969, 6:62–65.
18. Пауков В.С., Кауфман О.Я., Морозов П.И. Действие низкочастотного ультразвука на брюшину, клетки перитонеального экссудата и течение экспериментального перитонита. Бюллетень экспериментальной биологии, 1984, 8:168–171.
19. Пирсол И. Кавитация. Пер. с англ. под ред., с предисл. и доп. Л. А. Эпштейна. М., Мир, 1975, 92 с.
20. Постников В.Ф., Кирилук В.П., Яременко Л.П. Лечение гнойных ран ультразвуком. Вестник хирургии им. Грекова, 1984, 6:69–70.
21. Хилл К. Применение ультразвука в медицине. Физические основы. Пер. с англ., 1989.
22. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. М., Медпрактика, 2000, 158 с.
23. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Склерохирургия варикозной болезни. Ангиология и сосудистая хирургия, 1999, 5(1):22–25.
24. Савельев В.С. Варикозная болезнь – современное состояние старой хирургической проблемы. Анналы хирургии, 1999, 2:61–64.
25. Соловьёв О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. М., 1995.
26. Суханов С.Г., Ронзин А.В., Власов П.Г. Комбинация компрессионной склеротерапии и лазеротерапии в лечении варикозной болезни и телеангиоэктазий нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия, 1999, 5(4):76–77.
27. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М., Медицина, 1994, 430 с.
28. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., Медицина, 1984, 384с.
29. Чаплинский В.В. Ультразвуковая обработка гнойных ран. Хирургия, 1982, 6:75–78.
30. Шельгин Ю.А. с соавт. Эффективность детралекса в профилактике осложнений склерозирующей терапии геморроя. Колопроктология, 2005, 1(11):16–20.
31. Эльпинер И.Е. Биофизика ультразвука, М., 1973.
32. Adami B., Eckardt V.F. Bacteremia after proctoscopy and hemorrhoidal injection sclerotherapy. Dis. Colon Rectum, 1981, 24:373–374.
33. Akerud L. Sclerotherapy of haemorrhoids: a prospective randomised trial of polidocanol and phenol in oil. Coloproctology, 1995, 17(2):73–86.
34. Ambrose N.S., Morris D. A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first- and second-degree hemorrhoids. Dis. Colon Rectum, 1985, 28:238–240.
35. Barrett J.M., Allen B., Ockelford A., Goldman M.P. Microfoam ultrasound-guided sclerotherapy treatment for varicose veins in a subgroup with diameters at the junction of 10 mm or greater compared with a subgroup of less than 10 mm. Dermatol surg., 2004, 30(11):1386–1390.
36. Bensaude A. Four answers to nine questions on the subject of the sclerotherapy of haemorrhoids through quinine derivatives and phenol in almond oil. Coloproctology, 1981, 3(3):182–183.
37. Breu F.X., Guggenbichler S. European consensus meeting on foam sclerotherapy. Dermatol surg., 2004, 30(5):709–717.
38. Bruhl W., Krause H. Hemorrhoidal therapy: operative or conservative? Coloproctology, 1984, 6(1):13–15.
39. Bruhl W., Schmauz R. The Blond sclerosing technique for hemorrhoids. Coloproctology, 1991, 13(6):374–377.
40. Bruhl W., Knoch H.G. Sclerotherapy with phenol in almond oil. Coloproctology, 1994, 16(4):279–281.
41. Bullock N. Impotence after sclerotherapy of hemorrhoids: case reports. B.M.J., 1997, 314:419.
42. Carbera J. Sclerosants in microfoam. A new approach in angiology. International angiology, 2001, 20(4): 322–329.
43. Carbera J. Treatment of venous malformations with sclerosant in microfoam form. Arch. dermatol., 2003, 139(11): 1409–1416.

44. Cesarone M.R., Belcaro G., Nicolaidis A.N. Treatment of a femoral venous aneurysm with foam-sclerotherapy. *Minevra cardi-angiol.*, 2003, 51(4):405–409.
45. Corman M.L. Colon s rectal surgery 3-d edition, p.61–64.
46. Corman M.L. Andrews E. The treatment of hemorrhoids by injection. *Dis. Colon Rectum*, 1988, 31:331–332.
47. Chew S.S.B., Marshall L. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis. Colon Rectum*, 2003, 46:1232–1237.
48. Eckmann D.M., Kobayashi S. Li M. Microvascular embolization following polidocanol microfoam sclerosant administration. *Dermatol surg.*, 2005, 31(6):636–643.
49. Hamel-Desnos C., Desnos P., Wollmann J.C. Evaluation of efficacy of polidocanol in the form of foam compared with liquid form in sclerotherapy of the greater saphenous vein: initial results. *Dermatol surg.*, 2003, 29(12):1170–1175.
50. Imbert R. Importance of Aetoxisclerol in sclerotherapy of hemorrhoids. *Phlebologie*, 1980, 33(4):617–621.
51. Frullini A. New technique in producing sclerosing foam in a disposable syringe. *Dermatol surg.*, 2000, 26(7):705–6.
52. Frullini A., Cavezzi A. Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases: history and analysis of safety and complications. *Dermatol surg.*, 2002, 28(1):11–15.
53. Hsu T.S., Weiss R.A. Foam sclerotherapy: a new era. *Arch. dermatol.*, 2003, 139(11): 1494–1496.
54. Kern P. Single-blind, randomized study comparing chromated glycerin, polidocanol solution, and polidocanol foam for treatment of telangiectatic leg veins. *Dermatol. Surg.*, 2004, 30(3):367–372.
55. Kirsch J.J. Which sclerosing treatment for haemorrhoids?: a comparative study of 297 patients. *Coloproctology*, 1981, 3(3):184–187.
56. Kirsch J.J., Wienert W. Current treatment of haemorrhoids: conservative and surgical procedures. 1984, 4(2):102–104.
57. Knoch H.G., Klug W., Melzer B. Treatment of hemorrhoids based on stages. *Coloproctology*, 1991, 8(6):364–370.
58. MacRae H.M., MacLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis. Colon Rectum*, 1995, 38:687–694
59. Neiger A. Four answers to nine questions on the subject of the sclerotherapy of haemorrhoids through quinine derivatives and phenol in almond oil. *Coloproctology*, 1981, 3(3):182–183.
60. Nicholls R.J. Four answers to nine questions on the subject of the sclerotherapy of haemorrhoids through quinine derivatives and phenol in almond oil. *Coloproctology*, 1981, 3(3):182–183.
61. Oeller A. Frequency and intensity of quinine allergy with Blond's haemorrhoid sclerotherapy. *Coloproctology*, 1991, 13(4):207–210.
62. Parsons M.E. Sclerotherapy basics. *Dermatologic clinics*, 2004, 22(4):401–412.
63. Rabe E., Pannier-Fischer F., Gerlach H. Guidelines for sclerotherapy of varicose veins (ICD 10: I83.0, I83.1, I83.2, and I83.9). *Dermatol. Surg.*, 2004, 30(5):687–693.
64. Ribbans W.J., Radcliffe A.G. Retroperineal abscess following sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis. Colon Rectum*, 1985, 28:188–189.
65. Sadick N.S. Small vessel sclerotherapy. *Dermatologic clinics*, 2001, 19(3):475–481.
66. Sadick N.S. Advances in the treatment of varicose veins: ambulatory phlebectomy, foam sclerotherapy, endovascular laser, and radiofrequency closure. *Dermatologic clinics*, 2005, 23(3):443–455.
67. Santos G., Novell J.R. et al, Long-term results of large-dose, single-session phenol injection sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis. Colon Rectum*, 1993; 36:958–961.
68. Senapati A, Nicholls R.J. A randomized trial to compare the results of injection sclerotherapy with a bulk laxative alone in the treatment of bleeding haemorrhoids. *Int. J. Colorect. Dis.*, 1988, 3:124–126.
69. Stein E. Four answers to nine questions on the subject of the sclerotherapy of haemorrhoids through quinine derivatives and phenol in almond oil. *Coloproctology*, 1981, 3(3):182–183.
70. Tessari L., Cavezzi A, Frullini A. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins. *Dermatol. Surg.*, 2001, 27(1):58–60.
71. Tnity L. Лечение ранних стадий хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Флеболомифология*, 2003, 17:3–7.
72. Waard M.M., Kinderen D.J. Duplex ultrasonography-guided foam sclerotherapy incompetent perforator veins in a patient with bilateral venous leg ulcers. *Dermatol. Surg.*, 2005, 31(5):580–583.
73. Walker A.J., Leicester R.J., Nicholls R.J. A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of hemorrhoids. *Int. J. Colorect. Dis.*, 1990, 5:113–116.
74. Wollmann J.C. The history of sclerosing foams. *Dermatol. Surg.*, 2004, 30(5):694–703.
75. Yamaki T., Nozaki M., Iwasaka S. Comparative study of duplex-guided foam sclerotherapy for the treatment of the superficial venous insufficiency. *Dermatol. Surg.*, 2004, 30(5):718–722.





## ДЛЯ ЗАМЕТОК

Ruled area for notes consisting of 31 horizontal dotted lines.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН МЕРОПРИЯТИИ

Ассоциации колопроктологов России

на 2007 год

## Февраль

Актовый день "Химиотерапия колоректального рака" (к.м.н. Кузнецова Е.А.). ГНЦК, Москва

3-й образовательный курс по реабилитации стомированных больных. ГНЦК, Москва

## Март

Симпозиум "Геморрой". ГНЦК, Москва

## Апрель

Конференция гастроэнтерологов южного федерального округа. Ессентуки

## Май

2-й Всероссийский съезд колопроктологов. Уфа

8-й Международный Славяно-Балтийский научно-медицинский форум "Санкт-Петербург Гастро-2006"  
Заседание российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника (проблемы болезни Крона). Санкт-Петербург

Центральный Европейский конгресс колопроктологов. Будапешт (Венгрия)

## Июнь

Симпозиум "Колоректальный рак". ГНЦК, Москва

## Сентябрь

Межрегиональная научно-практическая конференция по колопроктологии. Саранск

## Октябрь

Левитановские чтения. ГНЦК, Москва

4-й образовательный курс по реабилитации стомированных больных ГНЦК, Москва

## Ноябрь

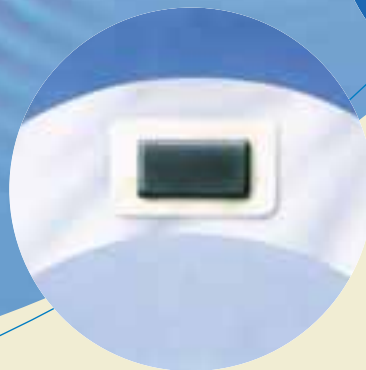
Симпозиум "Эндоскопические методы диагностики и лечения в колопроктологии" ГНЦК, Москва

**Alterna** - комплексная система,  
представленная широким  
ассортиментом  
одно- и двухкомпонентных средств  
ухода за стомой

Надежное крепление



Эффективный фильтр



Спиралевидная структура нового  
клеявого слоя содержит два адгезива,  
обладающих различными свойствами.  
Один адгезив обеспечивает надежное  
приклеивание к коже, другой -  
безболезненное отклеивание.

# ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированная очищенная флавоноидная фракция

## Микронизированный

Высокая клиническая эффективность  
благодаря

- ✓ микронизированной форме
- ✓ комплексному механизму действия



## ЭТАЛОННЫЙ ФЛЕБОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ

### ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011469/01

**Лекарственная форма:** таблетки, покрытые оболочкой.

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

**Фармакотерапевтическая группа:** ангиопротектор.

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

**Показания к применению:**

Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности:

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

Симптоматическая терапия обострения геморроя.

**Противопоказания:** известная повышенная чувствительность к препарату.

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

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

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

**Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаборатории Сервье». Произведено «Лаборатории Сервье Индастри», Франция.

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



Хроническая венозная недостаточность

2 таблетки в день

Острый геморрой

до 6 таблеток в день