



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 4 (30) 2009

ISSN 2073-7556

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 4 (30) 2009

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

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

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.

Зав. редакцией:

Нехрикова С.В.
Тел.: (499) 199-95-58

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ № 77-14097

Индекс: 80978
для индивидуальных
подписчиков

ISSN 2073-7556

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — Г.И. ВОРОБЬЕВ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Воробьев Г. И., Зайцев В. Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. 4

Лоранская И. Д., Степанова Е. В., Халиф И. Л., Михайлова Т. Л., Поляков А. В., Щагина О. А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БОЛЕЗНИ КРОНА С НОСИТЕЛЬСТВОМ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА NOD2/CARD15 10

Кузьминов А. М., Воробьев Г. И., Сухих Г. Т., Вышегородцев Д. В., Капуллер Л. Л., Веселов В. В., Тихонов А. А.

КЛЕТОЧНЫЕ БИОТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ 17

Ачкасов С. И., Воробьев Г. И., Жученко А. П., Ринчинов М. Б.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ. 21

Севостьянов С. И., Шармазанашвили Д. О.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 26

Невольских А. А., Бердов Б. А., Титова Л. Н., Якушина З. К., Неборак Ю. Т., Звягина И. В.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ. 32

Хубезов Д. А.

ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ. 39

Курбонов К. М., Шарипов Х. Ю., Хомидов М. Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ. 43

Лурин И. А., Заруцкий Я. Л., Шудрак А. А., Макаров Г. Г., Иванов И. А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С КАРЦИНОИДОМ ТОНКОЙ КИШКИ. 46

Ачкасов С. И., Лихтер М. С.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ
С ОБШИРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ..... 51

Халиф И. Л., Воробьев Г. И., Макаrchук П. А., Конович Е. А., Михайлова Т. Л.

АНТИЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА..... 53

(обзор литературы)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Воробьев Г.И., Зайцев В.Г.

ФГУ ГНЦ колопроктологии, г. Москва
(директор академик РАМН, профессор Г.И. Воробьев)

Разработка рациональных организационных форм оказания специализированной, колопроктологической помощи в современных условиях приобрела особую значимость.

Как оказалось, многие управленческие решения последнего времени недостаточно эффективны, т.к. приняты без учета оправдавших себя организационных моментов и тенденций развития той или иной службы.

Для улучшения сложившейся ситуации Минздравсоцразвития принял ряд принципиально важных решений. Воссоздан институт главных специалистов Министерства, создан Экспертный совет в сфере здравоохранения, в состав которого вошли профильные комиссии с постоянно действующими группами, интенсифицировалась разработка федеральных стандартов оказания медицинской помощи, разработан и действует механизм контроля за исполнением принятых решений.

Цель данного исследования — уточнить показатели обращаемости и колопроктологической заболеваемости в различных субъектах РФ, выявить основные тенденции в организации колопроктологической помощи населению РФ в современных условиях, внести коррективы в отдельные элементы ее организационно-функциональной модели.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Исследованы данные по частоте и структуре обращаемости за амбулаторной колопроктологической помощью и госпитализированной колопроктологической заболеваемости по 55 субъектам РФ (295211 обращений во внебольничные учреждения и 77997 случаев госпитализации). Данные получены по специально разработанной форме (19 позиций по характеристике колопроктологической службы и 2 формализованные таблицы: по обращаемости за амбулаторной колопроктологической помощью и по госпитализированной заболеваемости).

Сбор материала проведен при содействии Минздравсоцразвития (распоряжение зам. мини-

стра №552-ВС от 28.01.2008 года).

Обработка материала осуществлена с применением аналитического, балансового и нормативного методов для чего использованы некоторые данные официальной статистики и оперативная информация ГНЦ колопроктологии.

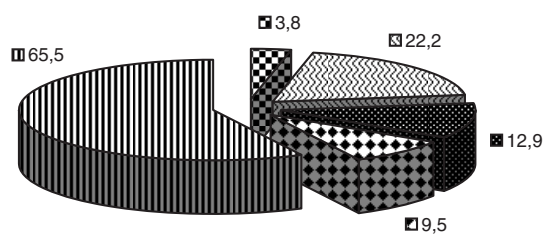
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По сравнению с 2003 годом обращаемость при заболеваниях толстой кишки, анального канала и промежности увеличилась с 99,8 до 113,9 на 10 тыс. населения и в зависимости от степени организации колопроктологической службы представлена следующим образом: субъекты РФ с хорошо организованной службой — 122,2, с недостаточно организованной — 105,7 и в субъектах, где служба отсутствует — 21,2 на указанное число жителей.

Среди обратившихся за амбулаторной колопроктологической помощью (Рис. 1) по основным группам заболеваний (данные на 10 тыс. населения, n=295211) 65,5 составляли больные с неопухолевыми хирургическими заболеваниями дистального отдела прямой кишки и промежности, 22,5 — с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки. Каждое 10 обращение было сделано по поводу ее новообразований. При хирургических заболеваниях толстой кишки неопухолевого генеза обращаемость составила 3,8 на указанное число населения.

В зависимости от уровня организации колопроктологической службы приведенные показатели колебались в широком диапазоне (Табл. 1). Так, при воспалительных и функциональных заболеваниях толстой кишки обращаемость за амбулаторной помощью на территориях с хорошо организованной службой равнялась 26,4 на территориях с недостаточно организованной службой — 12,75 (или в 2,1 раза меньше), а на территориях без колопроктологической службы равнялась 2,14 и был более чем на порядок ниже. Аналогичная закономерность просматривается и по другим группам болезней.

Как и при других заболеваниях, обращаемость



- Новообразования толстой кишки
- ▨ Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки
- ▤ Хирургические заболевания толстой кишки неопухолевого генеза
- ▣ Неопухолевые заболевания дистального отдела прямой кишки и аноректальной области
- Прочие

Рисунок 1. Обращаемость за амбулаторной колопроктологической помощью по основным группам заболеваний (на 10 тыс. населения, сводные данные, n=295211)

по поводу болезней толстой кишки, анального канала и промежности, прежде всего, обусловлена доступностью амбулаторно-поликлинической помощи, а качество ее оказания от наличия и степени развития той или иной специализированной службы. Это хорошо видно из приведенных в качестве примера данных. В республике Хакасия, где нет колопроктологической службы, и в Белгородской области с региональным колопроктологическим центром обращаемость за амбулаторно-поликлинической помощью оказалась практически одинаковой (79 и 78,5 на 10 тыс. населения). В то же время в Хакасии выявляемость дивертикулярной болезни оказалась в 5 раз меньше и в 2 раза меньше при аномалиях развития ободочной кишки. В течение года во внебольничных учреждениях республики не зафиксировано ни одного случая обращения при ректоцеле, ректовагинальных свищах и неко-

торых других заболеваниях. Качественные показатели лечения больных в хирургическом отделении республиканской больницы оказались в 3 раза хуже, чем в Белгородском колопроктологическом центре. Негативное отношение органов здравоохранения республики к организации специализированной помощи отрицательно сказалось на качестве диагностики и лечения колопроктологических заболеваний и вряд ли способствовало решению экономических задач лечебно-профилактических учреждений.

За истекшие 3 года уровень и структура госпитализированной колопроктологической заболеваемости практически не изменились. В 2003 году уровень госпитализированной заболеваемости составил 14,0 и в 2007 году 14,3 на 10 тыс. населения. По основным группам болезней этот показатель представлен следующим образом: неопухолевые заболевания дистального отдела прямой кишки и перианальной области 8,2 (57,3%), колоректальный рак 4,3 (30%), функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки 1,7 (11,9%). В зависимости от степени организации колопроктологической службы структура госпитализации имела существенные различия (Табл. 2).

На территориях с хорошо организованной службой 23,5% больных были госпитализированы по поводу колоректального рака. На территориях с фиксированными колопроктологическими койками этот показатель был значительно ниже (16,3%) и на территориях без колопроктологической службы составил всего 3,7%, т. е. в 6,3 раза меньше по сравнению с территориями с хорошо организованной службой. Такая же закономерность отмечена и по другим группам болезней.

Таблица 1. Обращаемость за амбулаторной колопроктологической помощью в зависимости уровня организации колопроктологической службы (на 10 тыс. населения)

Заболевания	Территории с хорошо организованной службой	Территории с недостаточно организованной службой	Территории без колопроктологической службы
Неопуховые заболевания дистального отдела прямой кишки и аноректальной области	62,6	74,78	15,82
Колоректальный рак и полипы толстой кишки	14,2	15,24	3,2
Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки	26,4	12,75	2,14
Неопухолевые хирургические заболевания толстой кишки	4,4	2,16	0,19
Прочие	14,6	2,55	нет данных
Всего	122,2	105,7	21,2

Таблица 2. Структура и удельный вес госпитализированных больных по основным группам заболеваний толстой кишки, анального канала и периаанальной области в зависимости от степени организации колопроктологической помощи (n=71997 по 55 субъектам РФ, 2007 год)

Группа заболеваний	Территории с хорошо организованной колопроктологической службой	Территории с недостаточно организованной колопроктологической службой	Территории без колопроктологической службы
Неопухолевые заболевания дистального отдела прямой кишки и периаанальной области	60,7	73,9	88,84
Колоректальный рак	23,54	16,4	3,72
Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки	9,6	3,2	6,51
Неопухолевые хирургические заболевания толстой кишки	4,25	1,0	0,93
Прочие	1,91	5,5	-
Всего	100	100	100

В тоже время в ГНЦ колопроктологии — головном учреждении по проблеме — каждый 2-ой больной (49,5%) госпитализирован с колоректальным раком, каждый 3-й (28,0%) с неопухолевыми хирургическими заболеваниями дистального отдела прямой кишки и промежности, каждый 10-й — преимущественно с воспалительными заболеваниями толстой кишки. 7,4% больных поступили в Центр для хирургической реабилитации и 4,3% — при неопухолевых хирургических заболеваниях толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, аномалии развития ободочной и прямой кишок и др.).

Из сказанного видно, что в зависимости от степени организации колопроктологической службы нужны различные управленческие решения с учетом современных требований колопроктологии и на основе соответствующих документов Минздравсоцразвития, в частности приказа №265 от 13.04.2007 года «О мерах по совершенствованию организации колопроктологической помощи населению Российской Федерации».

Использование на территориях с недостаточно организованной или отсутствующей службой фактических данных по обращаемости за внебольничной помощью, уровню и структуре госпитализированной колопроктологической заболеваемости сформировали у части хирургов и организаторов здравоохранения ошибочное и достаточно устойчивое мнение, что колопроктология предназначена для оказания специализированной помощи при заболеваниях дистального отдела прямой кишки, анального канала и промежности, большинство из которых успешно лечатся в хирургиче-

ских отделениях. Об ошибочном мнении указанных специалистов говорят и данные по структуре оперативных вмешательств в колопроктологическом отделении (Табл. 3).

Каждая третья операция выполнялась по поводу колоректального рака. В 1,9% случаев она носила реконструктивно-восстановительный характер, а 64,4% общепроктологических операций выполнялись практически по всему спектру заболеваний. В тоже время на территориях без колопроктологической службы за редким исключением общепроктологические операции проводились при остром парапроктите (39,8%), геморрое (29,5%) и ЭКХ (5,6%). Онкопроктологические операции составили 2,6% и, как правило, выполнялись по экстренным показателям.

Возникший дисбаланс между ростом обращаемости при болезнях толстой кишки, анального канала и промежности и существующими возможностями специализированной службы обусловили поиск более рациональных форм организации помощи колопроктологическим больным. При анализе данных выявлено 7 современных тенденций ее организации.

Догоспитальный этап (Рис. 2,3):

1. Расширение перечня внебольничных учреждений, в которых оказывается специализированная колопроктологическая помощь. Введение кабинета колопроктологии в состав консультативно-диагностических и лечебно-диагностических центров, отделений амбулаторной хирургии, хирургических отделений поликлиник центральных городских и крупных районных больниц. Тенденция наиболее выражена и говорит о необ-

Таблица 3. Структура оперативных вмешательств в колопроктологическом отделении

Характер операций	Удельный вес, %
Общепроктологические	64,4
Онкопроктологические	32,6
Реконструктивно-восстановительные	1,9
Прочие	1,1
Итого	100

ходимости соответствующих решений федеральных и региональных органов управления здравоохранением.

2. Организация отделений и центров амбулаторной колопроктологии в городах с населением свыше 500 тыс. человек, введение в их структуру полноценного операционно-перевязочного блока, кабинета реабилитации стомированных больных, палаты кратковременного пребывания оперированных больных и (или) стационара с укороченными сроками пребывания. Тенденция менее выражена, т. к. во многом определяется финансовыми возможностями региональных и городских бюджетов здравоохранения.
3. Выделение реабилитации стомированных больных в самостоятельное направление амбу-

латорной колопроктологии. Тенденция достигла максимума и указывает на необходимость юридически-правового оформления фактически созданной службы.

Госпитальный этап (Рис. 4):

1. Развертывание отделения колопроктологии в муниципальной городской больнице
2. Организация межрайонного отделения колопроктологии на базе городской или центральной больницы.

Обе тенденции возникли несколько лет назад после отмены приказа Минздрава России № 336 «О принципах организации медицинской помощи населению Российской Федерации». По приказу отделения колопроктологии, как и ряд других специализированных отделений, предусматривались в республиканских, краевых и областных больницах.

3. Введение должности колопроктолога в штат центральной районной больницы. Должность вводится местными органами здравоохранения крупных субъектов РФ. Колопроктолог предназначен для одновременной работы в стационаре и поликлиники, что позволяет выполнить отдельные элементы специализированной помощи колопроктологическим больным отдаленных от областного центра сельских районов и более обоснованно решать вопросы дальнейшей тактики их ведения.

4. Начавшийся переход колопроктологических



Рисунок 2. Принципиальная схема развертывания амбулаторных подразделений колопроктологической службы

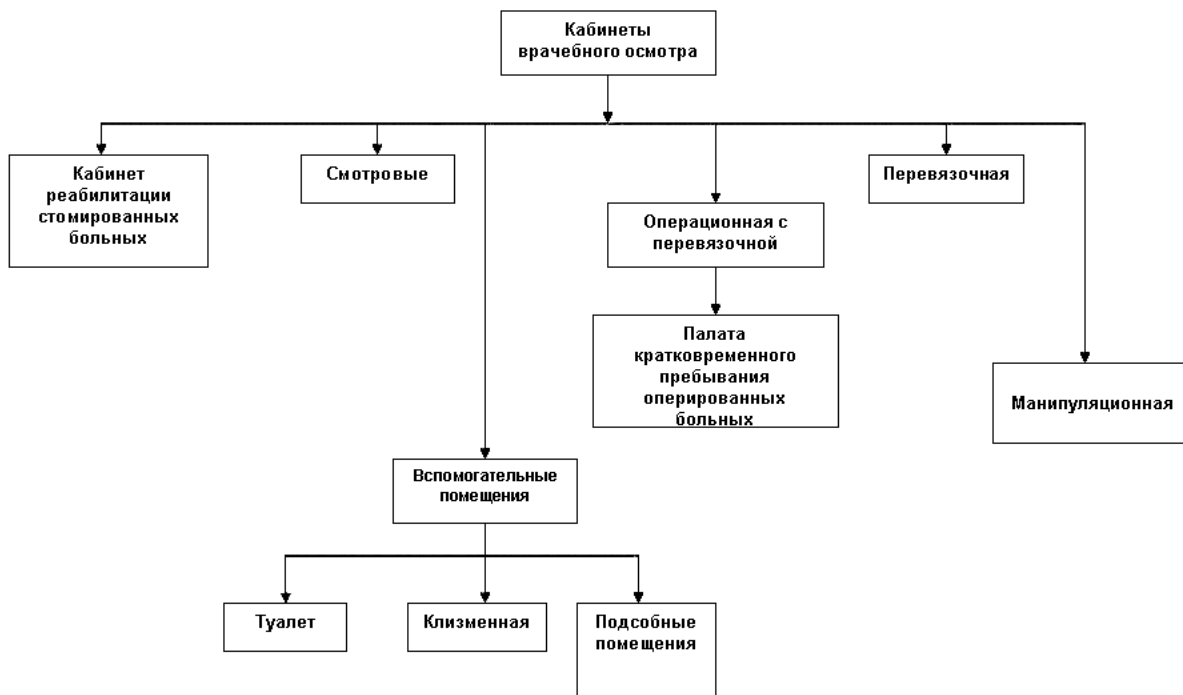


Рисунок 3. Принципиальная схема развертывания отделения амбулаторной колопроктологии

отделений клиник медицинских ВУЗов и НИУ, ведущих учреждений ФМБА на федеральные стандарты оказания помощи и финансирование ее высокотехнологичных видов за счет средств федерального бюджета. Тенденция имеет ряд особенностей.

Перечень учреждений ежегодно пересматривается и утверждается министром здравоохранения и социального развития, каждому из них выделяются квоты на лечение больных по определенной группе стандартов с соответствующим дополни-

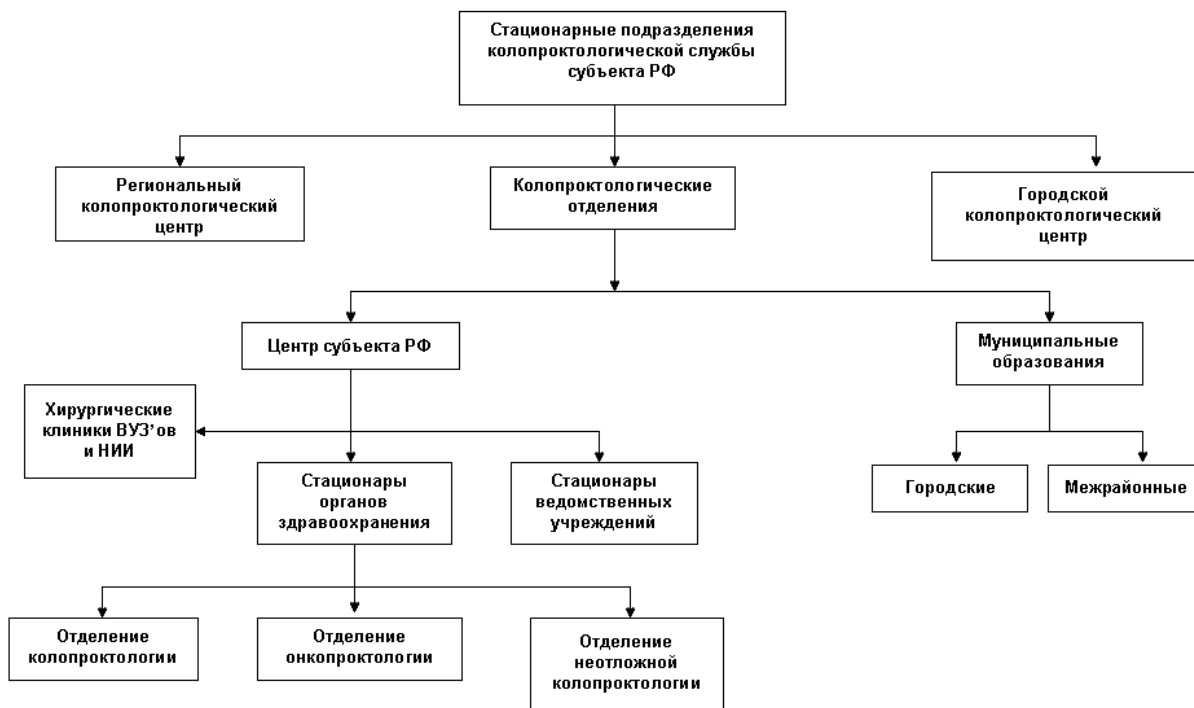


Рисунок 4. Принципиальная схема развертывания стационарных подразделений колопроктологической службы в субъектах РФ.

тельным финансированием. Так как не все стандарты разработаны или утверждены в установленном порядке, с нашей точки зрения, преждевременно говорить о дальнейшем развитии этой тенденции. Не исключено, что она распространится на наиболее мощные региональные колопроктологические центры.

ВЫВОДЫ

1. По сравнению с 2003 годом обращаемость при болезнях толстой кишки, анального канала и промежности возросла с 99,8 до 113,9 на 10 тыс. населения. Уровень госпитализации на колопрок-

тологическую койку практически не изменился и составил 14,3 на указанное число жителей.

2. В зависимости от степени организации колопроктологической службы уровень и структура обращаемости и госпитализированной заболеваемости колебались в широком диапазоне.

3. Выявлены 7 тенденций в организации колопроктологической помощи, которые следует учитывать при принятии управленческих решений различного уровня.

4. Выделение реабилитации стомированных больных в самостоятельные направления колопроктологии требует соответствующего юридического оформления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Шентунов Ю.М. Особенности организации городской проктологической службы. Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием, Самара, 2006 г., стр. 24-25

2. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Суханов В.Г., Варданян Л.Х., Калашникова И.А., Оршанский Р.Н. Вопросы организации службы реабилитации стомированных пациентов Колопроктология 2005 г. №2 (12) стр. 46-52

3. Вялков А.И. Научные и организационные основы менеджмента в лечебно-профилактических учреждениях. Библиотека главного врача. Приложение 1 к №11 журнала «Главврач» М. 2007 г. стр. 8

4. Затачаев А.В., Гомозов Г.И., Осмоловский СВ., Сенькина М.В., Кирьянова И.В. Перспективы развития амбулаторной колопроктологической помощи. Тезисы докладов научной конференции с международным участием Актуальные проблемы колопроктологии, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии, М. 2005, стр. 79-82

5. Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Дубинская Е.Л. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях. Учебно-методическое пособие М. 2005 г. стр. 43 Обеспечение качества медицинской помощи. Руководство (под редакцией Ю.М. Комарова) М. 2004, стр. 238

6. Курдюкова П.Г. Структура проктологических заболеваний по данным консультативного кабинета

проктолога республиканского центра колопроктологии. Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов с международным участием Самара 2003, стр. 90-91

7. Куценко Г.И., Вялков А.И., Агарков Н.М., Яковлев А.П., Яковлев А.П. стр 493: Общественное здоровье и здравоохранение М, Медицина 2003

8. Пучков К.В., Хубезов Д.А., Серебрянский П.В. Эффективность службы помощи стомированным пациентам в Рязанской области. Колопроктология №1 (11), 2005 г. стр. 7-10

9. Судаков В.П. Колопроктологическая помощь населению Ангарского муниципального образования. Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов с международным участием, Самара 2003, стр. 130-131

10. Филимонченко В.А., Антипова Е.В., Канделаки С.М., Наумов О.Л. Роль консультативно-диагностического центра в процессе оказания медицинской помощи больным колопроктологического профиля. Амбулаторная хирургия 2003 г. №2 (10) стр. 10-11

11. Ханевич М.Д., Хайбулин М.А., Лутков И.В. Специализированная колопроктологическая помощь в амбулаторных условиях. Амбулаторная хирургия, №2 (10), 2003 г. стр. 6-9

12. Хасанов СР., Мушарамов Д.Р., Смакаев Р.У., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С. Организация службы реабилитации стомированных больных в республике Башкортостан. Тезисы докладов научной конференции с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии, М. 2005, стр. 316-317

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БОЛЕЗНИ КРОНА С НОСИТЕЛЬСТВОМ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА NOD2/CARD15

¹Лоранская И.Д., ¹Степанова Е.В., ²Халиф И.Л., ²Михайлова Т.Л.,
³Поляков А.В., ³Щагина О.А.

¹ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава, Москва,

²ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития РФ, Москва

³ГУ Медико-генетический научный центр РАМН, Москва

Представлены результаты исследования клинических аспектов болезни Крона в их взаимосвязи с носительством основных полиморфных вариантов гена предрасположенности к этому заболеванию — NOD2/CARD15. Сопоставлены генотип и фенотип 122-х пациентов с диагностированной болезнью Крона. Показана связь наличия в генотипе основных полиморфных вариантов NOD2/CARD15 с риском развития болезни Крона, локализацией, характером течения, необходимостью хирургического лечения заболевания.

Ключевые слова: болезнь Крона, ген NOD2/CARD15, полиморфные варианты.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), представляют собой одну из наиболее серьезных и нерешенных проблем в современной гастроэнтерологии. Постоянный интерес к ВЗК обусловлен тем, что, несмотря на многолетнюю историю изучения, их этиология остается неизвестной, а патогенез изучен недостаточно [1, 2].

Предрасположенность к БК определяют внешние средовые, иммунные и генетические факторы. На нескольких хромосомах идентифицированы гены, определяющие восприимчивость к развитию ВЗК. Полагают, что определяющее значение в формировании высокой чувствительности к развитию ВЗК в настоящее время имеют более 30 локусов на хромосомах 1, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 и 19 [8].

В 2001 году в трех независимых друг от друга исследованиях на длинном плече 16-ой хромосомы в пределах локуса IBD1 (ВЗК-1 локус 16-ой хромосомы, специфически сцепленный с семейным вариантом БК) [13] идентифицирован NOD2 — ген (nucleotide-binding oligomerization domain containing 2 — нуклеотидсвязывающий олигомеробразующий, включающий 2 домена, ген) [10] и была установлена его связь с болезнью Крона [10, 13]. Наличие двух доменов активации каспазы в NOD2

привело к изменению номенклатуры названия гена NOD2 на CARD15 (caspase recruitment domain containing protein15 — кодирует белок 15, содержащий домены активации каспазы).

Ген NOD2/CARD15 кодирует внутриклеточный протеин NOD2/CARD15, который является членом суперсемейства Ced-4, регулирующего апоптоз (программируемую гибель клеток) [10, 13].

Структура белка NOD2/CARD15 (Рис. 1) позволяет сделать некоторые выводы о его функции. Он содержит два домена активации каспазы (CARD), центральный нуклеотидсвязывающий олигомеробразующий домен (NBD) и 10 карбокситерминальных лейцин-обогащенных повторов (LRR). LRR-домен является основной структурой, которая распознает компоненты микробного патогена (такие как бактериальные липополисахариды и пептидогликаны) и приводит к запуску неспецифического иммунного ответа.

Цитоплазматический белок NOD2/CARD15 моноцитов, макрофагов, клеток Панета, интестинальных эпителиальных клеток действует как внутриклеточный рецептор для компонента пептидогликана (мурамил-дипептида), входящего в состав стенок клеток бактерий, посредством карбоксильного конца белка (LRR-домена) [9, 11]. Это взаимодействие мурамил-дипептида с протеином

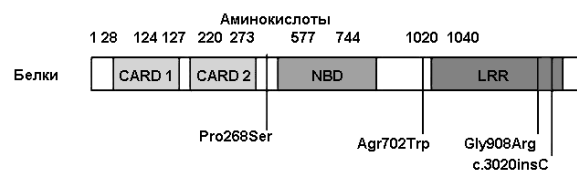


Рисунок 1. Доменная структура NOD2/CARD15 и позиции основных полиморфных вариантов, связанных с болезнью Крона.

CARD — Caspase Recruitment Domain — домен активации каспазы;

NBD — Nucleotide Binding Domain — нуклеотидсвязывающий домен;

LRR — Leucine Rich Repeat — богатый лейцином повтор.

NOD2/CARD15 приводит к активации ядерного фактора NF κ B, играющего ключевую роль в иммунном ответе, стимулируя и контролируя синтез провоспалительных цитокинов [11].

Белок NOD2/CARD15 является значимым составляющим клеток Панета терминального отдела подвздошной кишки [14]. Это секреторные клетки основания крипт, эозинофильные гранулы цитоплазмы которых содержат факторы роста, пищеварительные ферменты и антимикробные пептиды (дефенсины), высвобождающиеся в полость кишки. Идентифицированные полиморфные варианты NOD2/CARD15 могут модифицировать структуру LRR домена или смежной области белка и вызывать измененный ответ на бактериальный агент [9]. Возможно, что частичная или полная утрата функции NOD2/CARD15 может привести к потере способности клеток Панета реагировать на бактериальные компоненты. В таком случае активация NF κ B происходит альтернативными путями в ответ на дефицит адекватного антибактериального ответа [9].

У людей с полиморфными вариантами гена NOD2/CARD15 отмечены низкий иммунный ответ на пептидогликаны бактериальной клетки и пониженная активность NF κ B [4].

В результате проведенных исследований [15] отмечено, что полиморфные варианты NOD2/CARD15 воздействуют на производство α -дефенсинов: у больных с с. 3020insC (приводящей к потере части C-терминального LRR домена) обнаруживается прогрессирующее снижение уровня α -дефенсина (HD5) в отличие от пациентов без полиморфных вариантов NOD2/CARD15.

Механизм, посредством которого потеря активности белка NOD2/CARD15 приводит к стойкому воспалению стенки кишечника, еще неизвестен.

Три полиморфных варианта NOD2/CARD15: R702W, G908R и с. 3020insC (p. 1007fs) изначально связывались с генетической предрасположенностью к болезни Крона [10]. В дальнейшем установлено, что ни известные полиморфные аллели, ни редкие варианты NOD2/CARD15 не ассоциированы с язвенным колитом [10].

Присутствие одного полиморфного аллеля увеличивает риск развития БК в 1,5-4,3 раза, а наличие двух аллелей — в 20-40 раз [2, 13].

Проведенные исследования выявили и различную степень влияния полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 на восприимчивость к болезни Крона у населения разных стран, в том числе известны случаи, когда такое влияние вообще отсутствует [6]. Три полиморфных аллеля (702W, 908R и с. 3020insC) отсутствуют у пациентов с БК в Японии, Корее и Китае [6].

Многочисленными исследованиями показано, что присутствие полиморфных вариантов NOD2/CARD15 ассоциировано с илеитом и ранним началом БК [2, 12]. Рядом авторов было предположено, что наличие измененных аллелей гена NOD2/CARD15 связано с фибро-стенотическим или фистулообразующим характером БК [2].

По данным исследований проведенных в пяти странах Европы установлено, что больные с двумя полиморфными вариантами из трех основных (R702W, G908R и с. 3020insC) характеризовались ранним возрастом начала заболевания, большей частотой стриктурирующего фенотипа и меньшей частотой встречаемости колита по сравнению с больными, у которых полиморфные варианты обнаружены не были. Тяжесть заболевания и внекишечные проявления не различались для любых полиморфных вариантов NOD2/CARD15 [12].

Носительство наиболее значимого полиморфного варианта с. 3020insC ассоциировано с молодым возрастом начала заболевания, илеитом, риском оперативного вмешательства (резекция илеоцекального отдела), послеоперационными рецидивами и повторными операциями [5].

С целью изучить клинические аспекты болезни Крона во взаимосвязи с носительством основных четырех полиморфных вариантов (P268S, R702W, G908R и с. 3020insC) гена NOD2/CARD15 было предпринято собственное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сформирована группа из 122 пациентов с БК, проходивших лечение или наблюдавшихся в ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» в период с 2000–2007 г.

Диагноз БК основывался на данных анамнеза, характерных клинических, рентгенологических, эндоскопических критериях, подтверждался результатами морфологического и ультразвукового исследований. Локализация воспалительного процесса определялась по классификации, предложенной Левитаном М. Х., Федоровым В. Д. в 1982 г. Форма заболевания определялась согласно Венской классификации от 1998 г.; тяжесть течения оценивалась по индексу активности БК-CDA1, называемому индексом Беста. Характеристика группы представлена в Табл. 1.

Молекулярно-генетическое исследование проводилось на базе лаборатории ДНК-диагностики ГУ Медико-генетического научного центра РАМН. Исследованы образцы ДНК, выделенные из цельной крови (забор которой производился с инфор-

Таблица 1. Характеристика больных

Число больных	122
Пол (муж./жен.)	59/63 (48%/52%)
Средний возраст, (мин-макс)	39(16-78)
Средняя длительность заболевания, (мин-макс)	9(1-56)
Курящие	7(6%)
Принимавшие НПВП, контрацептивы	6(5%)
Локализация процесса	
– илеит	36(30%)
– илеоколит	33(27%)
– колит	53(43%)
Наличие аноректальных проявлений	50(41%)
Осложненные формы	
Стенозирующая	14(11,5%)
Пенетрирующая	47(38,5%)
Стриктуры+пенетрация	29(24%)
Малигнизация	2(1,6%)
Наличие внекишечных проявлений	45(37%)
Оперативное лечение БК и ее осложнений	72(59%)

мированного согласия больного) и парафиновых блоков (биоптаты слизистой оболочки толстой кишки и операционный материал) на наличие полиморфных аллелей 268S, 702W, 908R и с. 3020insC гена NOD2/CARD15. Выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови, биоптатов проводили с помощью набора реактивов для выделения DAtom™ DNAPrep100 по протоколу фирмы-производителя. Следующим этапом проведения ДНК-диагностики была ПЦР фрагментов изучаемого гена с анализом полиморфизма длины амплифицированных/рестрикционных фрагментов (ПДАФ/ПДРФ-анализ). ПДАФ-анализ выполнялся для идентификации полиморфного варианта с. 3020insC. ПДРФ-анализ использовался для идентификации полиморфных вариантов P268S, R702W, G908R гена NOD2/CARD15. Для оценки результатов амплификации, рестрикции проводили электрофорез с использованием полиакриламидного геля. Результаты исследования регистрировались на гель-документирующей системе GelDoc® 2000. Группу популяционного контроля составила ДНК 54 человек из банка ДНК лаборатории ДНК-диагностики ГУ Медико-генетического научного центра РАМН.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета прикладных программ «Statistics for Windows» v/6/0, StatSoft Inc. (США).

Относительный риск (ОР) рассчитывался по методу Вульфа (Woolf). 95%-й доверительный интервал (ДИ,

95% CI) вычислялся по формуле Mantel-Haenzel. Аллельная частота (в %) определялась как отношение количества хромосом с полиморфными аллелями (с учетом их гомозиготного и гетерозиготного состояния) к удвоенному количеству больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследуемой группе пациентов с болезнью Крона полиморфные аллели (ПА) NOD2/CARD15 имели 84 пациента из 122, что составило 69%. Частота выявления полиморфных вариантов (ПВ) гена не зависела от пола и возраста больных, а также от длительности течения БК. Однако несколько чаще полиморфные варианты гена NOD2/CARD15 выявлялись у пациентов с длительностью БК свыше 10 лет.

Полиморфный вариант P268S (замена пролина на серин в 268 положении аминокислотной последовательности белка или с. 907C>T — замена нуклеотида С на Т в положении 907 нуклеотидной последовательности гена) был выявлен у 59 из 122 больных (48%). Частота встречаемости аллеля 268S (с. 907T) гена NOD2/CARD15 составила 35% среди пациентов с БК и 22% в контрольной группе. У большинства пациентов P268S встречался в сочетании с другими полиморфными аллелями, часто наследовался совместно с 702W и/или с. 3020insC.

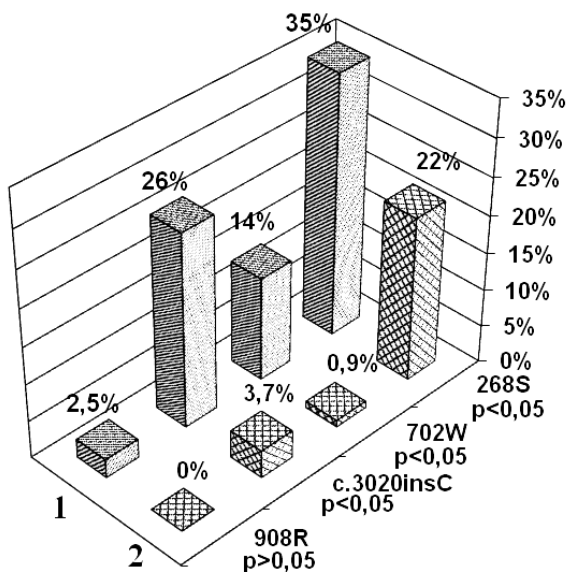


Рисунок 2. Аллельная частота *NOD2/CARD15* в группе больных и контрольной группе: 1 — больные; 2 — контрольная группа

Полиморфный вариант R702W (замена аргинина в 702 положении на триптофан или с. 2209C>T — замена нуклеотида С на Т в положении 2209) обнаружен у 32 (26%) больных. Аллельная частота 702W (с. 2209Т) гена *NOD2/CARD15* составила 14% и 0,9% в группе больных и контрольной выборке соответственно. Необходимо отметить, что аллель 702W (с. 2209Т) в гомозиготном состоянии встречался лишь при БК.

Полиморфный вариант с. 3020insC (вставка С нуклеотида в положении 3020, приводящая к сдвигу рамки считывания и образованию преждевременного стоп-кодона или р. 1007fs — сдвиг рамки считывания белка с 1007 аминокислоты), выявлен у 41 пациента с БК (34%). Аллельная частота с. 3020insC (р. 1007fs) гена *NOD2/CARD15* составила 26% среди больных и 3,7% в группе популяционного контроля. В гомозиготном состоянии с. 3020insC обнаружена только в группе пациентов. Полиморфный вариант G908R (замена глицина в 908 положении на аргинин или с. 2827G>C — замена нуклеотида G на C в положении 2827) встре-

тился только у 6 (5%) больных в гетерозиготном состоянии. Аллельная частота 908R (с. 2827С) гена *NOD2/CARD15* составила 2,5% (Рис. 2).

В нашем исследовании полиморфные аллели 268S, 702W, с. 3020insC гена *NOD2/CARD15* встречались достоверно чаще ($p < 0,05$) у пациентов с БК по сравнению с группой контроля. Отсутствие полиморфного варианта G908R в группе популяционного контроля также позволяет предположить его существенное влияние на развитие БК.

Проведен расчет относительного риска (ОР) развития болезни Крона в зависимости от носительства полиморфных вариантов гена *NOD2/CARD15*. Относительный риск развития БК возрастает в 4,5 раз при наличии в генотипе полиморфного варианта с. 3020insC, в 14 раз при наличии R702W и в 6 раз при выявлении G908R. Полиморфный вариант R268S незначительно влияет на риск возникновения БК (ОР = 1,2).

Один предрасполагающий к заболеванию полиморфный аллель *NOD2/CARD15* в генотипе имели 20% пациентов, два полиморфных аллеля — 23% больных, три аллеля — 17% пациентов, у 6% больных обнаружено по 4 аллеля, а у 3% пациентов выявлено пять изменений последовательности гена, тогда как ни у кого из контрольной группы не выявлено более двух полиморфных аллелей. Не имели полиморфных вариантов *NOD2/CARD15* — 31% больных и 59% из группы популяционного контроля.

Согласно рассчитанному U — критерию Манна-Уитни и t-критерию Стьюдента ($p = 0,00001$), критерию Фишера ($p = 0,0003$), получены статистически значимые различия по количеству полиморфных аллелей в группе больных и в группе контроля в пользу преобладания количества в группе больных БК. Следовательно, количество предрасполагающих к заболеванию аллелей является важным фактором при оценке риска БК.

Проведена оценка относительного риска развития БК в зависимости от количества полиморфных аллелей *NOD2/CARD15* в генотипе (Табл. 2).

Максимальный риск развития БК ассоциирован с носительством трех и более полиморфных алле-

Таблица 2. Количество полиморфных аллелей *NOD2/CARD15* и относительный риск развития БК

Количество полиморфных аллелей, n	Больные n(%)	Контроль n(%)	p	Относительный риск	Доверительный интервал
0	38(31,1%)	32(59,3%)	0,0003	0,53	0,3 - 0,9
1	24(19,7%)	15(27,7%)	0,13	0,71	0,4 — 1,24
2	28(23%)	7(13%)	0,05	1,77	0,8 — 3,8
3 и более	32 (26%)	0(0%)	0,0001	38	2 — 86,5

Таблица 3. Анализ зависимости локализации воспалительного процесса от носительства полиморфных вариантов NOD2/CARD15

Локализация БК	Полиморфный вариант											
	с.3020insC n=41	Без ПВ n=81	р	R702W n=32	Без ПВ n=90	р	908R n=6	Без ПВ n=116	р	P268S n=58	Без ПВ n=64	р
Илеит n=36	19	17	<0,05	8	28	>0,05	1	35	>0,05	20	16	>0,05
Колит n=53	8	45	<0,05	17	36	>0,05	4	49	>0,05	21	32	>0,05
Илеоколит n=33	14	19	>0,05	7	26	>0,05	1	32	>0,05	17	16	>0,05

лей гена NOD2/CARD15 — увеличивается в 38 раз. Выявление одного полиморфного аллеля не оказывает значительного влияния на развитие БК, а два аллеля повышают риск БК почти в 2 раза.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что риск развития БК связан с носительством полиморфных вариантов с. 3020insC, R702W, G908R и P268S гена NOD2/CARD15, особенно в гомозиготном состоянии, а также в сочетании между собой. Особо следует сказать о полиморфном варианте гена NOD2/CARD15 — P268S. Несмотря на то, что аллель 268S достоверно чаще встречается у пациентов с БК по сравнению с популяционным контролем, он в отсутствие других аллелей не оказывает значимого влияния на развитие БК.

Определение относительного риска развития БК важно для прогнозирования развития заболевания у родственников пациентов с БК.

Дебютировала БК у пациентов группы в возрасте от 8 до 69 лет, средний возраст дебюта заболевания составил 30 лет. У большинства пациентов с болезнью Крона — 90 больных (74% от общей выборки) заболевание началось в возрасте от 10 до 40 лет. При этом большинство пациентов (69% пациентов, заболевших в молодом возрасте) являлись носителями полиморфных аллелей NOD2/CARD15. Несмотря на отсутствие статистически значимой связи основных полиморфных вариантов NOD2/CARD15 с возрастом начала заболевания ($p > 0,05$), необходимо отметить, что наиболее часто с. 3020insC выявлялась у больных с возрастом дебюта БК от 10 до 40 лет.

Ассоциации ведущих клинических симптомов БК,

некоторых лабораторных показателей (уровня гемоглобина, общего белка и альбумина, лейкоцитов, СОЭ) с наличием в генотипе полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 нами не выявлено.

Илеит чаще диагностировался в возрасте от 10 до 40 лет, илеоколит — преимущественно в возрасте от 21 до 50 лет, колит — в широком возрастном диапазоне от 21 до 70 лет. Проанализирована зависимость локализации БК от носительства полиморфных вариантов NOD2/CARD15 (Табл. 3).

Для развития илеита статистически значим ($p = 0,0037$) полиморфный вариант с. 3020insC. Развитие колита имело статистически значимую ($p = 0,0002$) отрицательную корреляцию с носительством с. 3020insC. Кроме того, илеит достоверно чаще встречался при наличии двух измененных аллелей гена, что, в совокупности с вышеизложенным, означает ассоциацию илеальной локализации БК с полиморфным вариантом с. 3020insC в гомозиготном состоянии или компаунд-гетерозиготном (сочетания с. 3020insC в гетерозиготном состоянии с другими полиморфными аллелями). Количество полиморфных аллелей в генотипе пациента не оказывало значимого влияния на развитие колита и илеоколита. Так, колит достоверно чаще развивался у пациентов, не являющихся носителями полиморфных аллелей NOD2/CARD15.

Активность БК на момент исследования имели 84% пациентов. Доминировала среднетяжелая форма БК у 54% больных. При сравнении групп пациентов с наличием полиморфных вариантов NOD2/CARD15 и без таковых среди больных с активностью БК установлено отсутствие влияния носительства поли-

Таблица 4. Носительство полиморфных вариантов NOD2/CARD15 среди больных с разными формами течения БК

Течение	Хроническое непрерывное n=60		Хроническое рецидивирующее n=37		р
	n	%	n	%	
ПВ					
с.3020insC	26	40	7	24	0,016
R702W	22	28	6	24	0,039
908R	5	8	1	0	0,402
P268S	30	50	18	46	0,92

Примечание: 25 пациентов с впервые диагностированной болезнью Крона

морфных вариантов на активность БК. Внекишечные проявления диагностированы у 37% больных, чаще встречались при колите (у 53,5% от общего числа больных с внекишечными проявлениями). Преимущественно выявлялись артриты и артралгии, мочекаменная болезнь и желчекаменная болезнь. Ассоциации внекишечных проявлений БК с носительством основных полиморфных вариантов NOD2/CARD15 нами не выявлено.

Аноректальные проявления в исследуемой группе развились у 41% пациентов с болезнью Крона; достоверно чаще встречались при колите (у 66% от общего числа больных с аноректальными проявлениями), редко сопутствовали илеиту (у 10% пациентов с илеитом). Доминировали анальные трещины, рецидивирующие парапроктиты. Проанализирована связь наличия аноректальных проявлений БК с носительством основных полиморфных вариантов NOD2/CARD15. Выявлено, что наличие в генотипе с. 3020insC оказывает достоверно значимое отрицательное влияние на развитие аноректальных проявлений БК.

Осложнения (стриктуры, пенетрации, их сочетание) были характерны для 74% больных; развивались при всех формах локализации БК, пенетрирующая форма БК преобладала при илеите (у 44,5% больных с этой формой локализации БК). В нашем исследовании статистически значимых различий в частоте встречаемости полиморфных аллелей гена при стенозирующей, пенетрирующей, не стенозирующей и не пенетрирующей формах БК, сочетании стриктур и пенетраций не выявлено. Однако необходимо отметить, что в группе больных со стриктурами, пенетрациями с. 3020insC выявлялась почти в 2 раза чаще, чем в группе с не стенозирующей, не пенетрирующей формой, а полиморфный аллель 908R встречался преимущественно у больных с осложнениями.

Несмотря на отсутствие статистически значимой связи носительства основных полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 с осложненными фор-

мами БК, отмечена тенденция к повышению риска развития осложнений при выявлении полиморфных аллелей гена NOD2/CARD15.

На момент исследования у 20,5% пациентов впервые была диагностирована БК. В группе преобладал хронический непрерывный характер течения заболевания (у 49% больных). Отмечено, что рецидивирующее течение заболевания (у 30% больных) было характерно для лиц в возрасте свыше 40 лет; длительные ремиссии наблюдались нечасто, так ремиссии в течение двух и более лет были менее чем у трети больных. Почти все пациенты с непрерывным течением подвергались оперативному вмешательству. Проанализирована связь течения БК с носительством полиморфных вариантов NOD2/CARD15 (Табл. 4).

Непрерывное течение БК достоверно чаще встречалось у носителей полиморфных вариантов с. 3020insC и R702W гена NOD2/CARD15.

При статистической обработке данных сравнения групп пациентов с непрерывным и рецидивирующим течением БК выявлена статистически значимая ($p < 0,05$) зависимость между носительством 2-х и более полиморфных аллелей NOD2/CARD15 и непрерывным течением БК. Таким образом, хроническое непрерывное течение БК ассоциировано с носительством с. 3020insC и /или R702W, особенно в гомозиготном или в компаунд — гетерозиготном состоянии.

Хирургическое лечение БК проведено 59% пациентам группы, из них более половины оперированы неоднократно; 51% пациентов имели анамнез БК свыше 10 лет. У пациентов с полиморфными вариантами гена NOD2/CARD15 достоверно чаще в отличие от пациентов без таковых повышалась необходимость в оперативном вмешательстве.

Проведен анализ частоты встречаемости полиморфных вариантов в группе пациентов, перенесших оперативное вмешательство, и в группе пациентов, где хирургическое лечение не проводилось (Табл. 5).

Значим риск хирургического лечения для носи-

Таблица 5. Носительство полиморфных вариантов NOD2/CARD15 среди больных, подвергшихся оперативному вмешательству и без него

Полиморфный вариант	Перенесли хирургическое вмешательство	Без хирургического вмешательства	p	Относительный риск	Доверительный интервал
	n=72	n=50			
	n(%)	n(%)			
с.3020insC	29(40%)	12(24%)	0,062	1,7	0,95-2,96
R702W	20(28%)	12(24%)	0,644	-	-
908R	6(8%)	0(0%)	0,07	9,9	1,23-49,5
P268S	36(50%)	23(46%)	0,667	-	-

телей аллеля 908R (эта однонуклеотидная замена встречается исключительно у пациентов, перенесших оперативное вмешательство) и с. 3020insC гена NOD2/CARD15. Судя по статистической связи с. 3020insC, 908R с необходимостью оперативного вмешательства ($p=0,06$ и $0,07$ соответственно), можно высказать, что вероятнее всего при расширении группы пациентов связь этих полиморфных вариантов с необходимостью хирургического лечения БК будет достоверна. Риск хирургического лечения БК и ее осложнений повышается в 2 раза при наличии в генотипе пациента с. 3020insC и в 10 раз при носительстве 908R.

Таким образом, у носителей полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 (преимущественно G908R, с. 3020insC) можно прогнозировать повышенный риск хирургического лечения БК и ее осложнений.

ВЫВОДЫ

Для пациентов с болезнью Крона, проживающих на территории РФ, характерно: начало болезни Крона в молодом возрасте (до 40 лет), ассоциированное с носительством полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15; преобладание колита (с аноректальными проявлениями); хроническое непрерывное течение заболевания; среднетяжелая форма; высокая частота развития осложнений. Полиморфные варианты гена NOD2/CARD15 достоверно ассоциированы с БК: аллели 268S, 702W, с. 3020insC гена встречались достоверно чаще ($p=0,02$; $0,00015$ и 10^{-7} соответственно)

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. Болезнь Крона. — М: ОАО «Издательство «Медицина. — 2007. — 184С. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника/Под. ред. Воробьева Г.И., Халифа И.Л. — М.: Миклош, 2008. — 400С.

2. Ahmad T., Armuzzi A., Bunce M., Mulcahy-Hawes K., Marshall S.E., Orchard T.R., Crawshaw J., Large O., de Silva A., Cook J.T., Barnardo M., Cullen S., Welsh K.I., Jewell D.P. The molecular classification of the clinical manifestations of Crohn's disease // *Gastroenterology*. — 2002. — N 122. — P. 854-866.

3. Bonen D.K., Ogura Y., Nicolae D.L., et al. Crohn's disease-associated NOD2 variants share a signaling defect in response to lipopolysaccharide and peptidoglycan // *Gastroenterology*. — 2003. — V. 124. — P. 140-146.

4. Buhner S., Buning C., Genschel J., K. Kling,

у больных с болезнью Крона по сравнению с группой популяционного контроля.

Носительство одного полиморфного аллеля гена NOD2/CARD15 в генотипе не оказывает значительного влияния на риск развития БК, а двух полиморфных аллелей повышает риск болезни Крона в два раза. Наличие трех и более полиморфных аллелей гена NOD2/CARD15 увеличивает риск развития БК в 38 раз.

Развитие илеита при болезни Крона ассоциировано с выявлением инсерции с. 3020insC в гомозиготном состоянии или сочетания с. 3020insC в гетерозиготном состоянии с другими полиморфными вариантами. Аноректальные проявления, развитие колита имеют отрицательную корреляцию с носительством полиморфного варианта с. 3020insC.

Хроническое непрерывное течение болезни Крона в отличие от рецидивирующего достоверно ассоциировано с носительством полиморфных вариантов R702W, с. 3020insC в гомозиготном состоянии или сочетания их гетерозиготного состояния с другими полиморфными вариантами.

С носительством полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 (преимущественно с. 3020insC, G908R) связан повышенный риск хирургического лечения болезни Крона и ее осложнений.

Исследование основных полиморфных вариантов гена NOD2/CARD15 необходимо для определения прогноза течения заболевания, важно для дифференциальной диагностики болезни Крона с язвенным колитом, недифференцируемым неспецифическим колитом.

Herrmann D., Dignass A., Kuechler I., Krueger S., Schmidt H. H.-J., Lochs H. Genetic basis for increased intestinal permeability in families with Crohn's disease: role of CARD15 с. 3020insC mutation? // *Gut*. — 2006. — V. 55. — P. 342-347.

5. Croucher P.J., Mascheretti S., Hampe J., Huse K., Frenzel H., Stoll M., Lu T., Nikolaus S., Yang S.K., Krawczak M. et al. Haplotype structure and association to Crohn's disease of CARD15 mutations in two ethnically divergent populations // *Eur. J. Hum. Genet.* — 2003. — V. 11. — P. 6-16.

6. Cuthbert AP, Fisher SA, Mirza MM, et al. The contribution of NOD2 gene mutations to the risk and site of disease in inflammatory bowel disease // *Gastroenterology*. — 2002. — V. 122. — P. 867-874.

7. Daly Mark J., et al. Genome-wide association defines more than thirty distinct susceptibility loci for Crohn's disease // *Nature Genetics*. — 2008. — V. 40. — P. 955-962. DOI: 10.1038/ng. 175.

8. Girardin S.E., Boneca I.G., Viala J., et al. Nod² is a general sensor of peptidoglycan through muramyl dipeptide (MDP) detection // *J. Biol. Chem.* — 2003. — V. 278. — P. 8869-8872.
9. Hugot J.P., Chamaillard M., Zouali H., et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease // *Nature.* — 2001. — V. 411. — P. 599-603.
10. Inohara N., Ogura Y., Fontalba A., et al. Host recognition of bacterial muramyl dipeptide mediated through NOD2. Implications for Crohn's disease // *J. Biol. Chem.* — 2003. — V. 278. — P. 5509-5512.
11. Lesage S., Zouali H., Cezard J.-P. and the EPWG-IBD group, Colombel J.-F. and the EPIMAD group, Belaiche J. and the GETAID group, Almer S., Tysk C., O'Morain C., Gassull M., Binder V., Finkel Y., Modigliani R., Gower-Rousseau C., Macry J., Merlin F., Chamaillard M., Jannot A.-S., Thomas G., and Hugot J.P. CARD15/NOD2 Mutational Analysis and Genotype-Phenotype Correlation in 612 Patients with Inflammatory Bowel Disease // *Am. J. Hum. Genet.* — 2002. — V. 70. — P. 845-857.
12. Ogura Y., Bonen D.K., Inohara N. et al. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease // *Nature.* — 2001. — V. 411. — P. 603-606.
13. Ogura Y., Lala S., Xin W., Smith E., Dowds T.A., Chen F.F., Zimmermann E.M., Tretiakova M., Cho J.H., Hart J. et al. Expression of NOD2 in Paneth cells: a possible link to Crohn's ileitis // *Gut.* — 2003. — V. 52. — P. 1591-1597.
14. Strober W., Fuss I., Mannon P. The fundamental basis of inflammatory bowel disease // *J. of Clinical Investigation.* — 2007. — V.117. —N3. — P. 514-521.

КЛЕТОЧНЫЕ БИОТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А. М., Воробьев Г. И., Сухих Г. Т., Вышегородцев Д. В., Капуллер Л. Л., Веселов В. В., Тихонов А. А.

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

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В. И. Кулакова Минздравсоцразвития, г. Москва
(директор — академик РАМН, проф. Сухих Г. И.)

Клеточные технологии получили бурное развитие на рубеже конца XX и начала XXI веков. Общебиологические основы этих технологий были заложены столетие назад трудами выдающихся отечественных, европейских и американских исследователей — Максимова А. А., Леба Ж., Гаррисона Р. [3]. Сегодня практически во всех областях медицины проводятся экспериментальные и клинические исследования по клеточной трансплантологии и тканевой инженерии для лечения различных патологических состояний [1,2].

С помощью метода клеточной трансплантации появляется возможность возмещения отсутствующих клонов специализированных клеток в поврежденных органах, увеличения числа функционирующих клеток, а также активизации в сохранившихся клетках органа собственного резерва регенерации и пролиферации. Согласно наметившейся

тенденции трансплантология неизбежно движется к микромасштабам — от пересадки целого органа к пересадке стволовых и специализированных клеточных клонов. Для клеточной трансплантации успешно используются фетальные стволовые клетки. Эти клетки, полученные из абортивного материала являются соматическими (тканеспецифичными), то есть прошедшими первичную дифференцировку в условиях развивающегося организма. Именно это обстоятельство позволяет сделать дальнейший процесс их дифференцировки управляемым и предсказуемым. В настоящее время многие технологии в области тканевой инженерии, пройдя путь лабораторных исследований, перешли из лаборатории в клинику и развиваются по многим направлениям медицины.

Большой интерес представляет решение вопроса о хирургической реабилитации больных, страдаю-

щих такими заболеваниями как семейный аденоматоз толстой кишки (САТК), язвенный колит, болезнь Крона. Радикальное хирургическое вмешательство при этих заболеваниях в большинстве случаев предусматривает удаление всей толстой кишки.

В настоящее время единственным хирургическим методом сохранения естественного кишечного пассажа после удаления всей толстой кишки у этих больных является формирование тазовых тонкокишечных резервуаров. Однако создание тазовых тонкокишечных резервуаров кроме технической сложности и большого числа послеоперационных осложнений связано с формированием илеоанального анастомоза, что нередко приводит к развитию недостаточности анального сфинктера. При этом отдаленные функциональные результаты этих вмешательств не всегда приносят желаемый результат [8, 10]. Поэтому многие исследователи для решения вопросов хирургической реабилитации этих пациентов обращают свои взгляды на клеточную трансплантацию и тканевую инженерию. В результате ряда экспериментальных работ была показана возможность получения полноценного кишечного сегмента методом тканевой инженерии с использованием биодegradуемой матрицы [4, 5, 6, 7, 9]. Поиск нового способа хирургической реабилитации больных семейным аденоматозом толстой кишки привел нас к идее применения клеточной трансплантации с целью создания neomucosa прямой кишки, что позволило бы сохранить естественный кишечный пассаж.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

ГНЦ колопроктологии совместно с лабораторией клинической иммунологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии на основании договора о совместной научной деятельности начато исследование, направленное на разработку технологий по созданию neomucosa у больных, перенесших хирургическое лечение по поводу семейного аденоматоза толстой кишки. Разработан способ сохранения естественного пассажа кишечного содержимого у больных семейным аденоматозом толстой кишки путем сохранения мышечного футляра прямой кишки, выполняющего резервуарную и эвакуаторную функции. С целью предотвращения роста полипов производится полное удаление слизистой оболочки прямой кишки и аллотрансплантация фетальных клеток эпителиального происхождения в демукозированную прямую кишку. Суммарную культуру фетальных аллогенных соматических клеток кишечного эпителия и мезенхимы

печеночного и костномозгового происхождения, обогащенную стволовыми и прогениторными предшественниками получали в лаборатории клинической иммунологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии от плодов человека 8–12 недель гестации. В качестве донорского материала использовался абортный материал, который получали из лицензированных учреждений Росздрава. Кариотипирование (изучение хромосомного состава) исходного биологического материала проводилось в Институте медицинской генетики. В работе использовался только материал, прошедший тестирование на наличие различных вирусов и антител.

Срок культивирования составил 7–14 суток с последующей трансплантацией в демукозированную прямую кишку. Общее количество трансплантированных клеток 400×10^6 . Жизнеспособность культур — 85–90%.

Помимо этого осуществлялась органная трансплантация участка толстой кишки, полученного от плодов 18–20 недель гестации с целью создания очагов эпителизации донорскими клетками.

Техника операции.

Мобилизацию ободочной кишки и пересечение ее магистральных сосудов выполняли по общепринятым принципам. Проксимальная линия резекции проходила у места перехода толстой кишки в тонкую. Мобилизацию прямой кишки осуществляли до тазового дна. Через анальный канал в прямую кишку вводили булавовидный инструмент, на котором проксимальный отдел прямой кишки завязывали тесьмой и эвагинировали через анальный канал на промежность.

После этого со стороны промежности при помощи электрокоагуляции, начиная от зубчатой линии, производили мукозэктомия прямой кишки с тщательным гемостазом. Протяженность оставшейся части прямой кишки после всех манипуляций составляет 8–10 см, учитывая, что прямая кишка практически полностью мобилизуется и ее кровоснабжение осуществляется только за счет нижних прямокишечных артерий, кровоснабжение именно такого сегмента прямой кишки считается адекватным.

С целью создания очагов усиленной эпителизации донорскими клетками выполняли фиксацию небольших фрагментов фетальной толстой кишки, полученной от плода человека 18–20 недель гестации. После этого непосредственно осуществляли этап клеточной трансплантации. Введение клеточного имплантата проводили инъекционным методом, начиная непосредственно от зубчатой линии. Иглу шприца осторожно вводили в мышечный слой демукозированной прямой кишки и осуществля-

ли введение клеточного материала таким образом, чтобы площадь участка инфильтрации демукозированной прямой кишки составляла около 2 см². При этом инъекции клеток осуществляли в шахматном порядке, начиная от зубчатой линии по направлению к слепой части культи прямой кишки.

Далее прямую кишку отсекали у проксимальной границы введения клеточного материала. Культю прямой кишки прошивали линейным сшивающим аппаратом и инвагинировали в полость таза.

Со стороны брюшной полости формировали илеоректальный анастомоз по типу конец в бок при помощи сшивающего аппарата по стандартной методике. Операцию заканчивали формированием двустольной превентивной илеостомы. В прямую кишку за анальный канал с целью декомпрессии вводили зонд.

Через 14–15 дней после операции с целью стимуляции процессов регенерации и приживления трансплантатов в демукозированной прямой кишке проводили дополнительное введение клеточного материала. С целью доставки в очаг повреждения (хоминг-эффект) внутривенно осуществляли однократное введение мезенхимальных клеток печени (100 млн.). При помощи подкожных инъекций имплантировали комплекс биологически активных ростовых факторов фетального происхождения.

Для оценки состояния демукозированной прямой кишки проводили эндоскопические, рентгенологические, морфологические и физиологические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Хирургические вмешательства по данной методике выполнены 5 пациентам, с диагнозом САТК в возрасте от 20 до 35 лет, с локализацией полипов во всех отделах толстой кишки (до 1,5 см в диаметре), без признаков их злокачественного перерождения. Все пациенты были информированы о характере своего заболевания, дали свое согласие на участие в исследовании, применении у них клеточной трансплантации и подписали информированное согласие.

Послеоперационный период протекал у 4 пациентов без осложнений. У одной пациентки на 7 день после операции отмечено кровотечение из демукозированной прямой кишки, источником которого стал один из участков электрокоагуляции, что было купировано консервативными мероприятиями. Лабораторные показатели после операции были без существенных отклонений от нормы.

Через 2 недели после операции проведенное эндоскопическое исследование демукозированной прямой кишки показало, что просвет ее равномерно умеренно сужен. Поверхность кишки местами покрыта фибрином, отмечается умеренная контактная ранимость. При этом определяются небольшие участки без контактной ранимости бледно-розового цвета с гладкой поверхностью, которые являются участками формирования молодой, еще незрелой эпителиальной выстилки.

При исследовании биоптатов, полученных из демукозированной прямой кишки через 2 недели после операции определялся участок слизистой прямой кишки с умеренной деформацией крипт. Количество бокаловидных клеток в них незначительно снижено. Между криптами в собственной пластинке определяется отек, небольшие свежие кровоизлияния и умеренная лимфоплазматочная инфильтрация. По краю препарата определяется небольшой островок грануляционной ткани. Таким образом, уже через две недели после операции в демукозированной прямой кишке имелись очаги активной эпителизации.

Через 4 недели после операции при эндоскопическом исследовании установлено, что поверхность прямой кишки розовая, блестящая, без контактной ранимости и наложений фибрина. Местами прослеживается деформированный сосудистый рисунок. Эндоскопическая картина соответствует неизменной слизистой оболочке прямой кишки. При исследовании биоптатов (Рис. 1) определяется участок слизистой оболочки толстой кишки с деформированными расширенными крипта-

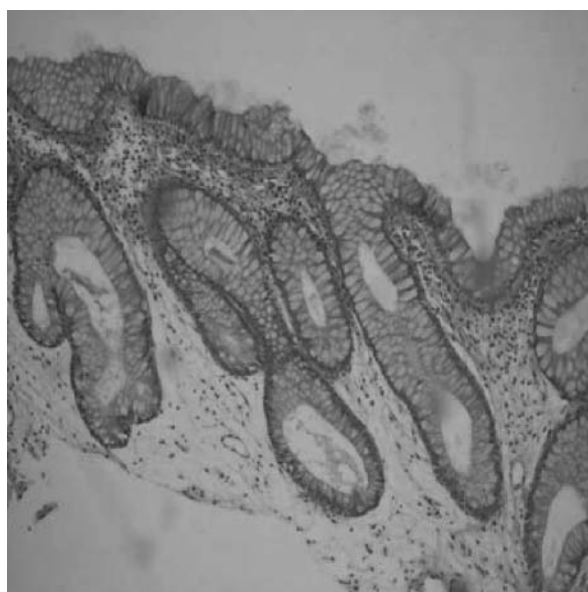


Рисунок 1. Биоптат слизистой оболочки через 4 недели после операции. Гематоксилин-эозин, 200.

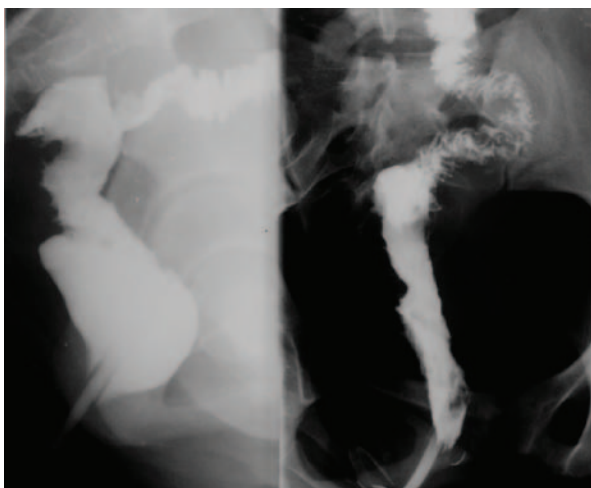


Рисунок 2. Рентгенограмма прямой кишки с неомусосой через 4 недели после операции.

ми, содержащими избыточное количество крупных бокаловидных клеток, распространяющихся на поверхность слизистой. В собственной пластинке отек и небольшое количество лимфоцитов и плазмацитов. Капилляры и венулы расширены. При рентгенологическом исследовании (Рис. 2) через 4 недели прямая кишка имеет близкую к привычной форму, выраженную ампулярность. Отчетливо прослеживается ее резервуарная функция, эластичность стенок сохранена в полном объеме. Хорошо прослеживаются складки слизистой, характерные для прямой кишки. Эвакуаторная функция также сохранена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берсенева А.В. Клеточная трансплантология — история, современное состояние и перспективы. Обзор. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. 2005, том I, №1, с. 49-56.
2. Волков А.В. Тканевая инженерия: новые перспективы развития медицины. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. 2005, том I, №1, с. 57-63.
3. Репин В.С. Клеточной биологии — 100 лет: уроки на будущее. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. 2007, том II, №3, с. 9-17.
4. Choi R.S. et al. Studies of brush border enzymes, basement membrane components, and electrophysiology of tissue-engineered neointestine. J. Pediatr. Surg. 1998; 33: 991-997.
5. Grikscheit T.C. et al. Tissue-engineered colon exhibits function in vivo. Surgery. 2002; 32: p. 200-204.
6. Grikscheit T.C., Vacanti J.P. Tissue-engineered

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, на основании приведенных данных можно констатировать, что применение клеточной трансплантации с целью создания неомусосой прямой кишки у больных, перенесших колэктомию, является целесообразным и перспективным методом реабилитации. Так, уже через 4 недели после имплантации фетальных стволовых клеток слизистая прямой кишки практически полностью восстанавливается. Сохранение мышечного футляра позволяет обеспечить резервуарную и эвакуаторную функции прямой кишки, а вновь созданная слизистая оболочка позволяет надеяться на отсутствие генетически дефектных клеток эпителия, являющегося субстратом для развития полипов. В настоящий момент данное направление проходит начальную стадию. Многие аспекты этой проблемы, конечно, требуют дальнейшего изучения, а именно изучения функционального состояния прямой кишки, проведения генетических и продолжения морфологических исследований слизистой оболочки. Но, тем не менее, полученные результаты вселяют осторожный оптимизм и открывают перспективы использования клеточных технологий в колопроктологии. Поэтому исследования в области клеточных технологий требуют серьезного внимания и поддержки, как медицинской общественностью, так и государственными структурами.

stomach from autologous and syngeneic tissue. J. Surg. Res. 2002; 107: p. 277-288.

7. Kaihara S. et al. Long-term follow-up of tissue-engineered intestine after anastomosis to native small bowel. Transplantation. 2000; 69: p. 1927-32.

8. Oded Zmora, Jonathan E. Efron, Juan J. Noguerras, Eric G. Weiss, Steven D. Wexner. Reoperative abdominal and perineal surgery in ileoanal pouch patients. Dis. Colon Rectum, 2001, vol. 44, №9, p. 1310-1314.

9. Tavakkolizaden A. et al. Tissue-engineered neomucosa: morphology, enterocyte dynamics, and SGLT — 1 expression topography. Transplantation. 2003; 75: p. 181-185.

10. Thompson-Fawcett M.W., Marcus V.A., Redston M., Cohen Z., McLeod R.S. Adenomatous polyps develop commonly in the ileal pouch of patients with familial adenomatous polyposis. Dis. Colon Rectum, 2001, vol. 44, №3, p. 347-353.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ

Ачкасов С. И., Воробьев Г. И., Жученко А. П., Ринчинов М. Б.

«ФГУ ГНЦ Колопроктологии»

(Директор — академик РАМН, профессор Г. И. Воробьев), Москва

Реконструктивно-восстановительные хирургические вмешательства относятся к операциям высокой степени сложности. Они сопровождаются достаточно большой частотой интра- и послеоперационных осложнений. Так, по данным разных авторов, уровень осложнений при таких вмешательствах колеблется от 0,2% до 60,0% [1, 7], при этом несостоятельность анастомоза достигает 12,0% [7]. Развивающиеся осложнения приводят к высокой летальности, которая достигает 8,0% [7].

Такая высокая частота осложнений и послеоперационной летальности обусловлена рядом причин. Среди них следует отметить выраженный рубцово — спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, который возникает после первичного оперативного вмешательства. Такие операции приводят к нарушению нормальных анатомо-топографических соотношений органов брюшной полости и малого таза. Низкое расположение культи прямой кишки и вовлечение её в рубцово-спаечный процесс затрудняет идентификацию и выделение органа. Большой диастаз между анастомозируемыми отделами толстой кишки требует, в ряде случаев, дополнительной мобилизации проксимальных отделов ободочной кишки. Кроме этого, в некоторых ситуациях возникает необходимость резекции толстой кишки, как приводящей ее части, так и отключенных отделов, например, при дивертикулярной болезни или рецидиве опухолевого процесса.

В последние годы рядом исследователей продемонстрировано преимущество лапароскопически-ассистируемых операций по сравнению с традиционной хирургией. Так, Воробьев Г.И. (2003), Braga M. (2005), отмечают менее выраженный системный воспалительный ответ, возможность использования меньшего количества обезболивающих препаратов, быстрое восстановление дыхательной функции в послеоперационном периоде, раннее восстановление функции кишечника

и других функций организма, сокращение периода послеоперационного пребывания пациентов в стационаре и снижение сроков социальной и трудовой реабилитации [2, 3].

В 1994 году Sosa J.L. были опубликованы первые результаты 14 лапароскопически-ассистируемых реконструктивно-восстановительных операций у больных, перенесших операцию Гартмана [6]. При этом частота конверсий в данной серии наблюдений составила 22,2%.

С накоплением опыта проведения лапароскопически-ассистируемых реконструктивно-восстановительных вмешательств частота конверсий этих операций в открытые снизилась. Однако, частота осложнений остается еще высокой и достигает по данным Naughn C. et al. — 32,8% [4], а послеоперационная летальность по данным Slawik S. et al. — 5,2% [5].

Относительно небольшое количество публикаций позволяет утверждать, что проблема выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств с помощью лапароскопических технологий освещена не полностью. Кроме этого, в ранних исследованиях отсутствует сравнение с пациентами, оперированными традиционным способом. В самих группах анализируются результаты, полученные на малом числе наблюдений, что не позволяет говорить об их статистической достоверности. Дополнительные сложности для анализа полученных авторами результатов лечения создает то обстоятельство, что все они использовали различные методики выполнения операции.

В связи с этим, нами было предпринято собственное исследование, целью которого стала оценка эффективности лапароскопически-ассистируемых реконструктивно-восстановительных операций у больных с одноствольными колостомой по сравнению с пациентами, оперированными традиционным способом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

С мая 2008 по октябрь 2009 года в «ФГУ ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий» было выполнено 16 лапароскопически-ассистированных реконструктивно-восстановительных операций у больных, ранее перенесших резекции левых отделов толстой кишки по Гартману. Эти пациенты вошли в основную группу исследования. В контрольную группу включены 30 пациентов с одноствольными колостомами, оперированные за последние три года традиционным способом. При формировании групп были выбраны следующие критерии включения больных в исследование: — операция Гартмана в анамнезе; — длина культи отключенной кишки не менее 10 см.

Критериями исключения были:

- Противопоказания к наложению пневмоперитонеума;
- Рецидив опухолевого процесса;
- Послеоперационные вентральные грыжи, требующие хирургической коррекции.

В основной группе было 8 мужчин и 8 женщин. В контрольной группе мужчин и женщин также было равное количество — по 15 человек. Возраст пациентов, которым выполнено лапароскопически-ассистированное вмешательство, колебался от 39 до 75 лет ($53,3 \pm 11,4$). Возраст больных, перенесших хирургическое вмешательство традиционным способом, распределялся в пределах 18–74 лет, в среднем соответствовал $52,7 \pm 13,6$ лет (Табл. 1).

Самой частой причиной выполнения операции Гартмана в обеих группах был рак левых отделов толстой кишки: у 11 больных основной и у 16 пациентов контрольной группы. Осложненное течение дивертикулярной болезни ободочной кишки послужило поводом к первичной операции с формированием стомы у 2 пациентов основной группы и у 7— контрольной. Различные травмы живота с повреждением толстой кишки произошли у 2 и 6 человек, соответственно.

В одном случае в основной группе пациент был оперирован по поводу крупной ворсинчатой опухоли верхнеампулярного отдела прямой кишки. У этого больного не было нарушения кишечной проходимости, концевая стома была сформирована из-за низкого расположения дистальной границы резекции прямой кишки. Следует также отметить, что у этого же пациента через 7 месяцев после первичной операции была предпринята попытка реконструктивно-восстановительного вмешательства, однако, из-за сложности идентификации и выделения культи, операцию в запланированном объеме выполнить не удалось. Одна больная из контрольной группы перенесла операцию Гартмана по поводу экстрагенитального эндометриоза. В контрольной группе попытка выполнения восстановительной операции была предпринята у 3 пациентов, у 2 больных от наложения анастомоза было решено воздержаться из-за выраженного рубцово-спаечного процесса в брюшной полости и еще у одного пациента послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза.

Таблица 1. Характеристика клинических наблюдений (1).

	Основная группа	Контрольная группа
Количество наблюдений	16 (8/8)	30 (15/15)
Возраст (лет)	39-75 ($53,3 \pm 11,4$)	18-74 ($52,7 \pm 13,6$)
Основной диагноз:		
Рак толстой кишки	11	16
Дивертикулярная болезнь	2	7
Травма живота с повреждением толстой кишки	2	6
Ворсинчатая опухоль	1	—
Эндометриоз	—	1
Причина операции Гартмана:		
Непроходимость	9	12
Перитонит	6	17
Несостоятельность анастомоза	—	1
Низкая граница резекции	1	—
Попытки реконструктивно – восстановительных операций	1	3

Таблица 2. Характеристика клинических наблюдений (2).

	Основная группа	Контрольная группа	p
Срок после операции Гартмана (мес.) *	6-36 (13,0 ± 7,8)	5-48 (14,1 ± 8,5)	0,65
Количество ранее перенесенных операций **	0-3 (0,5 ± 0,9)	0-2 (0,5 ± 0,7)	0,73
Индекс массы тела *	17,1-40,7 (27,8 ± 6,3)	20,5-39,0 (27,9 ± 5,0)	0,98
Длина культи (см.) *	10-41 (26,4 ± 9,1)	10-55 (21,9 ± 10,3)	0,15
Диастаз анастомозируемых участков кишки (см.) *	7-17 (10,8 ± 3,4)	7-20 (12,1 ± 5,7)	0,52

* — критерий Стьюдента

** — критерий Манна-Уитни

Значимых различий в сроках выключения дистальных отделов кишки из пассажа, количестве ранее перенесенных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, не считая операции Гартмана, индексе массы тела, длине культи толстой кишки, а также размерах диастаза анастомозируемых отделов толстой кишки, не отмечено (Табл. 2).

Для определения распространенности и выраженности рубцово-спаечного процесса в брюшной полости нами была разработана оригинальная методика. Брюшная полость разделяется на 9 классических топографо-анатомических областей. В каждой из них степень выраженности оценивается по 3 — бальной субъективной визуальной шкале, где:

0 — спаек не отмечено;

1 — единичные спайки;

2 — умеренно выраженный спаечный процесс;

3 — выраженный спаечный процесс.

Затем баллы суммируются, а результат определяет степень выраженности спаечного процесса.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Использовали следующую методику выполнения лапароскопически-ассистированной реконструктивно-восстановительной операции. После ушивания колостомы производили её иссечение из тканей передней брюшной стенки. Затем выделяли престомальный участок кишки локальным рассечением спаек. После мобилизации кишки, несущей стому, рубцовые края иссекали. На подготовленную кишку накладывали кисетный шов, в нем фиксировалась головка сшивающего аппарата. Затем кишку с головкой аппарата погружали в брюшную полость. После этого в противоположные углы парастомальной раны устанавливали два троакара 10 мм. Рану ушивали непрерывным герметизирующим швом. Накладывали пневмоперитонеум и выполняли лапароскопический этап

операции. При ревизии оценивали распространенность и выраженность спаечного процесса. Спайки разделяли острым путем лапароскопическими ножницами. Плотные и протяженные спайки рассекали при помощи гармонического скальпеля. Следует отметить, что от спаечного процесса освобождали только левый боковой канал и малый таз для беспрепятственного формирования анастомоза. Также разделяли спайки, которые явно могли бы привести к развитию спаечной непроходимости. Затем устанавливали третий дополнительный троакар, чаще всего в правой подвздошной области. Производили идентификацию и выделение культи толстой кишки. Для этого трансанально проводили буж или сшивающий аппарат. Проверили сопоставимость анастомозируемых отделов толстой кишки без натяжения. При необходимости проводили мобилизацию проксимальных отделов ободочной кишки, после чего формировали анастомоз, проверяли его герметичность, гемостаз и ушивали рану.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами была проведена сравнительная оценка интраоперационных данных в обеих группах (Табл. 3). Установлено, что продолжительность операции в основной группе была в среднем короче на 100 минут, что обусловлено, вероятнее всего, экономией времени на этапе лапаротомии, разделении спаечного процесса брюшной полости и ушивании срединной лапаротомной раны. Этими же факторами можно объяснить и меньшую кровопотерю в основной группе пациентов, где она составила $65,6 \pm 39,6$ мл. по сравнению со $175,0 \pm 119,4$ мл. в контрольной. Несколько менее выраженный спаечный процесс отмечен в группе больных, перенесших лапароскопически-ассистированные реконструктивно-восстановительные вмешательства — $16,4 \pm 5,5$ и $19,4 \pm 4,1$ баллов соответственно. Длина послеоперационной раны составила

Таблица 3. Результаты интраоперационной ревизии и непосредственные результаты операции

	Основная группа	Контрольная группа	p
Продолжительность операции (мин.) *	90-280 (167,5 ± 51,8)	170-460 (263,3 ± 74,1)	< 0,001
Кровопотеря (мл.) *	50-200 (65,6 ± 39,6)	50-500 (175,0 ± 119,4)	< 0,001
Спаечный процесс (баллы) **	9-25 (16,4 ± 5,5)	14-27 (19,4 ± 4,1)	0,05
Длина послеоперационной раны (см.) *	8-15 (10,7 ± 2,2)	30-42 (37,0 ± 2,9)	<0,001
Необходимость наложения превентивной стомы	0	10	
Частота конверсий	0		
Перистальтика (день) *	1-2 (1,1 ± 0,3)	1-3 (1,4 ± 0,6)	0,03
Отхождение газов (день) *	2-3 (2,4 ± 0,5)	1-5 (2,6 ± 0,9)	0,36
Стул/функция стомы (день) *	2-4 (3,2 ± 0,8)	2-10 (4,2 ± 1,5)	0,02
Самообслуживание (день) *	2-3 (2,5 ± 0,5)	3-5 (4,1 ± 0,5)	<0,001
Осложнения **	1 (6,2%)	3 (10,0%)	0,56
Послеоперационный койко-день *	7-15 (9,3 ± 2,4)	8-28 (12,9 ± 3,4)	<0,001

* — критерий Стьюдента

** — критерий Манна-Уитни

10,7±2,2 см. в основной и 37,0±2,9 см. — в контрольной группах.

В основной группе наложение превентивной стомы не потребовалось ни в одном случае. В контрольной группе такая необходимость возникла у 10 больных. Анализ протоколов операций показал, что разделение выраженного рубцово-спаечного процесса брюшной полости приводило к частому десерозированию и вскрытию просвета петель тонкой кишки. Травматичность этого этапа вмешательства у больных, оперированных традиционным способом, требовала дополнительных мероприятий по декомпрессии кишечника и созданию

условий для лечения прогнозируемого тяжелого пареза желудочно-кишечного тракта.

В группе больных, перенесших лапароскопически-ассистированные вмешательства, конверсий не отмечено. Также нами была проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода (Табл. 3).

Сравнительный анализ таких показателей как сроки появления перистальтики и отхождения газов каких-либо различий в обеих группах не показал. В тоже время первый стул у больных основной группы возникал на 1 день раньше. Так же в основной группе пациентов раньше восстанавливалась способность к самообслуживанию — на 2,5±0,5 и 4,1±0,5 день после операции соответственно (p < 0,001).

В основной группе возникло одно (6,2%) осложнение в виде обширной гематомы передней брюшной стенки в области парастомальной раны. В контрольной группе зарегистрировано 3 (10,0%) осложнения. Среди них также отмечено формирование подкожной гематомы в одном случае и в двух — нагноение послеоперационной раны.

Послеоперационный койко-день в основной группе составил в среднем 9,3±2,4 дней, в то время как в группе больных, перенесших оперативное вмешательство традиционным способом, — 12,9±3,4 дней (p < 0,001).

Нами проведен сравнительный анализ выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Уровень болевых ощущений оценивался паци-

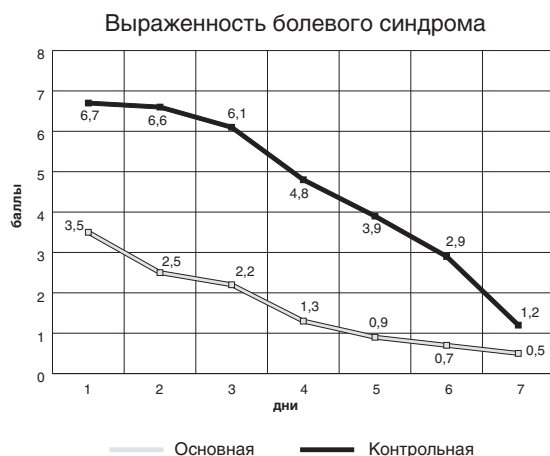


Рисунок 1. Показатели выраженности болевого синдрома в основной и контрольной группах.

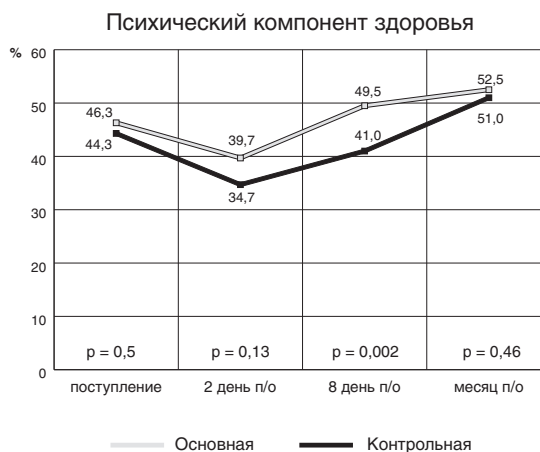
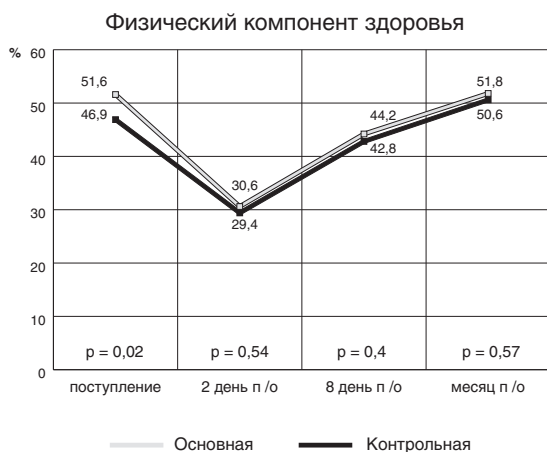


Рисунок 2. Показатели физического компонента здоровья в основной и контрольных группах.

Рисунок 3. Показатели психического компонента здоровья основной и контрольных групп.

ентами по визуально-аналоговой шкале (Рис. 1).

На графике видно, что в основной группе уровень боли в первый день операции оценивался пациентами в среднем в $3,5 \pm 0,6$ баллов, в то время как в контрольной этот показатель составил $6,7 \pm 1,0$ баллов. На пятый день многие пациенты лапароскопической группы болевых ощущений уже не отмечали. В контрольной группе болевые ощущения первые три дня оставались выше среднего уровня и даже через неделю практически все пациенты констатировали незначительно выраженную боль.

Диспансерному наблюдению подвергнуты все пациенты обеих групп. Сроки наблюдения составили 1–16 ($6,6 \pm 4,3$) мес. в основной и 5–36 ($19,9 \pm 9,4$) мес. в контрольной группах. При этом отмечено, что ни в основной, ни в контрольной группах в течение первых трех месяцев ни у одного больного не было острой спаечной кишечной непроходимости. Этот факт позволяет высказать предварительное предположение, что необходимости разделения всех спаек брюшной полости во время проведения лапароскопически-ассистированного реконструктивно-восстановительного вмешательства нет.

Изучение качества жизни пациентов в основной и контрольной группах проводилось с помощью общего опросника MOS-SF — 36 [8]. Анализ полученных данных показал, что статистически значимых различий в показателях физического здоровья в сравниваемых группах не отмечено (Рис. 2).

В тоже время показатель психического здоровья отличался в основной группе от контрольной на 8-ой день и соответствовал $49,5 \pm 3,3$ и $41,0 \pm 9,5\%$ ($p < 0,05$). Через 1 мес. после оперативного вмешательства каких — либо значимых различий выявлено не было (Рис 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительный анализ полученных данных показал, что выполнение реконструктивно-восстановительных вмешательств лапароскопическим способом не оказывает отрицательного влияния на результаты хирургического лечения пациентов с одноствольными колостомами. В тоже время использование лапароскопических технологий позволяет сократить время проведения хирургического вмешательства с $263,3 \pm 74,1$ мин до $167,5 \pm 51,8$ мин, а уровень кровопотери со $175,0 \pm 119,4$ мл до $65,6 \pm 39,6$ мл. Кроме этого, применение лапароскопически-ассистированного способа проведения реконструктивно-восстановительных вмешательств у больных с одноствольной колостомой обеспечивает уменьшение выраженности болевого синдрома, раннюю реабилитацию пациентов и улучшению качества жизни через 8 дней и на протяжении месяца после операции по такому параметру как психическое здоровье — $49,5 \pm 3,3$ и $41,0 \pm 9,5\%$ соответственно. Исследование также продемонстрировало, что разделение спаечного процесса только в месте оперативного вмешательства не привело ни у одного пациента основной группы к развитию ранней спаечной непроходимости.

Незначительный опыт проведения лапароскопически-ассистированных реконструктивно-восстановительных операций и малочисленность наблюдений не позволяет в настоящее время сделать окончательные выводы, однако предполагаемыми результатами нашего исследования являются:

- улучшение качества лечения пациентов с одноствольной колостомой;
- снижение травматичности оперативного вме-

шательства;

— уменьшение количества осложнений у данной

категории больных;

— сокращение сроков стационарного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Александров К.Р., Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. М 2005. <http://www.gkb24.narod.ru/stat7.htm>

2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. и др. Непосредственные результаты лапароскопических передних резекций прямой кишки по поводу рака. Эндоск Хирургия 2003; 1: 14-19.19.

3. Braga M; Vignali A; Zuliani W; Frasson M; Di Serio C; Di Carlo V, Laparoscopic versus open colorectal surgery: cost-benefit analysis in a single-center randomized trial. Ann. Surg. 2005; 242 (6):890-5, discussion 895-6.

4. Naughn C, Ju B, Uchal M, Arnaud JP, Reed JF,

and Bergamaschi R, Diseases of the colon and rectum 51 (8):1232, 2008 Aug

5. Slawik S, Dixon AR., Laparoscopic reversal of Hartmann's resectosigmoidectomy. Colorectal Disease. 2008 Jan; 10 (1):81-3.

6. Sosa JL, Sleeman D, Puente I, McKenney MG, Hartmann R., Laparoscopic-assisted colostomy closure after Hartmann's procedure. Dis. Colon Rectum 1994;37:149-152.

7. Takahashi-Monroy T, Velasco L, Morales-Olivera JM., Morbi-mortality of Hartmann's reversal procedure. Cirugia y Cirujanos. 2006 Sep-Oct; 74 (5):329-33.

8. Ware JE. SF-36 Health Survey., Manual and interpretation guide. Boston: Nimrod Press, 1993

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Севостьянов С. И., Шармазаншвили Д. О.

Кафедра колопроктологии РМАПО

ФГУ «ГНЦ колопроктологии», г. Москва

(заведующий кафедрой и директор ГНЦК — академик РАМН, проф. Г. И. Воробьев)

Острый парапроктит — болезнь людей трудоспособного возраста [3, 11], однако, в связи с известной современной тенденцией увеличения средней продолжительности жизни населения развитых стран, постоянно растет частота заболеваний среди лиц старших возрастных групп. Сохранение качества жизни пожилых людей вызывает необходимость более тщательного изучения заболевания у этой категории больных и разработки более действенных и одновременно экономически выгодных методов лечения.

Согласно классификации, принятой европейским региональным бюро ВОЗ, к старшим возрастным группам относятся лица от 60-ти лет и старше (от 60 до 74 лет — пожилые, от 75 до 89 — старики, а 90 лет и более — долгожители).

Острый парапроктит относится к числу наиболее распространенных заболеваний толстой кишки. По данным литературы, в стационаре общехирургического профиля больные острым парапроктитом составляют от 0,43 до 4%, а в специализированных проктологических отделениях от 22,2 до 40% [4, 6, 8, 12].

Специальных исследований возрастных особенностей течения и лечения острого парапроктита очень мало. Имеются только единичные наблюдения тяжелого течения особых, гнилостных форм парапроктита у старых и соматически отягощенных больных [2, 9] и о сочетании острого парапроктита с сахарным диабетом, так как больше половины больных были старше 60 лет.

В работах, указанных выше, приводились данные об особенностях течения острого парапроктита у пожилых больных, отягощенных серьезными сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этих случаях гнойный параректальный процесс протекает торпидно, диагностируется поздно и лечение возможно только паллиатив-

ное. В работах, указанных выше, приводились данные об особенностях течения острого парапроктита у пожилых больных, отягощенных серьезными сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этих случаях гнойный параректальный процесс протекает торпидно, диагностируется поздно и лечение возможно только паллиатив-

Таблица 1. Распределение больных острым парапроктитом по полу в 2006-2008 годах.

Пол	Основная группа			Контрольная группа			Всего
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
Мужчины	39	23	28	96	89	99	368 (73,6%)
Женщины	13	15	14	31	30	23	132 (26,4%)
Всего	52	38	42	127	119	122	500 (100%)

ное — вскрытие и широкое дренирование гнойника с последующим длительным и интенсивным общим и местным лечением. Исходы лечения у таких больных неудовлетворительны. Часто в этих случаях процесс с самого начала приобретает анаэробный характер и лечение требует особых условий [4, 7, 10]. Тем более, что у большинства этих больных отмечались тяжелые сопутствующие заболевания (ИБС, недостаточность кровообращения 2–3 ст., сердечно-легочная недостаточность, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), которые оказывали негативное влияние на течение и исход заболевания. При анализе результатов лечения больных парапроктитом, особенно его тяжелых форм, авторы [5, 9, 10] отмечают, что зачастую летальный исход наступает при поздней госпитализации больных — на 8–12 день от начала заболевания.

Скудные литературные данные свидетельствуют о том, что лечение больных пожилого и старческого возраста острым парапроктитом является непростой задачей и требует более тщательного изучения и разработки алгоритма действия с учетом сопутствующих заболеваний и других возрастных факторов. В связи с этим, проведение исследований в данном направлении представляется актуальным.

Целью нашей работы было выявление особенностей течения острого парапроктита у больных старших возрастных групп для улучшения результатов хирургического лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Таблица 2. Локализация абсцесса у больных острым парапроктитом

	Число больных	
	Основная группа	Контрольная группа
Подкожный	69 (52,3%)	216 (58,7%)
Ишиоректальный	43 (32,6%)	104 (28,3%)
Пельвиоректальный	6 (4,5%)	20 (5,4%)
Ретроректальный	8 (6,1%)	18 (4,9%)
Подковообразный	6 (4,5%)	10 (2,7%)
Всего	132 (100%)	368 (100%)

В Государственном научном центре колопроктологии МЗ РФ на базе отделения хирургии неотложной проктологии ГКБ 15 за период 2006–2008 годы находился на лечении 4321 пациент с различными проктологическими заболеваниями. Из них у 1171 человека (27,1%) был острый парапроктит. 132 пациента пожилого и старческого возраста прошли лечение с вышеуказанным диагнозом, что составило 11,2% от общего количества больных с острым парапроктитом.

В основу настоящей работы положен опыт лечения 500 пациентов с острым парапроктитом, находившихся в отделении хирургии неотложной проктологии ГКБ 15 за период 2006–2008 гг. Они составили две группы больных. В первую, основную группу, вошли 132 пациента пожилого и старческого возраста, где мужчин было 90 (68,2%), а женщин — 42 (31,8%). Вторую, контрольную группу, составили пациенты средней возрастной группы от 45 до 59 лет в количестве 368 человек. Из них мужчины — 284 (77,2%), женщины — 84 (22,8%) (Табл. 1). Подавляющее большинство среди больных острым парапроктитом мужчины. Больше половины (55,4%) составляли работоспособные пациенты от 45 до 54 лет.

Большинство больных — 302 из 500 (60,4%) были госпитализированы на 3–5 сутки, а 132 (26,4%) пациента на 7-е сутки от начала заболевания и позднее. Анализ причин поздней госпитализации показал, что основной из них является несвоевременное обращение больных за медицинской помощью, из-за попытки консервативного лечения — чаще самостоятельно, реже назначаемого амбулаторными хирургами. В некоторых случаях

Таблица 3. Сопутствующие заболевания

	Число больных	
	Основная группа	Контрольная группа
Ишемическая болезнь сердца	37 (28%) *	14 (3,8%)
Постинфарктный кардиосклероз	8 (6,1%) *	6 (1,6%)
Нарушение сердечного ритма	12 (9,1%) *	4 (1,1%)
Гипертоническая болезнь	36 (27,3%) *	26 (7,1%)
Высокий риск ССО 4	12 (9,1%) *	8 (2,2%)
Атеросклероз	11 (8,3%) *	1 (0,3%)
Сахарный диабет	24 (18,2%) *	31 (8,4%)
Другие эндокринные заболевания	3 (2,3%)	6 (1,6%)
Урологические заболевания	5 (3,8%)	5 (1,4%)
Гинекологические заболевания	4 (3%)	5 (1,4%)
Неврологические заболевания	15 (11,4%) *	9 (2,4%)
Заболевания дыхательной системы	8 (6,1%)	8 (2,2%)
Поливалентные аллергии	2 (1,5%)	1 (0,3%)
Заболевания ЖКТ	16 (12%) *	16 (4,3%)
Онкологические заболевания	3 (2,3%)	2 (0,5%)
Болезни крови (лейкоз, анемия)	3 (2,3%)	3 (0,8%)

(*) — $p < 0,05$

поздняя госпитализация была связана с ошибками или трудностями в диагностике из-за обострения других проктологических заболеваний, таких как анальные трещины или острое воспаление геморроидальных узлов. В таких случаях затруднено или невозможно пальцевое исследование анального канала и прямой кишки из-за выраженного болевого синдрома.

Среди больных, поступивших в более поздние сроки (на 7-е сутки и позже), в процентном соотношении было больше людей пожилого и старческого возраста (31,8%), по сравнению со средней возрастной группой (24,5%).

При поступлении больных острым парапроктитом, как в основной группе, так и в контрольной группе, больше половины пациентов, в среднем $55,5\% \pm 3,2\%$ имели подкожное расположение абсцесса в параректальной клетчатке (Табл. 2). Острый парапроктит с ишиоректальным расположением гнойника встречался у 32,6% лиц пожилого и старческого возраста и у 28,3% в средней возрастной группе. Более сложные и глубокие формы парапроктита, такие как пельвиоректальный, ретроректальный и подковообразный, наблюдались достаточно редко и каждый из них не превышал 7% в обеих группах, но больных, поступивших со сложными формами парапроктита из старшей возрастной группы, было больше (15,1%), чем пациентов из средней возрастной группы (13%).

Общее состояние у подавляющего большинства больных при поступлении, как в основной, так и в контрольной группах (86,4% пациентов), было удовлетворительным. Среди больных поступивших в среднем или тяжелом состоянии было в два раза больше людей пожилого и старческого возраста — 19,7%, по сравнению со средней возрастной группой — 11,4% ($p < 0,05$).

Характер и выраженность сопутствующих заболеваний отражен в Таблица 3

В основной группе наиболее часто диагностированы патологические изменения сердечно-сосудистой системы. Большинство пациентов пожилого и старческого возраста (54,3%) страдали ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. С этими же заболеваниями в средней возрастной группе было всего 10,9% больных, ($p < 0,001$). Большой удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний у больных старшей возрастной группы приходился на пациентов с очень высоким операционным риском — 9,1%, у которых возникала необходимость ликвидации острых нарушений сердечной деятельности на пред- и послеоперационных этапах, что сыграло решающую роль для выбора объема оперативного вмешательства. Среди лиц пожилого и старческого возраста сахарный диабет выявлен у 24 пациентов, что составило 18,2% от общего количества больных. Напротив, среди средней возрастной группы сахарным диа-

Таблица 4. Формы парапроктита в зависимости от микрофлоры у изучаемых больных

Формы парапроктита	Число больных	
	Основная группа	Контрольная группа
Аэробный парапроктит	115 (87,1%)	342 (92,9%)
Анаэробный и гнилостный парапроктит	17 (12,9%)	26 (7,1%)
Всего	132 (100%)	368 (100%)

бетом страдали 31 больной — 8,4% ($p < 0,05$).

На третьем месте по частоте среди сопутствующих патологий находились болезни пищеварительной системы. Эти заболевания достоверно ($p < 0,05$) преобладали у лиц старшей возрастной группы 12% по сравнению с лицами контрольной группы — 4,3%.

С учетом того, что большая часть пациентов пожилого и старческого возраста имели сопутствующие заболевания, все больные в обязательном порядке осматривались терапевтом. В случае необходимости терапевт рекомендовал осмотр других специалистов. Локальный статус оценивали визуально и пальпаторно, выявляли расположение воспалительного инфильтрата. Производили пальцевое исследование прямой кишки, при необходимости влагалищное исследование женщин, во время которого определяли локализацию параректального гнойника и, по возможности, внутреннего отверстия гнойного хода. Все данные заносились в тематические карты, заведенные на каждого больного основной и контрольной группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больше половины (57,9%) больных пожилого и старческого возраста при поступлении отмечали тупые или умеренные боли в области заднего прохода, а среди лиц средней возрастной группы больше половины (54,5%) отмечали острые боли ($p < 0,02$).

Большая часть больных средней возрастной группы жаловались на общую слабость и недомогание, таких было 217 (59%) человек, а у 151 (41%) больного эти жалобы отсутствовали. Обратная картина отмечалась среди лиц пожилого и старческого воз-

раста — 48 (36,4%) пациентов ощущали общую слабость и недомогание при поступлении, а 84 (63,6%) человека таких жалоб не предъявляли ($p < 0,001$).

Одним из основных симптомов для острого парапроктита, является повышение температуры тела. Пациенты основной и контрольной группы были условно разделены на подгруппы. В первую вошли больные, у которых отсутствовало повышение температуры тела при госпитализации, во вторую — пациенты, с субфебрильной температурой ($37-38^{\circ}\text{C}$), а в третью — больные у которых имелось значительное повышение температуры тела, выше 38°C .

У большинства больных пожилого и старческого возраста лихорадка или отсутствовала (13,2%), или имелась небольшая субфебрильная температура (подавляющее большинство — 71%), и лишь у 15,8% имелась гиперпиретическая (38°C) лихорадка. Другая картина имелась среди лиц средней возрастной группы — с высокой степенью достоверностью ($p < 0,001$) у большинство пациентов имелась высокая температура тела (66%), в некоторых случаях — до $39,5-40^{\circ}\text{C}$.

По-видимому, низкая интенсивность болей и менее выраженная общая слабость и недомогание, отсутствие повышенной температуры тела или небольшая субфебрильная температура при остром парапроктите среди лиц пожилого и старческого возраста, свидетельствует о стертости клиники острого парапроктита у этих пациентов, что приводит к более поздней госпитализации и позднему оказанию квалифицированной медицинской помощи. Чуть больше половины больных, 70 из 132 (53%), пожилого и старческого возраста не обращались к амбулаторным врачам и в стационар поступили или самотеком, или доставлены бригадой скорой помощи. Остальные 62 больных (47%) обращались

Таблица 5. Общее состояние больных анаэробным и гнилостным парапроктитом при госпитализации

Состояние больных при поступлении	Число больных		Всего (%)
	Основная группа n=17	Контрольная группа n=26	
Удовлетворительное	5 (29,4%)	6 (23,1%)	11 (25,6%)
Средней тяжести	6 (35,3%)	11 (42,3%)	17 (39,5%)
Тяжелое	6 (35,3%)	9 (34,6%)	15 (34,9%)

к врачам — терапевтам, хирургам, проктологам по месту жительства. Из них 45 пациентов (34%) госпитализированы в экстренном порядке, а семнадцати больным (13%) назначена консервативная терапия.

Следует отметить, что в последней подгруппе пациентов по рекомендации врача лечение острого парапроктита начинали с консервативных мер, что приводило к отрицательным результатам: более поздней госпитализации больных (5-10 сутки), более тяжелому общему состоянию при поступлении из-за обширного и глубокого поражения параректальной клетчатки. Одной из причин врачебных ошибок было отсутствие проктолога в большинстве поликлиник. В ряде случаев поздняя госпитализация была связана с трудностями в диагностике из-за обострения других проктологических заболеваний, таких как анальная трещина или острое воспаление геморроидальных узлов. В таких случаях пальцевое исследование анального канала и прямой кишки затруднено или невозможно из-за выраженного болевого синдрома.

Анаэробная и гнилостная форма острого парапроктита среди старшей возрастной группы наблюдалась в 17 случаях, что составляет 12,9%, а среди средней возрастной группы — 26 больных (7,1%) (Табл. 4).

Несмотря на то, что различия не достигли статистической достоверности, все же имеется выраженная тенденция к увеличению частоты сложных форм острого парапроктита с увеличением возраста. Среди старшей возрастной группы с анаэробным и гнилостным парапроктитом в удовлетворительном состоянии поступили 5 (29,4%) больных, в средней тяжести — 6 (35,3%) больных, в тяжелом состоянии также 6 (35,3%) пациентов. Среди средней возрастной группы из 26 больных в удовлетворительном состоянии поступили 6 (23,1%) больных, в средней тяжести — 11 (42,3%), а в тяжелом состоянии 9 (34,6%) пациентов (Табл. 5).

Больные с анаэробным и гнилостным парапроктитом поступали в основном на поздних сроках заболевания, что соответственно отражалось на тяжести состояния. Десять (58,8%) из 17 пациентов больных пожилого и старческого возраста поступили на 5-е и более сутки от начала заболевания в состоянии средней и тяжелой степени тяжести. Четырнадцать (53,8%) больных из 26 пациентов средней возрастной группы поступили в средней и тяжелой степени тяжести на таких же поздних сроках.

Особое значение в развитии острого парапроктита, представляет собой анамнез жизни каждого пациента.

Методом опроса выяснили что, больные молодого возраста не соблюдали режим питания (питались нерегулярно, чаще в сухоматку) по сравнению с пациентами пожилого возраста. Таких больных было 3% (4) из старшей возрастной группы и 11,4% (42) пациентов из контрольной группы ($p < 0,001$). Вероятнее всего это связано с большей занятостью трудоспособного контингента пациентов и отсутствием времени и возможности для полноценного питания.

Больные старшей возрастной группы в меньшей степени имели вредные привычки. 66 пациентов (50%) не употребляли алкогольные напитки, 56 (42,4%) больные принимали редко — 1-2 раза в месяц и только 10 (7,6%) ежедневно употребляли алкоголь.

Пациенты из средней возрастной группы больше употребляли алкоголь умеренно, до 2-4 раз в месяц — 66% (243 больных) или ежедневно — 9,2% (34 пациентов), что в целом достоверно больше ($p < 0,001$) по сравнению с больными пожилого возраста.

Аналогичная картина отмечена и в отношении курения. Больные старшей возрастной группы меньше употребляли табачные изделия. Так, только 48 (36,4%) пациентов были курильщиками, а 84 (63,6%) не курили. Среди лиц средней возрастной группы имелась обратная статистика: 234 (63,5%) были курильщиками, а 134 пациента (36,5%) не употребляли табак ($p < 0,001$).

По данным литературы, одной из профилактических мер против воспалительных заболеваний заднего прохода и анального канала является личная гигиена каждого человека после дефекации. Использование туалетной бумаги, а иногда и обычной жесткой бумаги после дефекации приводит к раздражению и повреждению поверхности перианальной кожи и слизистой заднего прохода, что приводит к образованию микротрещин, кровотечениям и воспалительным процессам вокруг ануса и анального канала. Среди обеих групп оказалось достаточно мало (42 (31,8%) среди лиц пожилого и старческого возраста и 75 (20,4%) среди средней возрастной группы) пациентов придерживавшихся применению водных процедур для поддержания гигиены промежности.

Одним из предрасполагающих факторов острого парапроктита, является замедление пассажа кишечного содержимого, проявляющегося запорами. Больные пожилого и старческого возраста почти в два раза чаще страдали запорами — 34,1% (45 больных), что достоверно больше ($p < 0,05$) чем среди больных средней возрастной группы — 15,7% (58 пациентов).

ВЫВОДЫ

Среди больных поступивших с острым парапроктитом: 11,2% составляют пациенты пожилого и старческого возраста, 31,4% больные средней возрастной группы от 45 до 59 лет и 57,4% пациенты более молодого возраста. Полученные нами результаты свидетельствуют, что лица старших возрастных групп имели меньшую физическую нагрузку, меньше вредных привычек (употребление алкоголя, табакокурение и т.д.), чаще правильно питались и соблюдали гигиенические процедуры после дефекации, что значительно снижало риск развития острого парапроктита.

Острый парапроктит у лиц старших возрастных групп протекает с более стертой клиникой, проявляющейся низкой интенсивностью болей, менее выраженной общей слабостью и недомоганием, отсутствием повышенной температуры

тела или субфебрильной температурой ($p < 0,05$). Стертость клиники приводит к более поздней госпитализации (на 7-е сутки и позже) и к развитию более тяжелых и сложных форм (пельвиоректального, ретроректального и подковообразного) острого парапроктита у этой категории больных.

Частота анаэробного и гнилостного парапроктита у лиц старших возрастных групп выше (12,9%), чем у пациентов среднего возраста (7,1%) ($p > 0,05$). Несмотря на то, что различия не достигают уровня статистической достоверности, они имеют характер выраженной тенденции.

У 90% пациентов пожилого возраста обнаружены сопутствующие заболевания, а среди лиц средней возрастной группы — всего лишь у 10%. Наличие большого числа сопутствующих заболеваний (2 и более у одного пациента), необходимость их коррекции, продлевают сроки оперативного вмешательства на 2-3 часа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев И.А. Хирургическое лечение неопухолевых заболеваний анального канала и прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста. Канд. дис. мед. наук М., 2003 г.

2. Альф И.М. Хирургия острых проктологических заболеваний. Сб.: Проблемы проктологии. Тез. Всес. конф. по проктологии. М., 1978, стр. 55-57.

3. Аминев А.М. Руководство по проктологии, Куйбышев, 1973, т. 3, стр. 208-213; 319-323.

4. Болквядзе Э.Э. Выбор метода хирургического лечения больных острым рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерным гнойным ходом. Канд. дис. мед. наук. М., 1998 г.

5. Гощицкий Л.Г., Мозель Ю.Л., Михлин Б.А. Пойные заболевания промежности и крестцово-копчиковой области. Сб.: Проблемы проктологии, вып. 14, М., 1994, стр. 15-18

6. Даценко Б.М., Кристалов Г.И. Хирургическое лечение острого парапроктита. Вестник хир., 1988, № 11, с. 36-39

7. Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Егоркин М.А.,

Шмаков В.А., Болквядзе Э.Э. Перспективность применения усовершенствованной системы УАС для лечения послеоперационных ран у больных острым анаэробным парапроктитом. Сб. Актуальные вопросы колопроктологии. Самара, 2003, с. 77-78

8. Кристаллов Г.А. Активное хирургическое лечение острого парапроктита. Канд. дисс., Харьков, 1988, 30 стр.

9. Мозель Ю.Л. Вялотекущий некротический парапроктит у больных с недостаточностью кровоснабжения. Матер. IV конф. врачей-проктологов, М., 1973, стр. 63-64

10. Проценко В.М., Егоркин М.А., Шмаков В.А., Клявин Ю.А., Кожин Д.Г. Этиология, патогенез и лечение гнилостной формы анаэробного парапроктита. Сб. Проблемы колопроктологии, М., 1998, с. 90-92

11. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. М., Медгиз, 1956. 420 стр.

12. Тиммербулатов В.М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения и медицинской реабилитации больных острым парапроктитом. Дисс докт. Мед. наук., М., 1989, с. 34.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Невольских А. А., Бердов Б. А., Титова Л. Н., Якушина З. К., Неборак Ю. Т., Звягина И. В.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск (директор — академик РАМН, Цыб А. Ф.).

Общепризнанным фактором прогноза, влияющим на выживаемость больных раком прямой кишки, является стадия заболевания. Вместе с тем, влияние на продолжительность жизни могут оказывать локализация и дифференцировка опухоли, наличие сосудистой или перинеуральной инвазии, нарушение кишечной проходимости, тип оперативного вмешательства, уровень РЭА, индивидуальные особенности больного и оперативного вмешательства и т. д.

Введение в практику тотальной мезоректумэктомией (ТМЕ) достоверно увеличило продолжительность жизни больных [4,8,10,20]. В настоящее время общая 5-летняя выживаемость по данным крупных многоцентровых популяционных и рандомизированных исследований составляет 59-63% [8,15,17,20,21]. Целью настоящего исследования явилось изучение основных прогностических факторов, влияющих на результаты лечения больных. Кроме того, была поставлена задача оценить влияние вида хирургической техники (традиционная техника или методика ТМЕ) на выживаемость больных резектабельным раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 620 историй больных радикально оперированных больных по поводу рака прямой кишки, в 1972-2007 год в ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН. Критериями для включения в исследование была гистологически подтвержденная аденокарцинома прямой кишки без признаков отдаленного метастазирования, на высоте не более 15 см от края ануса по отметкам на жестком ректороманоскопе. Характеристика больных представлена в Табл. 1. Возраст больных колебался от 23 до 85 лет и составил в среднем $57,8 \pm 0,45$ года (медиана — 59 лет). Наиболее часто опухоль располагалась в среднеампулярном отделе прямой кишки (45%), несколько реже в верхне- (24%) и нижнеампулярном отделах (35%). При этом среднее расстояние от края ануса

до опухоли составило $7,53 \pm 0,15$ (медиана — 7 см). Для определения стадии заболевания использовали классификацию AJCC (TNM, 6 пересмотр, 2002 г.). В подавляющем большинстве случаев опухоли имели высокую или среднюю степень дифференцировки (84%). В 90% случаев оперативному вмешательству предшествовала интенсивная предоперационная лучевая терапия в дозе 25 гр. Оперативные вмешательства в объеме ТМЕ были выполнены у 143 (23%) больных.

Период наблюдения колебался от 1 до 399 месяцев, (медиана — 44 месяца). При анализе влияния прогностических факторов на результаты лечения больных использовали общую 5-летнюю выживаемость. Больные, умершие в послеоперационном периоде (24 больных; летальность 3,9%) также были включены в факторный анализ.

Для статистической обработки результатов применяли программы Prism 3.1 и InStat (GraphPad Software, Inc., San Diego, USA). Достоверность различий между показателями оценивали с помощью критерия χ^2 , при малых выборках — точного критерия Фишера. Анализ выживаемости больных производили по методу Kaplan-Meier. Для сравнения кривых выживаемости использовали логарифмический ранговый критерий. Различия считали достоверными при $P < 0,05$. При многофакторном анализе была применена модель пропорциональных рисков (регрессия Кокса), прямой и обратный метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая 5-летняя и 10-летняя выживаемость больных составила $65,9 \pm 2,2\%$ и $50,8 \pm 2,5\%$ соответственно. При унивариантном анализе было исследовано влияние 18 прогностических факторов, 13 из которых оказали достоверное влияние на выживаемость (Табл. 2). Пять факторов, такие как, кишечная непроходимость, диаметр опухоли, доза лучевой терапии, режим облучения и длительность оперативного вмешательства оказались незначи-

мыми. Наиболее выраженное влияние на общую 5-летнюю выживаемость ($P < 0,001$) оказывали стадия заболевания, глубина инвазии опухоли в окружающую клетчатку и перфорация опухоли во время операции (Табл. 2).

Значительное влияние оказывала хирургическая техника (ТМЕ- /ТМЕ+; $P < 0,005$) и вид оперативного вмешательства (экстирпация прямой кишки или ее резекция; $P = 0,001$).

Одиннадцать прогностических факторов, включая близкие к достоверным локализацию и распространение опухоли по окружности прямой кишки, были включены в многофакторный анализ. Перфорация опухоли ($p = 0,001$), хирургическая техника ($p = 0,002$), глубина инвазии в клетчатку ($p = 0,003$), состояние лимфатических узлов ($p = 0,028$), локализация опухоли по отношению к краю ануса ($p = 0,035$) и мужской пол ($p = 0,036$) больного оказались независимыми прогностическими факторами.

Многофакторный анализ прогностических факторов, способных оказать влияние на выживаемость больных раком прямой кишки, является заключительным этапом многих крупных ретроспективных и проспективных исследований [2, 5–8, 20–23].

Проведенное исследование показало, что наиболее важным фактором, влияющим на выживаемость больных резектабельным раком прямой кишки, остается стадия заболевания. Степень инвазии опухоли и состояние лимфатических узлов оказывали независимое достоверное влияние на общую 5-летнюю выживаемость больных как при монофакторном, так и при многофакторном анализе, что согласуется с подавляющим большинством исследований и не требует обсуждения.

Возраст и пол больных при монофакторном анализе оказались статистически значимыми и показали, что выживаемость была хуже у мужчин в возрастной группе старше 70 лет (Табл. 2). Вместе с тем, при многофакторном анализе значимость возрастного показателя ослабла, в то время как пол сохранил свое прогностическое значение ($p = 0,036$), что в целом соответствует данным других авторов

Таблица 1. Характеристика больных ($n = 620$)

Параметры	n	%
Пол		
мужчины	286	46
женщины	334	54
Возраст, г.		
< 50	154	25
51–70	386	62
> 70	80	13
Расстояние от анального края		
< 5 см	219	35
5,1–10,0 см	256	41
10,1–15 см	145	24
Мобильность опухоли		
не определена	144	23
не ограничена	353	57
ограничена	123	20
Степень дифференцировки		
G1-2	519	84
G3-4	56	9
не определена	45	7
Предоперационное облучение		
не было	64	10
15,6–25 гр	556	90
Стадия по pTNM		
I	207	33
II	238	39
III	167	27
не определена	8	1
Вид операции		
экстирпация кишки	360	58
передняя резекция	168	27
брюшно-анальная резекция	72	12
операция Гартмана	10	1,5
промежностная ампутация	10	1,5
Хирургическая техника		
ТМЕ –	477	77
ТМЕ+	143	23

[9, 18, 21, 23].

Роль гистологической дифференцировки опухоли в качестве фактора прогноза выживаемости боль-

Таблица 2. Унивариантный анализ прогностических факторов выживаемости

Параметры	Число больных	5-летняя выживаемость, %	P
Пол			
мужчины	286	60,2±3,3	0.006*
женщины	334	70,7±2,8	
Возраст, г.			
< 50	154	67,9±4,1	0.035*
51–70	386	67,3±2,7	
> 70	80	54,3±7,6	
Расстояние от анального края, см			

Параметры	Число больных	5-летняя выживаемость, %	P
0–5,0	219	58,3±4,0	0,052*
5,1–10,0	256	67,1±3,3	
10,1–15,0	145	74,7±4,1	
Степень дифференцировки			
G1-2	519	67,4±2,4	0,035*
G3-4	56	50,5±7,9	
Диаметр опухоли, см			
0–3,0	114	68,3±5,0	0,362
3,1–6,0	350	67,1±2,9	
> 6,0	121	60,8±5,1	
Распространение по окружности кишки			
≤ 1/2	249	70,7±3,4	0,054*
> 1/2 ≤ 3/4	156	65,1±4,2	
> 3/4 ≤ 1,0	206	61,1±3,9	
Мобильность опухоли			
не ограничена	353	68,6±2,8	0,009
ограничена	123	56,6±5,1	
Кишечная непроходимость			
не было	484	67,8±5,2	0,078
частичная или полная	136	58,2±2,4	
Доза лучевой терапии			
не было облучения	64	73,1±6,0	0,683*
15,6–19,5	417	64,7±2,6	
25 гр	139	67,0±5,5	
Режим облучения			
динамический	144	60,5±4,5	0,110
стандартный	415	68,3±2,6	
Вид операции			
экстирпация прямой кишки	360	59,9±2,9	0,001*
передняя резекция	168	75,9±4,0	
брюшно-анальная резекция	72	76,7±5,7	
Длительность операции, мин.			
≥ 75 ≤ 150	185	70,8±3,8	0,205
> 150 ≤ 210	228	64,1±3,7	
> 210	179	62,6±4,2	
Перфорация опухоли во время операции			
не было	556	68,8±2,3	0,000*
была	64	42,1±6,8	
Перевязка магистрального сосуда			
низкая	441	63,2±2,5	0,037*
высокая	122	73,5±5,7	
Хирургическая техника			
TME «–»	477	63,3±2,4	0,005*
TME «+»	143	76,2±5,1	
Степень инвазии опухоли			
T1	22	85,6±7,7	0,000*
T2	212	75,7±3,4	
T3	340	65,7±2,9	
T4	38	49,7±9,5	
Состояние лимфатических узлов			

Параметры	Число больных	5-летняя выживаемость, %	P
N0	449	72,7±2,4	0,002*
N1	120	53,1±5,3	
N2	47	50,9±9,9	
Стадия по pTNM			
I	207	80,1±3,1	0,000
II	238	62,4±3,6	
III	167	52,8±4,7	

Примечание: * — факторы, включенные в многофакторный анализ

ных изучена достаточно широко [16, 18], однако данные литературы по этому вопросу не всегда однозначны. Так, в обзоре литературы Ratto и соавторов [18], из 24 исследований лишь в 10 при многофакторном анализе было подтверждено влияние гистологической дифференцировки на выживаемость больных колоректальным раком. Несмотря на то, в нашем исследовании при унивариантном анализе дифференцировка опухоли оказывала достоверное влияние на выживаемость ($p=0,035$), при многофакторном анализе этот фактор не имел прогностического значения. Из этого можно сделать вывод, что при сравнении больных по стадии заболевания, гистологическое строение опухоли имеет меньшее значение. Вместе с тем, как это было показано в работе Park и соавторов в многофакторном анализе на большой группе больных (более 1000), фактор дифференцировки опухоли может проявить свою значимость и стать независимым фактором прогноза.

Ожидаемым было влияние на выживаемость перфорации опухоли во время операции (Рис. 1). Она почти вдвое ухудшала выживаемость больных при унивариантном анализе (с $68,8 \pm 2,3\%$ до $42,1 \pm 6,8\%$; $p=0,000$) и являлась одним из наиболее отрицательных независимых предикто-

ров выживаемости при многофакторном анализе ($P=0,001$), что согласуется с работами других исследователей [21].

Как правило, перфорация опухоли происходит во время тракции опухоли в процессе ее мобилизации. Чем глубже инвазия опухоли в мезоректум и меньше расстояние до собственной фасции кишки, тем выше вероятность разрыва опухоли во время операции. Риск перфорации увеличивается при прорастании брюшины, при опухолях расположенных в перитонизированной части прямой кишки. Так или иначе, перфорацию опухоли всегда провоцирует значительная местная распространенность, что само по себе говорит о плохом прогнозе. Следствием разрыва ткани опухоли является диссеминация клеток опухоли не только в пределах операционной раны, но и по брюшной полости.

Хирургический метод — основной в лечении больных раком прямой кишки: закономерным итогом применения методики ТМЕ стало улучшение общей выживаемости больных (Рис. 2) по сравнению с ранее применявшейся методикой хирургического лечения. Наши данные подтверждают сообщения Visser с соавторами [20] и Hensen с соавторами [8] о том, что ТМЕ способствуют достоверному улучшению выживаемости больных.

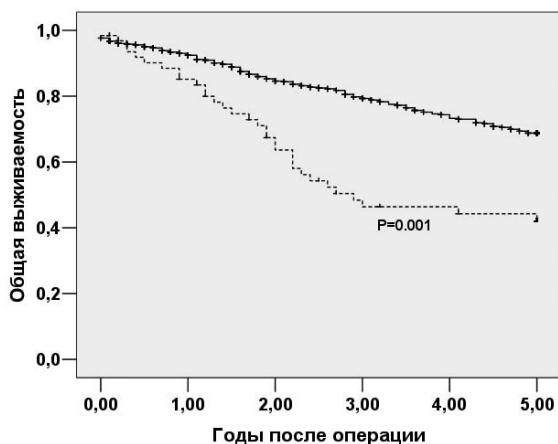


Рисунок 1. Общая кумулятивная выживаемость больных раком прямой кишки без перфорации (сплошная линия) и с перфорацией (пунктирная линия)

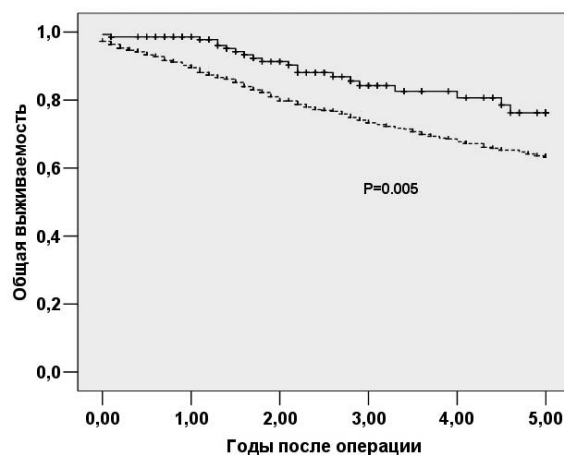


Рисунок 2. Общая кумулятивная выживаемость больных раком прямой кишки в зависимости от методики хирургического лечения: ТМЕ (сплошная линия), традиционная методика (пунктирная линия)

Таблица 3. Сравнение больных по виду операции и стадии заболевания (n=620)

Параметры	Число больных в зависимости от стадии			Всего	P
	I	II	III		
Экстирпация прямой кишки	121 (59%)	145 (61%)	89 (53%)	355	0,218
Сфинктеросохраняющие вмешательства	79 (38%)	84 (35%)	74 (44%)	237	

Высокая перевязка нижней брыжеечной артерии является одним из важных этапов оперативных вмешательств, выполняемых по поводу рака прямой кишки [11, 13]. Она предполагает пересечение нижней брыжеечной артерии в ее основании, на уровне аорты. При этом по сравнению с более низким пересечением артерии после отхождения от нее левой ободочной артерии, при высокой перевязке удаляется целая группа лимфатических узлов, расположенных вдоль основного ствола нижней брыжеечной артерии. Метастазы в лимфатических узлах этой зоны встречаются у 0,7-8,6% больных раком прямой кишки [3, 11, 13]. Вероятность метастазирования в лимфатические узлы по ходу нижней брыжеечной артерии определяется, прежде всего, глубиной инвазии опухоли в окружающую клетчатку и смежные органы. Если при T1–2 вероятность метастазов в этой области очень низка, то при T3 и T4 стадиях она достигает 9,4% и 20,8% соответственно [11, 13]. В нашем исследовании высокая перевязка нижней брыжеечной артерии была выполнена у 122 больных, низкая — у 441 больного. При унивариантном анализе мы получили убедительные различия в выживаемости больных: $63,2 \pm 2,5\%$ в группе больных с низкой перевязкой и $73,5 \pm 5,7\%$ у больных с высокой перевязкой нижней брыжеечной артерии ($p=0,033$). Вместе с тем, включение этого фактора в регрессионный анализ Кокса не показало сколь либо существенно его влияния на выживаемость. По-видимому, это обусловлено тем, что уровень перевязки нижней брыжеечной артерии напрямую связан с техникой хирургического лечения, в сравнении с которой он оказался менее значимым фактором, так как у большинства больных, которым были выполнены оперативные вмешательства в объеме ТМЕ, была выполнена и высокая перевязка нижней брыжеечной артерии.

Мы изучили влияние на выживаемость больных вида оперативного вмешательства. Следует сказать, что этот вопрос исследовался достаточно основательно многими авторами [14, 16, 21]. При этом было показано, что применение передней резекции не приводило ни к какому отрицательному влиянию на выживаемость больных в сравнении с экстирпацией. Более того, исследование Wibe и соавторов [21] показало, что вид опера-

ции является важным прогностическим фактором как при монофакторном, так и при многофакторном анализе. В их исследовании общая 5-летняя выживаемость составила 68% и 55% после передней резекции и экстирпации прямой кишки соответственно ($p<0,001$). Выживаемость больных после передней резекции прямой кишки в нашем исследовании была достоверно выше в сравнении с больными, перенесшими экстирпацию органа, и составила $75,9 \pm 4,0\%$ и $59,9 \pm 2,9\%$ соответственно ($p=0,001$). Полагая, что подобные различия могли быть обусловлены искусственным отбором для органосохраняющих вмешательств больных с заведомо более благоприятным прогнозом, мы провели сравнение больных в группах по виду операции и стадии заболевания (Табл. 3).

Передняя резекция выполнялась в нашем исследовании с одинаковой частотой при всех стадиях заболевания.

Следовательно, различия в пользу улучшения выживаемости больных после сфинктеросохраняющих операций нельзя объяснить искусственным отбором. Возможно, значение имеет не столько вид операции, сколько локализация опухоли, при которой брюшно-промежностная экстирпация выполняется чаще. С этой целью мы провели анализ результатов у больных с опухолями, локализующимися в различных отделах прямой кишки.

В нашем исследовании локализация опухоли была важным фактором, оказавшим достоверное влияние на выживаемость больных как при монофакторном, так и при многофакторном анализе. Общая 5-летняя выживаемость больных колебалась от $58,3 \pm 4,0\%$ при нижеампулярной локализации до $74,7 \pm 4,1\%$ при вышеампулярных опухолях. Проведено несколько рандомизированных и многоцентровых исследований, показавших, что нижеампулярная локализация опухоли является неблагоприятным прогностическим фактором при раке прямой кишки. Одно из наиболее крупных — когортное исследование, основанное на данных канцер-регистра Норвегии о результатах лечения 2136 больных [21]. Целью этой работы была выявление различий в отдаленных результатах лечения у больных с различной локализацией опухоли. Общая пятилетняя выживаемость больных составила при нижеампулярной локализа-

ции опухоли (0-5 см) 59%, при среднеампулярной (6-8 см) — 62% и при верхнеампулярной — 69% (9-12 см), различия статистически достоверны. Вместе с тем, при монофакторном анализе локализация опухоли оказалась второстепенным фактором по сравнению с видом операции и не оказывала в исследовании Wibe и соавторов достоверного влияния на выживаемость больных ($p=0,072$). В другом когортном исследовании, также проведенном в Норвегии и включившем 2460 больных с Т3-стадий рака прямой кишки, нижеампулярная локализация опухоли была важным прогностическим фактором, влияющим на общую пятилетнюю выживаемость больных [6].

Таким образом, мы подтвердили данные некоторых авторов [12, 21] о более агрессивном поведении опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки, ухудшающем показатель общей выживаемости больных. Причина вероятнее всего лежит в различиях венозного и лимфатического оттока у этих больных, для которых характерен латеральный путь метастазирования [14, 21].

Целью настоящего исследования был многофакторный анализ выживаемости больных, и в том числе влияния предоперационного лучевого воздействия на продолжительность жизни. Лучевая терапия была проведена 90% больным. Анализ влияния режима и дозы лучевой терапии на общую 5-летнюю выживаемость больных резектабельным раком прямой кишки и не показал статистически значимого влияния облучения на продолжительность жизни, что, вероятно, связано с относительно малым числом наблюдений. Влияние лучевой терапии на выживаемость было продемонстрировано в исследовании, проведенном в Швеции, где на фоне снижения общего числа рецидивов с 27% до 11% было достигнуто улучшение общей 5-летней выживаемости с 48 до 58% [Swedish Rectal Cancer Group, 1997]. В то же время, если исходное число местных рецидивов относительно невысоко, влияние, которое окажет их снижение на выживаемость больных, будет настолько малым, что вычленив его можно будет только на очень большой выборке больных. Наглядным примером является многоцентровое рандомизированное исследование, проведенное в Голландии [17]. Авторы показали, что при снижении частоты рецидивов

с 11,4% в хирургической группе до 5,8% в группе комбинированного лечения выживаемость больных была практически одинаковой и составила соответственно 63,5% и 64,3%. Оценивая результаты рандомизированных исследований необходимо учитывать, что, как правило, исследователи приводят общее количество рецидивов. В том же голландском исследовании частота местных рецидивов после хирургического и комбинированного лечения составила у больных с I стадией 1,7% и 5,3%, со II — 7,2% и 5,3% и у больных с III стадией — 20,6% и 10,6% соответственно. Статистически значимые различия были выявлены только у больных с III стадией заболевания.

В наших ранее опубликованных работах было показано, что общая частота рецидивов при комбинированном лечении у больных резектабельным раком прямой кишки с применением техники ТМЕ составила 5,4%, при этом она варьировала от 2,2% при II стадии заболевания до 10,2% при III стадии [1]. Ни в одном случае при использовании методики ТМЕ мы не наблюдали рецидивов у больных с I стадией рака прямой кишки. Таким образом, для выявления эффекта влияния предоперационного облучения на выживаемость, по-видимому, необходима большая выборка больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными факторами, влиявшими на выживаемость больных, были стадия, локализация опухоли, пол больных, методика хирургического лечения и перфорация опухоли во время операции. Прогноз заболевания ухудшался с увеличением глубины инвазии опухоли и поражением регионарных лимфатических узлов, а также с уменьшением расстояния от опухоли до заднего прохода. Одним из наиболее важных факторов, повлиявших на выживаемость больных, было изменение техники мобилизации органа. Полученные результаты позволяют сделать заключение о том, что методика ТМЕ, основанная на остром способе диссекции в пределах существующих анатомических слоев малого таза, позволяет достоверно улучшить выживаемость больных резектабельным раком прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В., Титова Л.Н. Лучевая терапия в современном хирургическом лечении резектабельного рака прямой кишки. Вопросы онкологии. — 2008. — Т. 54. — №3. — с. 354-359.
2. Корытов О.В., Мацко Д.Е., Мельников О.Р. и др. Основные прогностические факторы при местно-распространенном раке прямой кишки. Вестник хирургии 2008. — Т. 167. — №3. — С. 46-48.
3. Adachi Y., Inomata M., Miyazaki N. et al. Distribution of lymph node metastasis and level of inferior mesenteric artery ligation in colorectal cancer. J. Clin. Gastroenterol. — 1998. — V. 26. — P. 179-182.
4. Bülow S., Christensen I.J., Harling H., Kronborg O et al. Recurrence and survival after mesorectal excision for rectal cancer. Brit. J. Surg. — 2003. — V. 90. — P. 974-980.
5. Dalk M., Marijnen C.A. M., Putter H. et al. Risk Factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperineal resection in total mesorectal excision trial. Ann. Surg. — 2007. — V. 246. — P. 83-90.
6. Eriksen M. T., Wibe A., Haffner J. et al. Prognostic groups in 1676 patients with T3 rectal cancer treated without preoperative radiotherapy. Dis. Colon. Rectum. — 2007. — V. 50. — P. 156-167.
7. Gunderson L.L., Sargent D.J., Tepper J.E. et al. Impact of T and N substage on survival and disease relapse in adjuvant rectal cancer: a pooled analysis/Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 2002. — V. 54. — P. 386-396.
8. Hansen M. H., Kjave J., Revhaug A. et al. Impact of radiotherapy on local recurrence of rectal cancer in Norway. Brit. J. Surg. — 2007. — V. 94. — P. 113-118.
9. Han-Shiang C. Curative resection of colorectal adenocarcinoma: multivariate analysis of 5-year follow-up. World J. Surg. — 1999. — V. 23. — P. 1301-1306.
10. Heald R.J., Moran B.J., Ryall R.D. H. et al. The Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. Arch. Surg. — 1998. — V. 133. — P. 894-899.
11. Hida J., Yasutomi M., Maruyama T. et al. Indication for using high ligation of the inferior mesenteric artery in rectal cancer surgery. Dis. Colon. Rectum. — 1998. — V. 41. — P. 984-991.
12. Jatzko G.R., Jagoditsch M., Lisborg P.H. et al. Long-term results of radical surgery for rectal cancer: multivariate analysis of prognostic factors influencing and local recurrence. Eur. J. Surg. Oncol. — 2007. — 1999. — V. 25. — P. 284-291.
13. Kanemitsu Y., Hirai T., Komori K. and Kato T. Survival benefit of high ligation of the inferior mesenteric artery in sigmoid colon or rectal cancer surgery. Brit. J. Surg. — 2006. — V. 93. — P. 699-615.
14. Kim N.K. Anatomic basis of sharp pelvic dissection for curative resection of rectal cancer. Yonsei Med. J. — 2005. — V. 46. — P. 737-749.
15. Pählman L., Bohe M., Cedermark B. et al. The Swedish rectal cancer registry. Brit. J. Surg. — 2007. — V. 94. — P. 1285-92.
16. Park Y.J., Youk E. G., Choi H. S. et al. Experience of 1446 rectal cancer patients in Korea and analysis of prognostic factors. Int. J. Colorectal Dis. — 1999. — V. 14. — P. 101-106.
17. Peeters K.C. M. J., Marijnen C.A. M., Nagtegaal I.D. et al. The TME trial after a median follow-up of 6 years. Increased local control but no survival benefit in irradiated patients with respectable rectal carcinoma. Ann. Surg. — 2007. — V. 246. — P. 693-601.
18. Ratto C., Sofo L., Ippoliti M. et al. Prognostic factors in colorectal cancer/Dis. Colon. Rectum. — 1998. — V. 41. — P. 1033-1049.
19. Swedish Rectal Cancer Trial. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. New Engl J. Med. — 1997. — V. 336. — P. 980-987.
20. Visser O., Bakx R., Zoetmulder F.A. N. et al. The Influence of total mesorectal excision on local recurrence and survival in rectal cancer patients: a population-based study in greater Amsterdam. J. Surg. Oncol. — 2007. — V. 95. — P. 447-454.
21. Wibe A., Syse A., Andersen E. et al. Oncological outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum: anterior vs. abdominoperineal resection. Dis. Colon. Rectum. — 2004. — V. 47. — P. 48-58.
22. Wu A.W., Gu J., Wang J. et al. Results after change of treatment policy for rectal cancer — report from a single hospital in China. Eur. J. Surg. Onc. — 2007. — V. 33. — P. 718-723.
23. Zaheer S., Pemberton J.H., Farouk R. et al. Sugical treatment of adenocarcinoma of the rectum. Ann. Surg. — 1998. — V. 227. — P. 800-809.)

ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Хубезов Д.А.

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

Формирование колоректальных анастомозов при передней резекции (ПР) прямой кишки с помощью сшивающих аппаратов является оптимальным методом, характеризующимся относительно низкой частотой осложнений и хорошими функциональными результатами [8, 9]. Передняя резекция прямой кишки выполняется, как правило, при локализации опухоли на высоте 10–15 см от края ануса [1, 2, 3], однако, степлерный анастомоз может быть наложен и при локализации опухоли на высоте 4–7 см от зубчатой линии, т.н. низкие («ультранизкие») передние резекций [4, 5, 6].

Частота несостоятельности швов анастомоза при низких передних резекциях колеблется от 5 до 25%, что, вероятно, связано с техническими трудностями формирования низкого колоректального анастомоза. Выделяют ряд других факторов, отрицательно влияющих на результаты формирования колоректального анастомоза: возраст, анемия, кишечная непроходимость и т.д. [8, 9]. При наличии одного или нескольких факторов рекомендуется формирование превентивной стомы, что, однако, не лишено ряда отрицательных последствий. В связи с этим минимизация числа превентивных стом является актуальной задачей колоректальной хирургии.

С целью определить показания к формированию превентивной стомы при выполнении передней резекции прямой кишки нами было предпринято собственное проспективное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом проспективного исследования стали результаты оечения 160 пациентов в ГУЗ Рязанской областной клинической больнице в период с 1999 по 2008 год. В основную группу вошли 80 пациентов, которым передняя резекция выполнялась лапароскопическим доступом. Остальные (80 пациентов), которым вмешательство выполнялось открытым доступом, составили группу сравнения. Возраст пациентов (85 (53,1%) женщин и 75 (46,9%) мужчин) колебался от 25 до 82 лет, средний возраст составил $64,7 \pm 9,2$ года.

В обеих группах преобладали пациенты со злокачественными новообразованиями прямой кишки (Табл. 1.).

В обеих группах преобладали пациенты со II и III стадией рака прямой кишки. Кроме того, передние резекции выполнялись при доброкачественных заболеваниях (эндометриозе, болезни Крона, дивертикулярной болезни и т.д.).

Значимой разницы в частоте поражения различных отделов прямой кишки у больных сравниваемых групп не было. В обеих группах у большинства пациентов опухоль располагалась в проксимальных отделах прямой кишки и только у 15 (9,3%) пациентов — дистальнее 7 см от перианальной кожи ($p > 0,05$).

Таблица 1. Характер заболевания

	Основная группа n=80	Контрольная группа n=80
	n (%)	n (%)
Рак	68 (85,0%)	70 (87,5%)
Доброкачественные опухоли	2 (2,5%)	3 (3,7%)
Эндометриоз	6 (7,5%)	1 (1,3%)
Болезнь Крона	1 (1,3%)	2 (2,5%)
Дивертикулярная болезнь	—	2 (2,5%)
Выпадение кишки с инвагинатом	3 (3,7)	2 (2,5%)

Таблица 2. Характер и частота послеоперационных осложнений у больных, перенесших лапароскопические и традиционные операции.

Характер осложнения	Основная группа n=80	Контрольная группа n=80	Всего (n=160)
Длительная дизурия	2 (2,5%)	4 (5,0%)	6 (3,8%)
Несостоятельность анастомоза	4 (5,0%)	5 (6,3%)	9 (5,6%)
Нагноение раны	-	4 (5,0%)	4 (2,5%)
Спаечная кишечная непроходимость	—	1 (1,3%)	1 (0,6%)
Инфаркт миокарда, ТЭЛА	-	2 (2,5%)	2 (1,3%)
ИТОГО**	6 (7,5%)	16 (20,0%)	22 (13,8%)

**p<0,05

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе летальных исходов не было. Отмечен 1 летальный исход в группе сравнения (1,25%) причиной которого стал каловый перитонит. Послеоперационные осложнения отмечены в 7,5% наблюдений при лапароскопическом выполнении оперативных вмешательств и у 20,0% больных контрольной группы (Табл. 2).

В основной группе частота послеоперационных осложнений была достоверно ниже, чем при традиционном способе выполнения операции. Отсутствие в основной группе таких осложнений, как нагноение раны, спаечная кишечная непроходимость, на наш взгляд, можно также отнести к преимуществам лапароскопического доступа.

Наиболее грозным осложнением, характерным для передней резекции является несостоятельность колоректального анастомоза, которая возникла у 4 (5,0%) пациентов основной группы и 5 (6,3%) — группы сравнения. В основной группе превентивная стома накладывалась в 6 случаях (в 3 случаях по поводу технических трудностей наложения низкого колоректального анастомоза, 3 — по поводу хронической кишечной непроходимости).

Длительная дизурия развилась у 2 (2,5%) пациентов основной группы и у 4 (5,2%) — группы сравнения, что было обусловлено как интраоперационной травматизацией органов, так и нарушением вегетативной иннервации органов мочеполовой систе-

мы во время лимфодиссекции.

Все осложнения были купированы в послеоперационном периоде (Табл. 3). При этом, повторные оперативные вмешательства по поводу развившихся осложнений предприняты в 4 наблюдениях (5,0%) после лапароскопических операций и в 8,6% после традиционных вмешательств. По общему числу и характеру повторных оперативных вмешательств различия в основной и контрольной группах не достоверны ($p > 0,05$).

Поскольку, наиболее грозным осложнением передней резекции является несостоятельность колоректального анастомоза, возникшая у 4 (5,0%) пациентов основной группы и у 5 (6,25%) — группы сравнения, проведен анализ влияния различных факторов на возникновение данного осложнения (Табл. 4). Исследовано влияние возраста больных, характера заболевания, уровня и способа формирования анастомоза, нарушения гомеостаза (анемия, гипопроотеинемия и др.), сопутствующих заболеваний, кишечной непроходимости и т.д.

В нашем исследовании влияние на частоту несостоятельности анастомоза оказывали такие факторы как нарушение кишечной проходимости и технические трудности при формировании степлерного анастомоза (натяжение анастомозируемых концов кишки, отсутствие всех слоев в срезанных аппаратам колец анастомоза, необходимость в наложении дополнительных герметизирующих швов).

Анализ результатов свидетельствовал, что ультра-

Таблица 3. Характер лечения послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах.

	Основная группа n=80	Контрольная группа n=80	Всего (n=160)
Консервативная терапия	2 (2,5%)	9 (11,3%)	11 (6,9%)
Илео- или колостома*	—	1 (1,3%)	1 (0,6%)
Илео- или колостома + санация брюшной полости	4 (5,0%)	5 (6,3%)	9 (5,6%)
Лапаротомия, разделение спаек	—	1 (1,25%)	1 (0,6%)
ИТОГО*	6 (7,5%)	16 (20,0%)	22 (13,6%)

* $p > 0,05$

низкие передние резекции достоверно осложняются в 7 раз чаще, чем стандартные ($p < 0,01$). Данная тенденция четко прослеживается в обеих группах. Уровень мобилизации прямой кишки не оказывал влияния на частоту возникновения несостоятельности анастомоза в обеих группах. Большое количество послеоперационных осложнений после резекций, сопровождающихся лимфодиссекцией, дало основание ряду авторов высказываться о нецелесообразности проведения лимфаденэктомии при раке прямой кишки. Кроме того, понятие лимфодиссекции тесно связано с понятием уровня мобилизации. В подавляющем числе наблюдений лимфодиссекция дополнялась экстрафасциальным

уровнем мобилизации.

Несостоятельность анастомоза возникла в 6,8% случаях в основной группе при проведении лимфодиссекции и в 5,9% — в группе сравнения. Суммируя результаты в обеих группах, можно сделать вывод, что лимфодиссекция не приводит к увеличению частоты несостоятельности анастомоза.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ послеоперационных осложнений показал их достоверное снижение в основной группе (на 12,5%). Отсутствие в основной группе таких

Таблица 4. Влияние различных факторов на частоту несостоятельности анастомоза.

Фактор	Основная группа n=80		Контрольная группа n=80		Всего (n=160)	
	n	Осложнения, (%)	n	Осложнения, (%)	n	Осложнения, (%)
Возраст*						
<60	38	2 (5,3%)	32	2 (6,3%)	70	4 (5,7%)
>60	42	2 (4,8%)	48	3 (6,3%)	90	5 (5,6%)
Нарушение кишечной проходимости**						
Есть	12	2 (16,6%)	9	3 (33,3%)	21	5 (23,8%)
Нет	68	2 (2,9%)	71	2 (2,8%)	139	4 (2,9%)
Анемия*						
Есть	19	1 (5,3%)	20	2 (10,0%)	39	3 (7,7%)
Нет	61	3 (4,9%)	60	3 (5,0%)	121	6 (5,0%)
Сопутствующие заболевания*						
Есть	52	2 (3,8%)	60	4 (6,7%)	112	6 (5,4%)
Нет	28	2 (7,1%)	20	1 (5,0%)	48	3 (6,3%)
Технические сложности при формировании анастомоза**						
Есть	5	1 (20%)	8	2 (25%)	13	3 (23,1%)
Нет	75	3 (4,0%)	72	3 (4,2%)	147	6 (4,0%)
Уровень резекции						
Стандартный**	41	1 (2,4%)	35	1 (2,9%)	76	2 (2,6%)
Низкий**	29	1 (3,4%)	33	2 (6,1%)	62	3 (4,8%)
Ультранизкий	10	2 (20,0%)	12	2 (16,7%)	22	4 (18,2%)
Уровень мобилизации прямой кишки						
Внутренний*	10	0 (0%)	7	1 (14,3%)	17	1 (5,9%)
Средний*	62	4 (6,5%)	63	3 (4,8%)	125	7 (5,6%)
Внешний*	8	0 (0%)	10	1 (10%)	18	1 (5,6%)
Лимфодиссекция						
Внутренняя*	10	0 (0%)	7	1 (14,3%)	17	1 (5,9%)
Средняя*	62	4 (6,5%)	63	3 (4,8%)	125	7 (5,6%)
Внешняя*	8	0 (0%)	10	1 (10%)	18	1 (5,6%)

* $p > 0,05$

** $p < 0,05$

осложнений, как нагноение раны, спаечная кишечная непроходимость, на наш взгляд, хоть и косвенно, но можно отнести к преимуществам лапароскопического доступа.

Благодаря прецизионности лапароскопической техники удалось в 2 раза снизить и число тяжелых мочеполовых осложнений, которые имели место у 2 (2,5%) пациентов основной группы и 4 (5,0%) из группы сравнения. Данные осложнения были связаны как с чрезмерной травматизацией органов, так и с нарушением вегетативной иннервации органов мочеполовой системы во время лимфодиссекции.

На частоту несостоятельности колоректального анастомоза оказывают влияние характер заболевания, локализация анастомоза, способ формирования, возраст, нарушения гомеостаза (анемия, гипопропротеинемия и др.), сопутствующие заболевания, кишечная непроходимость [3,6,5]. Ряд авторов группой риска в отношении развития несостоятельности анастомоза считает пожилой и старческий (старше 70 лет) возраст пациентов. Анализ наших результатов показал отсутствие влияния возраста на частоту несостоятельности анастомоза.

Анализ влияния нарушения кишечной проходимости (речь идет только о компенсированной кишечной непроходимости без существенных обменных нарушений), анемии и сопутствующих заболеваний на частоту несостоятельности анастомоза показал, что достоверно увеличивается частоту несостоятельности анастомоза только при наличии кишечной непроходимости до 25% ($p < 0,01$). Пациентам с субкомпенсированной и декомпенсированной кишечной непроходимостью первичный анастомоз не формировался. Отмечено незначительное влияние анемии и сопутствующей патологии, однако различия не носят достоверный характер.

Анализ влияния уровня локализации анастомоза на частоту возникновения несостоятельности подтвердил, что низкие и, в большей степени, «ультранизкие» передние резекции осложняются в 7 раз чаще, чем обычные ($p < 0,01$). Данная тенденция четко прослеживается в обеих группах.

Несмотря на то, что в основной группе 3 из четы-

рех несостоятельств возникли после передней резекции прямой кишки с лимфодиссекцией, в большей степени они были связаны с кишечной непроходимостью и низким уровнем резекции. Перитонит развился во всех случаях основной группы и в 3 случаях группы сравнения. В 3 случаях в основной группе выполнялась латеральная лимфодиссекция, поэтому было невозможно отграничить анастомоз от брюшной полости путем восстановления целостности тазовой брюшины неизбежно приводила к возникновению перитонита. В связи с этим, латеральная лимфодиссекция может быть отнесена к факторам риска развития перитонита, а поскольку в подавляющем числе наблюдений латеральная лимфодиссекция и внешний уровень мобилизации применяются при низких передних резекциях, мы считаем необходимым завершать операцию формированием превентивной стомы.

Таким образом, результаты исследования показали, что достоверное ($p < 0,05$) влияние на частоту несостоятельности анастомоза оказывают ультранизкий уровень резекции и наличие кишечной непроходимости. Косвенно влияют ($p > 0,05$) доступ, низкий уровень резекции, наличие анемии. Не влияют на развитие данного осложнения уровень мобилизации, наличие сопутствующих заболеваний, проведение лимфодиссекции, а также возраст и пол.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К факторам непосредственно влияющим на развитие послеоперационных осложнений относятся ультранизкий уровень резекции, технические сложности при формировании анастомоза и наличие кишечной непроходимости. Вероятное влияние могут оказывать доступ, низкий уровень резекции, наличие анемии. Не оказывают влияния на послеоперационные осложнения уровень мобилизации, наличие сопутствующих заболеваний, проведение лимфодиссекции, а также возраст больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Фролов С. А. Передняя резекция прямой кишки. Эндоск. хирургия. — 1998. — № 1. — С. 10.
2. Ищенко В. Н., Токарчук В. В., Григорьев М. Н. О классификации передних резекций прямой кишки. Тихоокеанский медицинский журнал. — 2003. — № 1. — С. 85-87.
3. Клейн К. В., Лахин А. В., Латышев Ю. П., Кривошеев К. В. Лапароскопические технологии в лечении колоректального рака. Тез. докл. V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». — Ростов-на-Дону. — 10-12 октября. — 2001. — С. 167.
4. Franklin M. E. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, низкая передняя резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Малоинвазивная колопроктология» под ред. Аррегни М. А., М.; Медицина. — 1999. — С. 212-225.
5. Franklin M. E., Diaz A., Norem R. et al. Prospective comparison of open vs. laparoscopic colon surgery for carcinoma. Five years results. Dis. Colon Rectum. — 1997. — Vol. 39, 10. — P. 135-146.
6. Goh Y. C., Eu K. W., Seon-Choen F. Early postoperative results of prospective series of laparoscopic vs. open anterior resection for rectosigmoid cancers. Dis Colon Rectum. — 1997. — Vol. 40, 7 — P. 776-780.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Курбонов К.М., Шарипов Х.Ю., Хомидов М.Г.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ г. Душанбе

Среди колопроктологических заболеваний наиболее сложными для диагностики и лечения являются опухолевые и воспалительные заболевания. Несмотря на значительные достижения медицины и внедрения новых технологий, ощутимого уменьшения частоты несостоятельности толстокишечных анастомозов, которые достигают 13–16% [1, 3, 4, 5], не наблюдается.

Причины развития несостоятельности толстокишечного шва и анастомозов многообразны. Так, несмотря на совершенствование толстокишечных швов, способов формирования и укрепления анастомозов, применения прецизионной техники, частота несостоятельности швов анастомозов не имеет тенденцию к уменьшению [2, 3].

Основными факторами развития несостоятельности толстокишечных анастомозов, являются натяжение в зоне соустья и нарушения кровообращения в зоне анастомозов, от которого во многом зависит характер ее заживления и развития осложнений.

Важное значение, в профилактике несостоятельности толстокишечных анастомозов на наш взгляд, имеет подавление вирулентной инфекции, динамическое наблюдение за состоянием анастомоза, применение дополнительных методов повышения физической и биологической герметичности.

Данная статья посвящена нашему опыту диагно-

стики и профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу настоящей работы положены результаты хирургического лечения 280 пациентов с доброкачественными (n=70) и злокачественными (n=210) заболеваниями толстой и прямой кишки. При этом 160 пациентам (57,1%) были выполнены неотложные, отсроченные и плановые оперативные вмешательства на толстой и прямой кишке с формированием анастомозов. Мужчин было 90 (56,2%), женщин 70 (43,8%). Возраст пациентов колебался от 24 до 85 лет.

Характер реконструктивно-восстановительных оперативных операций приведены в Табл. 1.

Для диагностики заболеваний толстой кишки больным проводили клинико-лабораторные, биохимические исследования крови, а также инструментальные методы исследования включающее: ретороманоскопию, колоноскопию УЗИ и лапароскопию с применением эндовидеоаппаратуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таблица 1. Характер оперативных вмешательств и число несостоятельности анастомоза

Характер оперативных вмешательств	n (%)	n Несостоятельность анастомоза
Проксимальная субтотальная колэктомия с илеосигмоидным анастомозом	28(17,6%)	5
Правосторонняя гемиколэктомия	20(12,6%)	3
Левосторонняя гемиколэктомия	34(21,4%)	4
Дистальная субтотальная резекция толстой кишки с формированием асцендоректального анастомоза	18(11,5%)	3
Передняя резекция прямой кишки с низким анастомозом по Dixon	17(10,6%)	2
Передняя резекция прямой кишки с низким анастомозом по Strasbong — Baker	10(6,3%)	1
Ликвидация сигмостомы с формированием сигморектального анастомоза	14(8,7%)	2
Ликвидация трансверзостомы с формированием трансверзоректального анастомоза	11(6,8%)	1
Ликвидация сигмостомы с формированием трансверзоректального анастомоза	7(4,4%)	1
Всего	160(100,0%)	21

Для прогнозирования риска развития несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов было исследование следующих критериев: пола, возраста, характера патологии толстой и прямой кишки, объема оперативного пособия ее тяжесть, наличия сопутствующих заболеваний, способов формирования анастомозов, квалификации хирурга, а также показателей состояния гомеостаза.

Следует подчеркнуть, что в процессе динамического исследования пациентов в раннем послеоперационном периоде изучаемые факторы риска несостоятельности являлись лишь косвенными признаками. Ни один из них в отдельности или в совокупности не могли прогнозировать развитие несостоятельности анастомозов. Наиболее объективным и высокоинформативным способом прогнозирования ранней диагностики несостоятельности швов толстокишечных анастомозов являлось ее визуальная оценка, позволяющая непосредственно оценить процесс заживления анастомоза. В любом случае несостоятельности кишечных швов предшествуют местные нарушения кровообращения проявляющиеся деструктивными изменениями и значительно позднее (5-7 сутки) проявляющиеся клинически.

Для прогнозирования риска развития несостоятельности и ранней ее диагностики 63 пациентам в первые послеоперационные сутки (2-5) проводили комплексное УЗИ с использованием цветового доплеровского картирования (ЦДК), задачами

которой являлось; визуализация сосудов в стенке толстой кишки в зоне анастомозов, и оценка скорости кровотока. Исследование кровотока с помощью ЦДК сводилось к визуализации измененных участков стенки толстой кишки в зоне сформированных анастомозов, выделению и увеличению этой зоны по программе ZOOM, а затем обнаружения кровотока в ней. Для определения степени нарушения кровообращения в стенке толстой кишки в зоне анастомоза применяли анализ спектра доплеровского сдвига частот с определением максимальной систолической скорости (V_{max}), минимальной или диастолической скорости (V_{min}), а также определением резистивного индекса (RI) — отношение разности максимальной и минимальной скоростей (Табл. 2).

На 3-4 сутки послеоперационного периода у 12 пациентов при выполнении УЗИ с дуплексным сканированием наблюдали критическое снижение показателей V_{max} до $9,7 \pm 0,18$ см/сек, V_{min} $3,4 \pm 0,34$ см/сек и RI — $0,58 \pm 0,03$, тогда как в клинико-лабораторных показателях каких либо сдвигов не наблюдали. Во время релапаротомии во всех случаях наблюдалось совпадение диагноза.

Для визуальной оценки характера заживления толстокишечных анастомозов, прогнозирования риска развития несостоятельности кишечных швов 96 пациентам на 5–12 сутки послеоперационного периода проводилось колоноскопический мониторинг. При этом в 12 случаев констатировали

Таблица 2. Средние показатели скорости внутрисстеночного кровотока у больных с заболеваниями толстой кишки ($p < 0,05$)

Показатель	Норма (n=15)	Обтурирующие опухоли толстой кишки (n=28)	Нарушение кровообращения стенке толстой кишки в зоне анастомоза (n=12)	
			Критическая ишемия	Некроз
Vmax (см/сек)	25,18±1,4	12,82±1,16	9,8±0,24	7,4±0,12
Vmin (см/сек)	5,92±0,62	4,16±0,21	3,4±0,38	2,9±0,18
RI	0,74±0,02	0,62±0,01	0,5±0,03	0,58±0,02

выраженное воспаление (отек, гиперемия, налет фибрина) в зоне сформированных анастомозов с последующим вторичным их заживлением. У 54 больного после формирования толстокишечных (n=35) и колоректальных (n=19) анастомозов проведена оценка частоты несостоятельности по клиническим данным и результатам колоноскопического контроля. Клинически несостоятельность соустья обнаружено у 4 пациентов. Эндоскопическое исследование на 5-12 сутки позволило выявить несостоятельность анастомозов ещё у 5 пациентов, что выражалась глубокой некротической щелью и утечкой воздуха, вводимого при исследовании. Всем пациентам выполняли релапаротомию с выведением колостомы, санацией и дренированием брюшной полости.

При высоком риске развития несостоятельности толстокишечных (n=18) и колоректальных анастомозов, особенно при «ненадежных» и «трудных» анастомозах в 32 наблюдениях на заключительном этапе операции в переднюю брюшную стенку устанавливали канюли-порты, ближе к зоне сформированных анастомозов через которые в послеоперационном периоде проводили динамический видеолапароскопический мониторинг. Во время выполнения видеолапароскопии в 10 наблюдениях проводили видеолапароскопическую санацию зоны анастомозов и брюшной полости от патологической жидкости.

У 9 пациентов при УЗИ и дуплексном сканировании диагностировали критическую ишемию стенки толстой кишки в зоне анастомоза (Vmax — 9,62 ± 0,34 см/сек, Vmin — 3,4 ± 0,24 и RI — 0,58 ± 0,01), этим пациентам эффективно выполняли повторное видеолапароскопическое ушивание зоны толстокишечных анастомозов с последующей аппликацией линии швов пластинами ТахоКомба.

На основании полученных объективных данных в клинике разработаны и усовершенствованы методы хирургической профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов. Так, 57 пациентам с целью снижения воспалительных процессов в зоне толстокишечных анастомозов во время формирования анастомозов использова-

ли субмукозные швы викрилом импрегнированные антибиотиками. Наиболее часто (n=43) формировали инвагинационные и погружные эндоректальные соустья, при котором линия анастомоза оказывалась ниже серо-серозной складки на 2,5–3,0 см, удалении линии первого ряда швов от второго (серо-серозного) значительно снижает опасность несостоятельности.

Кроме этого во-время операции 6 пациентам производили катетеризацию a. colica sinistra (n=4) и a. mesenterica inferior (n=2) тонким полиэтиленовым катетером, для проведения послеоперационной регионарной инфузионной терапии зоны сформированных анастомозов растворами реополиглокин 200,0 + компламин 2,0, и гепарином по 5000 Ед, для улучшения микроциркуляции и профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов. В послеоперационном периоде после выполнения хирургических методов профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов с проведением ультразвукового и колоноскопического мониторинга.

Таким образом, усовершенствование техники формирования толстокишечных анастомозов с проведением послеоперационного динамического мониторинга современными технологиями в значительной степени снижают частоту развития несостоятельности толстокишечных анастомозов.

ВЫВОДЫ

Динамическое ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием сосудов стенки толстой кишки зоны сформированных анастомозов в первые 2–5 суток позволяют выявить нарушения кровообращения различной степени и прогнозировать риск развития несостоятельности.

Колоноскопический и видеолапароскопический мониторинг в послеоперационном периоде являются высокоинформативными способами оценки течения заживления анастомозов и ранней диагностики несостоятельности швов сформированных анастомозов

При проведении видеолaparоскопического мониторинга у пациентов с высоким риском развития несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов возможны выполнения эффективных лечебных вмешательств позволяющие, огородить больных от релапаротомии.

Применение разработанных хирургических способов профилактики несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов с проведением динамического мониторинга современными технологиями в значительной степени уменьшают частоту развития этого осложнения.

КОММЕНТАРИЙ РЕДКОЛЛЕГИИ

С нашей точки зрения, целесообразность колоноскопического мониторинга в раннем послеоперационном периоде для оценки состояния толстокишечных анастомозов при наличии эффективных методов (ирригоскопии) вызывает большие сомнения и вряд ли приемлема в клинической практике. При сомнениях в надежности сформированного толстокишечного анастомоза, целесообразно наложение превентивной стомы для профилактики возникновения более грозных и жизненно опасных осложнений, а не ограничиваться установкой порта и видеолaparоскопическим контролем зоны соустья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антанов Ю.П. Лапароскопия в неотложной хирургии органов брюшной полости. Вестник хир. -1981. — №4.-С. 59-60.

2. Ганцев Ш.Х. и др. Рак ободочной и прямой кишки М. 2004.-111с.

3. Кандаков О.К. Пути улучшения рака ободочной кишки, осложнившийся кишечной непроходи-

мостью. Авторефер. на соискание уч. ст. кандидата мед. наук. Душанбе 2007.-23с.

4. Курбонов К.М. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Душанбе. 2006.-665с.

5. Berge T., Erelund G. et. al. Carcinoma of the colon and rectum in a defined population. -Acta Chir. Scand., 1973, Suppl. 438.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДА ТОНКОЙ КИШКИ

Лурин И. А., Заруцкий Я. Л., Шудрак А. А., Макаров Г. Г., Иванов И. А.

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» МО Украины, Клиника абдоминальной и малоинвазивной хирургии, г. Киев.

Карциноиды являются наиболее распространенным гистологическим вариантом нейроэндокринных опухолей, т.н. апудом (APUD-система — Amine Precursor Update and Decarboxilation), происходящим из энтерохромаффинных клеток, разбросанных по всему организму. Их гистологическое строение впервые было описано Lubarsch O. в 1888 г. Термин «карциноид» предложен Oberndorfer S. в 1907 г. Этиология и патогенез карциноидов до конца неясен. Первичная опухоль в 74% случаев выявляется в желудочно-кишечном тракте, чаще всего в тонкой (42%) и прямой кишке (27%), желудке (9%) [4,5]. Вильямс и Сандлер классифицировали карциноиды по месту их локализации на верхние, средние и нижние, в соответствии с развитием из тех или иных отделов эмбриональной кишечной трубки [2]. Карциноид составляют

1-2 случая на 100000 населения: верхние 2-9%, средние 75-87%, нижние 1-8%, неизвестной локализации 2-15% [2].

К верхним относят опухоли легкого, тимуса, желудка, поджелудочной железы. Для этой локализации характерна низкая секреция серотонина, повышенная секреция гистамина и различных гормонов, что клинически проявляется атипичным течением карциноидного синдрома, часто выявляются метастазы в кости. Средние карциноиды локализуются в тонкой и правых отделах толстой кишки, обычно сопровождаются карциноидного синдромом обусловленного гиперсекреции серотонина и других вазоактивных субстанций. При нижних карциноидах опухоль выявляется в левой половине ободочной кишки или в прямой кишке. Для этой локализации не характерен карциноидный син-

дром, но более высока частота метастазирования в печень [6].

Прогноз заболевания обусловлен распространенностью процесса. При наличии только первичной опухоли 5-летняя выживаемость составляет в среднем 94% (до 75% при карциноиде тонкой кишки, до 99% при поражении аппендикса). При вовлечении в процесс регионарных лимфоузлов 5-летняя выживаемость составляет 64% (для опухолей желудка всего 23%). У пациентов с отдаленными метастазами выживаемость в среднем не превышает 18%. Для всех стадий благоприятный прогноз наблюдается при поражении аппендикса (99%), бронхов (87%), прямой кишки (83%), далее — толстой и тонкой кишки (52–54%) и желудка (52%) [2]. С учетом клинических проявлений, особенностей течения и осложнений болезни, строения опухоли различают функционирующий и нефункционирующий карциноид. Для нефункционирующего, в большинстве случаев характерен медленный, малосимптомный рост и манифестация болезни опухолевой массой. Локализация определяет и первые клинические проявления (обструкцию или перфорацию полого органа, сдавление окружающих анатомических структур, кровотечение, перифокальную пневмонию и кровохаркание при локализации в бронхе и т.д.). Как правило, диагноз устанавливают после морфологического исследования [7].

При функционирующем карциноиде продуцируется ряд биологически активных субстанций: серотонин, гистамин, простагландины, адренокортикотропный гормон, гастрин, кальцитонин, гормоны роста и другие биогенные пептиды. Присутствие в крови той или иной комбинации нейропептидов и определяет специфическую клинику карциноидного синдрома. Хотя карциноидные опухоли известны с начала века, сам синдром был описан впервые лишь в 1954 г. группой исследователей под руководством Waldenstrom A.. Принято считать, что ключевую роль в его клинике и патогенезе играет серотонин. Выраженность проявлений синдрома напрямую коррелирует с размером опухоли и наличием метастазов (особенно при их локализации в печени). Основными проявлениями синдрома являются приливы, диарея, боли в животе, бронхоспазм, изменения сердца и тремор. Характерно развитие белковой недостаточности вследствие повышенного потребления триптофана на синтез серотонина. К функционирующим следует отнести также карциноид со «скрытым синдромом», при котором повышение биохимических маркеров не сопровождается клиническими проявлениями. Наиболее опасным следствием функционирующе-

го карциноида являются характерные поражения сердца — карциноидный кардиальный синдром (синдром Хедингера), который в ряде случаев имеет фатальные последствия [7]. Воздействие высоких концентраций биологически активных субстанций, продуцируемых опухолью, на мышечную и соединительную ткань сердца приводит к развитию фиброзных изменений в эндо- и миокарде правых отделов сердца, недостаточности его клапанов и последующей сердечной недостаточности. Характерны стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии. Однако основной причиной гибели больных является недостаточность правого желудочка.

Вероятность повреждения сердца высока в тех случаях, когда значимо повышенный (более 75 мг/сут) уровень 5-гидроксииндолилуксусной кислоты (5-ГИУК) определяется в моче в течение длительного времени и маловероятна, если суточная экскреция 5-ГИУК низкая (менее 50 мг/сут) [6]. Всем больным с карциноидным синдромом в обязательном порядке должна быть выполнена эхокардиография, которая позволяет не только выявить развитие повреждений сердца на ранних этапах, но и вовремя начать соответствующее лечение. Примерно у половины больных, особенно при наличии синдрома, наблюдается избыточное образование фиброзной ткани с развитием интраабдоминального и ретроперитонеального фиброза, болезни Пейрони, артропатий и тромбоза мезентериальных сосудов. Осложнениями ретроперитонеального фиброза является мезентериальная ишемия, спаечная стриктура мочеточников. Развившийся фиброз может затруднять объективную оценку размеров опухоли. Более редко развивается легочный фиброз [8]. Эффективных препаратов для лечения этих осложнений не существует, поэтому значительную роль играет своевременное назначение аналогов соматостатина (Октреотид и его пролонгированные формы), которые потенциально снижают темпы развития фиброза. Их эффективность продемонстрирована в ряде исследований, проведенных в Европе и США [2].

Диагноз функционирующего карциноида базируется на определении специфических биохимических маркеров: 5-ГИУК и хромогранин А (ХГ-А). По уровню 5-ГИУК в суточной моче можно судить об уровне циркулирующего в крови серотонина: чувствительность метода составляет 73%, специфичность — 100%. Уровень 5-ГИУК прямо коррелирует с выраженностью симптомов карциноида и является маркером эффективности лечения. Выявление повышенного уровня 5 ГИУК позволяет своевременно назначить лекарственное лечение,

предотвратить или приостановить развитие кардиальных и фиброзных изменений. Определение уровня 5-ГИУК считается обязательным [3].

Основная цель лечения карциноида — контроль симптомов болезни, биохимический контроль (в частности серотонина), достижение объективного ответа со стороны опухоли и сохранение качества жизни больного. К настоящему времени оперативное лечение является единственным излечивающим методом. Было показано, что у радикально оперированных больных 10-летнего безрецидивная выживаемость составляет 94% [9]. Тем не менее, в связи с распространенностью болезни на момент установления диагноза частота выполнения радикальной операции не превышает 20% [10], что, тем не менее, не снижает значение хирургического лечения.

Доказано, что удаление первичной опухоли из средних отделов кишечной трубки даже при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы или печень существенно улучшает выживаемость больных [11, 12].

Препаратами, применяющимися для консервативного лечения карциноидного синдрома являются аналоги соматостатина — Октреотид и его пролонгированные формы. Их назначение контролирует симптомы болезни у 65-85% больных, снижает риск развития карциноидных кризов, специфического фиброза и других осложнений [15, 16].

Таким образом, своевременное применение совре-

менных хирургических методов и лекарственной терапии позволяет значительно увеличить продолжительность и качество жизни больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной К., 57 лет, госпитализирован в клинику 15.04.2008 г. в экстренном порядке с жалобами на общую слабость, головокружение, наличие стула черной окраски, периодическую боль в животе.

Данные жалобы беспокоят на протяжении последних 2 месяцев, когда больной отметил не связанный с диетой понос, чувство жара в области лица и верхней половины туловища, тремор. Последние 3 недели самочувствие значительно ухудшилось из-за рецидивирующих кишечных кровотечений, которые проявлялись меленой, головокружением, сопровождались схваткообразными болями в животе, субфебрильной температурой тела.

Больной обследовался в различных лечебных учреждениях г. Киева, где ему была выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, компьютерная томография органов брюшной полости, при этом источника кровотечения выявлено не было. При МРТ органов брюшной полости (Рис. 1) и почасовой энтерографии заподозрено наличие дивертикула Меккеля как возможного источника рецидивирующих кровотечений.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Температура тела 37,2°C. АД 120/70 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, сердечных шумов нет. В легких выслушиваются везикулярное дыхание. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации. Перистальтика выслушивается. Притупления в отлогих местах живота нет, печеночная тупость сохранена. В общем анализе крови: гемоглобин 94 г/л, эритроциты $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1012 г/л, белок 0,033 г/л, лейкоциты 4–5 в п/з, эритроциты 5–7 в п/з. Железо сыворотки крови 1,0 мкмоль/л.

Учитывая высокую угрозу развития рецидива массивного кровотечения из слизистой дивертикула Меккеля (?), невозможности окончательного подтверждения или снятия диагноза с помощью неинвазивных методов обследования тонкой кишки решено выполнить лапароскопию.

Выполнена диагностическая лапароскопия (16.04.2008 г.) При ревизии обращало внимание наличие спаечного процесса в верхнем этаже



Рисунок 1. МРТ. Подозрение на наличие дивертикула в подвздошной кишке.



Рисунок 2. Новообразование тонкой кишки



Рисунок 3. Новообразование тонкой кишки, вид со стороны слизистой

брюшной полости (больной ранее не оперирован), печень и селезенка без изменений. При ревизии петель тонкой кишки отмечается их сегментарная пневматизация с примесью крови в дистальных отделах подвздошной и правой половины ободочной кишки. Отступив 80 см от илеоцекального угла в проксимальном направлении на боковой стенке подвздошной кишки, ближе к брыжейке выявлено новообразование (Рис. 2,3) до 2 см в диаметре. Серозный покров над ним белесоватой окраски, стенка кишки ригидная. Признаков лимфаденопатии не выявлено. Предварительный диагноз: новообразование (карциноид?), туберкулез тонкой кишки (?), болезнь Крона (?). Решено выполнить лапаротомию, при которой другой патологии со стороны желудка, тонкой, толстой кишки, паренхиматозных органов и органов забрюшинного пространства не выявлено.

Выполнена резекция тонкой кишки с новообразованием протяженностью 30 см формированием тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец. Патоморфологический диагноз (гистологическое исследование № 10349-52 от 26.04.2008 г.): Аргентафинный карциноид тонкой кишки с ростом на протяжении слизистой, подслизистого и серозного слоя стенки кишки с признаками изъязвления (Рис. 4).

Течение ближайшего послеоперационного периода до 12 суток благоприятное, восстановилась моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, операционная рана зажила первичным натяжением. Однако, 28.04.2008 г. развилась клиническая картина острой спаечной кишечной непроходимости. Консервативные мероприятия в течении 6 часов были неэффективны, выполнена релапаротомия. Во время операции выявлены признаки фиброза мягких тканей передней брюшной стенки и выраженный фиброз брыжейки (гистологическое исследование № 11102-07

от 04.05.2008г: В материале участки жировой ткани с очаговым фиброзом, очагами хронического воспаления, микроциркуляторными нарушениями) терминального отдела подвздошной кишки с образованием множественных спаек в виде «двустолок», которые послужили непосредственной причиной низкой тонкокишечной непроходимости. Выполнено рассечение спаек, назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. Дальнейшее послеоперационное течение благоприятное.

Для исключения карциноидного кардиального синдрома больному выполнена ЭХО-кардиография, при этом выявлены признаки умеренного стеноза трикуспидального клапана (склеродегенеративной этиологии).

При исследовании уровень суточной экскреции 5-ГИУК в моче повышен (65 мг/сутки). Учитывая наличие клинической картины: приливы, диарея, боль в животе, тремор, повышенного уровня 5-ГИУК, наличие специфического фиброза в бры-

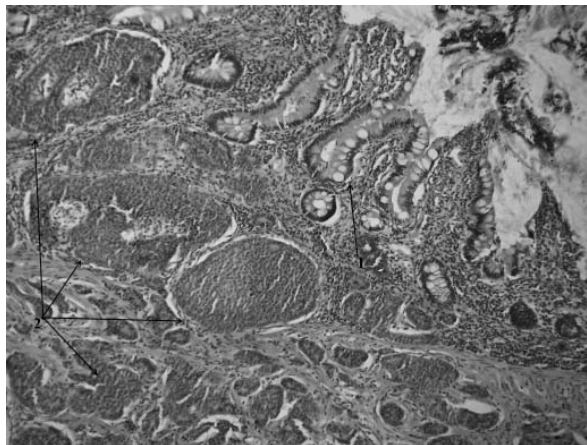


Рисунок 4. Гистологическое исследование удаленного препарата № 10349-52: 1— Толстокишечная метаплазия слизистой тонкой кишки; 2 — комплексы опухолевых клеток. 100.

жейке тонкой кишки в области резецированной опухоли), так и кардиального, больному проведен курс Октреотида, переносимость препарата удовлетворительная, побочных эффектов не отмечалось. При этом достигнут клинический эффект: диарея и приливы в течении 6 месяцев не беспокоят, активность уровня 5-ГИУК не превышает 50 мг/сутки.

ВЫВОДЫ:

1. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта, в частности КЦ тонкой кишки, могут явиться причиной труднодиагностируемых источников желудочно-кишечных кровотечений.
2. Видеолапароскопия должна шире применяться в диагностической программе поиска источника желудочно-кишечных кровотечений.
3. Хирургический метод лечения этой патологии является основным в комплексном лечении КЦ тонкой кишки, необходимо его сочетание с применением препаратов аналогов соматостатина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Райхлин Н. Т., Кветной И. М., Осадчук М. А. APUD-система (общие патологические и онкологические аспекты). Обнинск. 1993. Часть 1 (книга 1), с. 127; часть II (книга 2), с. 108.
2. Горбунова В. А., Орел Н. Ф., Егоров Г. Н. Редкие опухоли APUD-системы (карциноиды) и нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы: клиника, диагностика, лечение. Москва, 1999. 32 стр.
3. Hobday T. J., Rubin J., Goldberg R., et al. Molecular markers in metastatic gastrointestinal neuroendocrine tumors. Proc. ASCO, 2003, v. 22, p. 269, N1078.
4. Modlin I. M., Lye K. D., Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors. Cancer. 2003;97:934-959.
5. Barakat M. T., Meeran K., Bloom S. R. Neuroendocrine tumours. Endocrin. Relat. Cancer. 2004. Vol. 11. P. 1-18.
6. Kaltsas, G. A., Besser, G. M., Grossman, A. B. (2004). The Diagnosis and Medical Management of Advanced Neuroendocrine Tumors. Endocr Rev 25: 458-511.
7. Kulke M. H. Neuroendocrine tumours: clinical presentation and management of localized disease. Cancer Treat. Rev. 2003. Vol. 29. P. 363-370.
8. Modlin IM, Shapiro MD, Kidd M. Carcinoid tumors and fibrosis: a relation with little explanation. Am. J. Gastroenterol. 2004;99:1-13.
9. Norton J. A., Fraker D. L., Alexander H. R. et al. Surgery to cure the Zollinger — Ellison syndrome NEJM. 1999. Vol. 341. P. 635.

10. Modlin I. M., Kidd M., Latch I. Current status of gastrointestinal carcinoids // Gastroenterology. 2005;128:1717-1751.
11. Plockinger U., Rindi G., Arnold R. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of neuroendocrine gastrointestinal tumours. Neuroendocrinology. 2005;80:394-424.
12. Sarmiento JM, Heywood G, Rubin J, et al. Surgical treatment of neuroendocrine metastases to the liver: A plea for resection to increase survival. J. Am. Coll. Surg. 2003;197:29-37.
13. Jamil A., Taylor-Robinson S., Millson C. et al. Orthotopic liver transplantation for the treatment of metastatic neuroendocrine tumours — analysis of all UK patients. Gut 2001;49.
14. Drougas J. G., Anthony L. B., Blair T. K. et al. Hepatic artery chemoembolization for management of patients with advanced metastatic carcinoid tumors. Am. J. Surg. 1998;175:408-412.
15. Saltz L., Trochanowski B., Buckley M. et al. Octreotide as an antineoplastic agent in the treatment of functional and nonfunctional neuroendocrine tumors. Cancer. 1993. Vol. 72. P. 244-248.
16. Bajetta E., Carnagi C., Ferrari L. et al. The role of somatostatin analogues in the treatment of gastroenteropancreatic endocrine tumors. Digest. 1996. Vol. 57 (Suppl. 1). P. 72-77.
17. Eriksson B., Renstrup J., Iman H. et al. High-dose treatment with lanreotide of patients with advanced neuroendocrine gastrointestinal tumors: Clinical and biological effects. Ann. Oncol. 1997. Vol. 8. P. 1041-1044.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ОБШИРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).

Ачкасов С. И., Лихтер М. С.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии»

Директор академик РАМН, профессор Г. И. Воробьев

В настоящее время под распространенным раком толстой кишки понимается такая форма опухолевого процесса, при которой наблюдается выход его за пределы кишечной стенки с прорастанием в соседние органы и ткани, а также все случаи отдаленного метастазирования. Вовлечению органов мочевой системы в опухолевый процесс способствуют их тесные топографоанатомические соотношения с прямой и дистальным отделом ободочной кишки. У женщин опасность обширного поражения мочевого пузыря меньше, чем у мужчин, поскольку матка, находящаяся между мочевым пузырем и кишкой, выполняет «барьерную» функцию. Основным методом лечения местнораспространенного колоректального рака являются различные комбинированные резекции. Однако, применение хирургического подхода в качестве изолированного метода лечения не позволяет достигнуть результатов, которые могли бы удовлетворить онкологов и хирургов. Высокая частота местных рецидивов, канцероматоза брюшины и отдаленных метастазов иной локализации явились причиной того, что пятилетняя выживаемость колеблется

в пределах 23–44%. Поэтому, в последние годы предпочтение отдается комбинированным и комплексным методам лечения [1,2,3]. Следует отметить, что качество жизни после обширных хирургических вмешательств оставляет желать лучшего, поскольку они зачастую завершаются формированием кишечных и мочевых стом. Поэтому сочетание принципов онкологического радикализма с получением хороших функциональных результатов является весьма актуальной задачей.

Пациентка Н., 50 лет, и/б №3550, госпитализирована в 4 клиническое отделение ФГУ «ГНЦ колопроктологии» 04.10.02 г. с жалобами на примесь крови в кале, макроскопическую гематурию, пневмоурию. Впервые данные жалобы отмечены в августе 2002 года. Состояние при поступлении удовлетворительное. Повышенного питания. Ожирение 3 ст. Живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании через передний свод пальпируется плотное, бугристое, малоподвижное образование. Ректальное исследование: тонус анального сфинктера сохранен, через переднюю стенку прямой кишки пальпируется плотное, бугристое, прак-

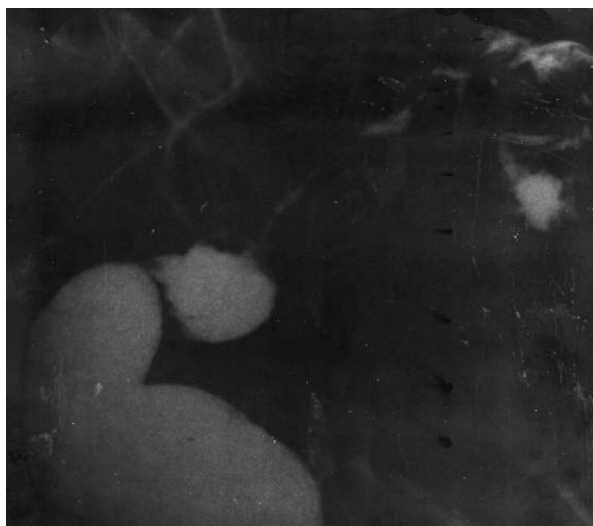


Рисунок 1. Ирригограмма и цистограмма больной Н. до операции. Местнораспространенный рак сигмовидной кишки T4NxMx с прорастанием в мочевой пузырь.



Рисунок 2. А. Цистограмма больной Н. на 12 день после операции. Рентгенологическая картина микроцистита. Б. Цистограмма через 2 месяца после проведения аутогидротренировки. Емкость мочевого пузыря ~ 250 мл.

тически неподвижное образование. Шейка матки ограниченно подвижна, безболезненная. По данным колоноскопии в дистальном отделе сигмовидной кишки обнаружена циркулярная опухоль, суживающая ее просвет до 0,7 см. При ирригоскопии установлено, что опухоль локализуется в дистальной трети сигмовидной кишки и имеет протяженность 6 см, при цистографии выявлены рентгенологические признаки прорастания в мочевой пузырь (Рис. 1).

УЗИ органов брюшной полости очаговых изменений в печени не выявило, в полости желчного пузыря обнаружен конкремент до 12 мм в диаметре. КТ выявило в полости малого таза образование размерами 53×58 мм сдавливающее и деформирующее мочевой пузырь. Цистоскопия позволила установить, что вся задняя стенка мочевого пузыря с переходом на боковые стенки представлена ворсинчатым экзофитным образованием. Устья мочеточников не дифференцируются. На экскреторных урограммах почки расположены обычно, слева обнаружено умеренное расширение мочеточника, справа изменений нет. На основании данных произведенного обследования был установлен клинический диагноз: местнораспространенный рак сигмовидной кишки T4NxMx с прорастанием в мочевой пузырь и формированием сигмо-везикального свища. 10.11.02 г. под эндотрахеальным наркозом была произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено: опухоль сигмовидной кишки с прорастанием в матку, мочевой пузырь, левый мочеточник, солитарный метастаз диаметром до 10 см в большом сальнике. Выполнена циторедуктивная дистальная резекция сигмовидной кишки с формированием сигморектального анастомоза аппаратом

CDH-29, субтотальная резекция мочевого пузыря, резекция левого мочеточника с неоимплантацией в мочевой пузырь, двухсторонняя катетеризация мочеточников, экстирпация матки с придатками, оментумэктомия. Проведена интраоперационная внутрибрюшная химиотерапия (Митомидин С 20 мг на 1500 мл — 1,5% раствора глюкозы).

При гистологическом исследовании удаленного препарата № 13154-61 — опухоль кишки представлена слизистой аденокарциномой, глубоко прорастающей в клетчатку, стенку мочевого пузыря и поверхностные отделы мышечного слоя матки. Прорастание в мочевой пузырь отмечается на значительном протяжении с поражением всех слоев его стенки. Граница резекции мочевого пузыря проходит в 2 см от опухолевого поражения и представлена неизменной тканью. В большом сальнике определяется крупный метастаз слизистой аденокарциномы. Послеоперационный период протекал без осложнений: рана зажила первичным натяжением, мочеточниковые катетеры удалены на 12 день после операции. При контрольной экскреторной урографии установлено, что функция почек нормальная, затеков контрастного вещества нет. Емкость мочевого пузыря при выписке составляла 40 мл. (Рис. 2А).

В целях проведения аутогидротренировки с фармакологической поддержкой, а также профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса больная была выписана на амбулаторное лечение с катетером Фолея. После проведения аутогидротренировки в течение двух месяцев емкость мочевого пузыря составила 250 мл. (Рис. 2Б). Катетер удален, восстановилось самопроизвольное мочеиспускание, частота которого составляла 6–8 раз в сутки. Стул регулярный, оформленный, 1–2 раза в сутки. С декабря 2002 года

по декабрь 2003 г. проведено 10 курсов системной химиотерапии в режиме Мейо (5 ФУ 425мг/м² и Лейковарин 20мг/м²). При анкетировании по опроснику EORTC QLQ C-30 (version 3.0). Через год после операции показатель качества жизни составлял 91 балл.

В дальнейшем пациентка ежегодно обследовалась. В марте 2009 года при КТ брюшной полости и органов малого таза по месту жительства выявлены нарушения уродинамики слева, вследствие «рубцового процесса» в полости малого таза. Было рекомендовано обследование в ГНЦ колопроктологии, от которого пациентка по семейным обстоятельствам временно воздержалась. В июле 2009 года по данным спиральной компьютерной томографии брюшной полости и органов малого таза с контрастным усилением (ГНЦ колопроктологии) был выявлен рецидив опухоли сигмовидной кишки в полости малого таза с вовлечением левого мочеточника и развитием терминального уретерогидронефроза слева, в связи с чем, 08.06.09 г. пациентка была оперирована. При ревизии в жировой клетчатке в области колоректального анастомоза выявлено бугристое образование размерами 6×3см, прилежащее к задней стенке мочевого пузыря и распространяющееся на брюшину таза с вовлечением

левого мочеточника. Выполнена ре-резекция сигмовидной и прямой кишки по Гартману, резекция левого мочеточника.

Гистологическое заключение №7423-26 — в клетчатке прилежащей к мышечному слою резецированной толстой кишки обнаружен опухолевый узел, представленный слизистой аденокарциномой. Послеоперационный период без осложнений. 24.06.09 г. в удовлетворительном состоянии пациентка выписана на амбулаторное лечение. Направлена для проведения системной химиотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на наличие рецидива заболевания через 7 лет после первичной операции, представленный клинический случай позволяет продемонстрировать возможность не только лечения распространенной формы рака сигмовидной кишки с обширным поражением мочевого пузыря и имплантационным метастазом в большой сальник, но и достижение хороших функциональных результатов после агрессивного хирургического вмешательства и последующей химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В., Титова Л.Н. Лучевая терапия в современном хирургическом лечении резектабельного рака прямой кишки. Вопросы онкологии 2008, т. 54, №3, стр. 354-59;
2. Жученко А.П. Комбинированное лечение рас-

пространенных форм рака ободочной кишки» Дис. док. мед. наук, М.: 2007, С. 250;

3. Dolinsky C. M., Mahmoud N. N., Mick R., Sun W., et al. Effect of time interval between surgery and preoperative chemoradiotherapy with 5-fluorouracil or 5-fluorouracil and oxaliplatin on outcomes in rectal cancer. J. Surg. Oncol. 2007; 1; 96 (3); 207-12.

РЕЗОЛЮЦИЯ 1-ГО СЪЕЗДА КОЛОПРОКТОЛОГОВ СНГ.

**Ташкент (Республика Узбекистан),
22–23 октября 2009 г.**

В работе 1-го съезда колопроктологов СНГ, состоявшегося 22–23 октября 2009 года в г.Ташкенте (Республика Узбекистан), приняли участие более 300 ведущих ученых и специалистов в области колопроктологии, онкологии, хирургии и других смежных специальностей из Азербайджана, Белоруссии, Казахстана, Кыргызстана, России, Узбекистана, Туркменистана, Украины, а также Израиля и Турции.

В программу Съезда были включены актуальные проблемы современной колопроктологии: воспалительно-язвенные заболевания толстой кишки, функциональные заболевания толстой кишки, дивертикулез толстой кишки и его осложнения, лапароскопические и малоинвазивные вмешательства при заболеваниях толстой кишки, опухолевые заболевания ободочной и прямой кишки, вопросы общей колопроктологии, стомы и

реконструктивно-восстановительная колоректальная хирургия, неотложная колопроктология, детская колопроктология, ранения и травмы толстой кишки.

На съезде были представлены доклады, выступления в прениях, прочитаны две лекции: проф. Наврузов С.Н. «Язвенный колит. Новое в диагностике и лечении»; академик РАМН, проф. Воробьев Г.И. «Хирургическое лечение болезни Крона».

Реальное улучшение экономических показателей, произошедшее в последние годы практически во всех странах Содружества, позволило существенно увеличить объем финансирования проектов и программ профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний толстой кишки, а также укрепить материально-техническую и диагностическую базу колопроктологической службы, о чем наглядно свидетельствует пример Республики Узбекистан, где в настоящее время отмечается положительная динамика снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности населения от заболеваний толстой кишки, постоянно совершенствуются и внедряются методы реконструктивно-восстановительной хирургии на толстой кишке.

Вместе с тем, злокачественные новообразования толстой кишки, по-прежнему, занимают третье-четвертое место в структуре онкологической заболеваемости населения во всех странах СНГ. Остается острой на современном этапе проблема раннего выявления рака толстой кишки и аноректальной зоны на начальных стадиях.

Только приоритетное государственное финансирование национальных медицинских программ; целенаправленная работа по укреплению и совершенствованию материально-технической базы медицинских учреждений; эффективная поддержка фундаментальных исследований в области эпидемиологии, скрининга и профилактики заболеваний толстой кишки позволят переломить к лучшему существующую ситуацию.

Выражая уверенность, что кооперация, тесное взаимодействие и сотрудничество в проведении научных исследований, разработке и внедрении в практику эффективных программ профилактики и лечения заболеваний толстой кишки, а также совместная, целенаправленная работа по подготовке для этих целей национальных кадров позволит в ближайшей перспективе замедлить рост числа колопроктологических больных, снизить уровень смертности и инвалидности населения стран Содружества.

Заболевания анального канала и перианальной зоны.

Геморрой продолжает оставаться самым массовым колопроктологическим заболеванием. В последние

годы при выполнении геморроидэктомии широко используются высокотехнологичные методы лечения с применением ультразвукового скальпеля и высокочастотной электрокоагуляции, которые позволяют существенно уменьшить послеоперационный болевой синдром, частоту дизурических расстройств и сократить сроки пребывания больных в стационаре. Внедрение в клиническую практику склерозирующих препаратов последних поколений приводит к заметному увеличению эффективности склеротерапии геморроя, включая больных с острым кровоточащим геморроем, сопровождающимся выраженной анемией.

В докладе Пак В.Е., Желтовская А.А., Тунгусова Н.В., Бараков Р.Ф. (Россия), посвященном малоинвазивным и хирургическим методам лечения в амбулаторной колопроктологии, большое внимание было уделено лечению больных с общепроктологическими заболеваниями в амбулаторных условиях.

Важному вопросу пластики ректовагинальной перегородки полипропиленовой сетки у больных с рецидивными ректовагинальными свищами был посвящен доклад Муна Н.В., Тайгулова Е.А., Мукажанова А.К., Байдавлетов К.К., Кречуновой Т.Н. из Казахстана.

Интересный доклад был представлен из России Болквадзе Э.Э. о хирургическом лечении сложных форм острого парапроктита.

Ряд докладов был посвящен травме толстой кишки, из которых интересным было сообщение Алиева Э.А., Султановой С.Г., Аббасова А.Г., Гумматова А.Ф. из Азербайджана «Хирургическое лечение посттравматической недостаточности анального сфинктера».

Интерес у присутствующих вызвал доклад из Украины М.Кучер, М.Крыворук, О.Крыворук, N. Yarotsky, V.Zhegulovich, посвященный лапароскопической сигмовагинопластике у больных с довольно редким синдромом Майер-Рокитанский-Кустер-Хаузера.

Заболевания толстой (прямой и ободочной) кишки.

Продолжается рост числа больных с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки. Недостаточное знакомство с этим заболеванием, прежде всего хирургов, приводит к частым диагностическим и тактическим ошибкам. Единодушно было высказано мнение, что при экстренных операциях следует отдавать предпочтение многоэтапному лечению. Неосложненный дивертикулез поддается консервативному лечению.

Целое секционное заседание было посвящено воспалительным заболеваниям кишечника. Так, в докладе Захараш М.М., Пойда А.И., Мельник В.М.

из Украины, посвященном хирургической тактике при язвенном колите, были подробно представлены показания для хирургического лечения и даны четкие рекомендации по ведению этих больных в послеоперационном периоде.

В настоящее время принципиальным является внедрение новой «биологической» лечебной стратегии, основанной на применении антицитокиновой терапии. Исключительно важное значение имеет совместное наблюдение больных язвенным колитом и болезнью Крона гастроэнтерологами и колопроктологами, особенно для своевременного решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Интерес заслуживает доклад, представленный из России Коротаевой Н.С., Гороховой В.Г., Григорьевым Е.Г., Паком В.Е., Чашковой Е.Ю. о прогностической значимости показателя сорбционной способности эритроцита для оценки эффективности лечения язвенного колита.

В рамках внедрения новых технологий заслуживает внимания доклад о низких и ультранизких илеоректальных (резервуароректальных) анастомозах в хирургическом лечении язвенного колита, представленный из Узбекистана докторами Наврузовым Б.С., Рахмановым С.Т. и Ахмедовым М.А.

Опухоли толстой кишки.

Семейный аденоматоз толстой кишки. Лечение больных данным заболеванием должно проводиться только в специализированных колопроктологических отделениях. В настоящее время чаще всего у больных семейным аденоматозом толстой кишки производится удаление ободочной и прямой кишок. Вместе с тем при аттенуированных формах заболевания оправдано оставление непораженных отделов толстой кишки. Создание регистра больных семейным аденоматозом необходимо в каждой республике.

Рак толстой кишки. Продолжается рост числа больных колоректальным раком, большинство из которых поступает в стационары с запущенными стадиями болезни, что обусловлено отсутствием программ раннего выявления доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки.

Для определения лечебной тактики в комплексе обследования больных помимо стандартных методов должны быть включены трансректальная и трансвагинальная ультрасонография, необходимо шире использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию, о чем было сказано в докладах из Узбекистана: Наврузов С.Н., Абдужапаров С.Б., Ососков А.В., Матюсупов Х.М. «Новые методы рентгенодиагностики при заболеваниях аноректальной зоны»; Сапаев Д.А.,

Наврузов С.Н., Рахманов С.Т., Мирзахмедов М.М. «Возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при диагностике полипов и полипоза толстой кишки». Основным методом лечения колоректального рака остается хирургический. Данному вопросу был посвящен доклад из России академика Чиссова В.И., Сидорова Д.В., Алексеева Б.Я., Бутенко А.В., Вашакмадзе Л.А., Гришина Н.А., Ложкина М.В., Петрова Л.О., Шлякова С.Л., Алешкиной Т.Н., Тюрикова А.А. «Возможности хирургического лечения пациентов с местно-распространенными рецидивами рака прямой кишки», а также доклад из Узбекистана Наврузова С.Н., Хакимова А.М., Худоерова С.С. «Ближайшие результаты комплексного лечения нижнеампулярного рака прямой кишки».

При распространенных формах колоректального рака оправдано применение комбинированных операций, включая аорто-подвздошно-тазовую лифаденктомия, резекцию вовлеченных в опухолевый процесс смежных органов, резекцию печени с использованием метода Хабиба. При наличии неудаляемых отдаленных метастазов показаны циторедуктивные операции, интраоперационная внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия с гипертермией, применение радиочастотной деструкции метастазов.

Выход опухоли за пределы висцеральной фасции прямой кишки является прямым показанием к предоперационной лучевой терапии. При поражении регионарных лимфатических узлов предоперационная лучевая терапия должна быть дополнена послеоперационной химиотерапией.

При локализации опухоли прямой кишки в пределах висцеральной фасции на расстоянии 2 см и выше от аноректальной (зубчатой) линии оправдано выполнение сфинктеросохраняющих операций, т.е. с сохранением наружного сфинктера.

Для обеспечения латеральной границы резекции при раке прямой кишки необходимо удаление мезоректум без повреждения вегетативных нервов таза (гипогастральных, сакральных нервов и тазового сплетения). Удаление опухолей средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки должно сопровождаться тотальной мезоректумэктомией, тогда как при раке верхнеампулярного отдела достаточно ограничиться резекцией мезоректум на протяжении 5 см дистальнее опухоли.

Лечение рака анального канала должно начинаться с лучевой терапии в сочетании с химиотерапией. При неэффективности химиолучевой терапии (наличие раковых комплексов в биоптате) показана экстирпация прямой кишки. Хирургическое лечение показано также при рецидивном раке анально-

го канала и метастатическом поражении паховых лимфатических узлов.

При ворсинчатых и других доброкачественных опухолях прямой кишки рекомендуется применение метода трансанальной эндомикрочирургической резекции.

Реконструктивно-восстановительная колопроктология.

Улучшение функциональных результатов является одним из важнейших направлений колопроктологии. При удалении прямой кишки и сохранении запирающего аппарата оправдано создание газовых толстокишечных резервуаров. При экстирпации прямой кишки наряду с резервуарами положительные результаты дает формирование гладкомышечной манжетки. При посттравматической или врожденной недостаточности анального жома перспективным является создание неосфинктера (грацилопластики) с последующим проведением кинетотерапии и систематической электростимуляции перемещенных мышечных структур индивидуальными портативными приборами.

При диагностике и лечении большинства заболеваний толстой кишки обязательно должны использоваться методы функциональной диагностики, рентгенологические, патофизиологические и т.д.. Колопроктологические кабинеты и отделения должны иметь соответствующее оборудование.

Вопросам реабилитации больных со стомами были посвящены доклады из Белоруссии Рычагов Г.П., Попков О.В., Русинович В.М., Бородинец А.Л., Лемешевский А.И. «Реконструктивно-восстановительные операции у стомированных больных» и из Кыргызстана Белеков Ж.О., Ысмайылов К.С., Маманов Н.А. (Кыргызстан) «Хирургическая реабилитация больных с колостомой».

Во время закрытия съезда состоялся конкурс на лучший стендовый доклад, которым был признан доклад из Республиканского онкологического научного центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Определение уровня экспрессии P53 у больных колоректальным раком с множественными метастазами в печень», авторы: Исламов Х.Д., Гильдиева М.С., Абдужаппаров С.Б. Президиумом съезда профессор Наврузов С.Н. был избран Президентом Ассоциации колопроктологов СНГ.

Следующий, 2-й съезд колопроктологов СНГ, предложено провести в Украине в 2012 году.

Заслушав и обсудив наиболее актуальные проблемы колопроктологии, съезд постановил:

I Съезд колопроктологов государств - участников Содружества Независимых Государств
Постановил:

1. Поддержать инициативы Ассоциации колопроктологов России и государств - участников Содружества Независимых Государств по созданию Ассоциации колопроктологов СНГ в целях установления на долгосрочной основе сотрудничества научных и других учреждений государств — участников Содружества Независимых Государств в деле разработки и внедрения в практику единых стандартов диагностики и лечения больных с заболеваниями толстой кишки.

2. Предложить Ассоциации колопроктологов СНГ создать Концепцию согласованных действий в области колопроктологии для последующего принятия ее на уровне Министерств Здравоохранения стран СНГ.

3. Просить Ассоциацию колопроктологов СНГ проинформировать министерства здравоохранения своих государств об итогах настоящего съезда.

Настоящий съезд в очередной раз продемонстрировал желание всех стран Содружества развивать и совершенствовать межгосударственные связи в вопросах консолидации усилий в деле разработки и внедрения в практику новых, прогрессивных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний толстого кишечника.

Участники съезда выражают особую признательность Министерству Здравоохранения Республики Узбекистан, Научному центру колопроктологии МЗ РУз и всем учреждениям и организациям, принявшим участие в подготовке и проведении этого важного для Республики международного мероприятия, за создание прекрасных условий, которые, в свою очередь, способствовали успешной работе и приятному пребыванию на гостеприимной земле Узбекистана. Данное обстоятельство свидетельствует о глубоком понимании вопросов, связанных с проблемами совершенствования и повышения уровня оказания специализированной колопроктологической помощи населению как в своей стране, так и в других государствах - участниках СНГ.

