



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 4 (46) 2013

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>

SenSura® – НОВЫЙ СТАНДАРТ В УХОДЕ ЗА СТОМОЙ



Надежная защита от протекания

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 4 (46) 2013

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«АССОЦИАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ»

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123423, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (499) 199-86-43
Факс: (499) 199-00-68
E-mail: info@gnck.ru
www.gnck.ru

Ответственный секретарь:

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

Зав. редакцией
и выпускающий редактор:

Поликарпова Е.Е.
Тел.: (499) 199-00-68

Регистрационное
удостоверение

ПИ № 77-14097

Индекс: 80978
для индивидуальных
подписчиков

ISSN 2073-7556

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Денисенко В.Л.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА,
ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ 3

*Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У.,
Рахманов С.Т., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж.*

ПОДГОТОВКА КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ
ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ 8

*Семирджанянц Э.Г., Петровский А.В., Фанштейн И.А.,
Нечушкин М.И., Геворкян В.С., Автомонов Д.Е.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТЛУЧЕВЫМИ
РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 13

Фролов С.А., Гатауллин И.Г., Савинков В.Г., Мальцева Н.В.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННОЙ
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ 18

*Хачатурова Э.А., Кашников В.Н., Савушкин А.В.,
Балыкова Е.В., Мусин И.И., Ерошкина Т.Д., Болихов К.В.*

РОЛЬ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ 22

Шудрак А.А.

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 27

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Ильканич А.Я., Слепых Н.В., Барбашинов Н.А., Абубакиров А.С.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ «КОЛОПЛАСТ»
У БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ 35

Ненарокомов А.Ю.

УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ (ОБОДОЧНАЯ КИШКА,
ЖЕЛУДОК, ПЕЧЕНЬ И ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК) ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО
МЕТАХРОННОГО КАРЦИНОИДА И РАКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ... 38

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Войнов М.А.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы) 41

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В 2013 г. 48

СПИСОК АВТОРОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В 2013 г. 50

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Денисенко В.Л.

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь
(главный врач – А.А. Оладько)

Проанализированы результаты стентирования толстой кишки при колоректальном раке, осложненном толстокишечной непроходимостью.

Эндоскопическая установка саморасширяющегося колоректального стента позволяет выполнить декомпрессию пищеварительного тракта. Данный подход позволяет осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению. Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости в двухэтапном хирургическом лечении с формированием стомы, высокий экономический и социальный эффект использования концепции «быстрого выздоровления», позволяют рекомендовать более широкое применение в стационарах хирургического и онкологического профиля.

[Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, стентирование]

MULTIMODAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY BOWEL OBSTRUCTION

Denisenko V.L.

The Second Vitebsk Regional Hospital, Vitebsk, Republic of Byelorussia

Results of colonic stent placement for colorectal carcinomas complicated by large bowel obstruction were analyzed. The application of self-expanding stents allowed to resolve obstruction and can be a bridge procedure to radical surgery. The reduction of hospital stay and elimination of two stage procedure with formation of stoma are cast effective and allow to manage patients in a fast-track recovery way. This approach can be recommended for wide application in surgical practice.

[Key words: colorectal cancer, bowel obstruction, self-expanding stent]

Адрес для переписки: Денисенко Валерий Ларионович, УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», ул. Некрасова, д. 10, Витебск, Республика Беларусь, 210015, тел. раб.: +375-212-37-82-47, e-mail: boln_priemn@vitebsk.by

В хирургии (в том числе, и в онкологии) набирает силу направление комплексного лечения, опирающееся на концепцию «ускоренного выздоровления» («Fast-Track Recovery» или «Fast-Track Surgery»). Оно основано на применении современных высокотехнологичных подходов при лечении стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, включающих эффективное использование на первом этапе эндоскопического стентирования (саморасширяющегося покрытого силиконом нитинолового стента, каркасно увеличивающего просвет кишки в зоне опухолевого стеноза (CHOOSTENT M.I.Tech, Южная Корея [CY]); на втором этапе – выполнение радикальной операции в рамках одной госпитализации. Данный подход позволяет исключить промежуточные этапы, существенно уменьшить общие сроки лечения и реабилитации пациентов, достигнуть в ближайшем и отдалённом периоде высокого качества жизни пациента. В практическом здравоохранении

республики это направление только внедряется, указывая на позитивные моменты и перспективы использования, позволяющие существенно улучшить качественные и количественные показатели лечения самых разнообразных заболеваний. Колоректальный рак – это одна из наиболее распространенных локализованных опухолей. Он занимает третье место по частоте встречаемости и второе – среди причин в структуре онкологической смертности [1]. По данным канцер-регистра Республики Беларусь за последние десять лет заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза [2]. До 70% больных со стенозирующим колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, доставляются в стационар по экстренным показаниям. В результате этого более половины пациентов госпитализируется в тяжёлом состоянии [3-10]. Кишечная непроходимость является самым частым осложнением рака толстой кишки. Она развивает-

Таблица 1. Локализация опухолевого поражения у пациентов первой группы

Локализация опухоли	Количество пациентов	%
Рак слепой кишки	2	7
Рак восходящего отдела толстой кишки	1	4
Рак печеночного угла ободочной кишки	2	7
Рак проксимального отдела поперечной ободочной кишки	1	4
Рак поперечной ободочной кишки	1	4
Рак нисходящей ободочной кишки	1	4
Рак сигмовидной кишки	7	25
Аденокарцинома брыжейки сигмовидной кишки	1	4
Рак ректосигмоидного отдела	1	4
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	9	32
Рак среднеампулярного отдела прямой кишки	2	7
Всего:	28	100

ся у 26,4-69% больных [11,12]. Наиболее характерно это осложнение для опухолей левых отделов толстой кишки (67-72%), что связано с меньшим ее диаметром [13,14,16-26].

Применение эндоскопического стентирования позволяет в одну госпитализацию осуществить декомпрессию кишечника с последующим выполнением радикальной операции с наложением первичного анастомоза [12,22].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты комплексного лечения стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, путём использования технологий «Fast-Track Recovery».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 58 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по 2012 год. В первой группе пациенты (n=28) оперированы по поводу колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью, с использованием общепринятого подхода (с применением двух- и трехэтапных вмешательств). Во второй группе пациентов (n=30) для лечения использован принцип «Fast-Track Recovery» (на первом этапе выполнено малоинвазивное «закрытое» стентирование

Таблица 2. Характеристика оперативных вмешательств в первой группе пациентов

Операции	Количество пациентов	%
Передняя резекция прямой кишки	8	29
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	1	4
Операция Гартмана	4	14
Брюшно-анальная резекция	1	4
Правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия	2	7
Резекция сигмовидной кишки	3	11
Лапаротомия, илеостомия	1	4
Резекция поперечной ободочной кишки	1	4
Обходная илеотрансверзостомия, холецистэктомия	1	4
Левосторонняя гемиколэктомия	1	4
Двухствольная илеостомия, назогастроинтестинальная зондовая декомпрессия	1	4
Петлевая сигмостомия	1	4
Резекция ректосигмоидного перехода, сигмостомия	1	4
Резекция сигмовидной кишки по Гартману, экстирпация матки с придатками, резекция сальника	1	4
Правосторонняя гемиколэктомия, илеостомия	1	4
Всего:	28	100

Таблица 3. Локализация опухолевого поражения у пациентов второй группы

Локализация опухоли	Количество пациентов	%
Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки	3	10
Рак сигмовидной кишки	9	30
Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки	12	40
Рак селезёночного угла ободочной кишки	6	20
Всего:	30	100

стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, на втором этапе произведена радикальная операция с наложением первичного анастомоза и восстановлением непрерывности пищеварительного тракта).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первую группу вошли пациенты, находившиеся на лечении по поводу осложнённого колоректального рака, в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы с 1995 по 2005 год. Средний возраст пациентов в группе составил $65,2 \pm 2,5$ лет. Локализация опухолевого поражения представлена в таблице 1.

При этом рак левой половины ободочной и прямой кишки, осложнённый кишечной непроходимостью, составил 75%. Структура выполненных по поводу острой толстокишечной непроходимости оперативных вмешательств у пациентов первой группы представлена в таблице 2. В 75% случаев операция у пациентов 1-й группы заканчивалась выведением кишечной стомы. Средняя продолжительность лечения в данной группе составила $30,6 \pm 2,8$ койко-дней.

Во вторую группу вошли пациенты, находив-

шиеся на лечении в абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера и проктологического отделения Второй Витебской областной клинической больницы за период с 2011 по 2012 год по поводу осложнённого колоректального рака. Средний возраст пациентов в группе составил $70,1 \pm 4,2$ года. У всех пациентов при последующем гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. Локализация опухолей представлена в таблице 3.

Проводимые консервативные мероприятия во всех случаях эффекта не имели. После кратковременной (2 часа) подготовки, включающей переливание калий-поляризующей смеси, кристаллоидных и коллоидных растворов (в объёме до 2 л) и премедикации (раствор промедола 2% – 1,0 мл + раствор атропина 0,1% – 1,0 мл), всем пациентам выполнена фиброколоноскопия, при которой подтверждён диагноз опухоли левой половины толстой кишки. Выполняли инструментальное бужирование зоны опухолевого стеноза специальным проводником средней жесткости с мягким J-образным наконечником. Через дилатированную зону стеноза проводили доставочное устройство для саморасширяющегося трубчатого стента. Затем через просвет манипуляционного катетера в кишку вводили

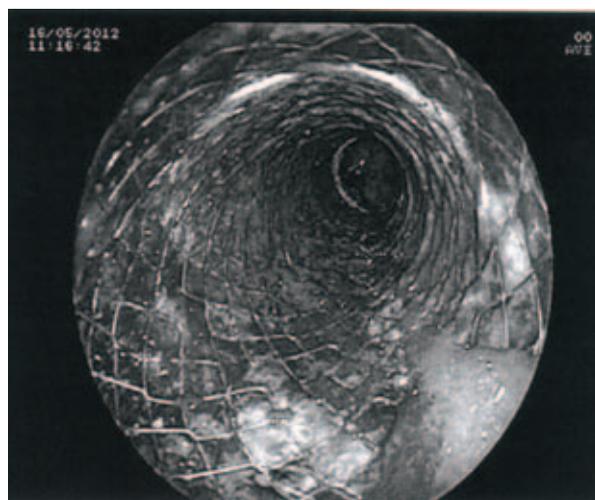


Рисунок 1. Расширенный просвет сигмовидной кишки в зоне опухоли после установки стента CHOOSTENT M.I.Tech, Южная Корея (СУ)

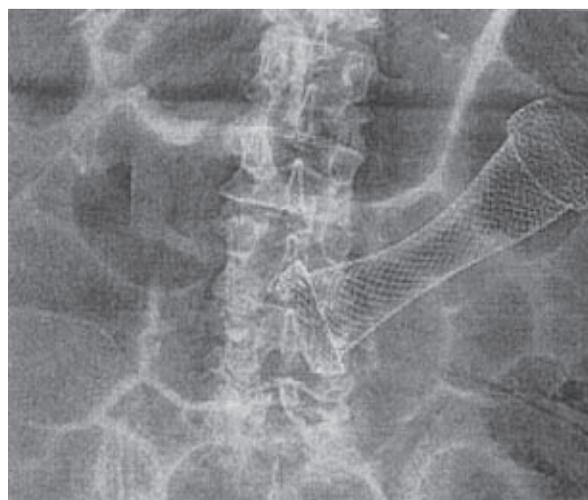


Рисунок 2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости сразу после установки саморасширяющегося кишечного стента в сигмовидную кишку

Таблица 4. Виды операций во второй группе пациентов

Операции	Количество пациентов	%
Резекция сигмовидной кишки	9	30
Низкая передняя резекция прямой кишки	15	50
Левосторонняя гемиколэктомия, спленэктомия	3	10
Субтотальная колэктомия, спленэктомия	3	10
Всего:	30	100

жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый силиконом нитиноловый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм (CHOOSTENT M.I.Tech, Южная Корея [СУ]). Контролировали положение стента в кишке (Рис. 1). Вся процедура колоноскопии с установкой стента занимала около 40 минут ($37,6 \pm 4,13$ минут). Осложнений манипуляции не было. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота (Рис. 2), ставили сифонную клизму. Пациентам назначали солевые слабительные, вазелиновое масло. Внутривенно капельно больным вводили калий-поляризующую смесь с сердечными гликозидами, кристаллоидные сбалансированные электролитные смеси, реамберин. Назначали цефазолин 1,0 г три раза в сутки, фразамин 2,5 г подкожно один раз в сутки. Явления кишечной непроходимости полностью купировались к концу первых суток после манипуляции у всех пациентов. Начиная со вторых суток, проводили энтеральное кормление пациентов. После полного восстановления функции кишечника проведены хирургические вмешательства (Табл. 4). Все виды радикальных операций завершили формированием первичного анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность лечения в данной группе составила $19,7 \pm 2,1$ койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях стенозирующего колоректального рака, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования стомы). Данный подход позволяет осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению. Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости их дальнейшей хирур-

гической реабилитации (при наложении колостомы) позволяют рекомендовать широкое применение такой тактики в стационарах хирургического и онкологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кайзер А. Колоректальная хирургия. Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2011. – 751 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / Сборник научных статей под ред.: Суконко О.Г., Красного С.А. Профессиональные издания. – 2012. – 508 с.
3. Mortality Database, 1994-1997, WHO, 1999.
4. Базин И.С. с соавт. Рак толстой кишки – настоящие проблемы. Русский мед. журн. – 2003. – т. 11. – № 11. – Источник доступа: <http://www.irnj.ru/main.htm/rnj/tl1/nl1/674.htm>.
5. Ханевич М.Д. с соавт. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости. – СПб.: Аграф+, – 2008. – 136 с.
6. Parkin D.M., Pisani P., Ferlay J. Global cancer statistics. Ca. – 1999. – p. 49-33.
7. Dunlop M. Colorectal cancer. Br. Med. J. – 1997. – vol. 314. – p. 1882-1885.
8. Кохнюк В.Т. Колоректальный рак. – Минск.: Харвест, – 2005. – 384 с.
9. Lee K.M. et al. Comparison of uncovered stent with covered stent for treatment of malignant colorectal obstruction. Gastrointest. Endosc. – 2007. – vol. 66. – p. 931-936.
10. Davidson R., Sweeney W.B. Endoluminal stenting for benign colonic obstruction. Surg. Endoscopic. – 1998. – vol. 12. – p. 353-354.
11. Ivoghli A. et al. Der Stellenwert minimal-invasiver Operationstechniken im Fast-track-Konzept für die Gefäßmedizin. Gefäßchirurgie. – 2010. – vol. 15. – №3. – p. 176-182.
12. Recart A. et al. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy. Journal of Endourology. – 2005. – vol. 19. – № 10. – p. 1-165-1169.
13. Geiger T.M., Miedema B.W., Tsereteli Z. et al. Stent

- placement for bening colorectal stenosis: case report, review of the literature and animal pilot data. *Int. J. Colorectal Dis.* – 2008. – 23 (10):1007-1012.
14. Goligher I., Hafner C.D. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br. J. Surg.* – 1957. – 450:270-274.
15. Guillem J., Philip P., Cohen A. Surgical treatment of colorectal cancer. *CA Cancer J. Clin.* – 1997. – vol. 47. – №2. – p. 113-128.
16. Myrhyoy T. et al. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: clinical features and survival. *Progr. Colorect. Cane.* – 1998. – vol. 2. – p. 1-12.
17. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. *Annals of Surgery.* – 2008. – vol. 248. – №2. – p. 189-198.
18. Choi J.S. et al. Interventional management of malignant colorectal obstruction: use of covered and uncovered stents. *Korean J. Radiol.* – 2007. – vol. 8. – p. 57-63.
19. Keymling M. Colorectal stenting. *Endoscopy.* – 2006. – vol. 35. – p. 234-238.
20. Francis N. et al. *Manual of Fast Track Recovery for Colorectal Surgery.* Toronto: Springer, 2011. – 181 p.
21. Soto S. et al. Olivencia Endoscopic treatment of acute colorectal obstruction with self-expandable metallic stents. *Surg. Endoscopic.* – 2006. – vol. 20. – p. 1072-1076.
22. Ptok H. et al. Palliative stent implantation in the treatment of malignant colorectal obstruction. *Surg. Endosc.* – 2006. – vol. 20. – p. 909-914.
23. Rajjman I., Siemens M., Marcon N. Use of an expandable ultraflex stent in the treatment of malignant rectal strictures. *Endoscopy.* – 1995. – vol. 27. – p. 273-276.
24. Tsurumaru D. et al. Self-expandable metallic stents as palliative treatment for malignant colorectal obstruction. *Abdom. Im.* – 2007. – vol. 32. – p. 619-623.
25. Small A.J., Young-Fadok T.M., Baron T.H. Expandable metal stent placement for benign colorectal obstruction: outcomes for 23 cases. *Surg. Endoscopic.* – 2008. – vol. 22. – p. 454-462.
26. White P.F. et al. The Role of the Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal nalgesia to Perioperative Medical Care. *Anesthesia & Analgeia.* – 2007. – vol. 104. – №6. – p. 1380-1396.
27. Garcia-Cano J. et al. Use of self-expanding metal stents to treat malignant colorectal obstruction in general endoscopic practice. *Gastrointest. Endosc.* – 2006. – vol. 64. – p. 914-920.

ПОДГОТОВКА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврззов С.Н., Наврззов Б.С., Пазылова Д.У.,
Рахманов С.Т., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан
(директор – д.м.н. Б.С. Наврззов)

В исследование включены 115 пациентов, госпитализированных в Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз с 2005 по 2013 год по поводу тяжелых форм ВЗК с тотальным поражением толстой кишки. Все пациенты были оперированы в объеме тотальной колэктомии с формированием культи прямой кишки и концевой илеостомы. Пациенты были разделены на две группы: основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды, лечебные микроклизмы) и общеукрепляющую терапию, на ее фоне назначали пробиотики (лакто-, бифидо-, колибактерин, бификол); контрольная группа включала 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Эффективность классифицировали по трем степеням:

1. Хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т. д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры.

2. Удовлетворительный результат – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.

3. Неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта.

Длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периоде приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что позволяет рекомендовать также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, культи прямой кишки]

PREPARATION OF RECTAL STUMP AFTER TOTAL COLECTOMY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE FOR RESTORATIVE SURGERY

Navruzov S.N., Navruzov B.S., Pazylova D.U., Rahmanov S.T., Matkarimov S.R., Kutlieva G.Dzh.

Research Center of Coloproctology of the Ministry of Public Health of the Republic Uzbekistan, Toshkent, Republic Uzbekistan

The study included 115 patients hospitalized in the Research Center of Coloproctology of the Ministry of Public Health of the Republic Uzbekistan from 2005 to 2013 with severe form of IBD totally affecting bowel. All patients underwent total colectomy with formation of the rectal stump and formation of ileostomy. Patients were divided into 2 groups: study group included 62 patients who received postoperative basic therapy (sulfasalazine, Salofalk, corticosteroids) and probiotics («Lactobacterin», «Bifidumbacterin», «Colibacterin» and «Bifikol» developed by LLC «Orombiopreparat»); control group included 53 patients who received only the basic therapy. Effectiveness of treatment was classified in three degrees:

1. Good result: disappearance or significant reduction of discharge from rectum (blood, mucus, etc.), complete relief of pain, improvement of general status and endoscopic appearance, quality and quantity of the microbial landscape.

2. Satisfactory result: decrease of discharge, the partial restoration of epithelium, decrease in pain, etc.

3. Unsatisfactory: no effect.

Long-term use of probiotics in patients with IBD at pre-and postoperative periods led to a significant clinical and laboratory test improvement and could be recommended also for preparation of rectal stump for reconstructive surgery.

[Key words: IBD, rectal stump, probiotics]

**Адрес для переписки: Наврззов Саримбек Наврззович, Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз,
ул. Садыка Азимова, д. 74, Ташкент, Узбекистан, 100060, тел. (8371) 233-45-03, 233-03-66,
e-mail: coloproctologUZ@mail.ru**

Воспалительные заболевания толстой кишки (Крона) – хроническое рецидивирующее заболевание (ВЗК) (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся тяжелым язвенно-вос-

палительным поражением слизистой оболочки кишечника. Распространенность язвенного колита составляет 50-117 больных на 100 000 жителей [Андреев П.С., 2012]. Ежегодно регистрируется до 15 новых случаев заболевания на 100000 населения. Точная этиология язвенного колита к настоящему времени неизвестна.

Воспалительно-язвенные заболевания кишечника обусловлены дисбалансом иммунной системы желудочно-кишечного тракта. На этом фоне воздействия разнообразных неблагоприятных факторов приводят к чрезмерному воспалительному ответу, возникающему из-за наследственных или приобретенных нарушений в механизмах регуляции иммунной системы. Повышение эффективности терапии язвенного колита (ЯК) и увеличение продолжительности фазы его ремиссии является одной из актуальных задач современной гастроэнтерологии и колопроктологии [4]. При тяжелых формах ЯК с наличием осложнений требуется выполнение колэктомии или колпроктэктомии с формированием илеостомы.

При многоэтапном хирургическом лечении ВЗК восстановление кишечной непрерывности проводится в последующем с целью социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни стомированных больных [5]. Реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике относятся к наиболее сложным и травматичным хирургическим вмешательствам. Развитие воспалительного процесса в отключённых отделах толстой кишки может служить препятствием к выполнению реконструктивно-восстановительного лечения, так как риск развития послеоперационных осложнений достигает 23,7% [Афендулов С.А., 2003; Дарвин В.В., 2005; Тимербулатов В.М., 2008; Szczepkowski M., 2008]. До настоящего времени патогенез развития воспалительного процесса в культе прямой кишки остается полностью не изученным. Известны гипотезы о роли нарушений в составе бактериальной флоры кишечника, ее метаболитов, в частности, короткоцепочечных жирных кислот, которые участвуют в энергообеспечении эпителия, процессах роста и дифференцировке колоноцитов, блокировке адгезии патогенов, активации местного иммунитета [Roediger W.E., 2002; Villanacci V., 2007]. У больных с отключенной кишкой не существует общепризнанного подхода к методам консервативной терапии, нет обоснованных способов профилактики воспалительно-язвенного процесса культуры прямой кишки.

Разработка патогенетически обоснованных методов предоперационной подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям

являются актуальными вопросами современной колоректальной хирургии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить состояние микробиоценоза культуры прямой кишки у больных язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов, на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии ЯК, что может оптимизировать способы подготовки культуры прямой кишки к реконструктивно-восстановительным вмешательствам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 115 больных ЯК с тотальным поражением и тяжелым течением, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз за период с 2005 по 2013 гг. Всем больным проведена тотальная колэктомия с формированием культуры прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды, лечебные микроклизмы) и общеукрепляющую терапию, на ее фоне назначали пробиотики (лакто-, бифидо-, колибактерин, бификол).

– Контрольная группа включала 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Комплексное лечение больных с язвенно-воспалительным процессом культуры прямой кишки включало: бакстимс по 50 мл в виде клизмы утром; настой ромашки 100 мл микроклизмы вечером; бификол по 10 доз в 10 мл физиологического раствора rectum. Наряду с этим назначали лактобактерин по 5 доз 3 раза в день за 30 мин. до еды в течение 1 мес. per os, затем по 5 доз 2 раза в день в течение 1 мес. и по 5 доз 1 раз в день длительное время; бификол по 5 доз 2 раза в день в течение 3 недель, затем по 5 доз 1 раз в день длительное время. Проводили лазеротерапию.

Всем больным были выполнены клинко-эндоскопические, рентгеноскопические, микробиологические и лабораторные исследования до и после лечения (через 1, 6 и 12 мес.).

Кишечную микрофлору изучали у 50% пациентов, руководствуясь указаниями Грачевой Н.М. с соавт. (1986) и Иванова В.П. с соавт. (2002).

В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде проводили ректоскопию культуры прямой кишки, сфинктерометрию, электромиографию, проктографию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, появлению грануляций и т.д. Учитывали данные цито- и гистологического, бактериологического, клинико-лабораторных и функциональных методов исследования. Эффективность классифицировали по трем степеням:

1. Хороший результат: исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры;
2. Удовлетворительный результат: уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.;
3. Неудовлетворительный результат: отсутствие эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе из 62 больных хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5±6,0%), удовлетворительные – у 22 (35,4±6,0%). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6±6,7%), удовлетворительные – у 29 (54,7±6,8%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных. Таким образом, включение в комплексную терапию пробиотиков привело к достоверному повышению количества хороших результатов и снижению числа удовлетворительных (P<0,05). Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культуры прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период про-

текал гладко, без осложнений. Больным основной группы и в послеоперационном периоде продолжали назначать пробиотики, что отразилось на достоверном сокращении длительности послеоперационного койко-дня: 8±0,7 дней – в основной группе и 12±1,2 – в контрольной (P<0,05).

В основной группе были более выражены количественные и качественные изменения кишечной микрофлоры, что преимущественно выражалось в повышении содержания лакто- и бифидобактерий и снижении содержания представителей условно патогенных (*Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*) и патогенных (*Staphylococcus aureus*) микроорганизмов. Следует отметить, что у 8 больных с отсутствием бифидобактерий до начала приема пробиотиков уже через 3 мес. они появились, хотя и в количествах ниже нормы. Снижалось повышенное содержание *Candida albicans*. В ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы частота стула не превышала 5-6 раз в сутки, а в отдаленном периоде составляла 1-3 раза в сутки.

В контрольной группе позитивные сдвиги были выражены значительно слабее – у больных с отсутствием лакто- или бифидобактерий они не появлялись, а содержание представителей условно патогенных и патогенных микроорганизмов существенно не менялось.

В ближайшем послеоперационном (реконструктивно-восстановительные операции) периоде у больных контрольной группы частота стула составляла 8-11 раз в сутки, а в отдаленном периоде – 4-6 раз в сутки. Очевидно, что лучшие показатели по сравнению с больными контрольной группы были связаны с длительным приемом пробиотиков и выраженной нормализацией компонентов кишечной микрофлоры.

Терапия пробиотиками привела к более быстрому восстановлению функциональных показателей запирающего аппарата по данным сфинктерометрии и электромиографии, по-видимому, за счет противовоспалительного эффекта, связанного с известным эффектом устранения вторичных иммунных нарушений при длительном применении пробиотиков [1]. В таблицах 1 и 2 приводятся

Таблица 1. Показатели сфинктерометрии (мА) у больных ЯК

Здоровые лица (n=12)		Больные ЯК			
		Контрольная группа (n=53)		Основная группа после терапии пробиотиками (n=62)	
В покое	При напряжении	В покое	При напряжении	В покое	При напряжении
32,8±1,9	62,7±2,1	26,0±1,8*	49,7±3,1*	29,1±2,3	59,4±3,8

Примечание: * – достоверные различия по сравнению с здоровыми; ** – достоверные различия по сравнению с контрольной группой

Таблица 2. Показатели электромиографии у больных ЯК

Группа обследованных	Число обследованных	Показатели электромиографии (мВ)	
		в покое	при сокращении
Здоровые лица	12	0,848±0,07	2,072±0,12
Больные ЯК			
Контрольная группа	53	0,615±0,06*	1,437±0,12*
Основная группа	62	0,779±0,03	1,707±0,08**

Примечание: * – достоверные различия по сравнению с здоровыми, ** – достоверные различия по сравнению с контрольной группой

показатели сфинктерометрии и электромиографии у больных ЯК, входящих в контрольную и основную группу.

Из таблицы видно, что в контрольной группе показатели сфинктерометрии в покое и при напряжении были достоверно снижены, по сравнению с показателями здоровых лиц. После терапии пробиотиками достоверных отличий от аналогичных величин у здоровых лиц не наблюдали. Положительная динамика наблюдалась и при электромиографии (Табл. 2).

У больных ЯК наряду со значительным снижением количества или отсутствием – при тяжелых формах заболевания – облигатной микрофлоры (бифидобактерий, бактероидов) имело место значительное повышение высеваемости условно-патогенных микроорганизмов – клебсиел (43% случаев), протей (25%), цитробактера (28,5%).

Итак, проведенные микробиологические исследования показали, что среди условно-патогенной микрофлоры кишечника доминировали: грибы рода *Candida albicans* 4,5-5±0,5 lgКОЕ/г, *Candida tropicalis* 3,5±0,35 lgКОЕ/г, *Staphylococcus aureus* 6,1±0,6 lgКОЕ/г, *Escherichia coli* 6,75±0,6 lgКОЕ/г, *Enterococcus faecalis* 7,3-8,0±0,7 lgКОЕ/г, *Klebsiella pneumoniae* 6,8-7±0,65 lgКОЕ/г, *Proteus mirabilis* 7±0,69 lgКОЕ/г, *Pseudomonas aeruginosa* 5,1±0,5 lgКОЕ/г, *Citrobacter diversus* 4,3±0,41 lgКОЕ/г, *Enterobacter aerogenes* 6±0,6 lgКОЕ/г, *Citrobacter freundii* 5,2±0,5 lgКОЕ/г.

У больных ЯК облигатные виды микрофлоры составляют 40%, а не 70,1% как у здоровых.

Возможно, пробиотикотерапия будет способствовать уменьшению числа осложнений после хирургического лечения, а также ремиссии при ЯК. К возможным механизмам действия пробиотиков относятся: выработка антимикробных веществ, конкурентное взаимодействие с возбудителями, восстановление равновесия в микробной флоре кишки, запуск противовоспалительных реакций в эпителии кишечника и в иммунном аппарате слизистой.

Поэтому пробиотикотерапия представляется одним из перспективных подходов к повышению

эффективности стандартных методов лечения культуры прямой кишки при ЯК.

Так, на фоне коррекции микробиоценоза у больных наблюдалась положительная динамика нормализации количества бифидо- и лактобактерий, а также выявлена четкая позитивная динамика относительно представителей условно-патогенной микрофлоры – отмечалось достоверное уменьшение концентрации стафилококка, грибов рода *Candida* и энтеробактерий.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ЯК в до- и послеоперационном периоде приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами. Это позволяет рекомендовать включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ЯК, а также для подготовки культуры прямой кишки к восстановительным операциям.

ВЫВОДЫ

1. При подготовке культуры прямой кишки к восстановительным операциям после тотальной колэктомии по поводу ЯК необходимо включать в комплексную терапию длительные курсы пробиотиков.
2. У больных с язвенным проктитом использование пробиотиков, направленное на нормализацию кишечной микрофлоры, наряду с базисной терапией, способствует уменьшению активности воспалительного процесса после тотальной колэктомии и, тем самым, сокращению сроков подготовки к восстановительной операции.
3. Терапия пробиотиками приводит к более быстрому восстановлению функциональных показателей запирательного аппарата, по данным сфинктерометрии и электромиографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воеводин Д.А., Розанова Г.Н., Стенина М.А. Дисбактериоз и иммунопатологический процесс.

- ЖМЭИ. – 2005. – №2. – с. 89-92.
2. Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Костенко Н.В. Хирургическое лечение гормонорезистентной формы неспецифического язвенного колита. Хирургия. – 2004. – №5. – с. 39-45.
 3. Грачева Н.М., Гончарова Г.И., Аваков А.А. Применение бактериальных биологических препаратов в практике лечения больных кишечными инфекциями. Диагностика и лечение при дисбактериозе кишечника. Метод. рекомендации. – 1986. – №10-11/31. – 23 с.
 4. Головенко О.В., Михайлова Т.Л., Халиф И.Л., Головенко А.О. прогноз терапевтического ответа на глюкокортикостероидные препараты у больных с тяжелой формой язвенного колита. Колопроктология. – 2010. – №3 (33). – с. 41-48.
 5. Головенко А.О., Халиф И.Л., Головенко О.В. Профилактика послеоперационных рецидивов болезни Крона (обзор литературы). Колопроктология. – 2012. – №4 (42). – с. 40-48.
 6. Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке. Хирургия. – Москва. – 2006. – №7. – с. 51-55.
 7. Иванов В.П., Бойцов А.Г., Коваленко А.Д. Совершенствование методов диагностики дисбактериоза толстого кишечника. Информационное письмо. – С-Пб. – 2002.
 8. Корнева Т.К. Микрофлора кишечника при язвенном колите и болезни Крона. / Воспалительные заболевания кишечника, под ред. Воробьева Г.И., Халифа И.Л./ М.:Миклош. – 2008. – с. 106-135.
 9. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Неспецифический язвенный колит. – Ташкент. – 2008. – 463 с.
 10. Henriksson A., Khaled A.K.D., Conway P.L. Lactobacillus colonization of the gastrointestinal tract of mice after removal of the nonsecreting stomach region. Microb. Ecol. Health. Dis. – 1999. – 11:96-99.
 11. Marteau P., Rambaud M. Potential of using lactic acid bacteria for therapy and immunomodulation in man. FEMS Microbiol. Rev. – 1993. – 12: 207-220.
 12. Conway P.L., Gorbach S. L., Goldin B.R. Survival of lactic acid bacteria in human stomach and adhesion to intestinal cells. J. of Dairy Science. – 1987. – 70:1-12.
 13. Goldin B.R., Gorbach S.L. et al. Survival of Lactobacillus species (strain GG) in human gastrointestinal tract. Dig. Dis. Sci. – 1992. – 173:121-128.
 14. Dunne C., Mahony L., Murphy L. et al. In vitro selection criteria for probiotic bacteria of human origin: correlation with in vivo findings. Am. J. Clin. Nutr. – 2001. – 73:3869-3923.
 15. Corcoran B.M., Ross R.P., Fitzgerald G.F., Stanton G. Comparative survival of probiotic lactobacilli spray-dried in presence of prebiotic substance. J. Appl. Microbiol. – 2004. – 96:1024-1039.
 16. Jamaly N., Benjonad A., Bouksaim M. Probiotic potential of Lactobacillus strains isolated from known popular traditional Moroccan Dairy products. British Microbiology Research Journal. – 2011. – 1 (4):79-94.
 17. Fernandez M.F., Boris S. and Barbes. Probiotics properties of human lactobacilli strains to be used in the gastrointestinal tract. J. of Applied Microbiology. – 2003. – 94:449-455.
 18. Liong M.T., Shah N.P. Acid and bile tolerance and cholesterol removal ability of lactobacilli strains. J. of Dairy Sci. – 2005. – 88:55-66.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТЛУЧЕВЫМИ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Семирджанянц Э.Г.,¹ Петровский А.В.,¹ Фанштейн И.А.,² Нечушкин М.И.,² Геворкян В.С.,² Автомонов Д.Е.²

¹ ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
(ректор – член-корреспондент РАМН, профессор, д.м.н. П.В. Глыбочко)

² ФГБУ Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина
РАМН, г. Москва
(директор – академик РАН и РАМН, профессор, д.м.н. М.И. Давыдов)

Лучевая терапия у больных с местнораспространёнными формами рака шейки матки является единственным методом лечения и используется у 40-47% больных. К сожалению, у 20-30% больных после лучевой терапии вследствие различных причин формируются лучевые повреждения прямой кишки и мочевого пузыря, что может приводить к возникновению свищей.

В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 51 пациентки с постлучевыми ректо-вагинальными свищами при раке шейки матки, выполненного в отделении радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1996 по 2010 годы. Всего 51 больной с ректо-вагинальными свищами в разные сроки выполнено 61 различное по объёму оперативное вмешательство на прямой и ободочной кишке. При первичных свищах выполнено 43 радикальные операции, 8 – паллиативных, при рецидивных свищах – 7 радикальных, 3 паллиативных.

[Ключевые слова: рак шейки матки, лучевая терапия, ректовагинальные свищи]

SURGICAL CORRECTION OF RECTOVAGINAL FISTULAS CAUSED BY RADIOTHERAPY FOR CERVICAL CANCER

Semirdzhanjanc Je.G.,¹ Petrovskij A.V.,¹ Fanshtein I.A.,² Nechushkin M.I.,² Gevorkian V.S.,² Avtomonov D.E.²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

² Blokhin Oncology Research Center, Moscow, Russia

Radiotherapy is a treatment of choice for locally advanced cervical cancer. It is used in 40-47% of cases. Unfortunately, 20-30% of patients suffer from late recta, vaginal and urinary toxicity. Developing of rectovaginal fistula is the most common complication.

Results of surgical treatment of 51 patients with postirradiation rectovaginal fistula were analyzed. All surgeries were performed between 1996 and 2010 years. Sixty-one surgical colon and rectum procedures were carried out in cases of 51 patients with rectovaginal fistula. Of them 43 definite surgical correction and 8 palliative operations were performed for primary fistula. In 10 cases of recurrent rectovaginal fistulas 7 definite and 3 palliative surgeries has been done.

[Keywords: cervical cancer, radiotherapy, rectovaginal fistula]

Адрес для переписки: Семирджанянц Эдгар Гариевич, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991,

e-mail: 3005757@mail.ru

Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах. В лечении РШМ местнораспространённых форм лучевая терапия является единственным методом лечения [1-4]. Вместе с тем, у 20-30% больных после лучевой терапии, вследствие различных причин, формируются лучевые повреждения прямой кишки и мочевого пузыря [5-10]. Они могут возникать в ближайшее время после лучевой терапии (ранние лучевые повреждения) или в сроки выше

трех месяцев после окончания курса (поздние лучевые повреждения).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включена 51 больная, которым проводилось хирургическое лечение в отделении радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1996 по 2010 годы. Большую часть больных 33 (64,6%) составляли лица достаточ-

но молодого возраста – 36-55 лет. У большинства (42,7%) образование свищей приходилось на сроки 1-3 года после окончания лучевой терапии, в 28,0% случаев свищи развивались в течение 3-6 месяцев после завершения лечения. У 17,1% больных сроки формирования свищей составляли 4-10 лет после окончания лечения.

Из сопутствующих заболеваний у 29,3% пациентов выявлена гипертоническая болезнь, у 14,6% – сахарный диабет 2 типа, у 15,9% – ИБС, стенокардия напряжения 1-2 ф.к., у 25,6% – ожирение.

При всех хирургических вмешательствах по поводу ректо-вагинальных свищей использовался трансабдоминальный или комбинированный доступ (при брюшно-анальной резекции прямой кишки).

По поводу первичных свищей и рецидивов, выполнено 61 оперативное вмешательство на прямой и ободочной кишке. При первичных свищах произведено 43 радикальных операции и 8 – паллиативных, при рецидивных свищах – 7 радикальных и 3 паллиативных вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После радикальных операций (n=43) по поводу первичных ректо-вагинальных свищей, рецидив возник у 10 пациенток в сроки от 1,5 до 10 месяцев, медиана составила 6,5 мес. (Табл. 1).

Рецидивы свищей возникли после экономной резекции прямой кишки у 2 (50%) больных, после передней резекции прямой кишки у 4 (33,3%) больных и после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки у 4 (14,8%). Таким образом, эффективность операции резекции передней стенки прямой кишки составила 50%, передней резекции прямой кишки – 66,7%, брюшно-анальной резекции – 85,2%. Все рецидивы возникли на фоне продолжающихся постлучевых склеротических изменений в стенке кишки. Рецидивы после брюшно-анальной резекции, по всей видимости, были обусловлены имевшимися постлучевыми дистрофическими изменениями в стенке сигмовидной кишки, использованной для низведения.

Эффективность радикальных операций при первичных ректовагинальных свищах в нашем наблюдении составила 76,7%, наиболее эффективной операцией явилась брюшно-анальная резекция.

У 2 из 8 больных (25,0%), которым изначально была выполнена паллиативная операция – колостомия, при обследовании через 2 года отмечено самостоятельное заживление свища, в связи с чем произведено закрытие сигмостомы. Таким образом, у 35 больных из 51 (68,6%) после 1-й операции отмечено излечение от свища.

По поводу рецидивных свищей выполнено 7 радикальных оперативных вмешательств. Всем больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки. Повторных рецидивов в этой группе выявлено не было.

Эффективность брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки при рецидивных свищах составила 100%. Для низведения была использована нисходящая ободочная кишка. Более экономные вмешательства (передняя резекция прямой кишки) при рецидивах свищей не производили. У 1 больной после операции брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу первичного свища и возникшего через 2,5 месяца рецидива небольшого диаметра (около 3 мм) было произведено наложение трансверзостомы. При обследовании через 8 месяцев после проведенного консервативного лечения данных о наличии свища не получено, произведено закрытие трансверзостомы. Таким образом, от рецидивов свищей было излечено 8 из 10 (80,0%) пациенток.

Паллиативное лечение ректо-вагинальных свищей подразумевало формирование сигмостомы или трансверзостомы. Такая операция была выполнена 8 пациенткам с первичными свищами (15,7%), при этом сигмостомия произведена у 6 женщин, а трансверзостомия – у двух. При рецидиве свищей формирование колостомы было произведено у трех пациенток (30,0%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Лучевое или комбинированное лечение рака шейки матки у части больных может осложниться развитием мочеполовых и прямокишечно-вагинальных свищей. Постлучевые свищи являются тягостным осложнением проведенного лечения, частота их возникновения колеблется от 1 до 10%, а интервал с момента окончания облучения до появления свища может составлять от 3 месяцев до 30 лет

Таблица 1. Результаты радикальных операций при первичных ректо-вагинальных свищах

Вид операции	N	Рецидивы	Эффективность
Резекция передней стенки прямой кишки	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Передняя резекция прямой кишки	12	4 (33,3%)	8 (66,7%)
Брюшно-анальная резекция прямой кишки	27	4 (14,8%)	23 (85,2%)

[11-16]. Совершенствование методов планирования и проведения лучевой терапии привело к снижению частоты поздних лучевых повреждений, но абсолютное число таких больных остается достаточно высоким [17,18,19]. Эти повреждения лишают больных трудоспособности, приносят им значительные физические и моральные страдания и могут приводить к смертельным исходам [20-23]. Лечение поздних лучевых повреждений представляет собой сложную задачу. Это связано с тем, что для них характерны, как правило, необратимые изменения, хотя нередко могут развиваться компенсаторные механизмы. По данным разных авторов, временный эффект достигается у 35-65% больных, а рецидивы наблюдаются у 30-80% пациенток [24-28]. Необратимые нарушения кровообращения, рубцово-склеротические изменения тканей в зоне свища, развитие язвенно-некротических пострадиационных циститов и проктитов с анатомо-функциональными изменениями органов приводят к возникновению больших технических сложностей.

И в отечественной, и в зарубежной литературе проблеме реабилитации этой категории больных уделяется очень мало внимания. Учитывая характер изменения тканей в зоне формирования свищей, глубокое угнетение репаративных процессов, большинство подобных больных получает отказ в хирургическом лечении.

На основании клинических наблюдений установлено, что однажды возникшие поздние лучевые повреждения в последующем имеют тенденцию к прогрессированию [29,30,31]. Поэтому очевиден тот факт, что, чем дольше живут онкологические больные после проведенной лучевой терапии, тем больше у них вероятность развития поздних лучевых повреждений. В нашем исследовании в 14,3% наблюдениях после операции по устранению везико-вагинального свища в различные сроки происходило формирование ректо-вагинального свища, что говорит о прогрессировании поздних лучевых повреждений, дистрофических и некротических изменениях тканей в облученной зоне.

Существующие у пациенток сопутствующие заболевания, безусловно, повышают риск возникновения поздних лучевых повреждений. Сосудистые заболевания, сахарный диабет, сопровождающиеся изменениями сосудистой стенки, могли способствовать развитию лучевого некроза, одним из патогенетических механизмов которого является ишемический. Несмотря на тяжелый контингент больных, наличие сопутствующих заболеваний, воспалительных осложнений, фиброз тазовой клетчатки, мы стремились выполнять радикальные операции там, где это было возможно. При наличии тяжелых

сопутствующих заболеваний, высокой вероятности рецидива или прогрессирования болезни в ближайшее время, технической невозможности выполнить радикальную операцию, производили паллиативное оперативное вмешательство.

В литературе описаны случаи самостоятельного заживления свищей небольшого диаметра после наложения колостомы [32,33,34], что дает основание некоторым хирургам рекомендовать выжидательную тактику на протяжении 8-12 месяцев [35]. В нашем наблюдении мы отмечали самостоятельное закрытие свища в сроки 8 месяцев и 1 год у 3 больных: у 2 из 8 (25,0%) больных, которым изначально была выполнена паллиативная операция – колостомия, и у 1 больной, которой, в связи с рецидивом небольшого диаметра (около 3 мм) после брюшно-анальной резекции прямой кишки, было произведено наложение трансверзостомы. Учитывая этот факт, считаем необходимым при ректовагинальных свищах небольшого диаметра на первом этапе лечения производить колостомию в надежде на самостоятельное закрытие свища. Данный метод подразумевает под собой не только попытку добиться заживления свища, но и применяется как подготовительный этап перед радикальными операциями с целью купирования воспалительного процесса окружающих тканей, что, несомненно, способствует лучшим результатам лечения.

В целом эффективность хирургического лечения, включая и повторные операции, у 51 пациентки с ректовагинальными свищами составила 84,3% (43 пациентки). У 43 излеченных пациенток удалось выполнить сфинктеросохраняющие вмешательства, однако у 2 больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки развилось осложнение – некроз низведенной кишки, в связи с чем, была выполнена экстирпация низведенной кишки, концевая трансверзостомия. Таким образом, восстановить естественный акт дефекации удалось у 41 (80,4%) пациентки. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал стала наиболее эффективным вмешательством: из 34 выполненных операций по поводу первичных и рецидивных свищей операция была эффективной в 88,2% и позволила добиться излечения у 30 (58,8%) больных с ректовагинальными свищами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При возникновении ректо-вагинальных свищей наиболее эффективным способом хирургического лечения является брюшно-анальная резекция

прямой кишки. Выполнение операций меньшего объема (передняя резекция прямой кишки, резекция передней стенки прямой кишки, колостомия) может приводить к удовлетворительным результатам только при небольшом дефекте стенки и при отсутствии продолжающихся ишемических и склеротических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кравец О.А. Лучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки (оптимизация лечения, факторы прогноза). Автореф. дисс... докт. мед. наук, М., – 2010. – 45 с.
2. Крикунова Л.И. Лучевая терапия рака шейки матки. Практическая онкология. – 2002. – т. 3. – №3. – с. 194-199.
3. Лучевая терапия в лечении рака. Практическое руководство. М.: Медицина. – 2000. – 338 с.
4. Марьина Л.А., Кравец О.А., Богатырев В.Н. и др. Лучевая терапия рака шейки матки. Материалы VIII Российского онкологического конгресса. – 2004. – с. 45-48.
5. Бардычев М.С., Кацалап С.М., Курпешева А.К. и др. Диагностика и лечение местных лучевых повреждений. Мед. радиол., – 1992. – т. 37. – №11. – с. 12-14.
6. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. М.: Медицина. – 1985. – 239 с.
7. Вишневская Е.Е., Косенко И.А. Отдаленные результаты комплексной терапии больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом. Вопросы онкологии. – 1999. – т. 45. – №4. – с. 420-423.
8. Габелов А.А., Холин В.В., Лубенец Э.Н. Поздние лучевые повреждения прямой кишки. Метод. рекомендации Минздрава СССР, Л., – 1978. – 18 с.
9. Жариков Г.М., Винокуров В.Л., Заикин Г.В. Лучевые повреждения прямой кишки и мочевого пузыря у больных раком шейки матки. Мир Медицины, – 2000. – №7-8. – с. 17-21.
10. Столярова И.В., Винокуров В.Л. Проблемы больных после лечения рака шейки матки (профилактика и лечение постлучевых осложнений). Практическая онкология. – 2002. – т. 3. – №3. – с. 220-227.
11. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. М.: Медицина. – 1985. – 239 с.
12. Вишневская Е.Е., Косенко И.А. Отдаленные результаты комплексной терапии больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом. Вопросы онкологии. – 1999. – т. 45. – №4. – с. 420-423.
13. Костромина К.Н., Титова В.А. Лучевые реакции и осложнения при сочетанной лучевой терапии рака шейки матки. Мед. радиология. – 1974. – т. 19. – №3 – с. 26-33.
14. Курпешева А.К. Радиобиологический анализ развития ранних и поздних лучевых повреждений. Мед. радиол., – 1984. – т. 29. – №3. – с. 54-64.
15. Coia L., Myerson R., Tepper J. Late effects of radiation therapy on the gastrointestinal tract. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., – 1995. – vol. 31. – N5. – p. 1213-1236.
16. Crentzberg C., Althol V., de Hoog M. et al. Quality control study of the accuracy of patient positioning in irradiation of pelvic fields. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., – 1996. – vol. 34. – №3. – p. 697-708.
17. Бардычев М.С. Лучевые повреждения. Лучевая терапия злокачественных новообразований. М.: Медицина. – 1996. – с. 437-459.
18. Бардычев М.С., Кацалап С.М., Курпешева А.К. и др. Диагностика и лечение местных лучевых повреждений. Мед. радиол., – 1992. – т. 37. – №11. – с. 12-14.
19. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. М.: Медицина. – 1985. – 239 с.
20. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. М.: Медицина. – 1985. – 239 с.
21. Краснополяский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. Москва. – 2001. – с. 75-80.
22. Лоран О.Б., Липский В.С. Медицинская и социальная реабилитация женщин, страдающих пузырно-влагалищными свищами. Саратов. – 2001. – с. 34-52.
23. Alert J., Jimenez J., Beldarrain L., Montaivo J., Roca C. Complications from irradiation of carcinoma of the uterine cervix. Acta Radiol Oncol. – 1980. – vol. 19. – p. 13.
24. Абрамян С.Г. Лучевые ректовагинальные свищи: клиника, диагностика, лечение. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Обнинск. – 1992.
25. Краснополяский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. Москва. – 2001. – с. 75-80.
26. Столярова И.В., Винокуров В.Л. Проблемы больных после лечения рака шейки матки (профилактика и лечение постлучевых осложнений). Практическая онкология. – 2002. – т. 3. – №3. – с. 220-227.
27. Arrowsmith S.D., Ruminjo J., Landry E. Current practices of female genital fistula: a cross sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. – 2010;10: 73
28. Coia L., Myerson R., Tepper J. Late effects of radiation therapy on the gastrointestinal tract. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., – 1995. – vol. 31. – №5. – p. 1213-1236.
29. Костромина К.Н., Титова В.А. Лучевые реак-

- ции и осложнения при сочетанной лучевой терапии рака шейки матки. Мед. радиология. – 1974. – т. 19. – №3. – с. 26-33.
30. Курпешева А.К. Поздние лучевые повреждения кишечника. Автореф. дисс... канд. мед. наук, Обнинск, 1985.
31. Курпешева А.К. Радиобиологический анализ развития ранних и поздних лучевых повреждений. Мед. радиол., – 1984. – т. 29. – №3. – с. 54-64.
32. Абрамян С.Г. Лучевые ректовагинальные свищи: клиника, диагностика, лечение. Автореф. дисс... канд. мед. наук, Обнинск, 1992.
33. Бардычев М.С. Лучевые повреждения. Лучевая терапия злокачественных новообразований. М.: Медицина. – 1996. – с. 437-459.
34. Given F.T. Rectovaginal fistula. A review of 20 years of experience in a community hospital. Am J. Obstet. Gynecol., – 1970. – 108: 1, 41-46.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННОЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Фролов С.А.¹, Гатауллин И.Г.², Савинков В.Г.¹, Мальцева Н.В.¹

¹ ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
г. Самара
(главный врач – к.м.н. А.Е. Орлов)

² ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»,
г. Казань
(ректор – профессор, д.м.н. К.Ш. Зыятдинов)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить характер микрофлоры, ассоциированной со злокачественными опухолями толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В исследование были включены 100 больных с различной локализацией колоректального рака. Пациентам исследуемой группы во время проведения диагностической фиброколоноскопии производился забор биоптата слизистой оболочки в 5 см от опухоли и биоптата опухолевой ткани для микробиологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Малигнизированный эпителий толстой кишки, в основном (78%) обсеменен грамотрицательными бактериями (факультативная условно-патогенная флора), в то время как для неповрежденного эпителия характерно преобладание (72%) грамположительных бактерий (облигатная флора). Опухолевая патология толстой кишки характеризуется нарушением баланса в микрофлоре, уменьшением количества протективных микроорганизмов, нарастанием условно-патогенной флоры.

[Ключевые слова: колоректальный рак, микрофлора]

SPECIAL FEATURES OF BACTERIAL FLORA, ASSOCIATED WITH MALIGNANT COLORECTAL TUMORS

Frolov S.A.¹, Gataullin I.G.², Savinkov V.G.¹, Malceva N.V.¹

¹ Samara state clinical oncology center, Samara

² Kazan state medical academy, Kazan

The AIM of the study is to learn special features of microflora, associated with malignant tumors of colon and rectum. MATERIALS AND METHODS: 100 patients with various localizations of colorectal cancer were included in the study. During diagnostic flexible colonoscopy the biopsy of healthy mucosa and tumor tissue were performed for microbiological study of the specimens.

RESULTS: It was shown, that specimens from tumors were contaminated with gram- bacteria in 78% of microbial isolates (potentially pathogenic flora). While normal mucosa biopates had 72% of microbial isolates of gram+ bacteria (obligate gut flora). Tumors of colon and rectum are associated with disbalance of microflora: reducing of protective bacteria and increasing of potentially pathogenic flora.

[Key words: colorectal cancer, microflora]

Адрес для переписки: Фролов С.А., ул. Г.Димитрова, д. 95, кв. 36, Самара, 443122, e-mail: frof_ser@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Нормальная микрофлора толстой кишки выполняет важные для организма функции: метаболическую, трофическую, защитную. Поддержание баланса микрофлоры кишечника важно для функционирования иммунной системы [1]. Macpherson et al. сообщил, что бактерии сапрофиты транспортируются дендритическими клетками в мезентериальные лимфоузлы. После чего эти клетки продуцируют IgA против пенетрации патогенных бактерий слизистой оболочки [3]. В сообщении Rakoff

Nahoum et al. отмечается, что флора через специальные рецепторы стимулирует пролиферацию эпителиальных клеток [4]. В нормальных условиях флора представлена примерно сотней миллиардов колониеобразующих единиц в 1 грамме кишечного содержимого, причем в большинстве своем строгими облигатными анаэробами: Bacteroidaceae и Bifidobacterium. Именно эти бактерии играют важную защитную роль. Облигатные анаэробы подавляют рост других бактерий – так называемый феномен «колонизационной резистентности» [2]. Исследованиями на животных продемонстриро-

вано, что пока облигатные анаэробы сохраняются в микрофлоре, не происходит избыточного роста и транслокации потенциально патогенных бактерий. Снижение числа анаэробных представителей облигатной микрофлоры, обладающих высокой антагонистической активностью, создает условия для развития условно патогенных микроорганизмов: энтеробактерий, стафилококков и грибов рода *Candida*. Рост факультативно анаэробных микроорганизмов, таких как стафилококки и *Pseudomonas* происходит при синдроме системной воспалительной реакции. У пациентов с бактериальной транслокацией Грам-факультативные анаэробы были наиболее часто определяемыми микроорганизмами в мезентериальных лимфоузлах и отпечатков с брюшины при релапаротомии, облигатные анаэробы высевались гораздо реже. Снижение облигатных анаэробов и рост факультативных анаэробов снижает резистентность кишечной стенки к транслокации микроорганизмов. С возрастом снижается местный иммунитет кишечной стенки, что вместе с дисбалансом в микрофлоре приводит к нарушению барьерной функции. Дисбаланс нормальной микрофлоры может быть важнее в развитии септических осложнений, чем наличие патогенных бактерий [4].

В исследовании L. Degrate et al. показано, что уровень гнойных осложнений у больных с локализацией опухоли в прямой кишке и левой половине ободочной кишки достоверно выше, чем у пациентов с опухолями в правой половине ободочной кишки. Авторы связывают это с увеличением количественного и качественного состава микрофлоры толстой кишки по направлению от баугиниевой заслонки к анальному каналу [5].

Основываясь на данных фундаментальных исследований, логично предположить, что опухолевый рост в толстой кишке сопровождается изменениями в естественной микрофлоре. Детальное изучение флоры толстой кишки и ее изменение при онкопатологии может быть ключом к пониманию механизмов канцерогенеза, а также, возможно, путем к получению эффективного инструмента для скрининга колоректального рака. Кроме того, высокий уровень гнойных осложнений в колоректальной хирургии традиционно связывается с наличием агрессивной микрофлоры. Воздействуя на это патогенетическое звено, представляется возможной разработка обоснованных способов профилактики гнойных послеоперационных осложнений. Таким образом, проблема изучения микрофлоры, ассоциированной с опухолями толстой кишки, является актуальной. Материалом для микробиологического исследования, по нашему мнению,

должен служить биоптат опухоли толстой кишки. Основой для принятия решения об использовании именно такого биологического материала послужила работа A. Durban et al., продемонстрировавшая, что традиционный анализ промывных вод кишечника серьезно недооценивает многообразие и количество микробных ассоциация слизистой прямой кишки [3]. Кроме того, применение качественной предоперационной подготовки кишечника ставит под сомнение возможность использования кала в качестве источника информации о микрофлоре толстой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является изучение характера микрофлоры, ассоциированной со злокачественными опухолями толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты исследований, проведенных в период с 2010 по 2012 годы в отделении колопроктологии ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер. В исследование были включены 100 больных колоректальным раком. Возраст пациентов колебался от 27 до 85 лет. Соотношение мужчин и женщин в исследуемой группе составило 0,9:1.

У пациентов, включенных в исследование, в 5 случаях опухоль локализовалась в слепой кишке, в восходящем отделе – у 4 пациентов, в печеночном углу – у 2, в поперечно-ободочной кишке – у 2, в селезеночном углу – у 5, в нисходящем отделе – у 5, в сигмовидной кишке – у 30 пациентов, в 47 случаях в прямой кишке.

Пациентам исследуемой группы во время проведения диагностической фиброколоноскопии производился забор биоптата слизистой оболочки в 5 см от опухоли и биоптата опухолевой ткани биопсийными щипцами. Полученный материал в стерильных контейнерах транспортировался в микробиологическую лабораторию.

Биологический материал засевался на плотные и жидкие питательные среды. Материал засевался на селективные питательные среды для энтеробактерий (Плоскирева и Эндо), дополнительно проводился высев на кровяной агар для обнаружения гемолизирующей флоры, на желточно-солевой агар для выделения бактерий рода *Staphylococcus* и на среду Сабуро для выделения грибов рода *Candida*.

Таблица 1. Число изолятов основных групп бактерий, колонизирующих эпителий толстой кишки

Источник биопсии	Группы бактерий				P
	Грамположительные		Грамотрицательные		
	N	%	N	%	
Нормальная слизистая	164	72	64	28	<0,005
Малигнизированный эпителий	57	22	199	78	<0,005

Анаэробную бифидофлору высевали на среду Блаурокка, а лактобациллы на – МРС-1. Через 24 ч. культивирования производился учет результатов и подсчет колоний, выросших на среде Плоскирева, Эндо и на кровяном агаре. Через 48 ч. производится учет культур на средах Блаурокка и МРС-1, на желточно-солевом агаре и на среде Сабуро. Производилась микроскопия с окраской по Граму, после чего производился отсев колоний и идентификация микроорганизмов до семейства и, по возможности, до вида по биохимическим свойствам с применением микробиологических анализаторов Vitek 2 и WalkAway.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для систематизации данных, пациенты основной группы были разделены на 3 группы в зависи-

мости от локализации опухоли в правой, левой половине ободочной кишки и в прямой кишке. Злокачественная опухоль локализовалась в правой половине ободочной кишки у 13 пациентов, в левой половине ободочной кишки – у 40 больных, в прямой кишке – у 47 больных.

Анализ микрофлоры биоптатов эпителия толстой кишки онкологических больных методами классической микробиологии позволил нам выделить доминирующие группы бактерий, характерные для области опухолевого роста и неповрежденного эпителия. Из биоптатов опухолевой ткани было выделено 256 микробных изолятов, причем преимущественно (в 199 изолятах) были идентифицированы грамотрицательные бактерии (78%). Из биоптатов неповрежденной слизистой было выделено 228 микробных изолятов, в числе которых преобладали (в 164 случаях) грамположительные микроорганизмы (72%).

Таблица 2. Микроорганизмы, ассоциированные с опухолью толстой кишки (число микробных изолятов)

Микроорганизм	Правая половина ободочной кишки (n=13)		Левая половина ободочной кишки (n=40)		Прямая кишка (n=47)	
	N	%	N	%	N	%
Грамотрицательные:						
<i>E. coli</i>	13	100	40	100	47	100
<i>Klebsiela pneumoniae</i>	2	15	14	35	20	42
<i>Klebsiela oxytoca</i>	1	7	7	17	15	32
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	15	4	10	10	21
<i>Kluwera cryocrescens</i>	-	-	1	2,5	4	8
<i>Proteus mirabilis</i>	-	-	1	2,5	1	2
<i>Flavobacterium</i>	-	-	-	-	2	4
<i>Proteus vulgaris</i>	-	-	2	5	2	4
<i>Enterobacter cloacae</i>	-	-	-	-	1	2
<i>Hafnia alvei</i>	-	-	-	-	1	2
<i>Enterobacter agglomerans</i>	-	-	-	-	1	2
Грамположительные:						
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	-	-	1	2	7	14
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	-	3	7	7	14
<i>Streptococcus bovis</i>	-	-	2	4	6	12
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2	-	3	7	5	10
<i>Enterococcus faecium</i>	-	-	2	4	6	12
<i>Streptococcus pluranimalium</i>	-	-	2	4	3	6
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	-	1	2	3	6
<i>Streptococcus viridans</i>	-	-	-	-	3	6
Грибы						
<i>Candida albicans</i>	-	-	-	-	3	6

Таблица 3. Количественный состав микроорганизмов в биоптате опухоли в различных отделах толстой кишки, КОЭ/г

Локализация опухоли	Грамотрицательные бактерии	Грамположительные бактерии
Правая половина ободочной кишки	10 ⁴	10 ⁸ -10 ⁹
Левая половина ободочной кишки	10 ⁵ -10 ⁶	10 ⁷
Прямая кишка	10 ⁷ -10 ⁸	10 ⁶

Таким образом, нормальная слизистая толстой кишки обсеменена преимущественно грамположительными бактериями. В первую очередь, основываясь на культуральных и морфологических свойствах, это облигатно анаэробные микроорганизмы семейств Lactobacillaceae, Bifidobacteriaceae. В нашей клинике технической возможности для культивирования анаэробных микроорганизмов для идентификации видовой принадлежности нет. Малигнизированный эпителий был, в основном, обсеменен грамотрицательными бактериями. Определение физиолого-биохимических свойств выделенных грамотрицательных бактерий позволило отнести представителей доминантных групп к семейству Enterobacteriaceae, т.е. условно-патогенным аэробным и факультативно анаэробным бактериям. При этом в малигнизированном эпителии толстой кишки были выявлены ассоциации условно-патогенных возбудителей, у которых, кроме того, были более выраженные факторы антагонизма – подвижность, гемолитическая, антагонистическая, рибонуклеатическая активность. В таблице 2 представлены грамотрицательные условно-патогенные микроорганизмы, которые удалось идентифицировать из биоптатов опухоли различных отделов толстой кишки. Монофлора в виде E.coli выявлена у 3 больных. В подавляющем большинстве случаев встречались аэробные и аэробно-анаэробные ассоциации. Спектр микроорганизмов существенно расширяется по направлению от баугиниевой заслонки к анальному жому, увеличивается и количественный состав микрофлоры (Табл. 3).

ВЫВОДЫ

Таким образом, поверхность опухолей толстой кишки, в основном (78%), обсеменена грамотрица-

тельными бактериями (факультативная условно-патогенная флора), в то время как для неповрежденного эпителия характерно преобладание (72%) грамположительных бактерий (облигатная флора). Кроме того, показано, что микробная флора, ассоциированная с опухолью толстой кишки, претерпевает количественные и качественные изменения по направлению от баугиниевой заслонки к анальному каналу – увеличивается количество, расширяется спектр условно-патогенных грамотрицательных микроорганизмов от 10⁴ КОЭ/г в правой половине ободочной кишки до 10⁸ КОЭ/г в прямой кишке. Опухолевая патология толстой кишки характеризуется нарушением баланса в микрофлоре, уменьшением количества протективных микроорганизмов, нарастанием условно-патогенной флоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». – М., 2003. – 98 с.
2. Гатаулин И.Г., Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р. и соавт. Культивируемая бактериальная микрофлора, ассоциированная с колоректальной карциномой. Российский онкологический журнал. – 2010. – №2 – с. 67-69.
3. Durban A., Abellan J., Ponce M. et al. Assessing Gut Microbial Diversity from Feces and Rectal Mucosa. Microb. Ecol. – 2011. – Jan;61:123-133.
4. Shimizu K., Ogura H., Hamasaki T. et al. Altered Gut Flora Are Associated with Septic Complications and Death in Critically Ill Patients with SIRS Dig. Dis. Sci. 2011. – Feb;56:1171-1177.
5. Degrate L. Right colon, left colon and rectal surgeries are not similar for surgical site infection development. Analysis of 277 elective and urgent colorectal resections. Int. J. Colorectal. Dis. – 2011. – Jan;26:61-69.

РОЛЬ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Хачатурова Э.А., Кашников В.Н., Савушкин А.В., Балыкова Е.В.,
Мусин И.И., Ерошкина Т.Д., Болихов К.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

Интенсивная терапия при осложненных формах язвенного колита включала в себя инфузионную терапию, медикаментозную поддержку, парентеральное питание, энтеральное питание на всех этапах периоперационного периода. Исследования в ГНЦ колопроктологии проведены за период с 1990 по 2008 год у 172 больных. Разработанный комплексный метод интенсивной терапии позволял снизить объем переливаемых инфузионных растворов в периоперационном периоде, а также значительно уменьшить послеоперационные осложнения (парезы, стрессовые язвы, нагноения и др.).

[Ключевые слова: язвенный колит, осложнения, гомеостаз, интенсивная терапия, энтеральное питание]

THE ROLE OF INTENSIVE CARE IN IMPROVEMENT OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS

Hachaturova E.A., Kashnikov V.N., Savushkin A.V., Balykova E.V., Musin I.I., Eroshkina T.D., Bolihov K.V.
State research Center of coloproctology, Moscow, Russia

A complex intensive care program for complicated forms of ulcerative colitis was adopted at SRC of coloproctology and used for treatment of 172 patients between 1990 and 2008. It included infusion, parenteral and enteral feeding through all perioperative period. Suggested program allowed to reduce the volume of infusion and significant reduce the number of postoperative complications (ileus, infection etc.)

[Key words: ulcerative colitis, complications, homeostasis, intensive care, enteral feeding]

**Адрес для переписки: Хачатурова Эльмира Александровна, ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России,
ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, e-mail: info@gnck.ru**

Наиболее тяжелую группу среди заболеваний кишечника составляют больные язвенным колитом (ЯК) с кишечными осложнениями: кровотечением, токсической дилатацией, перфорацией кишки [8]. При этом послеоперационная летальность колеблется при кишечных кровотечениях от 8 до 12%, токсической дилатации – от 15 до 26%, а при перфорации от 50 до 60% [1,3,6]. На рост заболеваемости язвенным колитом и увеличение хирургической активности указывают многие авторы [1,3,5,6]. Неудовлетворительные результаты при хирургическом лечении больных ЯК нередко обусловлены обменными нарушениями, развивающимися при дефиците белков, липидов, лактозной недостаточности [2,6].

Настоящее исследование направлено на улучшение результатов хирургического лечения больных ЯК путем разработки патогенетической коррекции гомеостаза. Для предотвращения катаболической направленности метаболизма больных ЯК после операции нами разработаны дифференцированные показания к применению парентерального питания

(с включением концентрированных аминокислотных растворов) в комплексе с энтеральным питанием.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Было изучено 172 пациента с тяжелыми формами ЯК, находившихся на лечении в ГНЦ колопроктологии. Из них мужчин было 89, женщин – 83. Возрастной состав колебался от 15 до 79 лет. Наибольшую группу ЯК составили лица молодого возраста – от 20 до 29 лет (33,24%).

На основании показаний к оперативному вмешательству нами были выделены 4 группы. В 1 группу вошли 99 пациентов, которым выполнялись плановые оперативные вмешательства, в связи с неэффективностью консервативной терапии.

Во 2 группу включены пациенты с выраженными признаками кишечного кровотечения (n=37) и оперативное вмешательство выполнялось в срочном порядке. Третью группу составили больные с признаками развившейся токсической дилатации толстой

Таблица 1. Характеристика подгрупп оперированных больных

	ОСНОВНАЯ ПОДГРУППА	КОНТРОЛЬНАЯ ПОДГРУППА
Количество больных	90	82
Инфузионная терапия	Неонутрин 15% -1000 мл, Дипептивен 100 мл, Свежезамороженная плазма 250 мл, Глюкоза 10% 800 мл, KCL 4% 200 мл	Аминоплазмаль 450 мл, СЗП- 250 мл, Глюкоза 10% 800 мл, KCL 4% -200 мл
Соотношение коллоидов и кристаллоидов	1:1	1:3
Энтеральное питание	Гиперкалорические смеси	Не применялось

кишки (n=19), операция проводилась по жизненным показателям в экстренном порядке.

В четвертую группу вошли больные с перфорацией толстой кишки (n=17), которым операция выполнялась также по жизненным показаниям в экстренном порядке.

У 162 больных выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео- и сигмостомы. У 10 больных выполнена колпроктэктомия с илеостомией по Бруку.

В зависимости от вида интенсивной терапии в каждой из обследованных нами 4-х групп были выделены 2 подгруппы: основная и контрольная (Табл. 1). В основной подгруппе (n=90) в состав инфузионной терапии с первого дня после операции включались гиперкалорические растворы аминокислот (Неонутрин 15% – 1000 мл, или Инфезол – 100 мл в комбинации с Дипептивеном 100 мл, Глюкозой 10%–800мл, KCl-4%–200мл, Свежезамороженная плазма – 250 мл). Соотношение коллоидов к кристаллоидам составило 1:1. В послеоперационном периоде комплексная терапия в этой подгруппе включала коррекцию водно-электролитных нарушений, КЩС, стабилизацию и нормализацию белкового, липидного и углеводного обмена. Кроме того, с первого дня после операции применялось энтеральное питание гиперкалорическими смесями по разработанной нами схеме (патент на изобретение №2245174, 27 января 2005 г.).

В контрольной подгруппе (n=82), в инфузионную терапию включали изокалорические аминокислоты – Аминоплазмаль – 450 мл, СЗП – 250 мл, Глюкозу 10% – 800 мл, KCl 4% – 200 мл. Соотношение коллоидов к кристаллоидам составило 1:3. В послеоперационном периоде в контрольной подгруппе инфузионная терапия проводилась вышеуказанными аминокислотами с глюкозой, а энтеральное питание не применялось (Табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В связи с тем, что в предоперационном периоде

у всех больных ЖК были выявлены выраженные нарушения белкового, липидного, водно-электролитного обмена нами ранее была разработана предоперационная подготовка, направленная на коррекцию метаболизма (6). Предоперационная подготовка во всех обследуемых группах больных была направлена на стабилизацию биохимических показателей, характеризующих белковый, углеводный, липидный обмен.

У больных первой группы (с неэффективностью консервативной терапии) инфузионная программа была направлена на коррекцию водно-электролитных нарушений. Переливали глюкозокалиевую смесь (Глюкоза 10% – 800 мл, KCl 4% – 160 мл), полиионные растворы: Ионостерил 500 или Квинтасоль 500. При снижении общего белка и альбуминов до нижней границы нормы дополняли инфузию аминокислотными смесями – Инфезол 100-500 мл, Неонутрин 15%, проводилась заместительная терапия – Альбумин 10% – 200 мл. При низком индексе массы тела от 18 кг/м² и ниже в предоперационную терапию включали энтеральное питание, предпочтение отдавали гиперкалорическим смесям: Нутридринк из расчета 400-1000 мл в сутки. Подготовка энтеральным питанием проводилась не менее 10 дней.

Во второй группе (с кишечным кровотечением) помимо коррекции водно-электролитных и метаболических нарушений включали заместительную терапию препаратами крови: Свежезамороженную плазму 250-500 мл, при снижении Нв до 90 г/л и ниже переливали Эритроцитную массу в количестве 250-500 мл. В этой группе больных коллоиды переливали из расчета 28,54±2,41 мл/кг, а кристаллоиды из расчета 27,43±1,94 мл/кг, (соотношение коллоидов к кристаллоидам 1:1), патент на изобретение № 2203692 от 10 мая 2003.

Медикаментозная поддержка включала обязательное введение глюкокортикоидов (Преднизолон – 30 мг, четыре раза в сутки), ингибиторов протеаз (Гордокс – 100000 ед., четыре раза в сутки), дицинона – 2 мл через каждые 6 часов.

В третьей группе (с токсической дилатацией) инфузионная терапия была направлена на заме-

Таблица 2. Сравнительная оценка восполнения объемов у больных язвенным колитом после операции

№	Инфузия жидкостей, мл/кг/сутки	2 день после операции		3 день после операции		5 день после операции		7 день после операции		10 день после операции	
		мл/кг	±	мл/кг	±	мл/кг	±	мл/кг	±	мл/кг	±
1 n=99	Основная (п 57)	66,76 P>0,5	±4,96	56,23 P<0,5	±5,28	35,21 P<0,01	±3,76	27,75 P<0,01	±2,11	–	
	Контроль (п 42)	64,87	±5,16	67,66	±3,22	60,75	±0,95	60,00	±6,73	48,5	±5,69
2 n=30	Основная (п 12)	56,72 P>0,5	±3,84	60,2 P>0,5	±7,16	56,23 P<0,5	±4,27	20,27 P<0,01	±2,43	–	
	Контроль (п 25)	58,95	±4,77	70,87	±5,86	67,66	±5,59	58,01	±1,43	42,5	±1,43
3 n=19	Основная (п10)	73,64 P>0,5	±6,04	66,02 P<0,5	±5,95	61,48 P<0,01	±3,95	60,98 P<0,01	±4,37	–	
	Контроль (п 9)	73,41	±5,99	79,01	±7,90	84,99	±8,90	84,67	±12,06	52,67	±1,39
4 n=17	Основная (п 6)	64,7 P>0,5	±4,77	56,46 P>0,5	±3,88	55,00 P<0,5	±4,23	52,67 P<0,01	±3,23	–	
	Контроль (п 11)	61,93	±5,45	64,34	±4,16	72,47	±4,75	78,93	±2,63	50,29	±4,42

P<0,05; P<0,01 при сравнении основной и контрольной подгрупп, в группах: 1 – с неэффективностью консервативной терапии; 2 – с кровотечением; 3 – с токсической дилатацией; 4 – с перфорацией толстой кишки

щение полиионными солевыми растворами: Ионостерил – 500 мл, или Квинтасоль – 500 мл, коллоиды: Гелофузин – 500 мл, или Желатиноль – 450 мл. Свежезамороженная плазма – 250 мл, белки для поддержания онкотического давления плазмы (Альбумин 10% – 100-200 мл, Протеин – 250 мл), а также концентрированные аминокислоты (Инфезол – 100-500 мл, или Неонутрин 15% – 500 мл, Глюкоза 10% – 800 мл, КС1 4% – 200-250 мл).

В состав инфузионной терапии в четвертой группе (с перфорацией кишки, 17 пациентов) с первого дня включались: Гелофузин – 500 мл, СЗП – 250 мл, Ионостерил – 500 мл, белки для поддержания онкотического давления плазмы (Альбумин – 10% – 100-200 мл, Протеин – 250 мл, Глюкозу 10% – 800 мл, КС1-4% – 200 мл). Соотношение коллоидов к кристаллоидам составляло 1:1.

Послеоперационная инфузионная программа у больных язвенным колитом по объему рассчитывалась, исходя из количества потерь биологических жидкостей (диурез, кишечное отделяемое, рвотные массы, перспирационные потери).

Было найдено, что после операции наибольшие потери биологических жидкостей при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта, как по количеству, так и по продолжительности были отмечены у больных с токсической дилатацией и перфорацией кишки (3 и 4 группы) и, соответственно, объем инфузионной терапии в этих группах был наибольшим. Послеоперационная инфузионная программа представлена в таблице 2. В основной подгруппе больных первой группы

(применение инфузионной терапии, включающей парентеральное и энтеральное питание), объем инфузионной терапии снижался со 2 дня после операции по 7 день (с 66,76±4,96 мл/кг МТ до 27,75±2,11 мл/кг МТ, p<0,01). С 8 дня после операции больные полностью переходили на госпитальную диету. Тогда как в контрольной подгруппе больных с неэффективностью консервативной терапии на 2 день после операции инфузионная программа соответствовала 64,67±5,16 мл/кг МТ и оставалась на том же уровне [60,00±6,73 мл/кг МТ] к 7 дню.

В основной подгруппе больных с кровотечением (2 группа) восполнение потерь со второго дня после операции составило 56,72±3,84 мл/кг МТ, далее постепенно уменьшалось и к 7 дню после операции по объему составило 20,27±2,43 мл/кг МТ (p<0,01). Со второго дня после операции проводилось энтеральное питание, а с 8 дня после операции больные полностью переходили на госпитальную диету. В контрольной подгруппе у этих же больных объем инфузионной терапии увеличивался с 58,95±4,77 мл/кг/сутки до 70,87±5,86 мл/кг/сутки к 3 и 5 дню после операции, а к 7 дню составил 58,01±1,43. Далее, инфузионная терапия продолжалась в контрольной подгруппе группы с кровотечением вплоть до 10 дня после операции.

В контрольной подгруппе больных с токсической дилатацией (3 группа) восполнение потерь со второго дня после операции начиналось с 73,41±5,99 мл/кг МТ и увеличивалось к 7 дню до 84,67±2,06 мл/кг МТ и продолжалось до 10 дня в объеме 52,67±1,39 мл/кг МТ. В основной под-

группе объем инфузионной терапии уменьшался и к 5 дню составил $61,48 \pm 3,95$ мл/кг/сутки ($p < 0,01$). В основной подгруппе у больных с токсической дилатацией энтеральное питание применялось только после ликвидации пареза и постепенно увеличивалось по мере восстановления функции желудочно-кишечного тракта, и только к 8-10 дню больным подключался «4В» стол.

В контрольной подгруппе 4 группы с перфорацией толстой кишки восполнение потерь биологических жидкостей начинали со второго дня после операции, что составляло $61,93 \pm 5,45$ мл/кг МТ и увеличивалось до $78,93 \pm 2,63$ мл/кг МТ к 7 дню. В основной подгруппе четвертой группы к 7 дню после операции объем инфузионной терапии был значительно меньше и составил $52,67 \pm 3,23$ мл/кг МТ ($p < 0,01$). Дополнительно к парентеральному питанию подключалось зондовое питание через назогастральный зонд гиперкалорической смесью. При благоприятном течении дополнительный «4В» стол подключался к 10 дню.

Таким образом, применяемая нами методика гиперкалорических парентеральных смесей и энтерального питания позволила значительно снизить объемы инфузионной терапии в основной подгруппе всех 4 групп больных.

Проанализированы осложнения в послеоперационном периоде в различных группах больных (Табл. 3). В структуре послеоперационных осложнений одно из первых мест занимает парез желудочно-кишечного тракта. Применение раннего энтерального питания и инфузионной терапии, направленной на коррекцию водно-электролитного обмена позволило значительно снизить процент данного вида осложнений. Так, в основной подгруппе 1, 2 и 3 групп послеоперационный парез был только в контрольной подгруппе и составил, соответственно, 7,14%; 48%, 88%.

У больных четвертой группы (токсическая дилатация) послеоперационный парез удалось снизить с 63,6% в контрольной подгруппе до 16,6% – в основной.

На наш взгляд, раннее восстановление функции кишечника обусловлено комплексом интенсивной терапии: инфузия специальными аминокислотными смесями (Дипептивен), раннее энтеральное питание, послеоперационное обезболивание продолженной эпидуральной анестезией.

Важное место в структуре хирургических осложнений имеет нагноение послеоперационных ран, которое практически отсутствовало в основных подгруппах, тогда как в контрольных было значительным, особенно в 3 группе больных с токсической дилатацией (27,3%).

Из послеоперационных осложнений следует отметить «стресс-язвы», которые были отмечены в контрольных подгруппах (всего 5 осложнений). Профилактика данного осложнения связана не только с применением энтерального питания, но и с медикаментозной профилактикой H2-блокаторов (квamatел 20 мг внутривенно до операции) и применением ингибиторов протонной помпы (нексиум 80 мг внутривенно по схеме). За последние 5 лет включение нами данных препаратов в комплекс лечения больных до операции полностью предотвратило данное осложнение в раннем послеоперационном периоде.

Послеоперационные кровотечения из оставшихся отделов прямой и сигмовидной кишки, обусловленные воспалительным процессом, были отмечены в четырех случаях, в которых была выполнена повторная операция: брюшно-анальная резекция прямой и сигмовидной кишки. У остальных больных кровотечение после операции из полости малого таза имело диффузный характер, что указывало на нестабильность в системе гемостаза. В связи

Таблица 3. Сравнительная оценка послеоперационных осложнений у больных язвенным колитом в основной и контрольной подгруппах

Группы	Осложнения после операции	Парез кишечника		Нагноение ран		Стресс-язвы		Кровотечение после операции	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Неэфф. консерв. терапии n=99	Основная (n=57)	–	–	1	(1,75)	–	–	–	–
	Контроль (n=42)	3	(7,14)	3	(7,14)	2	(4,76)	1	(2,38)
Кровотечения n=37	Основная (n=12)	–	–	–	–	–	–	1	(8,3)
	Контроль (n=25)	12	(48)	2	8	1	4	5	20
Токсическая дилатация n=19	Основная (n=10)	–	–	–	–	–	–	–	–
	Контроль (n=9)	8	(88)	1	(11,1)	2	(22,2)	1	(11,1)
Перфорация толстой кишки n=17	Основная (n=6)	1	(16,6)	–	–	–	–	–	–
	Контроль (n=11)	7	(63,6)	3	(27,3)	–	–	–	–

с этим, является важным необходимо соблюдение не только хирургических методов (надежное лигирование и коагулирование сосудов), но и поддержание процессов коагуляции и вязкости крови на должном уровне, применяя необходимую консервативную терапию, которая описана выше.

Проведенные нами исследования выявили отсутствие послеоперационных осложнений в основной подгруппе всех четырех групп за исключением небольшого процента (1,75%) нагноения послеоперационных ран в первой группе в отличие от контрольной подгруппы, где данный вид осложнения в 6 раз был выше (7,14%). Кроме того, отмечен небольшой процент (16,6%) пареза кишечника в основной подгруппе четвертой группы, в то время как в контрольной подгруппе данное осложнение в 4 раза превышало последнее.

Таким образом, разработанная нами программа предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных ЯК с кишечными осложнениями, такими как кровотечение, токсическая дилатация и перфорация толстой кишки способствовала полному отсутствию таких послеоперационных осложнений, как стресс-язвы, кишечные кровотечения и нагноение послеоперационных ран.

ВЫВОДЫ

1. Примененный нами алгоритм инфузионной терапии, включающий гиперкалорические смеси, был направлен на коррекцию метаболизма и способствовал снижению объема инфузии у больных с тяжелыми формами язвенного колита (токсическая дилатация, перфорация, кровотечение) на 28-30%.

2. Инфузионная терапия гиперкалорическими аминокислотными смесями в комплексе с энтеральным питанием в послеоперационном периоде способствовала коррекции углеводного, белкового и липидного обменов, а также восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

3. Совершенствование тактики и техники хирургического лечения, совместно с разработанной

нами интенсивной терапией, позволили уменьшить количество функциональных парезов желудочно-кишечного тракта на 47% и способствовало отсутствию нагноений послеоперационных ран, стресс-язв и кровотечений в группе больных с перфорацией толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с немецкого А.А. Шептулина. М. Издательский дом «ГЕОТАР – МЕД». – 2001. – 527 с.
2. Белоусова Е.А. Резистентные формы воспалительных заболеваний кишечника. Клиническая характеристика и возможности прогнозирования. / Гос. Ин-т усовершенствования врачей МО. РФ. – М.: Медицина. – 1998. – с. 38.
3. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. ООО «Издательство Триада». М. – 2002. – 127 с.
4. Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Костенко Н.В. Хирургическое лечение гормонорезистентной формы неспецифического язвенного колита. Хирургия. – 2004. – №5. – с. 39-45.
5. Кашников В.Н., Михайлова Т.Л., Головенко О.В., Болихов К.В., Романов Р.И., Гусев А.В. Тяжелая генерализованная форма гангренозной пиодермии у больных язвенным колитом (клиническое наблюдение). Колопроктология. – 2011. – №1 (35). – с. 37-40.
6. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. «Миклош», М. – 2004. – 88 с.
7. Хачатурова Э.А., Ерошкина Т.Д., Мусин И.И., Середавкин Р.В., Савушкин А.В. Энтеральное питание в коррекции метаболических нарушений у больных язвенным колитом в послеоперационном периоде. Колопроктология. – 2009. – №2 (28). – с. 50-54.
8. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Кашников В.Н., Сушков О.И., Вардянян А.В. Единый лапароскопический доступ при многоэтапном хирургическом лечении пациента с язвенным колитом. Колопроктология. – 2013. – №3 (45). – с. 30-34.

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Шудрак А.А.

Главный военно-медицинский клинический ордена Красной Звезды
центр «ГВКГ» МО Украины, г. Киев, Украина
(начальник ГВКГ – полковник медицинской службы, к.м.н. А.П. Казмирчук)

Последние десятилетия знаменуются широким внедрением новых методов лечения хронического геморроя (ХГ). Их преимущества у больных с различными стадиями заболевания, особенно в отдаленном периоде, оцениваются неоднозначно.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: разработка алгоритма малоинвазивного хирургического лечения хронического геморроя на основании сравнительной оценки эффективности различных методов лечения в двухлетнем периоде наблюдения.

В проспективное исследование, которое выполнялось в период с 2001 по 2010 гг. вошло 1030 больных ХГ: 275 (26,7%) – с I, 303 (29,4%) – со II, 310 (30,1%) – с III и 142 (13,8%) – с IV стадиями заболевания.

Для малоинвазивного лечения ХГ использовали следующие методики: инфракрасную фотокоагуляцию ГУ (ИКФК), лигирование ГУ с помощью латексных колец, трансанальную геморроидальную деартериализацию (ТНД), для хирургического – операцию Лонго и геморроидэктомию по Миллигану-Моргану.

Результаты лечения оценивались в течении двухлетнего периода.

[Ключевые слова: хронический геморрой, хирургическое лечение, отдаленные результаты]

THE SURGICAL TREATMENT ALGORITHM FOR CHRONIC HEMORRHOIDS

Shudrak A.A.

The Red Star order central military clinical medical hospital "СМСН" МО, Kiev, Ukraine

The wide implementation of new treatment methods for chronic hemorrhoids (CH) has been actual for the last decades. Their benefits were ambiguous in patients with different stages of the disease, especially in the remote period.

THE AIM: was to develop the surgical treatment algorithm for patients with chronic hemorrhoids (CH) based on the comparative evaluation of different treatments in a two-year follow-up period.

1030 patients with chronic hemorrhoids (CH): 275 (26,7%) – with the I stage of CH, 303 (29,4%) – with the II stage, 310 (30,1%) – with the III and 142 (13,8%) – with the IV stage were included into the prospective study in a period of 2001-2010.

The infrared photocoagulation (IRPC) method, the Latex rings, transanal hemorrhoidal dearterialization (THD), Longo hemorrhoidectomy procedure and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy were used for patients with CH.

The treatment results were estimated in a postoperative two-year follow-up period.

The new surgical treatment algorithm for CH was developed the surgery priority ranks were determined depending on the CH stage.

[Key words: chronic hemorrhoids, surgical treatment, long-term results]

Адрес для переписки: Шудрак Анатолий Анатольевич, Главный военно-медицинский клинический ордена Красной Звезды центр «ГВКГ» МО Украины, ул. Госпитальная, д. 18, Киев, Украина, 01133, e-mail: proct.gvkg@mail.ru

Геморрой относится к числу наиболее распространенных заболеваний и встречается у 130-150 человек на 1000 взрослого населения, в том числе, до 80% среди лиц трудоспособного возраста. Удельный вес больных хроническим геморроем (ХГ) в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 32% до 42%, а операции по поводу ХГ занимают первое место в структуре заболевших каждого колопроктологического отделения или центра. Последние десятилетия знаменуются широким внедрением малоинвазивных методов лечения ХГ: латексное лигирование геморроидальных узлов (ГУ), инфракрасная фотокоагуляция ГУ (ИКФК), склеротерапия ГУ, криотерапия ГУ, трансанальная геморроидальная деартериализация (ТНД), электросварка и др., что позволяет

получить хорошие непосредственные результаты лечения, особенно на ранних стадиях заболевания. При III-IV стадиях ХГ используется степлерная геморроидопексия (операция Лонго). Выбор малоинвазивного хирургического лечения ХГ при различных стадиях ХГ требует дальнейшего обоснования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка алгоритма хирургического лечения хронического геморроя на основании сравнительной оценки эффективности различных методов лечения в двухлетнем периоде наблюдения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование, которое выполнялось в период с 2001 по 2010 гг. вошло 1030 больных ХГ: 275 (26,7%) – с первой, 303 (29,4%) – со второй, 310 (30,1%) – с третьей и 142 (13,8%) – с IV стадиями заболевания [20]. Мужчин было достоверно больше, чем женщин: 648 (62,9%) против 382 (37,1%), $p < 0,05$. Средний возраст больных находился в пределах от 19 лет до 69 лет, в среднем – $42,62 \pm 0,31$ лет. Среднее значение длительности заболевания ХГ составило $9,76 \pm 0,12$ лет (от 1 года до 19 лет).

Для хирургического лечения ХГ использовали следующие методики: инфракрасную фотокоагуляцию ГУ (группа ИКФК), лигирование ГУ с помощью латексных колец (группа ЛК), трансанальную геморроидальную деартериализацию (группа ТНД), операцию Лонго (группа Л) и геморроидэктомию по Миллигану-Моргану (группа ММ).

Малоинвазивное лечение группы ЛК проводили в два этапа. На первом этапе накладывали латексные кольца на два геморроидальных узла, на втором этапе, спустя 4-6 дней – на один.

Виды оперативных вмешательств при разных стадиях ХГ представлены в табл. 1.

Как видно из таблицы 1, операции инфракрасная фотокоагуляция ГУ и латексное лигирование ГУ латексными кольцами выполнялись только при I-II стадиях геморроя, а операция Лонго и Миллигана-Моргана – только при III-IV стадиях. Трансанальная геморроидальная деартериализация выполнялась при различных стадиях ХГ, но имела вышеуказанные особенности для больных с I-й и II-IV-й стадиях ХГ.

В связи с этими обстоятельствами, мы сочли целесообразным оценивать эффективность различных методов хирургического лечения ХГ отдельно у больных с I-II стадиях геморроя и III-IV стадиях. Между сравниваемыми группами больных с указанными стадиями ХГ не было достоверных отличий

по гендерным, возрастным показателям и длительностью заболевания, $p > 0,05$.

Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям.

В раннем послеоперационном периоде

- ✓ длительность операции;
- ✓ интенсивность боли в течение трех суток согласно визуальной аналоговой шкале [21] (для больных с III-IV стадиями ХГ);
- ✓ объем кровопотери (оценивали посредством взвешивания тампонов после операции);
- ✓ частота кровотечения (учитывали кровотечения в раннем 10-ти дневном послеоперационном периоде, требующие повторной операции);
- ✓ частота острого тромбоза геморроидальных узлов (ГВ);
- ✓ наличие боли, требующей применения обезболивающих наркотических препаратов;
- ✓ длительность утраты трудоспособности.

В отдаленном двухлетнем послеоперационном периоде эффект лечения оценивали как хороший (отсутствие косметических дефектов в аноректальной области, рецидива ХГ и рубцового сужения анального канала), удовлетворительный (наличие бахромок и/или деформирующих рубцов в аноректальной области) и неудовлетворительный (наличие рецидива ХГ или рубцового стеноза анального канала, требующие оперативного лечения).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

I-II стадии хронического геморроя.

Оперативное лечение больных с ХГ в группах ИКФК и ЛК не сопровождалось какими-либо интраоперационными осложнениями и болевым синдромом. В то же время, у 19 (9,8%) больных группы ТНД возникли подслизистые гематомы, с незначительным кровотечением, что было достоверно больше по сравнению с другими группами, $p < 0,05$. При этом

Таблица 1. Виды оперативных вмешательств при разных стадиях ХГ

Группа		Стадия ХГ				Всего
		I	II	III	IV	
ИКФК	Абс.	95	52	0	0	147
	%	64,6	35,4	0,0	0,0	100,0
ЛК	Абс.	129	108	0	0	237
	%	54,4	45,6	0,0	0,0	100,0
ТНД	Абс.	51	143	28	14	236
	%	21,6	60,6	11,9	5,9	100,0
Лонго	Абс.	0	0	111	50	161
	%	0,0	0,0	68,9	31,1	100,0
ММ	Абс.	0	0	171	78	249
	%	0,0	0,0	68,7	31,3	100,0
Всего	Абс.	275	303	310	142	1030
	%	26,7	29,4	30,1	13,8	100,0

у больных группы ТНД с первой стадией ХГ частота этого осложнения достоверно не отличалась от таковой у больных со второй стадией ХГ: 4 (7,8%) больных против 15 (10,5%), соответственно, $p=0,59$. Средняя продолжительность оперативного лечения была наименьшей у больных группы ИКФК $3,95 \pm 0,06$ мин., наибольшей – в случае выполнения ТНД ($31,35 \pm 0,42$ мин.); продолжительность операции у больных группы ЛК составляла в среднем $9,60 \pm 0,16$ мин. Средние значения продолжительности операции при разных методиках достоверно отличались друг от друга не зависимо от стадии ХГ, все $p < 0,01$ (Табл. 2).

В раннем послеоперационном периоде наличие боли, требующей применения наркотических анальгетиков (не более суток) отмечалось у 35 (6,1%), острый тромбоз ГУ – у 22 (3,8%), кровотечение, не требующее заместительной терапии и хирургической коррекции – у 29 (5,0%) больных (Табл. 3).

Оперативное лечение с применением метода ИКФК ни в одном случае не сопровождалось выраженной болью. В группе ЛК 22 (9,3%) больных испытывали выраженные болевые ощущения, причем большинство из них, 15 (68,2%) – при низком расположении латексных колец (на зубчатую линию и ниже нее). В группе ТНД обезболивание потребовалось 15 (7,7%) больным. Достоверных различий в частоте болевых ощущений, требовавших применения наркотических анальгетиков, между группами ЛК и ТНД не было, $p > 0,05$, в то же время она (частота) была достоверно большей, по сравнению с группой ИКФК, все $p < 0,05$.

Тромбоз ГУ в группах исследования отмечался приблизительно с одинаковой частотой: в группе ИКФК он развился у 5 (3,4%) больных, в группе ЛК – у 10 (4,2), в группе ТНД – у 7 (3,6), все $p < 0,05$.

В раннем послеоперационном периоде кровотечение, не требовавшее коррекции (20-100 мл), отмечено у 1 (0,07%) больного группы ИКФК, 22 (9,3%) больных группы ЛК и 8 (4,1%) группы ТНД, $p < 0,05$. Частота кровотечения в группе ЛК была достовер-

но большей, чем в группе ТНД ($p=0,049$) и ИКФК ($p=0,001$), в свою очередь, она была достоверно большей в группе ТНД, по сравнению с ИКФК ($p=0,048$). В связи с необходимостью двухэтапного лечения, средний срок утраты трудоспособности был наибольшим у больных группы ЛК $4,9 \pm 0,1$ суток (Рис. 6).

У больных группы ТНД средний срок утраты трудоспособности был достоверно меньшим ($4,38 \pm 0,1$ суток), чем у больных группы ЛК, $p=0,01$, но, в свою очередь, большим, чем у больных группы ИКФК ($2,4 \pm 0,1$ суток), $p=0,001$.

По истечении двух лет после операции у 17,8% больных возник рецидив заболевания.

В течение первого месяца после операции неудовлетворительных результатов не было. Через 6 месяцев отметили незначительную частоту рецидивов ХГ, примерно одинаковую в группах исследования (4,0-6,5%), $p > 0,05$. В дальнейшем рост частоты неудовлетворительных результатов отличался в группах. У больных, которым выполнили ТНД к концу года их кумулятивная частота увеличилась на 2,0%, ИКФК – на 3,3%, тогда как у больных группы ЛК – на 7,4%. За второй год наблюдения рост частоты неудовлетворительных результатов в группе ТНД отсутствовал, в группах ИКФК и ЛК рост частоты рецидивов замедлился и составил 2,3%, и 1,7%, соответственно. Таким образом, у больных с первой стадией ХГ наименьшая двухлетняя частота неудовлетворительных результатов составила в группе ТНД – 6,0%, наибольшая – у больных группы ЛК – 15,3%, у больных группы ИКФК этот показатель составил 12,1%. Через 2 года после операции частота хороших результатов была существенно больше в группе ТНД (94,0%), по сравнению с больными группы ИКФК (87,9%) и ЛК (84,7%), $p = 0,432$.

При второй стадии ХГ, также как и при первой, в течение первого месяца после операции не зарегистрировано неудовлетворительных результатов ни в одной из групп исследования. У больных, которым

Таблица 2. Зависимость продолжительности оперативного лечения в группах от стадии ХГ (минуты)

Группа	Стадия ХГ	N	M ± m	Min	Max	Всего M ± m
ИКФК	Первая	95	3,89 ± 0,07	3	5	3,95 ± 0,06
	Вторая	50	4,08 ± 0,12	3	5	
ЛК	Первая	129	9,33 ± 0,13	6	15	9,60 ± 0,16
	Вторая	110	9,89 ± 0,24	7	16	
ТНД	Первая	51	25,39 ± 0,59	17	34	31,35 ± 0,42
ТНД + ЛК	Вторая	95	32,66 ± 0,47	25	45	
ТНД + лифтинг	Вторая	48	35,06 ± 0,73	27	47	

Таблица 3. Зависимость частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде в группах больных от стадии ХГ

Осложнение		ИКФК (n=147)		ЛК (n=147)		ТНД (n=194)		Всего n=578
		I n=95	II n=52	I n=129	II n=108	I n=51	II n=143	
Боль	n	0	0	11	11	4	11	35
	%	0	0	8,5	10,2	7,8	7,7	6,1
Тромбоз ГУ	n	3	2	5	5	1	6	22
	%	3,2	3,8	3,9	4,6	2,0	4,2	3,8
Кровотечение	n	0	1	10	12	2	4	29
	%	0	1,9	7,8	11,1	3,9	2,8	5,0

выполнялась ТНД, отмечался незначительный прирост частоты неудовлетворительных результатов только в период с 6 до 12 месяцев в случае дополнения операции наложением латексных колец (до 3,5%) и с 3 до 6 месяцев – при дополнительном выполнении лифтинга (до 2,1%). В дальнейшем в этих группах неудовлетворительных результатов не отмечалось. В последующий год продолжался рост кумулятивной частоты неудовлетворительных результатов, но меньшими темпами. К концу второго года их частота составила в группе ИКФК 45,8%, в группе ЛК – 34,5%. Эти показатели были достоверно больше аналогичных у больных группы ТНД + кольца (3,5%) и ТНД + лифтинг (2,1%), $p < 0,001$.

Сравнительная оценка двухлетних результатов хирургического лечения ХГ первой и второй степени различными методами, показывает одинаковую эффективность методики инфракрасной фотокоагуляции и наложения латексных колец, которая хуже методики ТНД.

Так, кумулятивная частота неудовлетворительных результатов у больных группы ИКФК к концу второго года наблюдения составила 25,0%, у больных группы ЛК – 24,3% ($p > 0,05$), а у больных группы ТНД – 5,5% ($p < 0,001$).

III-IV стадия хронического геморроя.

У больных продолжительность операции Лонго составила $21,12 \pm 0,45$ мин., тогда как у больных группы ММ она составила $30,82 \pm 0,45$ мин., $p < 0,001$, и у больных, которым выполняли ТНД – $29,62 \pm 0,882$ мин., $p < 0,001$. Следует отметить, что по этому показателю группы ММ и ТНД достоверно не отличались, $p = 0,696$.

В раннем послеоперационном периоде все больные отмечали наличие боли в зоне хирургического вмешательства различной степени выраженности. Наибольший средний бал и боли (система VAS) отмечался у больных группы ММ, наименьший в группе ТНД во все контрольные сроки (Рис. 1).

В послеоперационном периоде наличие боли, требующей применения наркотических анальгетиков отмечалось у всех больных группы ММ – от 1

до 16 доз, в среднем $5,7 \pm 0,2$ дозы; 28 (66,7%) больных группы ТНД – от 1 до 2 доз, в среднем $0,52 \pm 0,09$ доз; 140 (86,9%) больных группы Л – от 1 до 7 доз, в среднем $1,72 \pm 0,09$ доз (Рис. 2).

Среднее значения количества доз наркотических анальгетиков было достоверно большим у больных группы ММ, по сравнению с другими группами, $p < 0,05$, а у больных группы ТНД меньше, чем в группе Л, $p < 0,05$.

Объем интраоперационной кровопотери оценили у 52 больных группы ММ, и 48 больных групп Л, ТНД. Наибольший средний объем интраоперационной кровопотери отмечалась в группе больных ММ – $100,6 \pm 5,4$ мл (от 45 мл до 195 мл), наименьший – у больных групп Л – $22,8 \pm 1,1$ мл (от 5 до 50 мл), соответственно, $p < 0,01$.

У больных группы ТНД средний объем интраоперационной кровопотери составил $45,3 \pm 3,2$ мл (от 15 до 97 мл) и был достоверно больше такового у больных группы Л, но меньше, чем у больных группы ТНД, все $p < 0,01$.

Из 452 больных у 16 (3,5%) в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение, которое потребовало повторной операции. Большей частью это осложнение возникало после геморроидэктомии по Миллиган-Моргану – 13 (5,2%); у больных группы Л частота кровотечений была достоверно ниже – 2 (1,2%), $p = 0,036$; в группе ТНД – 1 (2,4%), $p = 0,426$.

Частота тромбоза ГУ статистически не отличалась между группами, хотя и была несколько большей в группе ММ – 7 (2,8%) больных, по сравнению с группой Л – 3 (1,8%) и группой ТНД – 1 (2,4%), все $p > 0,05$.

Длительность послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности статистически не отличались у больных группа Л и ТНД и были достоверно меньшими, по сравнению с группой ММ (Табл. 4).

Спустя два года после операции кумулятивная частота хороших результатов составила 85,8%.

Двухлетний мониторинг результатов хирургического лечения ХГ показал, что наиболее эффективной методикой лечения является операция Лонго.

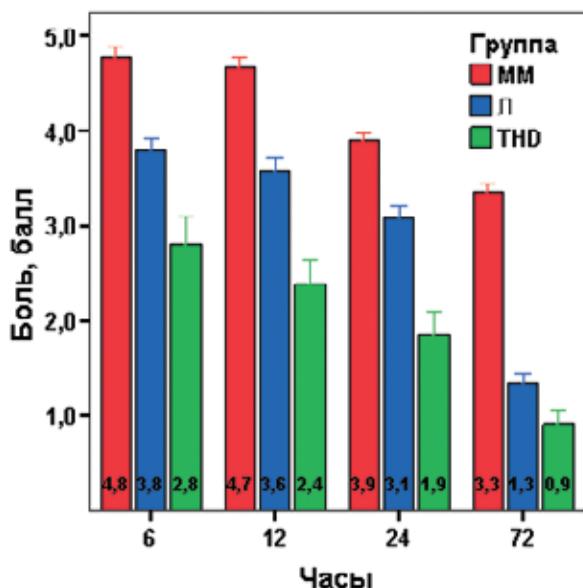


Рисунок 1. Средний балл боли в раннем послеоперационном периоде в группах исследования (при ХГ III-IV стадии)

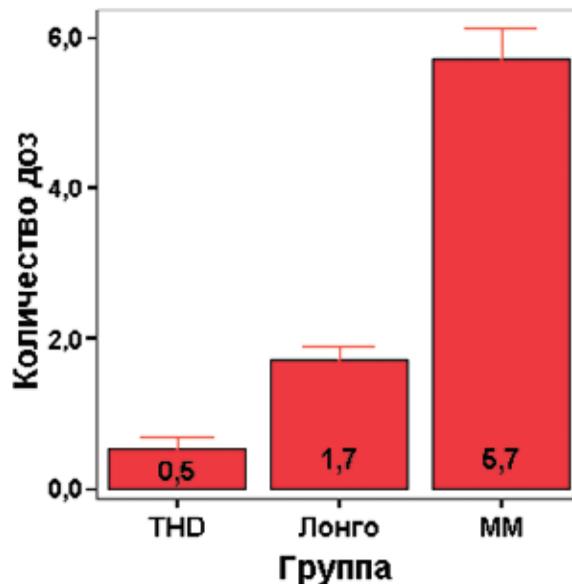


Рисунок 2. Среднее значение количества доз наркотических анальгетиков, назначенных в послеоперационном периоде в группах больных (при ХГ III-IV стадии)

К концу второго года частота хороших результатов в группе Л составила 96,8%, тогда как в группе MM – 81,9% ($p < 0,01$), а в группе THD – 67,1% ($p < 0,001$) (Рис. 3).

Кроме того, у больных группы Л не отмечено неудовлетворительных результатов. В то же время в группе MM их частота составила 6,4%, а в группе THD – 32,9% (Рис. 4).

Надо отметить, что неудовлетворительные результаты в группе THD возникли исключительно вследствие рецидива заболевания, тогда как в группе MM как из-за рецидива ХГ (3,5%), так и вследствие рубцового стеноза анального канала (2,9%). Неудовлетворительные результаты регистрировались в срок от 3 до 15 месяцев. При этом в группе MM случаи рубцовых изменений анального канала регистрировались хронологически раньше (в период от 120 до 190 дней), чем рецидив ХГ (от 160 до 400 дней) (Рис. 5).

Удовлетворительные результаты, обусловленные наличием бахромок или рубцовых изменений в перианальной области не отмечались после выполнения трансанальной геморроидальной

деартеризации. После операции Миллиган-Моргана указанные дефекты в течение двухлетнего наблюдения выявлены у 11,7% больных, после операции Лонго – у 3,2%, $p < 0,01$ (Рис. 6).

В табл. 5 приведены отдаленные результаты лечения в группах в контрольные сроки исследования. Таким образом, используемые нами конкурирующие методики лечения ХГ первой и второй стадии отличаются друг от друга по характеру течения непосредственного послеоперационного периода и эффективности лечения. Методика THD представляется более продолжительной и трудоемкой, по сравнению с методикой ИКФК и наложения ЛК. Кроме того, она сопровождается достоверно большей частотой подслизистых гематом и интраоперационной геморрагии. В то же время, частота послеоперационного кровотечения (не требовавшего заместительной терапии) и средний срок временной утраты трудоспособности были большими после наложения ЛК. Учитывая эти факты, методика ИКФК выглядит наименее травматичной, по сравнению с другими. Однако, оценка отдаленных результатов показывает, что наиболее эффек-

Таблица 4. Зависимость длительности послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности от вида вмешательства (при ХГ III-IV стадии)

Показатель		Группа		
		MM	L	THD
Длительность послеоперационного койко-дня	M±m	6,1±0,1	2,0±0,1*	1,5±0,1*
	Min-max	3-10	1-6	1-4
Длительность утраты трудоспособности	M±m	14,9±0,1	5,4±0,3*	5,6±0,3*
	Min-max	13-17	3-8	3-8

Примечание. * – $p < 0,05$ по отношению к группе MM.

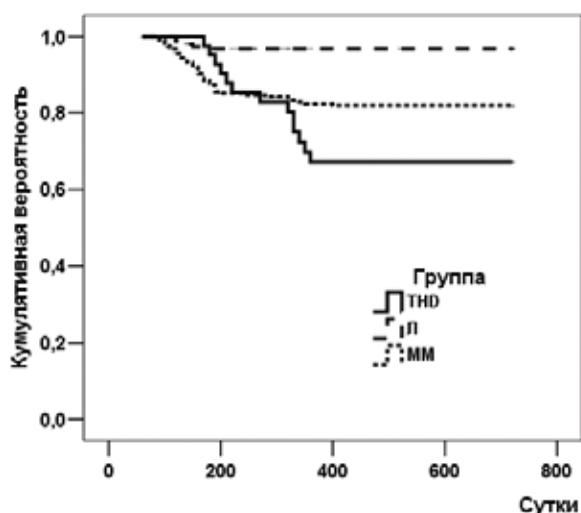


Рисунок 3. Кумулятивная частота хороших результатов в группах в течение 2-х летнего исследования (при ХГ III-IV стадий)

тивной является методика THD, как для больных с первой, так и второй стадиями геморроя. Так, кумулятивная частота рецидивов у больных группы ИКФК к концу второго года наблюдения составила 25,0%, у больных группы ЛК – 24,3% ($p > 0,05$), а у больных группы THD – 5,5% ($p < 0,001$).

Проспективное сравнительное исследование эффективности геморроидэктомии по Миллиган-Моргану, трансанальной геморроидальной дезартеризации и степлерной геморроидэктомии по Лонго у больных с III-VI стадиями ХГ показала преимущества последней. Операция Лонго, спустя два года после операции, обеспечивает большую частоту хороших результатов (96,8%), по сравнению

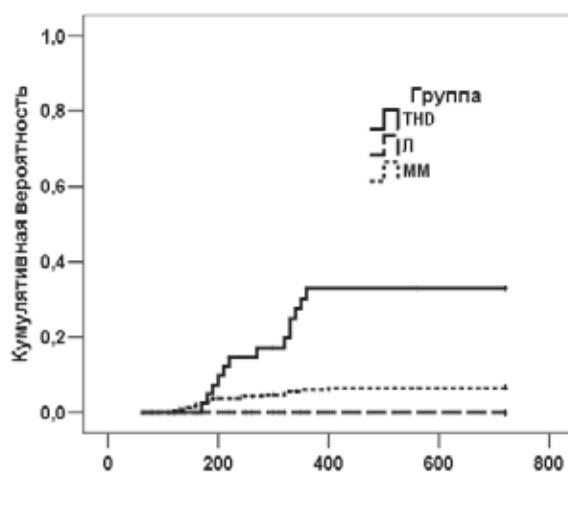
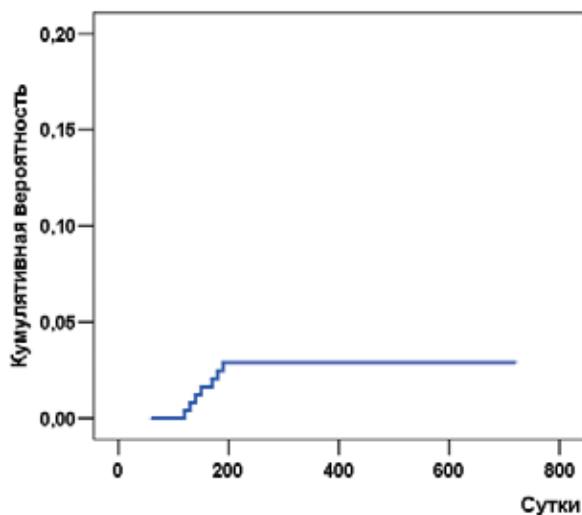
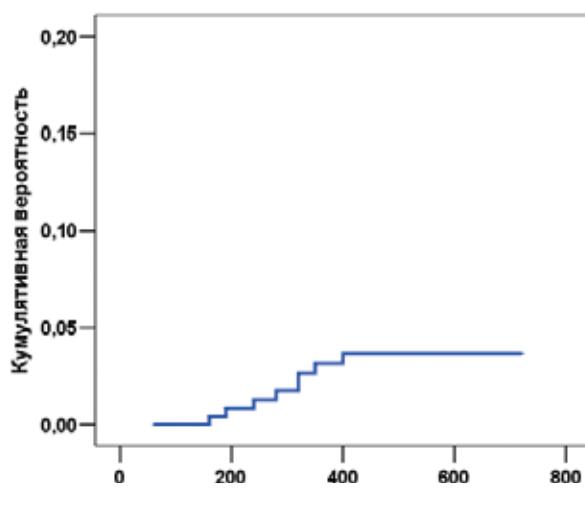


Рисунок 4. Кумулятивная частота неудовлетворительных результатов в группах в течение 2-х летнего исследования (при ХГ III-IV стадий)

с другими операциями, и отсутствие неудовлетворительных результатов. Возникновение удовлетворительных результатов, связанных с формированием т. н. бахромок, снижается с 7,5% до 1,0% при использовании предложенного нами дополнительного обвивного спиралевидного шва. Кроме того, операция Лонго отличается достоверно меньшей средней продолжительностью оперативного лечения ($21,12 \pm 0,45$ мин.), средним объемом интраоперационной кровопотери ($22,7 \pm 1,6$ мл), наименьшей (хотя и не достоверно) частотой послеоперационного кровотечения (1,2%). Она менее травматична, по сравнению с операцией Миллиган-Моргана, что выражается меньшим средним баллом боли во



А



Б

Рисунок 5. Кумулятивная частота рубцовых изменений анального канала (А) и стеноза (Б) у больных группы ММ в динамике двухлетнего периода наблюдения (при ХГ III-IV стадий)

Таблица 5. Отдаленные результаты лечения в группах в контрольные сроки исследования (при ХГ III-IV стадии)

Группа	Результат	Срок наблюдения, мес.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
ММ	Хороший	100	99,2	87,2	82,8	81,9
	Удовлетворительный	0	0,4	9,9	11,2	11,7
	Неудовлетворительный	0	0,4	2,9	6,0	7,4
Л	Хороший	100	98,7	97,4	96,8	96,8
	Удовлетворительный	0	2,3	2,6	3,2	3,2
	Неудовлетворительный	0	0	0	0	0
ТНД	Хороший	100	100	95,1	67,1	67,1
	Удовлетворительный	0	0	0	0	0
	Неудовлетворительный	0	0	4,9	32,9	32,9

все контрольные сроки, и, как следствие, меньшим средним значением используемых доз наркотического анальгетика. Ввиду низкого уровня послеоперационной боли и частоты осложнений у больных, перенесших операцию Лонго, длительность послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности оказались достоверно меньшими, чем после операции Миллиган-Моргана и были сопоставимы с такими у больных, перенесших ТНД. Среди используемых методов лечения ХГ III-VI стадии метод ТНД наименее травматичен, сопряжен с низкой частотой интра- и послеоперационных осложнений, однако он не гарантирует хороший результат в отдаленном периоде. Спустя 2 года, частота рецидива ХГ после выполнения ТНД у больных с III-VI ХГ была достоверно большей, по сравнению с другими методиками – 32,9%. Традиционная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, спустя 2 года, обеспечивает 81,9% хороших результатов, частота рецидива ХГ и рубцового сужения анального канала, которые нуждаются в хирургической коррекции составляет 7,4%. Эти

результаты хуже методики Лонго, но лучше методики ТНД. Существенным преимуществом методики Миллиган-Моргана является возможность ее широкого использования, не ограниченного наличием дорогостоящей аппаратуры и инструментов. Полученные нами отдаленные результаты лечения больных ХГ с использованием различных методов позволили ранжировать приоритетность их для определенных стадий заболевания (Рис. 7). Приоритетностью для лечения ХГ I-II стадии является методика ТНД в сочетании с лифтингом ГУ; для ХГ III-IV стадии – операция Лонго.

ВЫВОДЫ

1. Методика ТНД при лечении хронического геморроя первой и второй стадии является более эффективной, чем методика ИКФК и наложение ЛК. Отсутствие рецидива заболевания после ТНД отмечается у 94,5% больных против 75,7% после наложения ЛК и 75,0% после ИКФК ($p < 0,001$) и может

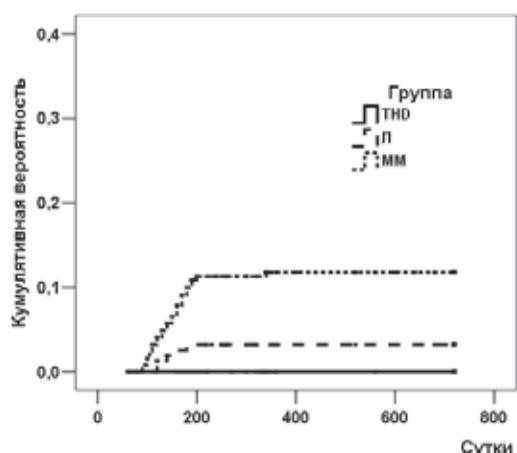


Рисунок 6. Кумулятивная частота удовлетворительных результатов в группах в течение 2-х летнего исследования (при ХГ III-IV стадии)



Рисунок 7. Алгоритм лечения ХГ в зависимости от его стадии

рассматриваться, как операция высокого приоритета. Методика ИКФК сопоставима с методикой лигирования ГУ латексными кольцами по частоте хороших отдаленных результатов, при этом лишена недостатков последней, свойственных раннему послеоперационному периоду. Ее следует рассматривать как операцию возможного приоритета.

2. При хирургическом лечении хронического геморроя III-IV стадии операцией высокого приоритета является методика Лонго. Спустя два года после нее отмечается 96,8% хороших результатов. Результаты после геморроидэктомии по Миллигану-Моргану уступают операции Лонго, но существенно превосходят такие после методики THD (соотношение хороших, удовлетворительных и плохих результатов составляет 81,9%:11,7%:7,4% против 67,1%:0%:32,9, $p < 0,001$). Геморроидэктомию по Миллигану-Моргану следует рассматривать как операцию возможного приоритета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А., Костарев И.В. Лечение кровоточащего геморроя I стадии. Колопроктология. – 2008. – №1 (23). – с. 17-19.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Москва: Книжное изд., – 2006. – 431 с.
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – Москва: Митра-пресс. – 2002. – 192 с.
4. Захараш М.П., Подпратов С.С., Подпратов С.С. [та ін.] Виконання електрозварювання для підслизової гемороїдектомії у лікуванні ускладненого геморою. Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. – Львів, 2006. – с. 143-147.
5. Захараш М.П., Пойда О.І., Мальцев В.М. [та ін.]: Сучасні принципи діагностики і лікування геморою. Метод. рекомендації. – К., 2002. – 24 с.
6. Костарев И.В., Благодарный Л.А., Фролов С.А. Отдаленные результаты после различных вариантов склерозирующего лечения геморроя детергентами. Колопроктология. – 2008. – №4 (26). – с. 4-9.
7. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое. Хирургия. – 2003. – №1. – с. 39-44.
8. Abdeldaim Y., Mabadeje O., Muhammad K., Avinche D. Mc. Doppler-guided haemorrhoidal arteries ligation preliminary clinical experience. Irish Medical Journal. – 2007. – vol. 100. – №7. – p. 535-537.
9. Acheson A.G., Scholefield J.H. Management of haemorrhoids. BMJ. – 2008. – vol. 336. – N 7640. – p. 380-383.
10. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain. Br. J. Anaesth. – 2008. – vol. 101. – N 1. – p. 17-24.
11. Charua-Guindic L., Avendato-Espinosa O., Hernandez-Gasares F. Infrared photocoagulation in the treatment of haemorrhoids. Rev. Gastroenterol. Mex. – 1998. – vol. 63. – №3. – p. 131-134.
12. Fazio V.W. Early promise of stapling technique for haemorrhoidectomy. Lancet. – 2000. – vol. 355. – p. 768-769.
13. Johnson D.B., DiSiena M.R., Fanelli R.D. Circumferential mucosectomy with stapled proctopexy is a safe, effective outpatient alternative for the treatment of symptomatic prolapsing hemorrhoids in the elderly. Surg Endosc. – 2003. – vol. 17. – p. 1990-1995.
14. Khafagy W., El Nakeeb A., Fouda E. Conventional haemorrhoidectomy, stapled haemorrhoidectomy, Doppler guided haemorrhoidectomy artery ligation; post operative pain and anorectal manometric assessment. Hepatogastroenterology. – 2009. – vol. 93. – p. 1010-1015.
15. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J. Gastroenterol. – 2012. – vol. 18. – №17. – p. 2009-2017.
16. Mattana C., Coco C., Manno A. et al. Stapled hemorrhoidopexy and Milligan Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth-degree hemorrhoids: long-term evaluation and clinical results. Dis. Colon Rectum. – 2007. – vol. 50. – N 11. – p. 1770-1775.
17. McLemore E.C., Rai R., Siddiqui J., Basu P.P., Tabbaa M., Epstein M.S. Novel endoscopic delivery modality of infrared coagulation therapy for internal hemorrhoids. Surg. Endosc. – 2012. – vol. 26. – №11. – p. 3082-3087.
18. Ortiz H. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. Ann. Surg. – 2007. – vol. 245. – N 1. – p. 155-156.
19. Ricci M.P., Matos D., Saad S.S. Rubber band ligation and infrared photocoagulation for the outpatient treatment of hemorrhoidal disease. Acta Cir Bras. – 2008. – vol. 23. – №1. – p. 102-106.
20. Song S.G., Kim S.H. Optimal treatment of symptomatic hemorrhoids. J. Korean Soc. Coloproctol. – 2011. – vol. 27. – №6. – p. 277-281.
21. Thomson W.H. The nature of haemorrhoids. Br. J. Surg. – 1975. – vol. 62. – p. 542-552.
22. van Wensen R.J., van Leuken M.H., Bosscha K. Pelvic sepsis after stapled hemorrhoidopexy World J. Gastroenterol. – 2008 – vol. 14. – N 38. – p. 5924-5926.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ «КОЛОПЛАСТ» У БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Ильканич А.Я.,¹ Слепых Н.В.,² Барбашинов Н.А.,² Абубакиров А.С.²

¹ ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-мансийского автономного округа «Югры», кафедра госпитальной хирургии (ректор – д.п.н., С.М. Косенок)

² БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут (главный врач – к.м.н. Г.Н. Шестакова)

[Ключевые слова: анальная инконтиненция, анальный тампон]

THE EXPERIENCE OF ANAL PLUGS PERISTEENCOLOPLAST APPLICATION IN PATIENTS WITH ANAL INCONTINENCE

Il'kanich A.Ja.,¹ Slepых N.V.,² Barbashinov N.A.,² Abubakirov A.S.²

¹ Surgut State university of Khanty-Mansiyskyavtonomnyokrug – Yugra, Russia

² Surgut District Hospital, Surgut, Russia

[Key words: anal incontinence, anal plug]

Адрес для переписки: Ильканич Андрей Яношевич, ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-мансийского автономного округа «Югры», ул. Энергетиков, д. 22, Тюменская обл., г. Сургут, 628412, e-mail: ilkani@surguttel.ru

Недостаточность анального жома – частичное или полное нарушение произвольного или непроизвольного удержания содержимого толстой кишки [2]. Недержание кала в структуре заболеваний толстой кишки достигает 3-7%. Анальная инконтиненция развивается у 3,9-53% женщин после естественных родов [2,3,7,8]. Как следствие операционной травмы при заболеваниях анального канала и промежности, анальное недержание встречается в 3-67% [2]. Среди лиц пожилого возраста распространенность анальной инконтиненции достигает 47% [4,5]. Анальное недержание нарушает привычный образ жизни, приводит к резкому снижению ее качества, финансовым затратам на индивидуальном и общественном уровне [6]. Заболевание ведет к инвалидизации и обрекает больных на мучительное существование, исключает их из активной социальной и трудовой жизни, нередко препятствует созданию или сохранению семьи, наносит серьезную психическую травму [1]. В связи с этим, поиск мероприятий, направленных на повышение качества жизни больных с анальным недержением, является актуальным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

В Центре колопроктологии БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» на диспансерном учете состоит 700 человек. Из них 17 (2,4%) пациентов с анальным недержением. У 5 (29,5%) больных анальное недержание связано с акушерской травмой, у 3 (17,6%) человек – как следствие оперативного вмешательства по поводу рака прямой кишки. С врожденной анальной инконтиненцией – 3 (17,6%) пациентов. С функциональной (нейрогенной) анальной инконтиненцией 6 (35,3%): с посттравматической – 2 (11,8%), с сенильной – 4 (23,5%). Анальное недержание II степени отмечено у 12 (70,6%), III степени – у 5 (29,4%) больных.

Длительность заболевания от 1 года до 20 лет: 1-3 года – у 5 (29,4%), 5-7 лет у 5 (29,4%), 10-15 лет – у 3 (17,6%), 20 лет и более – у 4 (23,5%) человек.

В рамках исследования пациентам предложено использование анальных тампонов Peristeen компании Coloplast. Анальный тампон изготовлен из полиуретана, покрыт растворяющейся в кишеч-

нике пленкой, имеет форму и размер анальной свечи. Пациенты после стула и гигиенической обработки периаанальной области, лежа на боку с подтянутыми к животу коленями, вводят тампон в анальный канал на глубину фаланги пальца. После введения тампона в задний проход, покрывающая его пленка быстро растворяется под воздействием естественного тепла и влаги и в течение 30 секунд расширяется и принимает форму колокола. Таким образом, тампон удерживается в прямой кишке и предотвращает непроизвольное опорожнение кишечника. В течение всего времени нахождения в кишечнике анальный тампон остается мягким. Пористый губчатый материал тампона пропускает газы. Для опорожнения тампон можно легко удалить, потянув за шнур.

В анализируемой группе больных применение анальных тампонов проведено строго в соответствии с рекомендациями производителя в течение 7 дней. При нормальной переносимости пролонгировали их применение до 14 дней. В период проведения исследования пациенты не использовали другие средства защиты.

Для оценки эффективности использования анальных тампонов в отношении качества жизни использовали опросник SF-36 [<http://atio-irk.ru/oprosnik-sf-36.html>].

Оценивались следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок.
2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность.
3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.
4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.
6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RoleEmotional – RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности.

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

После внесения данных, полученных при опросе больных, сгруппированы два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». При этом составляющие физического компонента здоровья – это физическое функционирование; рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья. Составляющие психологического компонента здоровья (Mental Health – MH) – психическое здоровье; рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка качества жизни больных с анальным недержанием до применения анальных тампонов выявила ее низкое значение по основным показателям, заложенным в опроснике SF-36. Так уровень физического функционирования составлял от 30,7 до 55,7 баллов, психического здоровья – от 48,7 до 56,8 баллов. Наиболее низкие показатели отмечены в группе больных с нейрогенной анальной инконтиненцией. Возможно, это связано и с отсутствием эффективных способов лечения данной патологии и перспективы по преодолению данного состояния. Применение анальных тампонов во всех группах больных улучшило качество жизни. Надо отметить, что повышение качества жизни не было значительным (Табл. 1). Тем не менее, применение анальных тампонов в течении первой недели их использования улучшило показатели физического и психического здоровья. Вероятнее всего, более длительное использование анальных тампонов позволит, в перспективе, повысить качество жизни пациентов с анальной инконтиненцией в значительной степени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование оценки качества жизни среди больных с анальным недержанием показало значительное снижение физического и психического здоровья независимо от происхождения патологического состояния. Предварительная оценка эффективности анальных тампонов Persisteen отражает повышение качества жизни на 3-4 балла уже через 7-14 дней с начала их применения.

Таблица 1. Динамика показателей качества жизни у пациентов с анальным недержанием до и после использования анальных тампонов

Нозология	N (количество пациентов)	До применения анальных тампонов		После применения анальных тампонов	
		РН Среднее значение (баллы)	МН Среднее значение (баллы)	РН Среднее значение (баллы)	МН Среднее значение (баллы)
Послеродовая анальная инконтиненция	5	55,66±2,103	56,81±3,704	58,88±1,443	58,42±3,557
Врожденная анальная инконтиненция	3	53,63±3,855	53,43±6,178	57,03±3,182	55,7±5,274
Сенильная анальная инконтиненция	4	38,28±9,765	53,47±5,708	41,52±8,683	56,68±3,603
Послеоперационная анальная инконтиненция	3	45,19±1,751	55,32±4,119	47,28±1,399	56,53±3,811
Нейрогенная (посттравматическая) анальная инконтиненция	2	30,74±8,167	48,7±1,131	34,15±12,37	52,35±3,182

Различия между соответствующими показателями статистически не значимы (p 0,05)

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Э.А. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – т. 6 (1). – с. 48-53.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2006. – 432 с.
3. Мусаев Х.Н., Мамедов М.М., Алиева Е.М. Оценка применения новых методов оперативных вмешательств в комплексном лечении больных послеродовой недостаточностью анального сфинктера. Хирургия. – 2010. – №12. – с. 77-81.
4. Фоменко О.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Титов А.Ю. и соавт. Алгоритм исследования нарушений запирающего аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – т. 19. – №4. – с. 62-68.
5. Bellicini N., Molloy P.J., Caushaj P. et al. Fecal incontinence: a review. Dig Dis Sci. – 2008. – Jan;53 (1):41-6.
6. Halland M., Talley N.J. Fecal incontinence: mechanisms and management. Current Opinion in Gastroenterology. – 2012. – Jan; 28 (1): 57-62.
7. Pollack J., Nordenstam J., Brismar S. et al. Anal incontinence after vaginal delivery: a five-year prospective cohort study. Obstet Gynecol. – 2004. – Dec; 104 (6):1397-402.
8. Laine K., Skjeldestad F.E., Sanda B. et al. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2011. – April; 90 (4):319-324.
9. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Полетов Н.Н., Нехрикова С.В., Фоменко О.Ю., Подмаренков В.А. Результаты хирургического лечения у больных полной недостаточностью анального сфинктера. Колопроктология. – 2007. – №2 (20). – с. 3-9.
10. Полетов Н.Н., Фролов С.А. Хирургическое лечение больных анальной инконтиненцией. Колопроктология. – 2011. – Приложение. – №3 (37). – с. 43.

УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ (ОБОДОЧНАЯ КИШКА, ЖЕЛУДОК, ПЕЧЕНЬ И ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК) ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО КАРЦИНОИДА И РАКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ненарокомов А.Ю.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

(ректор – академик РАМН, профессор, д.м.н. В.И. Петров)

[Ключевые слова: мультिवисцеральная резекция, карциноид]

SUCCESSFUL MULTIVISCERAL SURGERY (COLON, STOMACH, LIVER AND LEFT ADRENAL) OF METHACHRONE MULTIFOCAL CARCINOID AND CARCINOMA OF TRANSVERSUM COLON

Nenarokomov A.Yu.

Volgograd State Medical University, Volgograd

[Key words: multivisceral resection, carcinoid]

Адрес для переписки: Ненарокомов Александр Юрьевич, ФУВ ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, ул. Павших борцов, д. 1, Волгоград, 400066, e-mail: poisson1967@yandex.ru

Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует возможности хирургического лечения обширных опухолевых образований в брюшной полости, поражающих несколько органов. Также данное наблюдение является редким примером поочередного поражения двумя типами злокачественной опухоли одного органа.

Больная Р., 45 лет, обратилась в поликлинику Волгоградского областного клинического онкологического диспансера №1 (ВОКОД №1) 27 декабря 2012 года с жалобами на наличие больших размеров опухоли в животе, выраженное похудание, слабость. Из направительных документов и собранного анамнеза стало известно, что в 2005 году в условиях хирургического отделения одной из больниц Волгограда была оперирована в объеме обструктивной резекции толстой кишки по поводу рака поперечной ободочной кишки Т3N0M0, осложненного толстокишечной непроходимостью. Гистологическое исследование №№ 7274-7283 от 21.11.2005: умеренно-дифференцированная аденокарцинома с инвазией наружного мышечно-го слоя; хронический лимфаденит. Спустя 4 месяца

в том же стационаре была выполнена реконструктивная операция с одномоментной холецистэктомией, аппендэктомией. Онкологами больная не консультирована.

Ухудшение состояния заметила в июле 2012 года: появилась слабость, анемия, похудание. За 7 лет больная похудела на 60 килограмм. В конце ноября 2012 года стала отмечать боли в животе, что заставило ее обратиться за медицинской помощью. Обследована в стационаре, где ранее была оперирована. Выявлена опухоль больших размеров в ободочной кишке, выраженная анемия. Гистологическое исследование №№ 2695-2697 от 08.12.2012: карциноид. Для дальнейшего лечения была направлена в ВОКОД №1.

Госпитализирована в колопроктологическое отделение 10.01.2013. При поступлении состояние ближе к средней тяжести, пониженного питания (ИМТ=14,8 кг/м²), кожные покровы бледные. В эпигастрии и левом подреберье пальпаторно определяется бугристая опухоль каменистой плотности размером 20×12 см, болезненная при пальпации, практически не смещаемая. Перитонеальных

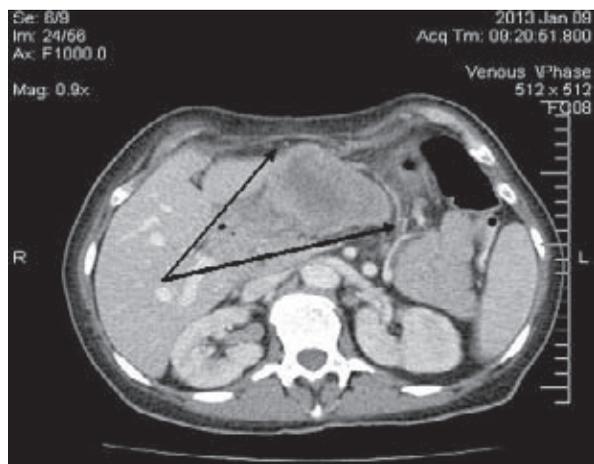


Рисунок 1. Компьютерная томограмма больной Р. Венозная фаза (Ультравист). Стрелками указаны границы опухолевого образования брюшной полости

симптомов нет. Стул не нарушен. Начата предоперационная подготовка, дообследование. Однако 14.01.2013 у больной был диагностирован острый тромбоз малоберцовой вены левой голени, подтвержденный сонографически. Пациентка была переведена для лечения в отделение сосудистой хирургии.

Повторная госпитализация в колопроктологическое отделение онкологического диспансера 04.02.2013. Лабораторные данные: гемоглобин 61 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}$, лейкоциты $5,7 \times 10^9$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 57 мм/ч; билирубин 8,7 мкмоль/л, креатинин 81,8 мкмоль/л; протромбиновое время 16,7 с; тромбиновое время 15,4 с; АЧТВ 26,0 с; фибриноген 4,3 г/л.

Фиброколоноскопия: обнаружена опухоль печеночного изгиба ободочной кишки с распадом и умеренным сужением просвета.

УЗИ органов брюшной полости: в проекции поперечной ободочной кишки определяется опухоль 14,0×5,5 см, асцита и других опухолевидных образований не обнаружено.

КТ органов брюшной полости с контрастным усилением: выявлено циркулярное опухолевое поражение поперечной ободочной кишки протяженностью около 14 см с неравномерным утолщением стенок до 3 см и сужением просвета. Опухоль интимно прилежит к антральному отделу желудка и смещает его краниально (не исключается инвазия). В левом надпочечнике – гипervasкулярное образование диаметром до 2 см – метастаз. Множественные увеличенные брыжеечные и парааортальные лимфатические узлы до 1,5 см – метастатические (Рис. 1).

Предоперационная подготовка включала в себя инфузионно-детоксикационную терапию, плазмо- и гемотрансфузии. Уровень гемоглобина перед началом операции составил 100 г/л.

15.02.2013 выполнена операция. В ходе интраоперационной ревизии обнаружена опухоль протяженностью 15 см, занимающая правую и среднюю треть поперечной ободочной кишки, инфильтрирующая и циркулярно охватывающая антральный отдел желудка, распространяющаяся на край левой доли печени. В остатках прядей большого сальника, в гепато-дуоденальной связке, в брыжейке поперечной ободочной кишки обнаружены множественные плотные лимфатические узлы от 1,0 до 2,0 см в диаметре. При срочном гистологическом исследовании одного из них – метастаз низкодифференцированной опухоли. В печени, по брюшине и яичниках признаков опухолевого роста не обнаружено. Лимитирующие резекцию органы: верхние брыжеечные сосуды, поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка – свободны от опухолевого роста. Выполнена мультिवисцеральная резекция.

Мобилизация была начата с рассечения желудочно-ободочной связки левее впадения в желудок с последующим выходом на корень брыжейки поперечной ободочной кишки и перевязкой оставшихся ветвей средних толстокишечных сосудов и подвздошно-толстокишечных сосудов, мобилизацией илеоцекального отдела кишечника. Большая кривизна желудка была мобилизована выше уровня ворот селезенки. Дальнейшая мобилизация проводилась со стороны большого сальника в направлении малого сальника и двенадцатиперстной кишки в пределах здоровых тканей. Удалена дистальная треть желудка. Атипичная резекция левой доли печени была выполнена на заключительном этапе мобилизации, после резекции ободочной кишки и желудка. Гемостаз и билиостаз печени прошиванием П-образными и обвивными швами. Илеоколоанастомоз сформирован на уровне селезеночного изгиба кишки «конец в конец» однорядным атравматичным швом. Наложен гастроэнтероанастомоз на длинной петле с формированием межкишечного анастомоза Брауна. Адреналэктомия слева. Завершение операции по общим правилам. Время операции составило 260 минут, объем кровопотери – 300 мл.

Удалены правая часть ободочной кишки, 1/3 желудка, часть левой доли печени с опухолью 15×15×12 см; левый надпочечник.

На разрезе – опухоль с распадом, разрушением стенки кишки и образованием полости 10×10×8 см, стенками которой являлись брыжейка поперечной

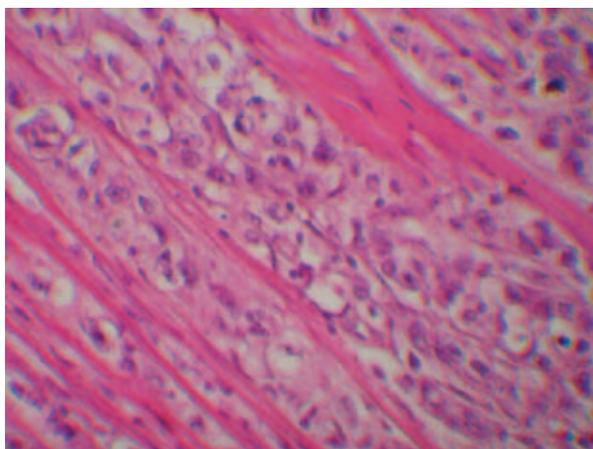


Рисунок 2. Микрофотография удаленного препарата Больной Р. (гематоксилин-эозин; ув. 40×7). Определяются пласты опухолевых клеток между мышечными волокнами желудка

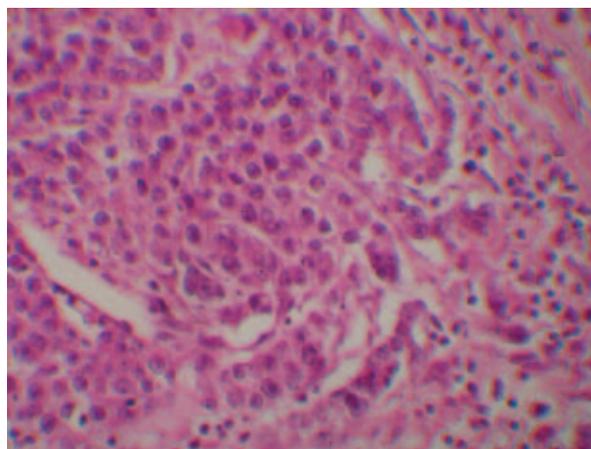


Рисунок 3. Микрофотография удаленного препарата Больной Р. (гематоксилин-эозин; ув. 40×7). Отмечается опухолевая инфильтрация печеночных балок

ободочной кишки, задняя стенка желудка, нижняя поверхность печени, ткани сальников. Обнаружен свищевой ход в желудок диаметром 2 мм, который клинически никак себя не проявлял.

Гистологическое исследование №№ 4660-4681: карциноид с инвазией всех слоев кишки, ткани печени и желудка; метастазы в лимфатические узлы, надпочечник (Рис. 2 и 3).

В послеоперационном периоде осложнений не было. Больная выписана на 12 сутки в удовлетворительном состоянии. Исследована пролиферативная активность опухоли, Ki67 - 8%.

Диагноз: Первично-множественное злокачественное новообразование: карциноид поперечной ободочной кишки с распространением на желудок

и левую долю печени, метастазом в левый надпочечник, регионарные лимфатические узлы, StIV. Состояние после правосторонней гемиколэктомии с дистальной резекцией желудка, атипичной резекцией печени, адреналэктомией слева (15.02.2013). Рак поперечной ободочной кишки T3N0M0, состояние после хирургического лечения (2005 г.).

Ввиду низкой пролиферативной активности опухоли адъювантная химиотерапия признана нецелесообразной. Рекомендовано динамическое наблюдение. Пациентка осмотрена повторно через 3 месяца с момента операции. Признаков опухолевого роста не обнаружено. Чувствует себя удовлетворительно. Прибавила в весе 8 кг. Рекомендовано дальнейшее динамическое наблюдение.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Войнов М.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

[Ключевые слова: выпадение прямой кишки, ректопексия]

SURGICAL TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE (REVIEW ARTICLE)

Voinov M.A.

State Scientific Centre of Coloproctology, Moscow, Russia

[Key words: rectal prolapse, rectopexy]

Адрес для переписки: Войнов М.А., ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, ул. Саляма Адиля, д. 2, Москва, 123423, e-mail: info@gnck.ru

Проблема лечения ректального пролапса существует много веков, однако до настоящего времени не найдено метода, способного обеспечить надёжное избавление от данного недуга.

В сочинении Гипократа «О фистулах» 2400 лет тому назад появляется первое описание лечения выпадения прямой кишки: «больного следует подвесить на дереве головой вниз, на выпавшую часть кишки нанести каустическую соду (гидроксид натрия), и оставить в таком состоянии на 3 суток» [1]. В средние века применяли другие методы лечения – прижигание выпавшей части кишки калёным железом или вправление её палкой [2]. Необходимо помнить, что до момента появления антисептиков врачи редко решались на хирургическое пособие, так как существовала очень большая вероятность развития тяжёлых гнойно-воспалительных осложнений и нередко летального исхода. В этой связи, почти до конца XIX века единственными методами лечения были различные консервативные мероприятия: холодные промежностные обмывания, ношение бандажей, общеукрепляющая терапия, введение клизм с вяжущими растворами, электризация.

С появлением антисептиков и обезболивания все виды консервативного лечения отошли на второй план, а внимание хирургов переключилось на разработку методов радикальной коррекции ректального пролапса. За двухвековую историю изучения заболевания предложено более чем 200 оперативных вмешательств [3-6]. До сих пор продолжают споры среди врачей о выборе наиболее оптимального метода лечения, появляются всё новые виды

хирургических методик. Это говорит о том, что единственно верного способа лечения не существует, и необходим дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства в зависимости от стадии выпадения, выраженности сопутствующих заболеваний, возраста пациента и т. д. Всё многообразие оперативных пособий, предложенных при выпадении прямой кишки, можно разделить на 4 основные группы [7]:

- промежностные операции (на выпавшей части кишки, либо на заднем проходе или мышцах тазового дна);
- трансабдоминальные фиксирующие операции;
- трансабдоминальные операции с резекцией ободочной кишки;
- комбинированные методы.

ПРОМЕЖНОСТНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Многие исследователи признают, что выполнение хирургических вмешательств промежностным доступом приводит к уменьшению частоты послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации, а также сопровождается менее интенсивным болевым синдромом в послеоперационном периоде. Тем не менее, значительно более высокая частота рецидивов (в 4 раза выше, по сравнению с трансабдоминальным доступом) и неудовлетворительные функциональные результаты существенно ограничивают их применение [8]. Впервые о резекции выпадающего участка пря-

мой кишки трансанальным доступом сообщил J. Mikulicz в 1889 г. Эта операция нашла сторонников как на родине автора, так и за рубежом из-за технической простоты и малой травматичности. Однако большое число рецидивов (до 20%), серьёзные осложнения (кровотечение и перитонит) и высокая летальность (до 11%) заставили хирургов на длительное время отказаться от этой методики [2].

Совершенно иной подход к решению проблемы ректального пролапса предложил в 1891 году Thierch [9], который использовал подкожное введение серебряной проволоки для сужения заднего прохода. Этот метод подкупал своей простотой и эффективностью и сразу стал весьма популярным среди хирургов. Однако, проволока не обладала необходимой эластичностью, операция часто осложнялась развитием рубцовой стриктуры и нагноением раны. Позднее взамен проволоки было предложено большое число различных материалов, но это не улучшило результаты лечения. Выраженное нарушение дефекации из-за чрезмерного сужения анального канала приводило к необходимости сильного натуживания, что почти всегда вызывало рецидив заболевания. В этой связи, от операции Тирша в последующем отказалось большинство хирургов [5, 10].

В.А. Зеренин в 1902 г. при помощи промежностного доступа мобилизовал прямую кишку в проксимальном направлении и фиксировал её к мысу крестца с захватом в шов продольной связки крестца. Основным недостатком метода являлась доступность фиксации только нижнеампулярного отдела прямой кишки при сохранении мобильности вышележащих отделов. Операция Зеренина не нашла широкого применения, так как приводила к большому числу рецидивов выпадения (до 30%) и частому развитию местных гнойно-воспалительных осложнений [2].

Описанные хирургические вмешательства, в основном, представляют исторический интерес. Однако, такие методы коррекции ректального пролапса, как операция Делорма и операция Альтмеера, продолжают применяться и в настоящее время.

• Операция Делорма

Дальнейшее развитие хирургической мысли привело к разработке ещё одного способа коррекции выпадения прямой кишки. В 1900 году французский хирург M. Delorme предложил отделять от мышечного слоя слизистую оболочку выпавшей части кишки и иссекать её [11, 12]. Некоторые авторы дополнительно накладывали гофрирующие шёлковые, либо кетгутовые швы на стенку прямой

кишки для создания мышечного валика, укрепляющего наружный сфинктер [13, 14]. Положительной стороной данного вмешательства является малая травматичность, однако вероятность развития рецидивов пролапса выше, чем при трансабдоминальных операциях и составляет от 10% до 15% [15-17]. Воспалительные осложнения, задержка мочеиспускания, кровотечение и запоры встречаются в 4-12% случаев [15, 18]. Держание кишечного содержимого и моторная функция ободочной кишки улучшаются после операции [15]. В одном из немногочисленных исследований, по данным манометрии, давление покоя и волевого сокращения анального сфинктера достоверно возрастают после выполнения операции Делорма [17].

• Операция Альтмеера

В 1952 г. W.A. Altemeier предложил выполнять резекцию прямой и участка сигмовидной кишок промежностным доступом с одновременной пластикой мышц тазового дна. Преимущество данной операции заключается в низкой частоте осложнений (до 10%), таких как кровотечение из линии швов, тазовые абсцессы и несостоятельность анастомоза. Частота рецидивов составляет от 16% до 30% [19-21]. Для сравнения результатов операции Альтмеера с трансабдоминальными методами коррекции ректального пролапса было выполнено рандомизированное контролируемое исследование с небольшой выборкой (n=20). В результате частота рецидивов составила 10% в группе промежностных операций, в то время как при трансабдоминальных операциях возникновения рецидивов отмечено не было [8].

• Эндоректальная циркулярная проктопластика по Лонго

Среди промежностных методик лечения внутренней ректальной инвагинации в настоящее время наиболее распространена **эндоректальная циркулярная проктопластика по Лонго** – «STARR» техника (stapler transanal rectal resection).

Обычно при выполнении данной операции используются два циркулярных сшивающих аппарата. В анальный канал вводят окончатый аноскоп, затем прошивают двумя рядами полукишетных швов стенку прямой кишки по передней полуокружности, захватывая инвагинат. Расстояние между швами 1 см. После введения в прямую кишку головки аппарата на ней завязывают ранее наложенные швы и производят резекцию избыточных тканей при помощи циркулярного степлера. Аналогичным образом поступают и с задней стенкой.

Частота послеоперационных осложнений при

этом методе достигает 15-47% [22,23]. Чаще всего встречается императивный позыв на дефекацию (до 40%) [22]. Однако, спустя год, он сохраняется лишь у 10% пациентов [22,24]. Преимуществом операции Лонго является достижение существенного улучшения эвакуаторной функции прямой кишки в послеоперационном периоде [25-27].

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Преимуществами трансабдоминальных вмешательств является низкий уровень рецидивов и хорошие функциональные результаты [8,10,19]. При описании методов хирургического лечения выпадения прямой кишки следует остановиться на таком важном аспекте оперативной техники, как повреждение боковых связок прямой кишки. В этих структурах проходят эфферентные нервные волокна, отвечающие за моторику прямой кишки. Их повреждение ведёт к усугублению или возникновению нарушений моторной функции толстой кишки в послеоперационном периоде [10,28-30]. Учитывая эти обстоятельства, были предложены методы ректопексии, при которых мобилизация прямой кишки не затрагивает боковые связки. Однако, по мнению некоторых авторов, вместе с этим увеличивается вероятность развития рецидивов заболевания [29,31-33]. Таким образом, вопрос о целесообразности сохранения боковых связок прямой кишки остаётся спорным, и для его решения требуются дальнейшие рандомизированные исследования.

Впервые фиксирующую операцию при лечении выпадения прямой кишки трансабдоминальным доступом применил Jeannel в 1889 г. [34]. Он предложил фиксировать сигмовидную кишку к передней брюшной стенке в левой подвздошной области и одновременно накладывать пристеночную сигмостому. В 1890 году С.А. Потоцкий сообщил о модификации метода Jeannel, при котором вместо пристеночной колостомы применялась экстериоризация сигмовидной кишки (без вскрытия просвета) в подкожно-жировую клетчатку [35]. F. Eiselsberg в 1902 г. в качестве метода лечения ректального пролапса предложил резекцию сигмовидной кишки с фиксацией анастомоза к передней брюшной стенке [36]. Это оперативное вмешательство в дальнейшем нашло широкое применение за рубежом. К сожалению, все типы подобных операций связаны с большим числом рецидивов заболевания (до 32%). Фиксация постоянно перисталь-

тирующей, заполненной каловыми массами кишки к подвижным органам и тканям непрочная и неизбежно приводит к рецидиву заболевания [5,10].

• Шовная ректопексия

Используя метод фиксации прямой кишки к крестцу, разработанный В.П. Зерениным, в 1917 г. Н. Kummel выполнил эту операцию абдоминальным доступом. В 1919 году он сообщил о 7 пациентах с внутрибрюшной ректопексией к крестцу [37]. С тех пор оперативное вмешательство носит название «**ректопексия по Зеренину-Кюммелю**». В отечественной хирургии она применяется в модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР и заключается в уменьшении ампулярности прямой кишки методом фиксации её швами к продольной передней связке крестца с ротацией на 180°. Оперативное вмешательство в ряде случаев может дополняться сфинктеролеваторопластикой, при которой устраняется диастаз леваторов и укрепляется перерастянутый анальный сфинктер.

Первые исследования, посвящённые результатам данного оперативного вмешательства, были очень обнадеживающими. Так, Ю.В. Дульцев, А.В. Волков сообщали, что частота рецидивов не превышает 1,4% [38]. Однако углублённый анализ непосредственных и отдалённых результатов, выполненный А.Ю. Титовым в 1998 г., показал, что рецидивы заболевания достигают 14,1%, а нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки выявляются у 74,6% пациентов. Кроме этого, в 69% случаев сохраняется анальное недержание [39].

Cutait D. в 1959 году разработал новую модификацию шовной ректопексии, при которой прямая кишка полностью мобилизуется и фиксируется к крестцовой фасции. Надёжную фиксацию прямой кишки обеспечивают спайки, образующиеся между прямой кишкой и крестцовой фасцией [9,40].

По сведениям из различных источников, частота рецидивов после шовной ректопексии варьирует от 3 до 9% [41,42]. Данная операция может осложниться прогрессированием уже существующих (15% случаев) или возникновением ранее не наблюдавшихся запоров в послеоперационном периоде (50% оперированных больных) [43]. Следует отметить, что точная причина этого осложнения до сих пор остаётся не установленной.

Неудовлетворительные результаты вышеописанных методов лечения ректального пролапса заставили хирургов искать новые способы фиксации прямой кишки. Это привело к разработке операций с использованием аллотрансплантатов.

• **Переднепетлевая ректопексия (операция Рипштейна)**

Синтетический имплантат для фиксации прямой кишки впервые применил американский хирург Рипштейн. В 1952 г. он предложил транс-абдоминальный метод лечения выпадения прямой кишки – переднепетлевую ректопексию [44]. При выполнении оперативного вмешательства прямая кишка мобилизуется до уровня леваторов и оборачивается синтетической сеткой спереди. Трансплантат фиксируется к пресакральной фасции нерассасывающимся материалом, отступив от средней линии – на 1 см с обеих сторон.

При выполнении операции Рипштейна рецидивы заболевания составляют от 4 до 13%, а развитие запоров в послеоперационном периоде наблюдается практически у половины оперированных пациентов [45]. Выполнение данного вмешательства приводит к значительному улучшению держания кала у 20-60% пациентов. Полное исчезновение симптомов обструктивной дефекации достигается лишь у 20%, частичное улучшение – у 32%, а прогрессирование симптомов – у 48% больных [46].

• **Заднепетлевая ректопексия (операция Уэллса)**

В 1959 г. для лечения прямокишечного выпадения Уэллсом была разработана другая методика ректопексии [47]. Он предложил полностью мобилизовывать прямую кишку от мыса крестца до тазового дна с обязательным пересечением латеральных связок. Затем кишку фиксируют к крестцу при помощи ивалоновой губки, устанавливаемой в пресакральное пространство. После выполнения данного оперативного вмешательства было отмечено большое число (до 90%) осложнений, связанных как с массивной мобилизацией кишки с пересечением боковых связок, так и с использованием в качестве трансплантата ивалоновой губки [48]. В этой связи операция была модифицирована. Для фиксации прямой кишки использовали тефлоновую либо марлексную сетки, а мобилизация производилась лишь по задней и боковым полукружностям с сохранением интактными боковых связок прямой кишки [49].

Заднепетлевая ректопексия сопровождается возникновением рецидивов в 3-6%, а улучшение держания в послеоперационном периоде происходит у 3-40% пациентов [43]. Вероятность запоров в послеоперационном периоде хотя и ниже, чем при предыдущем методе, и составляет 19%, но, тем не менее, остаётся высокой [10].

• **Ректопексия с резекцией толстой кишки**

Применение трансабдоминальных операций

с резекцией толстой кишки впервые описал в 1951 г. S. Stabins, который сообщил о хороших результатах выполнения передней резекции прямой кишки при лечении ректального пролапса [50]. В последующем и другие хирурги сочетали высокую переднюю резекцию прямой кишки с резекцией удлинённой сигмовидной кишки [26,51,52]. Н. Frykman в 1969 году предложил дополнять ректопексию резекцией сигмовидной кишки и перитонизацией зоны анастомоза [53]. Одним из основных преимуществ данного вида вмешательств является снижение частоты рецидивов с улучшением моторной функции прямой кишки. Однако, в связи с расширенным объёмом операции, закономерно увеличивается количество послеоперационных осложнений, по сравнению с изолированной ректопексией [10].

Рецидивы ректального пролапса после выполнения резекционной ректопексии развиваются в 2-5% случаев. Частота послеоперационных осложнений достигает 20%, среди которых наиболее часто наблюдаются непроходимость и несостоятельность анастомоза [10]. Существует распространённое мнение, что выполнение резекции сигмовидной кишки при ректальном пролапсе предпочтительнее у пациентов хроническим толстокишечным стазом [54,55]. Однако, по данным ряда литературных источников, объём такой резекции является неадекватным, и поэтому у больных с нарушением транзита по толстой кишке применяют ректопексию с субтотальной колэктомией [54,56]. Одним из главных недостатков резекционных методов лечения является ухудшение анального держания в послеоперационном периоде. В этой связи, всё большее число хирургов сходятся во мнении, что выполнение резекции кишки у пациентов с сопутствующей анальной инконтиненцией противопоказано [10,57].

Результаты передней резекции прямой кишки, как метода лечения ректального пролапса, не столь обнадеживающие. В исследовании, включающем 113 пациентов, перенёвших переднюю резекцию прямой кишки, установлено, что частота рецидивов с течением времени увеличивается и через 2, 5 и 10 лет после операции составляет 3, 6 и 12%, соответственно. У 29% пациентов выявлены послеоперационные осложнения, в том числе, у 3 больных – несостоятельность анастомоза [51]. По другим данным, в течение 6 лет после операции рецидив развивался у 7% больных [28]. У пациентов с сопутствующим недержанием кала низкое наложение анастомоза может привести к полной потере контроля над дефекацией. В этой связи, выполнение передней резекции прямой кишки следует

рассматривать лишь как крайний вариант лечения [28]. Он показан при ректальном пролапсе, осложнённом солитарной язвой, деформирующей стенку кишки и нарушающей кишечную проходимость.

• Ректо(кольпо)сакропексия

В 1984 г. Orr-Loague была предложена вентропексия, которая заключалась в полной мобилизации прямой кишки по передней и задней полуокружностям до уровня леваторов с последующей фиксацией двух нейлоновых имплантатов к переднебоковым стенкам кишки и пресакральной фасции [58]. Основываясь на данной методике, D'Hooge в 2004 г. впервые описал ректо(кольпо)сакропексию и её потенциальные преимущества для предотвращения запоров в послеоперационном периоде [59]. Технология предполагает мобилизацию прямой кишки по передней и правой боковой полуокружностям до латеральной связки. У женщин операция выполняется с расщеплением ректовагинальной перегородки и мобилизацией кишки до анального сфинктера. Синтетический имплантат подшивается ко всей поверхности мобилизованной передней стенки прямой кишки и несколькими швами к заднему своду влагалища. Таким образом, устраняется сопутствующее выпадению ректоцеле, и с помощью фиксации задней стенки влагалища укрепляется тазовое дно. Затем свободный конец сетки фиксируется к надкостнице крестца и операция завершается ушиванием тазовой брюшины. При выполнении данного вмешательства боковые связки прямой кишки остаются интактными, что позволяет сохранить тазовые нервы и снизить риск развития запоров в послеоперационном периоде. По данным двенадцати нерандомизированных исследований, включивших анализ лечения 728 пациентов, частота рецидивов после данного вмешательства составила лишь 3,4%, а среднее число послеоперационных осложнений – 23%. Возникновение запоров в послеоперационном периоде наблюдалось лишь у 14,4% пациентов [60]. При лечении внутреннего выпадения прямой кишки методом ректо(кольпо)сакропексии рецидивы заболевания возникают в 3,4-8% случаев, частота послеоперационных осложнений составляет 4,6-6,6%. Полный регресс симптомов обструктивной дефекации отмечается у 88-92,8% пациентов [61].

• Лапароскопическая ректопексия

Все трансабдоминальные вмешательства, применяемые для лечения выпадения прямой кишки, в последние десять лет выполняются лапароскопически с практически одинаковыми результата-

ми, по сравнению с открытыми операциями [10]. Показания для выполнения лапароскопических операций такие же, как и для трансабдоминальных.

Многочисленные исследования показали сопоставимый уровень рецидивов (4-8%) и послеоперационных осложнений (10-33%) у лапароскопических методик, по сравнению с открытыми вмешательствами [10,62,63]. Преимущества лапароскопической ректопексии заключаются в меньшей травматичности, более коротких сроках пребывания больного в стационаре, раннем восстановлении нормальной функции кишечника [62]. Возможности данного метода были продемонстрированы для лечения ректального пролапса у пациентов с высоким операционным риском [63]. Таким образом, минимально инвазивные оперативные вмешательства при лечении выпадения прямой кишки в руках опытных хирургов выгодно отличаются от открытых методик.

Применение роботизированной техники в последнее время было сосредоточено в области хирургии таза, в основном, из-за лёгкости поддержания единого поля зрения во время операции. В настоящее время в литературе встречается небольшое количество сообщений об исследованиях, которые демонстрируют сопоставимые результаты робототехники, по сравнению с лапароскопическими методами [64]. Недостатками подобных вмешательств являются значительные временные и экономические затраты [65]. Тем не менее, лучший обзор и простота наложения швов и завязывания узлов вызывает большой интерес к этой методике.

Таким образом, несмотря на все многообразие хирургических способов коррекции выпадения прямой кишки, ни один из предложенных методов не может гарантировать оптимальный результат в отношении рецидивов заболевания и функционального состояния толстой кишки. В этой связи, необходимо проведение новых исследований, направленных на поиск более эффективных методов хирургического лечения выпадения прямой кишки, а также способов коррекции функциональных нарушений в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Safar B., Vernava A.M., 3rd. abdominal approaches for rectal prolapse. Clin. Colon Rectal. Surg. 2008. – 21 (2): 94-9.
2. Даниель-Бек К.В. Выпадение прямой кишки. Москва: Медгиз, 1958.
3. Frykman H.M. Abdominal proctopexy and primary

- sigmoid resection for rectal procidentia. *Am J Surg.* 1955. – 90 (5): 780-9.
4. Luukkonen P., Mikkonen U., Jarvinen H. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. rectopexy alone for rectal prolapse: a prospective, randomized study. *Int J Colorectal Dis.* 1992. – 7 (4): 219-22.
 5. Мусин А.И., Благодарный Л.А., Фролов С.А. Выпадение прямой кишки. Современное состояние проблемы (обзор литературы). *Колопроктология.* – 2011. – №3. – с. 41-47.
 6. Ривкин В.Л., Ан В.К. Ошибки при лечении проктологических больных (обзор). *Колопроктология.* – 2010. – №4. – с. 42-45.
 7. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Москва: МИА, 2006.
 8. Deen K.I., Grant E., Billingham C., Keighley M.R. Abdominal resection rectopexy with pelvic floor repair versus perineal rectosigmoidectomy and pelvic floor repair for full-thickness rectal prolapse. *Br. J. Surg.* – 1994. – 81 (2): 302-4.
 9. Jacobs L.K., Lin Y.J., Orkin B.A. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin North Am.* – 1997. – 77 (1): 49-70.
 10. Tou S., Brown S.R., Malik A.I., Nelson R.L. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008 (4): CD001758.
 11. Delorme R. Communication sur le traitement des prolapses du rectum totaux pour l'excision de la musculeuse rectale ou rectocolique. *Bull Mem. Soc. Chir. Paris.* – 1900. – 26: 499-518.
 12. Liberman H., Hughes C., Dipolito A. Evaluation and outcome of the delorme procedure in the treatment of rectal outlet obstruction. *Dis. Colon Rectum.* – 2000. – 43 (2): 188-92.
 13. Bier H. Operative Behandlung des Mastdarmvorfalles. *Dtsch. med. Wchschr.* – 1904. – 30 (11): 414-415.
 14. Juarra E. Sur un nouveaux procede de cure radicale du prolapsus complet du rectum. *Bill. Soc. nat. chir.* – 1901: 723-729.
 15. Lieberth M., Kondylis L.A., Reilly J.C., Kondylis P.D. The Delorme repair for full-thickness rectal prolapse: a retrospective review. *Am. J. Surg.* – 2009. – 197 (3): 418-23.
 16. Senapati A., Nicholls R.J., Thomson J.P., Phillips R.K. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. *Dis. Colon Rectum.* – 1994. – 37 (5): 456-60.
 17. Tsunoda A., Yasuda N., Yokoyama N. et al. Delorme's procedure for rectal prolapse: clinical and physiological analysis. *Dis Colon Rectum.* – 2003. – 46 (9): 1260-5.
 18. Watkins B.P., Landercasper J., Belzer G.E. et al. Long-term follow-up of the modified Delorme procedure for rectal prolapse. *Arch Surg.* – 2003. – 138 (5): 498-502; discussion 502-3.
 19. Kim D.S., Tsang C.B., Wong W.D. et al. Complete rectal prolapse: evolution of management and results. *Dis Colon Rectum.* – 1999. – 42 (4): 460-6; discussion 466-9.
 20. Riansuwan W., Hull T.L., Bast J. et al. Comparison of perineal operations with abdominal operations for full-thickness rectal prolapse. *World J Surg.* – 2010. – 34 (5): 1116-22.
 21. Pescatori M., Zbar A.P. Tailored surgery for internal and external rectal prolapse: functional results of 268 patients operated upon by a single surgeon over a 21-year period*. *Colorectal Dis.* – 2009. – 11 (4): 410-9.
 22. Lenisa L., Schwandner O., Stuto A. et al. STARR with Contour Transtar: prospective multicentre European study. *Colorectal Dis.* – 2009. – 11 (8): 821-7.
 23. Gagliardi G., Pescatori M., Altomare D.F., et al. Results, outcome predictors, and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *Dis. Colon Rectum.* – 2008. 51 (2): 186-95; discussion 195.
 24. Boccasanta P., Venturi M., Roviato G. Stapled transanal rectal resection versus stapled anopexy in the cure of hemorrhoids associated with rectal prolapse. A randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis.* – 2007. – 22 (3): 245-51.
 25. Petersen S., Hellmich G., Schuster A. et al. Stapled transanal rectal resection under laparoscopic surveillance for rectocele and concomitant enterocele. *Dis. Colon Rectum.* – 2006. – 49 (5): 685-9.
 26. Corman M.L., Carriero A., Hager T. et al. Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defaecation. *Colorectal Dis.* – 2006. – 8 (2): 98-101.
 27. Binda G.A., Pescatori M., Romano G. The dark side of double-stapled transanal rectal resection. *Dis Colon Rectum.* – 2005. – 48 (9): 1830-1; author reply 1831-2.
 28. Cirocco W.C., Brown A.C. Anterior resection for the treatment of rectal prolapse: a 20-year experience. *Am Surg.* – 1993. – 59 (4): 265-9.
 29. Mollen R.M., Kuijpers J.H., van Hoek F. Effects of rectal mobilization and lateral ligaments division on colonic and anorectal function. *Dis. Colon Rectum.* – 2000. – 43 (9): 1283-7.
 30. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Шехтер А.Б. и соав. Характер гормонального и морфологического статуса у женщин с синдромом опущения промежности. *Колопроктология.* – 2011. – 3: 3-13.
 31. Speakman C.T., Madden M.V., Nicholls R.J., Kamm M.A. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *Br. J. Surg.* – 1991. – 78 (12): 1431-3.
 32. Оскретков В.И., Шаляпин Д.И., Шаляпин И.В., Худoley Д.В. Состояние тазового дна у больных ректоцеле в сочетании с проктогенным запором. *Колопроктология.* – 2011. – №2. – с. 28-32.
 33. Оскретков В.И., Шаляпин Д.И., Шаляпин И.В.,

- Захарова М.П. Состояние леваторных мышц больных ректоцеле по данным ультразвукового исследования. Колопроктология. – 2010. – №1. – с. 10-12.
34. Jeannel R. Results d'une operation de colopexie pour prolapsus invagine du rectum. Gas.hbit. – 1890: 21.
35. Потоцкий С.А. К оперативному лечению prolapsus recti et coli invaginati. Больничная газета Боткина. – 1890. – 30-31: 741-746.
36. Eiselsberg F. Zur operativen Behandlung grosser Rectum-Prolapse. Arch. f. klin. Chir. – 1902. – 67: 745-760.
37. Kummel H. Zur Operation des hochgradigen Mastdarmvorfalls. Zbl. f. Chir. – 1917. – 25: 465-469.
38. Дульцев Ю.В., Волков А.В., Саламов К.Н. Клиническая классификация выпадения прямой кишки. Вестн. хир. – 1983. – №3. – с. 77-81.
39. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Орлова Л.П. и соав. Клиника, диагностика и лечение больных с выпадением прямой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. – №6 (1). – с. 78-82.
40. Cutait D. Sacro-promontory fixation of the rectum for completerectal prolapse. Proc R Soc Med. – 1959. 52: 105.
41. Briel J.W., Schouten W.R., Boerma M.O. Long-term results of suture rectopexy in patients with fecal incontinence associated with incomplete rectal prolapse. Dis. Colon Rectum. – 1997. – №40 (10). – с. 1228-32.
42. Graf W., Karlbom U., Pahlman L. et al. Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception. Eur. J. Surg. – 1996. – №162 (11). – с. 905-11.
43. Aitola P.T., Hiltunen K.M., Matikainen M.J. Functional results of operative treatment of rectal prolapse over an 11-year period: emphasis on transabdominal approach. Dis. Colon. Rectum. – 1999. – 42 (5): 655-60.
44. Ripstein C.B. A simple, effective operation for rectal prolapse. Postgrad Med. – 1969. – 45 (3): 201-4.
45. Madoff R.D., Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. Dis. Colon Rectum. – 1999. – 42 (4): 441-50.
46. Fleshman J.W., Kodner I.J., Fry R.D. Internal intussusception of the rectum: a changing perspective. Neth J Surg. – 1989. – 41: 145-8.
47. Wells C. New operation for rectal prolapse. Proc. R. Soc. Med. – 1959. – 52: 602-3.
48. Allen-Mersh T.G., Turner M.J., Mann C.V. Effect of abdominal Ivalon rectopexy on bowel habit and rectal wall. Dis. Colon Rectum. – 1990. – 33 (7): 550-3.
49. Keighley M.R., Fielding J.W., Alexander-Williams J. Results of Marlex mesh abdominal rectopexy for rectal prolapse in 100 consecutive patients. Br. J. Surg. – 1983. – 70 (4): 229-32.
50. Muir E.G. The surgical treatment of severe rectal prolapse. Proc. R. Soc. Med. – 1959. – 52 (Suppl): 104-5.
51. Schlinkert R.T., Beart R.W., Wolff B.G., Pemberton J.H. Anterior resection for complete rectal prolapse. Dis. Colon Rectum. – 1985. – 28 (6): 409-12.
52. Gemesnjager E. [Internal rectal prolapse: therapy outcome and current status]. Schweiz Med. Wochenschr. – 1996. – 126 (33): 1377-84.
53. Frykman H.M., Goldberg S.M. The surgical treatment of rectal procidentia. Surg Gynecol Obstet. – 1969. – 129 (6): 1225-30.
54. Sayfan J., Pinho M., Alexander-Williams J., Keighley M.R. Sutured posterior abdominal rectopexy with sigmoidectomy compared with Marlex rectopexy for rectal prolapse. Br. J. Surg. – 1990. – 77 (2): 143-5.
55. McKee R.F., Lauder J.C., Poon F.W. et al. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. Surg. Gynecol. Obstet. – 1992. – 174 (2): 145-8.
56. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Котелевский Е.В. и соав. Современная технология хирургического лечения хронического колостазы. Колопроктология. – 2012. – №3. – с. 15-19.
57. Hsu A., Brand M.I., Saclarides T.J. Laparoscopic rectopexy without resection: a worthwhile treatment for rectal prolapse in patients without prior constipation. Am Surg. – 2007. – 73 (9): 858-61.
58. Loygue J., Nordlinger B., Cunci O. et al. Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse. Report of 257 cases. Dis Colon Rectum. – 1984. – 27 (6): 356-9.
59. D'Hoore A., Cadoni R., Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br. J. Surg. – 2004. – 91 (11): 1500-5.
60. Samaranayake C.B., Luo C., Plank A.W. et al. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception. Colorectal Dis. – 2010. – 12 (6): 504-12.
61. Sileri P., Franceschilli L., de Luca E. et al. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse using biological mesh: postoperative and short-term functional results. J. Gastrointest. Surg. – 2012. – 16 (3): 622-8.
62. Tekkis P.P., Purkayastha S., Lanitis S. et al. A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis. Colorectal Dis. – 2006. – 8 (2): 82-90.
63. Plocek M.D., Geisler D.P., Glennon E.J. et al. Laparoscopic colorectal surgery in the complicated patient. Am J Surg. – 2005. – 190 (6): 882-5.
64. Ayav A., Bresler L., Hubert J., et al. Robotic-assisted pelvic organ prolapse surgery. Surg Endosc. – 2005. – 19 (9): 1200-3.
65. Heemskerk J., de Hoog D.E., van Gemert W.G. et al. Robot-assisted vs. conventional laparoscopic rectopexy for rectal prolapse: a comparative study on costs and time. Dis. Colon Rectum. – 2007. – 50 (11): 1825-30.

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В 2013 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Березовская Т.П., Невольских А.А., Бердов Б.А., Кондрашова Л.М., Горбань Н.А. ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	3 (45), 3-9
Денисенко В.Л. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	4 (46), 3-7
Жданов А.И., Попов Р.В., Коротких Н.Н., Кривоносов С.В., Брежнев С.Г. УКРЕПЛЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ФАССИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	3 (45), 10-14
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Гульман М.И., Попов А.В., Кочетова Л.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н., Аверченко Е.А. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И АНОКОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	1 (43), 28-34
Зитта Д.В., Субботин В.М. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПЛАНОВОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	1 (43), 15-18
Курбонов К.М., Шарипов Х.Ю., Абдуллоев Ф.М. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	3 (45), 15-20
Наврұзов С.Н., Наврұзов Б.С., Пазылова Д.У., Рахманов С.Т., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж. ПОДГОТОВКА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЕКТОМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	4 (46), 8-12
Орлова Л.П., Ачкасов С.И., Трубачева Ю.Л., Москалев А.И., Маркова Е.В. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	1 (43), 19-27
Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Маркова Е.В. УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ	2 (44), 23-30
Семирджаянц Э.Г., Петровский А.В., Фанштейн И.А., Нечушкин М.И., Геворкян В.С., Автомонов Д.Е. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТЛУЧЕВЫМИ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ	4 (46), 13-17
Стойко Ю.М., Сотникова В.А., Игнатьев Т.И. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, КАК СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	2 (44), 31-36
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К РАСШИРЕННЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	2 (44), 19-23
Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Мехдиев Д.И., Хасанов С.Р., Тимербулатов Ш.В., Багаутдинов Ф.З. ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ СВИЩАМИ	3 (45), 21-25
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Тотиков М.З., Талапова И.М. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОЦЕНКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	1 (43), 4-8
Фролов С.А., Сушков О.И., Пшеленская А.И., Данилейко Ю.К., Салюк В.А., Белов С.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРОЦЕССОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН	2 (44), 9-18
Фролов С.А., Титов А.Ю., Костарев И.В., Полетов Н.Н., Джанаев Ю.А. ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	2 (44), 37-43
Фролов С.А., Гатауллин И.Г., Савинков В.Г., Мальцева Н.В. ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННОЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	4 (46), 18-21

Хачатурова Э.А., Кашников В.Н., Савушкин А.В., Балыкова Е.В., Мусин И.И., Ерошкина Т.Д., Болихов К.В. РОЛЬ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	4 (46), 22-26
Чарышкин А.Л., Исаев А.А., Глущенко Л.В. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ	3 (45), 26-29
Чернышов С.В., Орлова Л.П., Жданкина С.Н., Кузнецов Н.С., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СКРЫТОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ВОРСИНЧАТЫЙ ОПУХОЛЕЙ, КАК ФАКТОР ВЫБОРА ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	2 (44), 3-8
Шельгин Ю.А., Кашников В.Н., Фролов С.А., Кузьминов А.М., Сачков И.Ю., Порхаева А.А., Завадский С.В., Шубин В.П., Поспехова Н.И., Цуканов А.С. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗНЫМ ФОРМАМ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	1 (43), 9-14
Шудрак А.А. АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	4 (46), 27-34

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Анищенко В.В., Басс А.А., Архипова А.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОДНОГО ДОСТУПА В ТРАНСАНАЛЬНУЮ ХИРУРГИЮ	1 (43), 35-38
Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г., Глушкова В.А. ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ	2 (44), 50-53
Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Кашников В.Н., Сушков О.И., Варданян А.В. ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ МНОГОЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	3 (45), 30-34
Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ	2 (44), 44-49

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Ильканич А.Я., Слепых Н.В., Барбашинов Н.А., Абубакиров А.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ «КОЛОПЛАСТ» У БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ	4 (46), 35-37
Ненарокомов А.Ю. УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ (ОБОДОЧНАЯ КИШКА, ЖЕЛУДОК, ПЕЧЕНЬ И ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК) ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО КАРЦИНОИДА И РАКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	4 (46), 38-40
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Талапова И.М., Тотиков М.З., Асланов А.Д. СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ДВУСТВОЛЬНОЙ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	1 (43), 4-8

ОБЗОРЫ

Войнов М.А. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)	4 (46), 41-47
Лурич И.А., Цема Е.В. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ (обзор литературы)	3 (45), 35-50
Шахматов Д.Г., Ачкасов С.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОСТУПА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ОТВЕРСТИЯ ОРГАНИЗМА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (обзор литературы)	1 (43), 44-50

ЮБИЛЕИ

Валерий Зелымханович Тотиков	1 (43), 51-52
------------------------------	---------------

СПИСОК АВТОРОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В 2013 г.

Абдуллоев Ф.М.	3 (45)-15	Маткаримов С.Р.	4 (46)-8
Абубакиров А.С.	4 (46)-35	Меҳдиев Д.И.	2 (44)-19; 3 (45)-21
Аверченко Е.А.	1 (43)-28	Москалев А.И.	1 (43)-19
Автомонов Д.Е.	4 (46)-13	Мусин И.И.	4 (46)-22
Анищенко В.В.	1 (43)-35	Наврузов Б.С.	4 (46)-8
Архипова А.А.	1 (43)-35	Наврузов С.Н.	4 (46)-8
Асланов А.Д.	1 (43)-39	Невольских А.А.	3 (45)-3
Ахмеров Р.Р.	2 (44)-19	Ненарокомов А.Ю.	4 (46)-38
Ачкасов С.И.	1 (43)-19, 44; 3 (45)-30	Нечушкин М.И.	4 (46)-13
Багаутдинов Ф.З.	3 (45)-21	Орлова Л.П.	1 (43)-19; 2 (44)-3, 23
Балыкова Е.В.	4 (46)-22	Пазылова Д.У.	4 (46)-8
Барбашинов Н.А.	4 (46)-35	Петровский А.В.	4 (46)-13
Басс А.А.	1 (43)-35	Полетов Н.Н.	2 (44)-37
Белов С.В.	2 (44)-9	Попов А.В.	1 (43)-28
Бердов Б.А.	3 (45)-3	Попов Р.В.	2 (44)-44; 3 (45)-10
Березовская Т.П.	3 (45)-3	Порхаева А.А.	1 (43)-9
Болихов К.В.	4 (46)-22	Поспехова Н.И.	1 (43)-9
Брежнев С.Г.	3 (45)-10	Пшеленская А.И.	2 (44)-9
Варданян А.В.	3 (45)-30	Рахманов С.Т.	4 (46)-8
Винник Ю.С.	1 (43)-28	Рыбаков Е.Г.	2 (44)-3
Войнов М.А.	4 (46)-41	Савинков В.Г.	4 (46)-18
Воллис Е.А.	2 (44)-44	Савушкин А.В.	4 (46)-22
Гайнутдинов Ф.М.	3 (45)-21	Салюк В.А.,	2 (44)-9
Гареев Р.Н.	2 (44)-19	Самсонова Т.В.	2 (44)-23
Гатауллин И.Г.	4 (46)-18	Сачков И.Ю.	1 (43)-9
Геворкян В.С.	4 (46)-13	Семирджаниянц Э.Г.	4 (46)-13
Глушкова В.А.	2 (44)-50	Слепых Н.В.	4 (46)-35
Глуценко Л.В.	3 (45)-26	Сотникова В.А.	2 (44)-31
Горбань Н.А.	3 (45)-3	Стойко Ю.М.	2 (44)-31
Гульман М.И.	1 (43)-28	Субботин В.М.	1 (43)-15
Данилейко Ю.К.	2 (44)-9	Султанбаев А.У.	2 (44)-19
Денисенко В.Л.	4 (46)-3	Сушков О.И.	2 (44)-9; 3 (45)-30
Джанаев Ю.А.	2 (44)-37	Талапова И.М.	1 (43)-4, 39
Ерошкина Т.Д.	4 (46)-22	Тимербулатов В.М.	2 (44)-19
Жданкина С.Н.	2 (44)-3	Тимербулатов М.В.	3 (45)-21
Жданов А.И.	3 (45)-10	Тимербулатов Ш.В.	2 (44)-19; 3 (45)-21
Завадский С.В.	1 (43)-9	Титов А.Ю.	2 (44)-37
Захарченко А.А.	1 (43)-28	Тотиков В.З.	1 (43)-4, 39, 51
Зитта Д.В.	1 (43)-15	Тотиков З.В.	1 (43)-4, 39
Игнатъев Т.И.	2 (44)-31	Тотиков М.З.	1 (43)-4, 39
Ильканич А.Я.	4 (46)-35	Трубачева Ю.Л.	1 (43)-19
Исаев А.А.	3 (45)-26	Фанштейн И.А.	4 (46)-13
Кашников В.Н.	1 (43)-9; 2 (44)-3; 3 (45)-30; 4 (46)-22	Фаязов Р.Р.	2 (44)-19
Колесникова Н.Г.	2 (44)-50	Фролов С.А.	1 (43)-9; 2 (44)-9, 37
Комиссаров И.А.	2 (44)-50	Фролов С.А.	4 (46)-18
Кондрашова Л.М.	3 (45)-3	Хасанов С.Р.	3 (45)-21
Коротких Н.Н.	3 (45)-10	Хачатурова Э.А.	4 (46)-22
Костарев И.В.	2 (44)-37	Цема Е.В.	3 (45)-35
Кочетова Л.В.	1 (43)-28	Цуканов А.С.	1 (43)-9
Кривоносос С.В.	3 (45)-10	Чарышкин А.Л.	3 (45)-26
Кузнецов М.Н.	1 (43)-28	Чернышов С.В.	2 (44)-3
Кузнецов Н.С.	2 (44)-3	Шарипов Х.Ю.	3 (45)-15
Кузьминов А.М.	1 (43)-9	Шахматов Д.Г.	1 (43)-44
Курбонов К.М.	3 (45)-15	Шельгин Ю.А.	1 (43)-9; 3 (45)-30
Кутлиева Г.Дж.	4 (46)-8	Штоппель А.Э.	1 (43)-28
Лурин И.А.	3 (45)-35	Щубин В.П.	1 (43)-9
Мальцева Н.В.	4 (46)-18	Шудрак А.А.	4 (46)-27
Маркова Е.В.	1 (43)-19; 2 (44)-23	Эктов В.Н.	2 (44)-44

ТРЕБОВАНИЯ К АВТОРСКИМ РУКОПИСЯМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

В журнале «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ» публикуются обзоры, лекции, оригинальные статьи, краткие сообщения, заметки из практики по общей и онкологической колопроктологии. Рукописи должны направляться в журнал по электронной почте: proctologia@mail.ru, либо по адресу редакции. Рукопись должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа и иметь визу научного руководителя (при направлении по электронной почте необходимо приложить факсимильную копию направления). Кроме того, нужны копии приоритетной справки или патента на изобретение, если эти документы упомянуты в тексте статьи или экспертном заключении.

Авторы должны представить 2 распечатанных экземпляра рукописи и 2 распечатанных экземпляра иллюстраций, а также электронную версию текста на диске (CD-R) в формате RTF или MS Word 2003, иллюстративный материал в формате JPEG или TIFF.

Рукопись должна быть напечатана через 1,5 интервала между строками на одной стороне листа и полями по 2 см, шрифт Time New Roman 12, с выравнением влево, без отступа (красной строки). Объем текста оригинальной статьи не должен превышать 8 страниц (обзор литературы – 12 страниц), количество иллюстраций – не более 5.

В начале первой страницы рукописи указываются: название статьи, ученое звание и степень, фамилия автора(ов) и инициалы (без званий и степеней), данные об учреждении с указанием инициалов и фамилии директора, город.

ОБРАЗЕЦ:

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск

(директор – академик РАМН А.Ф. Цыб)

Рукопись должна быть собственноручно подписана всеми авторами. Авторы отвечают за достоверность всей информации.

Тексты оригинальных работ должны иметь общепринятую для научных публикаций структуру:

- Структурированный реферат (только для оригинальных статей), объем не более 150 слов (1/2 страницы) структура аналогичная статье:
 - цель исследования;
 - материалы и методы;
 - результаты исследований;
 - заключение;
 - ключевые слова [в квадратных скобках].

Редакционная коллегия приветствует, но не настаивает на предоставлении авторами перевода резюме на английский язык.

Текст статьи:

- Введение, содержащее краткую историю вопроса и цель исследования;
- Материалы и методы;
- Результаты;
- Обсуждение;
- Заключение;
- Список литературы.

Авторы должны указать метод статистической обработки материала, которым они пользовались. При обработке материала должна быть использована система единиц СИ. Сокращение слов, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, требует расшифровки по ходу текста. Сноска на список литературы указывается в квадратных скобках: *образец* [1,2].

ОБРАЗЕЦ:

Статья:

1. Иванов И.И., Петров А.А., Сидоров И.В. и соавт. Исследование процессов течения заболевания. Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 71-77.

Книга:

1. Прохоров И.В. Исследование процессов. - М.: Наука, 1998. – 321с.

Диссертация и автореферат:

1. Иванов И.И. Методы исследования: Дис... канд. мед. наук. – М., 2002. – 212 с.
2. Петров П.П. Методы прогнозирования: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 27 с.

Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф. Все абсолютные цифры и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер: *образец* (Табл. 1), следует избегать повтора цифрового материала в тексте и таблице.

Иллюстрации должны быть сделаны на отдельных листах и присланы в виде графических файлов JPEG или TIFF. Необходимо указать место рисунка и его порядковый номер: *образец* (Рис. 1). Рентгенограммы следует присылать со схемой. В подписях приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений. В подписях к микрофотографиям указывается увеличение и метод окраски: *образец* × 400, гематоксилин-эозин.

ЛИТЕРАТУРА

Список литературы должен включать только те работы, на которые есть ссылки в тексте в виде цифр в квадратных скобках: *образец* [1,2].

ОБРАЗЕЦ:

Статья:

1. Иванов И.И., Петров А.А., Сидоров И.В. и соавт. Исследование процессов течения заболевания. Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 71-77.

Книга:

1. Прохоров И.В. Исследование процессов. - М.: Наука, 1998. – 321 с.

Диссертация и автореферат:

1. Иванов И.И. Методы исследования: Дис... канд. мед. наук. – М., 2002. – 212 с.
2. Петров П.П. Методы прогнозирования: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 27 с.

Список литературы должен быть напечатан в конце статьи, каждый источник с новой строки под порядковым номером (*используйте функцию список в программе MS Word*). В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем – зарубежные). Список отечественных литературных источников оформляется по ГОСТ 7.1-84, количество авторов сокращается до 3 и заменяется на и соавт.

Статьи из иностранных журналов и монографий оформляются в соответствии с правилами Index Medicus (Medline, PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>), количество авторов сокращается до 3 и заменяется на *et al.*

ОБРАЗЕЦ:

Статья:

1. Park J, Neuman HB, Weiser MR et al. Randomized clinical trials in rectal and anal cancers. Surg Oncol Clin N Am. 2010 Jan;19(1):205-23.
2. Gollins SW, Myint S, Susnerwala S et al. Preoperative downstaging chemoradiation with concurrent irinotecan and capecitabine in MRI-defined locally advanced rectal cancer: a phase I trial (NCCOG-2). Br J Cancer. 2009 Sep 15;101(6):924-34.
3. Wei SC, Liang JT, Tsao PN et al. Preoperative serum placenta growth factor level is a prognostic biomarker in colorectal cancer. Dis Colon Rectum. 2009 Sep;52(9):1630-6.

За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Следует обязательно указать автора, с которым редакция может вести переписку:

- Фамилия, Имя, Отчество
- E-mail
- Телефон
- Почтовый индекс
- Почтовый адрес

Неправильно оформленные статьи к публикации не допускаются. Редакционная коллегия оставляет за собой право вносить коррекцию в название и текст статьи без изменения его основного содержания. Направленные в редакцию работы авторам не возвращаются.

Редакция журнала «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

 **Ремикейд®**
ИНФЛИКСИМАБ

ИЗМЕНЯЯ БУДУЩЕЕ



На правах рекламы

РЕМИКЕЙД® (инфликсимаб). Селективный иммунодепрессант. Регистрационный номер ЛС – П N012948/01-251209. Ремикейд® является химерным соединением на основе гибридных машинных и человеческих IgG1 моноклональных антител. Ремикейд® обладает высоким аффинитетом к фактору некроза опухоли альфа (ФНО α), который представляет собой цитокин с широким биологическим действием, является посредником воспалительного ответа и участвует в реакциях иммунной системы. Показания к применению: Ревматоидный артрит; болезнь Крона у взрослых; болезнь Крона у детей и подростков; язвенный колит; анкилозирующий спондиллоартрит; псориазический артрит; псориаз. Противопоказания: Реакции повышенной чувствительности на инфликсимаб, другие экзогенные белки, а также на любой из неактивных компонентов препарата. Тяжелый инфекционный процесс, например, сепсис, абсцесс, туберкулез или иной оппортунистическая инфекция. Сердечная недостаточность – тяжелая или средней степени тяжести. Беременность и грудное вскармливание. Возраст менее 18 лет. Способ применения и дозы. Лечение ревматоидного артрита: первоначальная разовая доза Ремикейда составляет 3 мг/кг. Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у взрослых: Ремикейд® вводят однократно в дозе 5 мг/кг. Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет включительно: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение язвенного колита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг для достижения эффекта от лечения. Лечение анкилозирующего спондиллоартрита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение псориазического артрита: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Лечение псориаза: первоначальная доза Ремикейда составляет 5 мг/кг. Препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2-х часов, со скоростью не более 2 мл/мин, с использованием инфузионной системы с встроеным стерильным аспирогенным фильтром, обладающим низкой белковосвязывающей активностью (размер пор не более 1.2 мкм). Общая продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом. До начала лечения Ремикейдом больного следует внимательно обследовать на предмет выявления как активного, так и латентного туберкулезного процесса. Обследование должно включать в себя тщательный сбор анамнеза, в том числе необходимо выяснить, имелись ли заболевания туберкулезом у больного в прошлом, были ли контакты с больными туберкулезом. Кроме того, необходимо оценить целесообразность проведения скрининг-тестов (рентгенологическое исследование грудной клетки, туберкулиновая проба). При этом следует учитывать, что у тяжелых больных и больных с иммуносупрессией может быть получена ложно-отрицательная туберкулиновая проба. При подозрении на активный туберкулезный процесс, лечение следует прекратить до установления диагноза и, при необходимости, проведения соответствующего лечения. При выявлении латентного туберкулеза следует принять меры, чтобы не допустить активизации процесса, а также следует оценить соотношение польза/риск перед принятием решения о назначении Ремикейда этому больному. Введение Ремикейда должно осуществляться под наблюдением врачей, имеющие опыт диагностики и лечения ревматоидного артрита, анкилозирующего спондиллоартрита, псориазического артрита или воспалительных заболеваний кишечника. Препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2-х часов, со скоростью не более 2 мл/мин, с использованием инфузионной системы с встроеным стерильным аспирогенным фильтром, обладающим низкой белковосвязывающей активностью (размер пор не более 1.2 мкм). Особые указания: Ремикейд® при введении может вызывать развитие острых аллергических реакций (немедленного типа) и аллергических реакций замедленного типа. Время развития этих реакций различно. Острые инфузионные реакции могут развиваться немедленно или в течение нескольких часов после введения. Для раннего выявления возможной острой реакции на введение Ремикейда больному следует тщательно наблюдать во время и в течение как минимум 1-2 часов после инфузии препарата. При появлении острой инфузионной реакции введение препарата должно быть немедленно остановлено. Оборудование и медикаменты для экстренного лечения (адреналин, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, аппаратура для искусственной вентиляции легких) должны быть подготовлены заранее для немедленного применения в случае необходимости. Побочные явления, частые (<1:10 - >1:100): инфузионные реакции, боль в груди, повышенная утомляемость, лихорадка; крапивница, сыпь, зуд, повышенная потливость, сухость кожи; вирусная инфекция (грипп, герпес); реакции по типу сывороточной болезни, головная боль, вертиго, головокружение; приливы, инфекции дыхательных путей, синусит, одышка, боль в животе, диарея, тошнота, диспепсия; повышение печеночных трансаминаз. Нечастые (>1:1000 - <1:100): абсцесс, целлюлит, грибковая инфекция, сепсис, бактериальная инфекция, туберкулез, мейомит (яичник), синдром волчанки, аллергические реакции со стороны дыхательного тракта, анафилактические реакции, образование аутоантител, изменение фактора комплемента, анемия, лейкопения, лимфаденопатия, лимфоцитоз, лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения, депрессия, спутанность сознания, беспокойство, амнезия, апатия, нервозность, сонливость, бессонница, обострение демиелинизирующего заболевания (т.ч. рассеянного склероза), конъюнктивит, эдema, эдema, кератоконъюнктивит, периферический эдем, эдем/гематома, гипертония, гипотония, обморок, пеллеги, тромбофлебит, брадикардия, сердцебиение, спазм сосудов, цианоз, нарушение периферического кровообращения, аритмия, нарастающая сердечная недостаточность, носовое кровотечение, бронхоспазм, плеврит, отек легких, запор, желудочно-кишечный рефлюкс, эзифит, дивертикулит, нарушение функции печени, холестазит, грибковый дерматит/онихомикоз, экзема, себорей, буллезная сыпь, фурункулез, гипертироз, розовые угри, бородавки, нарушение пигментации кожи, элопсия, импетиго, артриты, боль в спине, инфекция мочевыводящих путей, тителлофлебит, вагинит, отек, боль, острая, замедленное заживление ран, реакции в месте инъекции, анафилактические реакции. Редкие (>1:10000 - <1:1000): менингит, тахикардия, выпот, плевроэпителиальный плеврит/плеврит, периферический паронихия, желтуха, образование гранулематозных очагов, оппортунистические инфекции (туберкулез, инфекция атипичной микобактерией, пневмоцистная пневмония, гистоплазмоз, кокцидиомикоз, криптококкоз, аспергиллез, листериоз и кандидоз), анафилактический шок, сывороточная болезнь, аутоиммунизирующее заболевание (расовый склероз, ретробульбарный неврит), синдром Гийена-Барре, нейтропения, чувство онемения или покалывания, эпилептические припадки, интерстициальный пневмонит/фиброз, панкреатит, васкулит (преимущественно кожный), гепатит. Хранение и транспортировка. В недоступном для детей месте, при температуре от 2 до 8°C, не замораживать. Транспортировать при такой же температуре. Допускается транспортирование при температуре до 25°C в течение не более 48 часов. Срок годности – 3 года. Не использовать по истечении срока годности. Условия отпуска из аптек – по рецепту.

Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению. Авторские права © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

За дополнительной информацией обращайтесь
в ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 119049, г. Москва, Шаболовка, д. 10, корп. 2,
Тел.: +7 (495) 916 71 00, Факс: +7 (495) 916 70 94
www.merck.com

04-2013-RMC-04-2011-RUS-016-JA



ДЕТРАЛЕКС®

ЕДИНСТВЕННЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ

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

РАСТИТЕЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ И УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ

ДЕЙСТВУЕТ НА ВСЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА

ЭФФЕКТИВЕН НА ВСЕХ СТАДИЯХ



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

2 ТАБЛЕТКИ ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

ОСТРЫЙ ГЕМОРРОЙ

ДО 6 ТАБЛЕТОК В ДЕНЬ



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