

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 4 (22) 2007

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

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

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.

Зав. редакцией:

Долгополова Е.В.
Тел.: (495) 937-07-00

Регистрационное удостоверение

ПИ № 77-14097

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Капуллер Л.Л., Благодарный Л.А., Фролов С.А., Орлова Л.П., Соловьев О.Л., Костарев И.В.</i> СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПОСЛЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	4
<i>Соттаева В.Х., Фролов С.А., Благодарный Л.А., Максимова Л.В., Хмылов Л.М.</i> ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ АППАРАТНОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ	9
<i>Благодарный Л.А., Соттаева В.Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3-4 СТЕПЕНИ	15
<i>Воробьев Г.И., Лощинин К.В., Мартьянов И.Н.</i> ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ НИЖНЕ- АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ	17
<i>Шельгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Фролов С.А., Маркова Е.В., Мартьянова В.И.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА	21
<i>Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В., Мартьянова В.И.</i> РЕДКИЕ ФОРМЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ (обзор литературы и клинические наблюдения)	27
<i>Васильев С.В., Симонов Н.Н., Олейник В.В., Григорян В.В., Ельцин С.С., Горчаков С.В., Попов Д.Е., Васильев А.С.</i> КОМБИНИРОВАННЫЕ РАДИКАЛЬНЫЕ И ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	32
<i>Философов С.Ю., Ратманов А.М., Верушкин Ю.И., Михайлова Н.А., Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.</i> НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОГО ШВА В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	37

<i>Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В., Калачев С.В., Абрицова М.В., Зайцев М.С.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	40
<i>Благодарный Л.А., Полетов Н.Н., Жарков Е.Е..</i>	
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ (обзор литературы)	43
<i>Ан Виктор Киманович. К 70-летию со Дня Рождения</i>	<i>48</i>
<i>Павел Викторович Еропкин. К 60-летию со Дня Рождения</i>	<i>49</i>
XII ЦЕНТРАЛЬНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС КОЛОПРОКТОЛОГОВ Москва 6-8 мая 2008 года	50
ТРЕБОВАНИЯ К АВТОРСКИМ РУКОПИСЯМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»	51

СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПОСЛЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ

Капуллер Л.Л., Благодарный Л.А., Фролов С.А., Орлова Л.П.,
Соловьев О.Л., Костарев И.В.

Кафедра колопроктологии РМАПО
ФГУ «Государственный Научный Центр колопроктологии Росмедтехнологий»
(директор и зав. кафедрой - акад. РАМН, проф. Г.И.Воробьев).
г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Склерозирующее лечение геморроя является наиболее давним способом среди существующих на сегодняшний день малоинвазивных методик. Однако изучение морфологических изменений, происходящих в геморроидальных узлах после склеротерапии, и оценку распространения введенного препарата в области инъекций выполняли лишь единицы исследователей.

Существует 3 теории, с помощью которых объясняется причина устранения симптомов геморроя после склерозирующего лечения: 1. Тромбоз большей части кавернозных вен геморроидальных узлов. 2. Облитерация ветвей верхней прямокишечной артерии, кровоснабжающих внутренние геморроидальные узлы с последующим запустеванием последних. 3. Фиксация внутренних геморроидальных узлов к подлежащему мышечному слою за счет склероза соединительной ткани, развивающегося в области основания узлов.

По мнению ряда исследователей одним из основных факторов успеха склерозирующего лечения является достижение полной окклюзии питающих, терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии, что приводит к запустеванию кавернозных вен геморроидальных узлов [6, 7]. Другие авторы считают, что клинический эффект в основном обусловлен выраженным тромбозом кавернозных вен и телец с последующим замещением тромбированных участков соединительной тканью [3]. Для проверки данных теорий W. Bruhl с соавт. [4, 5] в 1991 и 1994 гг. выполнено морфологическое исследование геморроидальных узлов, удаленных через 2 недели после склерозирующего лечения 5% раствором фенола или 20% раствором хинина. Введение препаратов осуществлялось по двум различным методикам - по методу Blanchard (инъекция раствора фенола производится в подслизистый слой периаартериально - на 1-3 мм проксимальнее внутреннего геморроидального узла) и по методу Blond (инъекция раствора хинина производится непосредственно в геморроидальный узел). Авторами выявлено, что периаартериальное введение склерозирующего препарата не приводит к окклюзии приносящих

артерий. Отек тканей и признаки склероза были найдены только в области основания геморроидальных узлов ближе к мышечному слою. Более того, в некоторых наблюдениях выявлено образование новых капилляров рядом с фиброзной тканью, что, по мнению исследователей, говорит о хорошо развитом коллатеральном кровообращении. После обеих методик склерозирующего лечения, авторами отмечено прорастание рыхлой волокнистой соединительной тканью гладкомышечного слоя в области инъекций. В более поверхностных слоях отмечался интерстициальный фиброз и только в некоторых случаях встречался тромбоз сосудов различного диаметра. По мнению авторов клинический эффект от склеротерапии связан не с редукцией и сморщиванием геморроидальных узлов, не с облитерацией приносящих геморроидальных артерий, а с фиксацией узлов к подлежащим слоям и возвращением их в физиологическое положение. Как предполагают исследователи, это происходит за счет склеротических процессов наиболее выраженных в области основания внутренних геморроидальных узлов, что и способствует устранению их смещения и травмирования во время дефекации. Исследователями показано, что традиционные методы склерозирующего лечения не приводят к изменению архитектуры геморроидальных узлов и облитерации большинства кавернозных синусов. Вместе с тем, при применении в качестве склерозирующих препаратов детергентов, отдельные авторы сообщают об образовании множественных тромбов в кавернозных синусах геморроидальных узлов в результате воздействия лекарственного препарата [3]. Столь заметная разница в морфологической картине после применения осмотических препаратов и детергентов может свидетельствовать о том, что основной причиной, влияющей на характер изменений в геморроидальных узлах, возможно, является не техника выполнения инъекций, а вид склерозирующего препарата. Однако четких данных по этому поводу в отечественной и зарубежной литературе нет. Неясным остается вопрос - проникает ли вообще лекарственный препарат в просвет кавернозных вен и кавернозных телец, если окончание иглы во время инъекции

локализуется в соединительнотканной перегородке. Это принципиально важно для понимания механизма за счет которого наступает эффект от склерозирующего лечения. Так, по мнению А.М. Аминова [1], введенный препарат воздействует именно на интерстициальную ткань, окружающую кавернозные тельца.

Таким образом, до сих пор остаются не изученными морфологические изменения, происходящие в геморроидальных узлах и стенке прямой кишки после склеротерапии, не исследованы границы распространения склерозирующего раствора в проксимальном направлении, по окружности кишки и вглубь лежащие ткани. К тому же отсутствуют работы, в которых дифференцированно были бы описаны морфологические изменения в геморроидальных узлах после склерозирующего лечения с использованием жидкой и пенообразной форм раствора этоксисклерола, сочетания склеротерапии с воздействием ультразвуковой кавитации. До настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос - чем обусловлен клинический эффект после склерозирующего лечения геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С декабря 2006г. по июль 2007г. в ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий в сравнительное рандомизированное исследование включено 75 пациентов с хроническим геморроем 1-4 стадии, а также больные с рецидивом симптомов геморроя после раннее перенесенных оперативных или малоинвазивных вмешательств. Пациенты распределены в 3 группы (одна основная и две контрольных). В основную группу включено 27 пациентов, которым выполнено склерозирующее лечение в сочетании с ультразвуковой кавитацией. В контрольную группу 1 включено 26 больных, которым проведено лечение пенообразной формой препарата. В контрольную группу 2 вошли 22 пациента, которым лечение выполнено традиционным способом. Средний возраст пациентов составил $50,4 \pm 14,9$ лет. Мужчин было 40, женщин 35. Сроки наблюдения за больными составили от 1 до 23 месяцев. Во всех случаях в качестве склерозирующего препарата нами использовался 3% раствор этоксисклерола (полидоканола). Инъекции выполнялись по методу Blond (вкол иглы производится непосредственно в геморроидальный узел - на границе его центральной части и основания). Отдаленные результаты (более 6 месяцев) прослежены у 58 больных (77,3%). В сроки более года результаты прослежены у 36 пациентов (48%). У 18 больных (24%) геморрой был осложнен анемией различной степени тяжести. При этом семи из них, с геморроем 3-4 стадий и анемией средне-тяжелой степени (гемоглобин ниже 90г/л), склеротерапия выполнялась первым этапом лечения в предоперационном периоде с целью остановки кровотечений. Из этих пациентов 3-м была произведена склеротерапия с ультразвуковой кавитацией, 2-м - склеротерапия пенообразной формой препарата и 2-м пациентам проведено лечение традиционным способом.

После остановки кровотечений больным проводился курс консервативной терапии, направленной на быстрое восстановление уровня гемоглобина (препараты железа, при необходимости переливание эритроцитарной массы). Геморроидэктомия выполнялась после восстановления уровня гемоглобина выше 100-110 г/л. Из 7 пациентов 3-м геморроидэктомия была выполнена на 5-7 сутки после склерозирующего лечения в связи с быстрым повышением уровня гемоглобина. Остальные 4 пациента были выписаны на следующий день после остановки кровотечения с помощью склеротерапии. Промежуток времени с момента склерозирующего лечения до восстановления уровня гемоглобина у этой категории больных составил от 20 до 50 дней. В последующем им в плановом порядке выполнена геморроидэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В лаборатории патоморфологии ГНЦК произведено морфологическое исследование 18 удаленных внутренних геморроидальных узлов, полученных от 7 пациентов.

Тромбоз всех или большинства кавернозных вен и телец, независимо от методики инъекций, не был выявлен ни в одном препарате. Во всех исследованных узлах участки с четкими морфологическими изменениями граничили с интактными или незначительно измененными сегментами. Однако, степень выраженности обнаруженных изменений в основной и контрольных группах была различна. В обеих контрольных группах, где для инъекций были использованы - традиционная (жидкая) и пенообразная формы лекарственного препарата, на 5-7-е сутки после склеротерапии ни в одном гистологическом препарате не выявлено тромбоза кавернозных вен и телец. В толще исследуемых геморроидальных узлов отмечался умеренно выраженный отек стромы вокруг кавернозных вен с сохраненным просветом и начальные процессы склерозирования. В некоторых участках за счет выраженного отека происходило сдавление кавернозных вен, стенки отдельных вен были утолщены (рис. 1). Наибольшие изменения выявлены при исследовании геморроидальных узлов, удаленных после склеротерапии в сочетании с ультразвуковой кавитацией. На 5-е сутки после лечения, кроме изменений аналогичных тем, которые развиваются после применения традиционной методики (отек интерстиция, сдавление кавернозных вен и утолщение их стенок), на отдельных участках в кавернозных венах были обнаружены свежие смешанные пристеночные тромбы с начальными явлениями организации (рис. 2). В нескольких местах были выявлены группы спавшихся вен со значительно набухшим эндотелием. В строме встречались участки разволокнения соединительной ткани. Тем не менее, в рядом расположенных сегментах наблюдались эктазированные кавернозные вены с сохраненным просветом и интактные кавернозные тельца.

В геморроидальных узлах удаленных на 20-е сутки

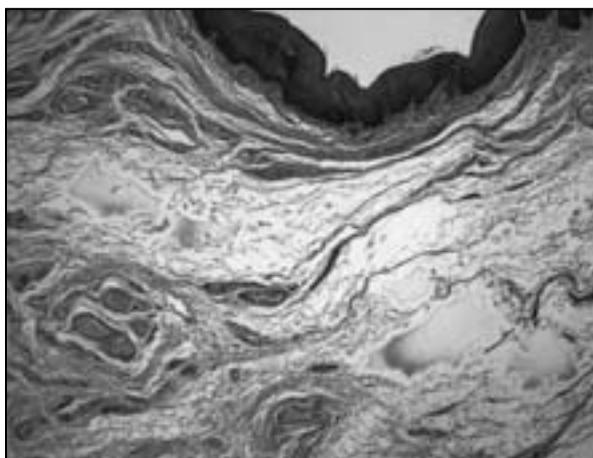


Рисунок 1. Пациент С. 43г. Геморрой 4ст. И/б №1898-07г. 5-е сутки после инъекции жидкой формы склерозирующего препарата. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином x 100. Выраженный отек соединительной ткани со сдавлением мелких кавернозных вен.

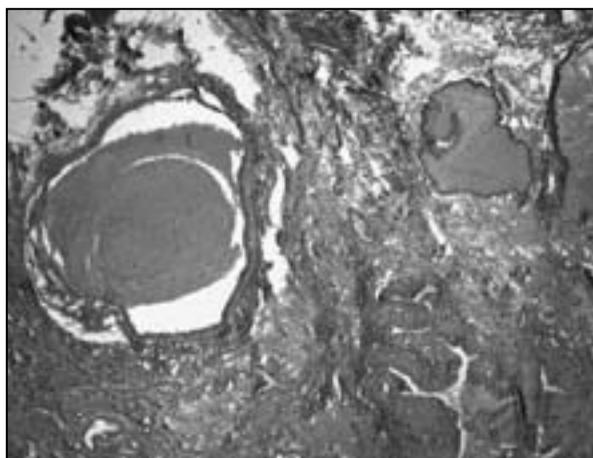


Рисунок 2. Пациент У. 38г. Геморрой 3ст. И/б №1733-07г. 5-е сутки после склерозирующего лечения с ультразвуковой кавитацией. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином x 100. Свежий смешанный тромб в просвете вены, отек межтканочной ткани. Спавшиеся кавернозные вены и вены с сохраненным просветом.

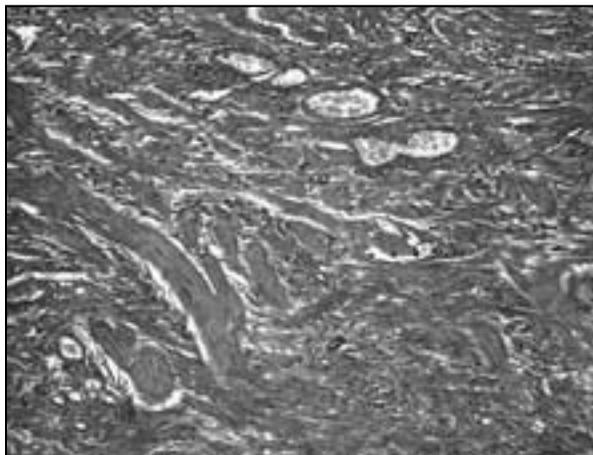


Рисунок 3. Пациент Б. 43г. Геморрой 4ст. И/б №693-06г. 20-е сутки после инъекции пенообразной формы склерозирующего препарата. Микрофото. Окраска по Ван-Гизону x 100. Участок выраженного склероза соединительной ткани среди которой видны единичные спавшиеся вены.

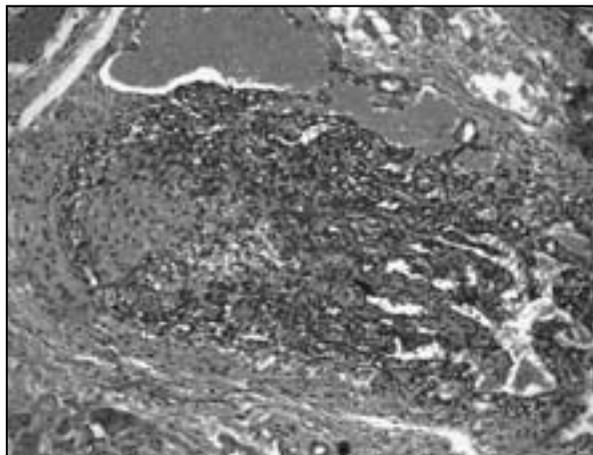


Рисунок 4. Пациентка Н. 42г. Геморрой 3ст. И/б №520-06г. 20-е сутки после склерозирующего лечения с ультразвуковой кавитацией. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином x 250. Кавернозная вена с организованным тромбом в просвете и пролиферацией эндотелия.

после применения пенообразной формы раствора были обнаружены множественные участки склероза соединительной ткани, среди которой располагались единичные спавшиеся вены (рис. 3). Однако в большей части препаратов в соседних зонах обнаружены участки с расширенными кавернозными венами и незначительным отеком соединительной ткани.

На 20-е сутки после склерозирующего лечения с ультразвуковой кавитацией в препаратах выявлены вены с организованными тромбами и пролиферацией эндотелия. Отдельные кавернозные тельца спавшиеся, имеют щелевидный просвет. Строма на многих участках склеротирована. Встречаются

отдельные расширенные кавернозные вены и вены, имеющие вид клубочков с утолщенными склерозированными стенками (рис. 4).

В геморроидальных узлах, удаленных в сроки от 45 до 55 суток после склеротерапии с применением жидкой и пенообразной формы препарата, выявлены сходные изменения – среди умеренно склерозированной стромы визуализировалось большое количество кавернозных вен и телец как с тонкими, так и со значительно утолщенными стенками. Просвет вен местами был деформирован, имел щелевидную форму (рис. 5).

В аналогичные сроки после склеротерапии с ультразвуковой кавитацией в удаленных препаратах

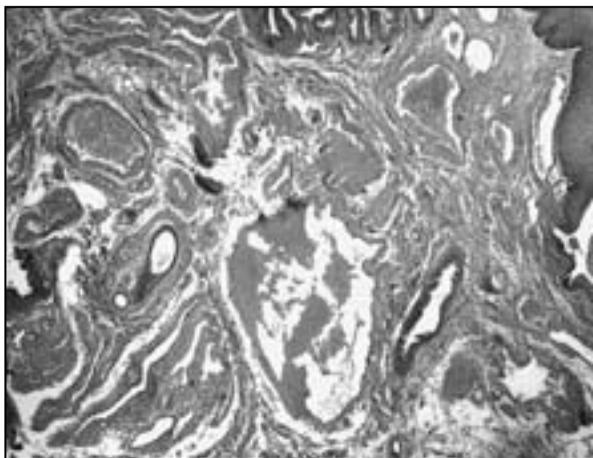


Рисунок 5. Пациент М. 22г. Геморрой 4ст. И/б №234-06г. 45-е сутки после инъекции жидкой формы склерозирующего препарата. Микрофото. Окраска по Ван-Гизону x 100. Среди умеренно склерозированной соединительной ткани сохраняются расширенные вены. Просвет отдельных вен имеет щелевидную форму.

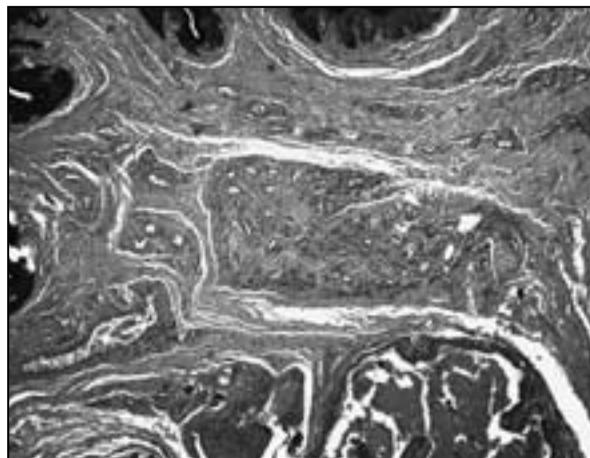


Рисунок 6. Пациент К. 37г. Геморрой 3ст. И/б №945-07г. 50-е сутки после склерозирующего лечения с ультразвуковой кавитацией. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином x 250. На фоне выраженного склероза соединительной ткани определяется спавшееся кавернозное тельце со склерозированными стенками. Рядом располагается эктазированной вена.

были обнаружены множественные участки склерозированной соединительной ткани. Наиболее выраженные процессы склероза были выявлены в поверхностных слоях. Среди склерозированной стромы определялись группы спавшихся кавернозных вен и кавернозные тельца со значительно утолщенными стенками и узким просветом. В отдельных венах просвет имел щелевидный характер, отмечалась пролиферация эндотелия (рис. 6). Непосредственно рядом с участками, где склеротические изменения имели ярко выраженный характер, располагались вены с широким просветом и умеренно утолщенной стенкой.

Данные, полученные при морфологическом исследовании, не подтверждают теорию о том, что инъекция в подслизистый слой раствора этоксисклерола может вызвать полную облитерацию сосудов, кровоснабжающих внутренние геморроидальные узлы. Однако морфологические методы исследования не позволяют полностью опровергнуть факт влияния склеротерапии на проходимость терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии. В связи с этим, с помощью ультразвуковой доплерографии, нами изучено влияние различных вариантов склерозирующего лечения на скоростные параметры кровотока по терминальным ветвям верхних прямокишечных сосудов. Известно, что чем больше диаметр сосуда, тем выше в нем скорость кровотока, поэтому по результатам исследования можно косвенно судить о проходимости артериальных сосудов после склерозирующего лечения.

Для изучения кровотока применялся доплерограф «Ангиодин» фирмы «БИОСС», Россия. С помощью специального ректального датчика ультразвуковая доплерография выполнялась до лечения и в сроки от 14 до 30 дней после склерозиро-

вания всех внутренних геморроидальных узлов. Исследование выполнено 34 пациентам из 3-х групп. Во всех группах, после 2-х этапов лечения, отмечено снижение средней скорости кровотока по терминальным ветвям верхней прямокишечной артерии: в основной группе - на 43%, в 1-й контрольной группе - на 41,9%, во 2-й контрольной группе - на 28,8%. Однако, ни у одного пациента после склерозирующего лечения нами не зафиксировано полного отсутствия кровотока по терминальным ветвям верхней прямокишечной артерии.

С целью оценки распространения склерозирующего препарата по окружности кишки, в проксимальном направлении и вглубь лежащие ткани, пациентам производилось ультразвуковое исследование ректальным датчиком. Исследование выполнялось последовательно: до проведения процедуры, непосредственно после инъекций (через 10-30 минут) и через 14-30 дней.

При исследовании нами зафиксированы изменения общие для всех 3-х групп, а также отмечены некоторые специфические особенности для каждого из вариантов склеротерапии. Так, во всех наблюдениях выявлено распространение склерозирующего препарата по подслизистому слою на 15-25 мм проксимальнее места введения иглы (рис. 7). Этот факт свидетельствует об отсутствии необходимости производить инъекции выше внутренних геморроидальных узлов – в периартериальную зону, как предлагал Blanchard [5] и многие другие авторы. Во всех наблюдениях выявлено утолщение подслизистого слоя прямой кишки в проекции инъекций непосредственно после проведения процедуры, что косвенно подтверждает правильность их выполнения. После инъекции жидкой формы склерозирующего препарата (тра-

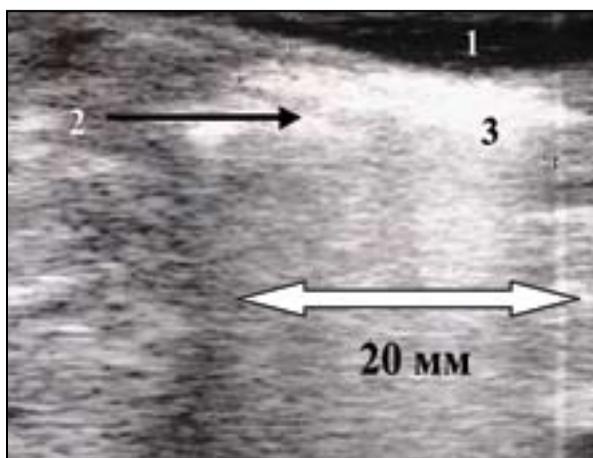


Рисунок 7. Пациентка Ц, 37 лет. Геморрой 3ст. И/б №945-07г. Трансректальное исследование через 15 минут после введения жидкой формы препарата. Распространение склерозирующего раствора по подслизистому слою на 20 мм в проксимальном направлении от места инъекции.

1 – просвет прямой кишки; 2 – мышечный слой; 3 – введенный препарат в подслизистом слое.



Рисунок 8. Пациентка Ц, 37 лет. Геморрой 3ст. И/б №945-07г. Трансвагинальное исследование через 15 минут после введения жидкой формы препарата. В области инъекции препарата на 11 часах, раствор распространился с 10 до 1 часа по условному циферблату. В проекции 3 часов раствор распространился с 3 до 4 часов по циферблату.

диционный метод и склерозирующее лечение с ультразвуковой кавитацией), введенный раствор определяется в подслизистом слое в виде гиперэхогенных включений. При оценке распространения лекарственного препарата по окружности прямой кишки было установлено, что раствор, введенный в 2 геморроидальных узла (на 3 и 11 часах), распространился на 1/3 окружности кишки и определялся на протяжении с 10 до 1 часа и с 3-х до 4-х часов по условному циферблату (рис. 8). Спустя 14 суток в области инъекции на 11 часах структура подслизистого слоя была более гиперэхогенна, чем до проведения процедуры.

При использовании пенообразной формы локализация введенного препарата определялась по пузырькам газа и гиперэхогенным включениям. Любопытной особенностью было то, что часть препарата локализовалась в подслизистом слое, а часть была выявлена в мышечном, что создавало ультразвуковую картину двухслойности распространения раствора (рис. 9). Однако никаких клинических признаков этого явления нами не выявлено. Введенный в проекции 7 и 11 часов склерозирующий препарат, при исследовании через 30 минут после процедуры, занимал более 1/2 окружности прямой кишки на уровне инъекций (с 6 до 1 часа). Повторное ультразвуковое исследование, проведенное через 14 суток, выявило сохранение в подслизистом слое гиперэхогенных включений на уровне инъекций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлено, что ни при одном из вариантов склерозирующего лечения не происходит тромбоза всех кавернозных вен и кавернозных телц гемор-

роидальных узлов в области инъекций. Наиболее выраженные склеротические изменения развиваются в соединительной ткани перегородок, разграничивающих кавернозные вены и вокруг вен. Только при склеротерапии с ультразвуковой кавитацией в просвете отдельных кавернозных вен выявлены свежие тромбы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что клинический эффект от склерозирующего лечения развивается не за счет тромбоза, а преимущественно в результате сдавления кавернозных вен в начальном периоде за счет отека, а в последующем - склеротическими изменениями соединительной ткани, окружающей вены. Второстепенным механизмом, препятствующим расширению кавернозных вен, на наш взгляд, является утолщение их стенок, что определялось практически во всех гистологических препаратах. Наибольшие склеротические изменения, а в некоторых участках разволокнение соединительной ткани геморроидальных узлов, обнаружены после склеротерапии с ультразвуковой кавитацией.

Методом ультразвуковой доплерографии установлено, что склерозирующее лечение не вызывает полной окклюзии артериальных сосудов, кровоснабжающих внутренние геморроидальные узлы. Однако в сроки от 14 до 30 дней после лечения зафиксировано снижение средней скорости кровотока на 29-43% от начального уровня. По всей вероятности, снижение скорости кровотока также обусловлено умеренным сдавлением артериальных ветвей за счет развивающегося склероза соединительной ткани подслизистого слоя.

С помощью ультразвукового исследования ректальным датчиком было зафиксировано, что во всех группах, склерозирующий препарат распро-

странялся на 15-25 мм в проксимальном направлении от места введения иглы. Это подтверждает отсутствие необходимости производить инъекции в подслизистый слой выше внутренних геморроидальных узлов, как это предлагалось многими авторами ранее.

Ультразвуковым исследованием установлено, что раствор этоксисклерола, введенный в 2 внутренних геморроидальных узла, может распространяться на 1/3 окружности кишки и более, локализуется преимущественно в подслизистом слое на уровне инъекций. Однако для более детальной оценки распространения различных форм склерозирующего препарата по окружности прямой кишки и вглубь требуется дальнейший набор материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышевское книжн. изд-во, 1971, Т.2: 84-110.
2. Галкин Е.В. Интервенционная радиология хронического геморроя. Вестник рентгенологии и радиологии, 1994, 4:52-56.
3. Соловьёв О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Дисс. канд. мед. наук. М., 1995.
4. Bruhl W., Schmauz R. The Blond sclerosing technique for hemorrhoids. Coloproctology, 1991, 13(6):374-377.
5. Bruhl W., Knoch H.G. Sclerotherapy with phenol in almond oil. Coloproctology, 1994, 16(4):279-281.
6. Jaspersen D., Koerner T., et al, Proctoscopic Doppler ultrasound in diagnostics and treatment

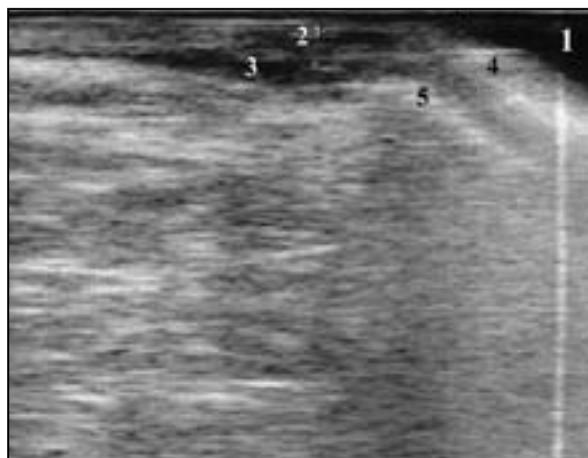


Рисунок 9. Пациент В. 40 лет. Геморрой 3ст. И/б №945-07г. Трансректальное исследование на уровне инъекций через 15 минут после введения пенообразной формы препарата.

1 – просвет прямой кишки; 2 – внутренний геморроидальный узел; 3 – внутренний сфинктер; 4 – препарат в подслизистом слое прямой кишки; 5 – часть препарата в мышечном слое прямой кишки;

of bleeding hemorrhoids. Dis. Colon Rectum, 1993. 36(10): 942-945.

7. Jaspersen D. Doppler sonographic diagnostics and treatment control of symptomatic first-degree hemorrhoids. Preliminary report and results. Dig Dis Sci, 1993, 38(7): 1329-1332.

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ АППАРАТНОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Соттаева В.Х., Фролов С.А., Благодарный Л.А., Максимова Л.В., Хмылов Л.М.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий» (заведующий кафедрой и директор центра - академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Не смотря на кажущуюся решенность проблемы хирургического лечения геморроя, данный вопрос в настоящее время не теряет свою актуальность. До настоящего времени классическим хирургическим вмешательством при хроническом геморрое 3-4 стадии является операция Миллигана – Моргана, направленная на ликвидацию трех основных геморроидальных узлов [11]. Несмотря на различные модификации геморроидэктомии, методики, применяемые в настоящее время, не лишены определенных недостатков, связанных с

выраженным послеоперационным болевым синдромом и риском развития таких осложнений, как стриктура анального канала и недостаточность анального жома, а также длительными сроками заживления послеоперационных ран.

Неоднозначность мнений о преимуществах и недостатках различных способов лечения геморроя, указывает на необходимость разработки новых методик, которые должны эффективно воздействовать на основные патогенетические факторы, быть технически просты, хорошо переносимы пациентами и не должны сопровождаться выраженным болевым синдромом и длительным сроком реабилитации.

С внедрением в хирургическую практику новых технологических средств хирурги, предпочитающие выполнить открытую геморроидэктомию, имеют возможность выполнить ее ультразвуковым скальпелем [3,7,13], а сторонники закрытой геморроидэктомии могут выполнить операцию аппаратом LigaSure [6,4,5].

Принцип действия ультразвукового скальпеля основан на колебании титанового лезвия в продольном направлении с частотой 55000 Гц. Коагуляция и рассечение тканей производится с помощью трех механизмов воздействия: механического рассечения, кавитации и температурного воздействия [1,10].

Ультразвуковой скальпель позволяет выполнить коагуляцию сосудов до 5 мм в диаметре, а глубина термического воздействия не превышает 1,5 мм.

В основе механизма воздействия электротермической системы LigaSure, на ткани лежит расплавление коллагена и эластина. Нет необходимости в выделении и лигировании сосудистой ножки геморроидального узла. Поэтому в литературе геморроидэктомию, выполняемая при помощи аппарата LigaSure, часто называется «закрытой бесшовной геморроидэктомией». Технология во многом подобна биполярной коагуляции: используется переменный ток высокой частоты (470 кГц), с максимальным напряжением 120 В, силой 4 А и максимальной мощностью 150 Вт. Ткани, помещенные между бранш инструмента (до 5 см) – «свариваются» вместе, затем остается их только пересечь. Термическое воздействие проникает в ткани на 2 мм. Интерес колопроктологов к новой методике геморроидэктомии подтверждается количеством публикаций на эту тему [1,4,14,6,8,12,15].

Целью настоящего исследования явилась срав-

нительная оценка послеоперационного периода у больных, перенесших геморроидэктомию аппаратом LigaSure и ультразвуковым скальпелем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С октября 2005г. по февраль 2007г. в проводимое в ГНЦ колопроктологии проспективное исследование включено 157 пациентов с хроническим геморроем 3 и 4 стадии. Из них было 66 женщин и 91 мужчина. Возраст пациентов колебался от 20 до 68 лет, в среднем составлял 46,9+11,2 лет.

Критерий включения пациентов в исследование:

Больные с хроническим геморроем 3-4 стадии.

Критерии исключения пациентов из исследования:

1. Пациенты ранее перенесшие операции на анальном канале.
2. Острый геморрой.
3. Наличие у больного анальной трещины или параректальных свищей.
4. Воспалительные заболевания толстой кишки.
5. Наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации.

В основную группу включено 82 человека, перенесших геморроидэктомию аппаратом LigaSure. Средний возраст этих больных составил 46,09±10,6 лет. В контрольную группу включено 75 пациентов, которым произведена геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем. Средний возраст в данной группе составил 46,05+10,71 лет. У 104 из 157 больных включенных в исследование имелась 3 стадия заболевания, у 53 больных - 4 стадия.

Статистически достоверных отличий в исследуемых группах больных по полу и стадии заболевания не выявлено (Табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и стадиям заболевания.

Группы	Пол, стадия заболевания		Пол				Стадия заболевания			
			Мужчины		Женщины		3 стадия		4 стадия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Основная группа (n – 82)	49	59,8%	33	40,2%	44	53,7%	38	46,3%		
Контрольная группа (n – 75)	47	62,6%	28	37,4%	40	53,4%	35	46,6%		

* выявленные различия статистически не достоверны (P>0,05)

У больных основной группы оперативное вмешательство выполняли снаружи внутрь, с удалением наружных и внутренних геморроидальных узлов единым блоком. Верхушку геморроидального узла на 3 часах захватывали зажимом Алиса. На основании узла по направлению снаружи внутрь накладывали бранши коагуляционного зажима LigaSure до щелчка кремальеры. При этом необходимо избежать захвата волокон сфинктера между браншами инструмента. Наложение браншей зажима определяет направление электротермического шва, поэтому правильное выполнение этого приема весьма важно. Под влиянием электрокоагуляции происходит денатурация белковых структур тканей, сдавливаемых между браншами прибора. При этом образует плотная коллагеновая пленка, так

называемый «сварной» шов, который отграничивает рану от внешней среды, предотвращая первичное инфицирование раны в ходе операции.

Для надежности гемостаза сосудистую ножку коагулировали дважды, с перемещением бранш прибора на 2/3 их ширины без оставления промежутка между коагулируемыми участками. Затем экономно, по наружному краю коагуляционного слоя, ножницами производили пересечение сосудистой ножки. Аналогично удаляли геморроидальные узлы на 7 и 11 часах. Дополнительно послеоперационные раны не ушивали. После контроля гемостаза операцию заканчивали введением газотводной трубки и гемостатической губки.

У больных контрольной группы оперативное вмешательство выполняли по следующей методике:

верхушку наружного геморроидального узла на 3 часах захватывали зажимом Алиса и подтягивали кнаружи. Эллипсоидным разрезом рассекали прианальную кожу и слизистую анального канала до зубчатой линии скальпелем. Затем поэтапно снаружи и внутри производили удаление наружного и внутреннего геморроидальных узлов единым блоком поочередно в режимах коагуляции и резания тупой поверхностью титанового лезвия ультразвукового скальпеля. Следует соблюдать осторожность, чтобы не повредить при этом волокна наружного и внутреннего сфинктеров. Так как длина лезвия гармонического скальпеля составляет 10 мм, обычно иссечение наружного и внутреннего геморроидальных узлов осуществляли за 2-3 приёма. После этого производили пересечение сосудистой ножки в верхнем углу раны в режиме коагуляции широкой поверхностью рабочей части инструмента до полного пересечения. Аналогичным способом удаляли оставшиеся наружные и внутренние геморроидальные узлы на 7 и 11 часах. Иногда возникает необходимость иссечения дополнительных геморроидальных узлов. Послеоперационные раны остаются открытыми.

Все полученные операционные препараты направлялись на гистологическое исследование. Фиксированные 10% раствором формалина срезы заливали парафином и окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности послеоперационных ран производилось на 3, 5, 7, 10, 15 и 20 дни после операции. Взятие мазков отпечатков производилось с помощью специальных поролоновых тампонов. Все полученные препараты окрашивали по методу Папшенгейма. При этом сначала мазки фиксировали не менее 2 минут в красителе-фиксаторе эозина метиленового по Май-Грюнвальду, затем промывали водой и докрашивали смесью 0,1% раствора азур - эозина в течение 6 минут, после чего краситель вновь смывали водой. Препараты высушивали и микроскопировали с сухой и иммерсионной системами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперативные вмешательства производились под комбинированным обезболиванием - перидуральной анестезией с внутривенным потенцированием.

Продолжительность геморроидэктомии аппаратом LigaSure и ультразвуковым скальпелем составила $20,0 \pm 0,5$ мин., и $18,0 \pm 3,0$ мин. ($P > 0,05$). В то время как, по данным Л.М. Хмылова (2007), продолжительность традиционной открытой и закрытой геморроидэктомии составляла $40,0 \pm 9,0$ мин. и $32,0 \pm 7,0$ мин., соответственно.

Сокращение продолжительности оперативного вмешательства при использовании высокотехнологичных методик достигается за счет отсутствия таких

этапов, как гемостаз при помощи электрокоагуляции или ушивание послеоперационных ран. Кроме того, иссечение наружных и внутренних геморроидальных узлов и пересечение их сосудистых ножек производится быстрее по сравнению с традиционными методами, потому что одновременно происходит коагуляция и пересечение тканей.

Следует отметить, что нами не выявлено достоверных различий в интенсивности болевого синдрома у больных основной и контрольной группы. Потребность в наркотических анальгетиках составила $1,05 \pm 0,5$ и $1,05 \pm 0,5$ мл 2% раствора промедола, соответственно ($P > 0,05$).

Выполнение геморроидэктомии аппаратом LigaSure сопровождалось задержкой мочеиспускания в послеоперационном периоде у 4 (4,9%) из 82 больных. В контрольной группе дизурические расстройства отмечены в 6 (8%) из 76 наблюдений. У 3 из 4 больных основной группы устранить дизурические расстройства удалось однократной катетеризацией мочевого пузыря, а в одном случае проведенное консервативное лечение, включающее электростимуляцию мочевого пузыря и терапию уросептиками, оказалось не эффективным, что потребовало эпицистостомии с последующим переводом больного в урологическую клинику. Причиной данного осложнения послужило наличие у больного гиперплазии предстательной железы. Всем больным контрольной группы проводилась консервативная терапия с положительным эффектом.

При патоморфологических исследованиях нами установлено, что после применения аппарата LigaSure глубина коагуляционного некроза составляет в среднем $0,6 \pm 0,05$ мм, а после использования ультразвукового скальпеля - $0,5 \pm 0,05$ мм ($P > 0,05$). Сосудистая реакция в подлежащих тканях не выражена при использовании обоих методов, что свидетельствует об узкой направленности воздействия энергии (Рис. 1,2).

Клинически, на третий день раны после операции аппаратом LigaSure без визуальных признаков вос-

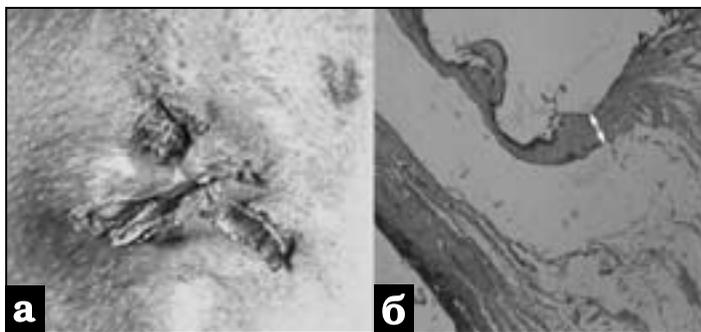


Рисунок 1. Степень термического поражения тканей при геморроидэктомии с применением аппарата LigaSure:

а – внешний вид послеоперационных ран после геморроидэктомии.

б – глубина коагуляционного некроза в удаленном геморроидальном узле составила 0,6 мм. Сосудистая реакция в подлежащих тканях не выражена. Окраска гематоксилином и эозином $\times 100$.

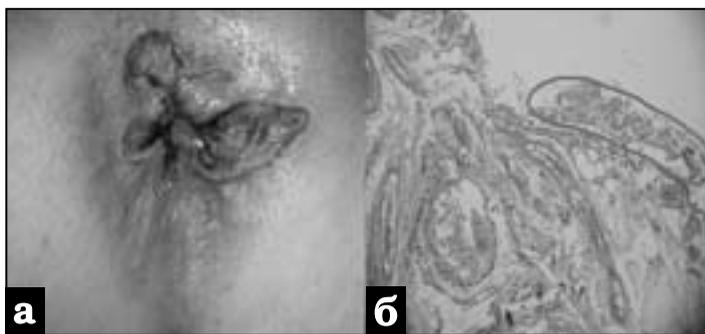


Рисунок 2. Степень термического поражения тканей при геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля

а – внешний вид послеоперационных ран после геморроидэктомии.

б – глубина коагуляционного некроза в удаленном геморроидальном узле составила 0,5 мм. Сосудистая реакция в подлежащих тканях не выражена. Окраска гематоксилином и эозином $\times 100$.

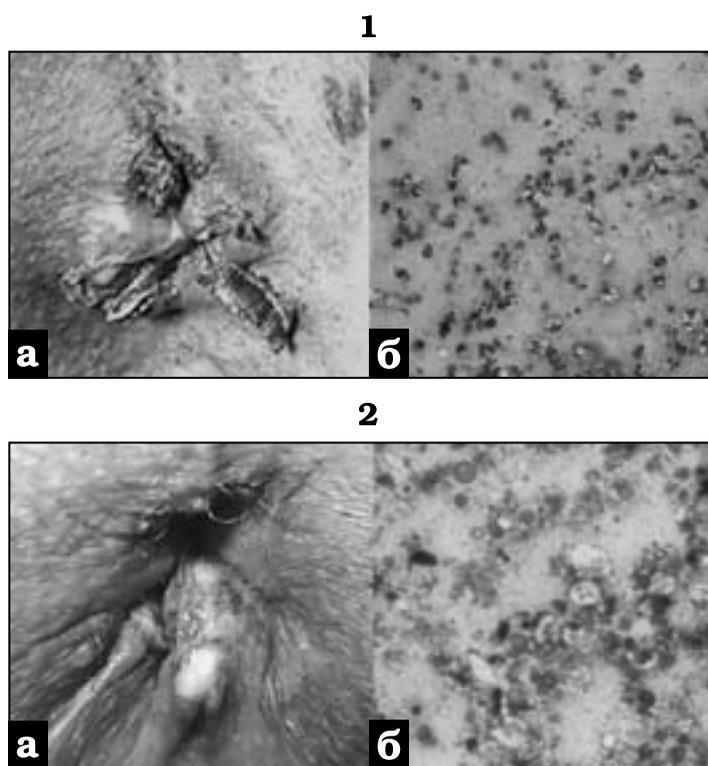


Рисунок 3. 3 день после операции

1 – геморроидэктомия аппаратом LigaSure

2 – геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем

а - внешний вид послеоперационных ран,

б - цитogramмы мазков-отпечатков с поверхности ран. Окраска по Паппенгейму $\times 200$.

паления, гиперемия кожи в области раны отсутствовала, инфильтратов не определялось. Края послеоперационных ран состоятельны, без признаков их расхождения. При изучении динамики раневого процесса установлено, что на 3 сутки после опе-

рации в мазках-отпечатках, полученных с поверхности послеоперационных ран, определялась умеренно выраженная воспалительная реакция, появляются начальные признаки образования грануляционной ткани (единичные одноядерные гистиоциты).

После использования ультразвукового скальпеля в ранах анального канала признаки воспаления отсутствуют, в мазках-отпечатках с поверхности послеоперационных ран, определялась умеренная воспалительная реакция нейтрофильного характера (рис. 3).

Макроскопически на десятый день после геморроидэктомии аппаратом LigaSure раны гранулируют, признаки воспаления отсутствуют. В мазках-отпечатках элементы воспаления отсутствуют. Нарастает активность репаративных процессов: определяются пласты незрелого плоского эпителия, скопления гистиоцитов, фрагменты волокнистых тяжей, формируется рыхлая волокнистая соединительная ткань.

К 10 суткам после геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем макроскопически отмечается очищение ран от коагуляционной пленки, под которой по всей поверхности определяется грануляционная ткань. В мазках-отпечатках у этих больных выявлена картина развивающихся репаративных процессов: фибробласты, волокна рыхлой соединительной ткани и пласты клеток созревающего плоского эпителия с базофильной цитоплазмой (Рис. 4).

К пятнадцатому дню после геморроидэктомии аппаратом LigaSure макроскопически определяется значительное уменьшение послеоперационных ран: по периферии нежная рубцовая ткань, раневое отделяемое скудное сукровичного характера. В мазках-отпечатках определяется картина завершающейся репарации: симпласты клеток незрелого и зрелого плоского эпителия, скопления фибробластов и фиброцитов.

На пятнадцатый день у больных после геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем отмечается уменьшение размеров послеоперационных ран с наличием краевой эпителизации с нежной гранулирующей тканью по периферии ран, раневое отделяемое скудное (Рис.5).

Нами установлено, что сроки полного заживления послеоперационных ран достоверно короче после выполнения геморроидэктомии аппаратом LigaSure. Так, к 20-му дню эпителизация отмечалась у 73 (89%) больных основной группы, а в 8 (9,8%) наблюдениях отмечалась картина продолжающейся эпи-

телизации ран с появлением единичных клеток незрелого плоского эпителия. Полное заживление послеоперационных ран у 7 из 8 больных произошло к 30-му дню, а у 1 к 35. После применения ультразвукового скальпеля к 20 дню полная эпителизация ран зафиксирована у 35 (46,6%) больных, к 30-му дню полное заживление ран отмечено у 29 (38,6%) больных, к 35-му дню – у 11 пациентов (Табл. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время наиболее эффективным и радикальным способом лечения геморроя 3-4 стадии является операция Миллигана-Моргана [11]. Наиболее часто применяются две модификации этой операции - закрытая и открытая геморроидэктомия [2]. Однако, частота ранних и поздних послеоперационных осложнений при этих операциях, выраженность послеоперационного болевого синдрома, а также длительный период послеоперационной реабилитации являются причиной неудовлетворенности результатами данного вида лечения [2,13]. В тоже время, развитие высоких технологий дают возможность хирургам совершенствовать технику геморроидэктомии и уменьшить сроки послеоперационной реабилитации. Применение высокотехнологичных методик геморроидэктомии позволяют уменьшить травматичность и длительность операции, глубину термического воздействия на ткани. Эти методики позволяют не применять шовный материал, на который возникает выраженная тканевая реакция. Главным преимуществом этих методик является уменьшение болевого синдрома и числа осложнений во время и после операции.

Результаты исследования показали, что цитологическая картина раневого процесса у больных, перенесших геморроидэктомию аппаратом LigaSure, характеризуется умеренной выраженностью воспалительных изменений, наличием в цитogramмах, полученных на 3 сутки после операции, клеточных элементов грануляционной ткани – одноядерных гистиоцитов. Довольно рано (с 3-5 дня после операции) появляются признаки ранней эпителизации: сначала одноядерные гистиоциты, затем волокнистые тяжи, клетки незрелого плоского эпителия и, наконец, элементы фиброзной соединительной ткани – фибробласты и фиброциты, а также пласты зрелого плоского эпителия.

Для больных, перенесших геморрои-

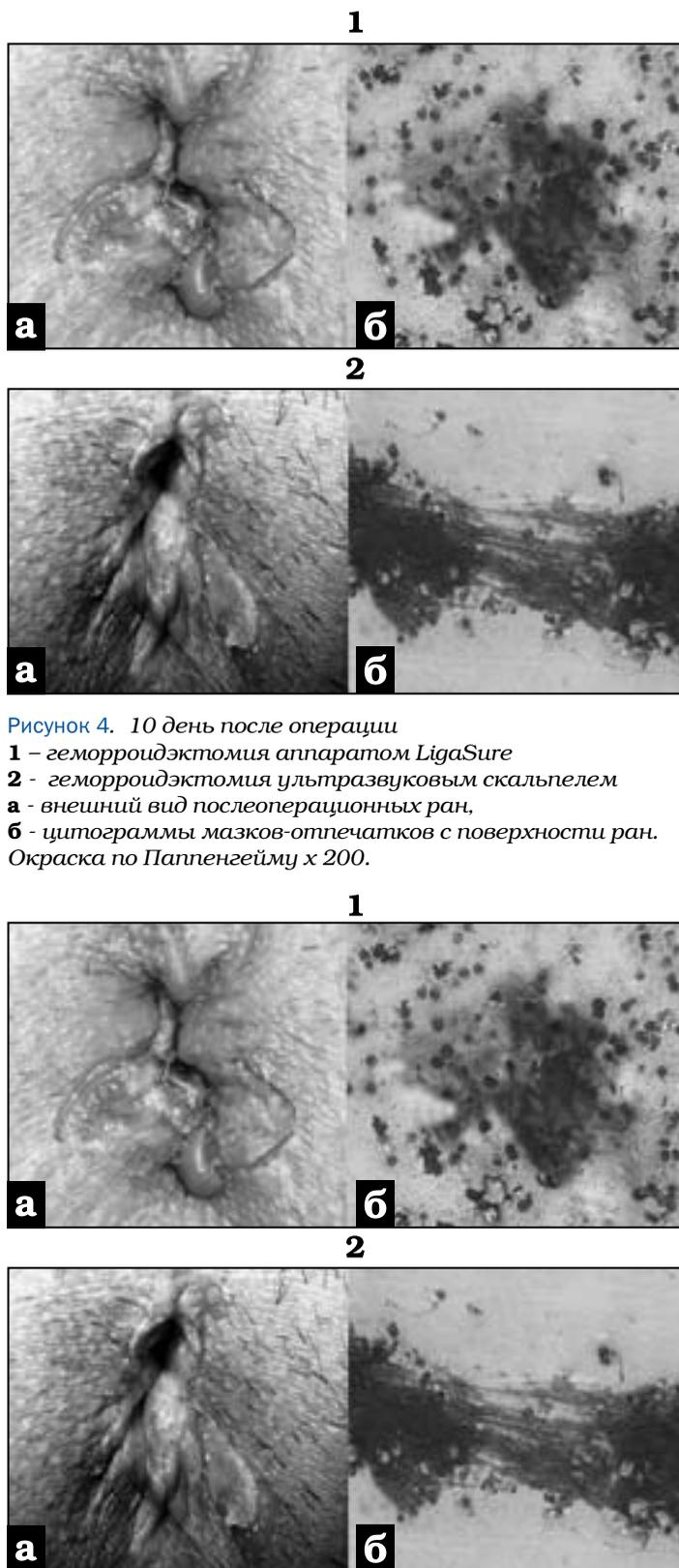


Рисунок 4. 10 день после операции

1 – геморроидэктомия аппаратом LigaSure

2 - геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем

а - внешний вид послеоперационных ран,

б - цитogramмы мазков-отпечатков с поверхности ран.

Окраска по Паппенгейму x 200.

Рисунок 5. 15 день после операции:

1 – геморроидэктомия аппаратом LigaSure

2 - геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем

а - внешний вид послеоперационных ран,

б - цитogramмы мазков-отпечатков с поверхности ран.

Окраска по Паппенгейму x 200.

Таблица 2. Сроки заживления послеоперационных ран.

Способы операций	с 15 по 20 день		с 20 по 30 день		с 30 по 35 день	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Геморроидэктомия аппаратом LigaSure (n=82)	73	89,0	8	9,8	1	1,2
Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем (n=75)	35	46,6	29	38,6	11	14,6

дэктомии ультразвуковым скальпелем, в первые дни после операции была также характерна картина слабовыраженной воспалительной реакции. При этом микрофлора была более обильной, чем в цитограмах больных после геморроидэктомии аппаратом LigaSure, и представлена в основном палочковыми формами. Репаративные процессы также характеризуются своей последовательностью, но протекают с меньшей активностью по сравнению с таковыми у больных, перенесших геморроидэктомию аппаратом LigaSure. Сроки эпителизации послеоперационных ран были короче после геморроидэктомии аппаратом LigaSure по сравнению с геморроидэктомией ультразвуковым скальпелем. Так, к 20-му дню заживление ран отмечено у 89% и 46,6%.

Сокращение сроков заживления послеоперационных ран после геморроидэктомии аппаратом LigaSure по сравнению «ультразвуковой» геморроидэктомией прежде всего связано с отсутствием контакта послеоперационных ран с внешней средой в момент выполнения операции, так как раны во время операции покрываются образующейся коллагеновой пленкой. Кроме того, минимальная глубина термического повреждения подлежащих тканей при выполнении высокотехнологических геморроидэктомии ведет к уменьшению болевого синдрома и длительности реабилитации этих пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение высокотехнологичных методик геморроидэктомии достоверно уменьшает выраженность послеоперационного болевого синдрома, сокращает продолжительность оперативного вмешательства и период послеоперационной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнеvский В.А., Магомедов М.Г. Ультразвуковые аппараты для хирургической мобилизации. Эндоскопическая хирургия, 2003, № 1, с.43-45.
2. Abcarion H., J. Alexander-Williams., J. Christiansen et al. Benign anorectal diseases: definition, characteritron and analisis of treatment. The American J. of Gastroenterology, 1994, 89: 182-190.
3. Armstrong D.N., Ambrose W.I., Schertzer M.E. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum, 2002, 45: 354-359.
4. Chung Y.C., Wu H.J. Clinical experience of sutureless closed hemorrhoidectomy with LigaSure. Dis. Colon Rectum, 2003, 46(1):87-92.
5. Franklin E.J., Seetharam S., Lowney J., Horgan P.G. Randomized, clinical trial of Ligasure vs conventional diathermy in hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum, 2003, 46(10):1380-1383.
6. Jayne D.G., Botterill I., Ambrose N.S., Brennan T.G., Guillou P.J., O'Riordain D.S. Randomized clinical trial of LigaSure versus conventional diathermy for day-case haemorrhoidectomy. Br. J. Surg., 2002, 89(4):428-432.
7. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.S., Lee C.S., Szilagi E.J., Wu J.S., Margolin D.A. Surgical treatment of hemorrhoids. Dis. Colon Rectum, 2001, 44: 845-849.
8. Kwok S.Y., C.C. Chung. A Doble-Bling, Randomized Trial Comparing LigaSure and Harmonic scalpel hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum, 2005, 48(2): 344-348.
9. Lawes D.A., Palazzo F.F., Clifton M.A. The use of LigaSure haemorrhoidectomy in patients taking oral anticoagulation therapy. Colorectal Dis., 2004 6(2):111-112.
10. Milito G., Gargiani M., Cortese F. Randomised trial comparing LigaSure haemorrhoidectomy with the diathermy dissection operation. Tech. Coloproctol., 2002, 6(3):171-175.
11. McCarus S.D. Physiologic mechanism of the ultrasonically activated scalpel. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 1996, 3: 601-608.
12. Milligan E., Morgan G., et al. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids. Lancet, 1937, 2: 1119-1124.
13. Palazzo F.F., Francis D.L., Clifton M.A. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy. Br. J. Surg., 2002, 89(2):154-157.
14. Ramadan E, Vishne T, Dreznik Z. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy: preliminary results of a new alternative method. Tech. Coloproctol., 2002, 6: 89-92.
15. Sayfan J., Becker A., Koltun L. Sutureless Closed Hemorrhoidectomy: A New Technique. Ann. Surg., 2001, 234(1):21-24.
16. Thorbeck C.V., Montes M.F. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of Ligasure compared with Milligan-Morgan operation. Eur. J. Surg., 2002, 168(8-9):482-484.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3-4 СТЕПЕНИ

Благодарный Л.А., Соттаева В.Х.

Кафедра колопроктологии РМАПО, ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий» (заведующий кафедрой и директор центра - академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.)

Пожалуй ни одной проблеме в хирургии вообще и колопроктологии, в частности, не посвящено такого количества публикаций, как проблеме лечения геморроя. Геморрой - наиболее частая причина обращения к врачу-колопроктологу. Благодаря внедрению в широкую клиническую практику новейших консервативных и малоинвазивных способов лечения выполнение радикальной геморроидэктомии показано не более, чем у 30% всех больных геморроем (1,2,3).

Клиническая картина геморроя широко известна и включает кровотечение, выпадение геморроидальных узлов, зуд и боль (1,2). Болевой синдром возникает при обострении заболевания (тромбоз, перианальный отёк), либо при наличии сопутствующих заболеваний (анальная трещина, свищ прямой кишки и т.п.). Наружный геморрой протекает чаще всего бессимптомно, если только не развивается тромбоз, сопровождающийся сильной болью. После разрешения тромбоза могут оставаться бахромки, приводящие к раздражению кожи и затрудняющие гигиену. Наибольшее количество клинических симптомов геморроя возникает из-за увеличенных внутренних геморроидальных узлов. Гиперплазия кавернозной ткани, растяжение связочно-мышечного аппарата (связки Паркса и мышцы Трейца), расширение подслизистого артериовенозного сплетения приводит к выпадению внутренних геморроидальных узлов и слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки через анальный канал (1,2,11). Выпадение слизистой прямой кишки ведет к попаданию слизистых выделений на перианальную кожу, вызывая зуд и дискомфорт в области заднего прохода. В патогенезе гиперплазии кавернозной ткани анального канала важнейшую роль играют нарушения местной органной регуляции кровообращения, которые обуславливают усиленный приток артериальной крови по улитковым артериям в кавернозную ткань и сниженный отток по венам вследствие их спазма, что, в конечном итоге, приводит к увеличению размеров внутренних геморроидальных узлов.

Многие клиницисты полагают, что низкое потребление в пищу растительной клетчатки, длительное натуживание при дефекации способствует развитию геморроя. К предрасполагающим факторам также относятся запоры, неус-

тойчивый стул, беременность, семейный анамнез (1,2,11,12).

В настоящее время для лечения геморроя применяется консервативная терапия, малоинвазивные способы лечения, либо хирургическое вмешательство (1,2,3,6). Целью настоящего сообщения является рассмотрение проблемы развития современного комплексного лечения геморроя. Консервативная терапия включает в себя немедикаментозные и лекарственные способы лечения. Немедикаментозное лечение традиционно включает в себя диету и тщательную личную гигиену. Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует две главные цели: купирование симптомов острого геморроя и профилактика обострений при хроническом течении.

Для купирования воспаления применяют различные мазевые формы, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды (ультрапрокт, проктоседил), постеризан. Местное тромболитическое действие оказывают такие препараты как гливенол, гепариновая мазь, нигепан, гепатромбин Г. При геморроидальных кровотечениях применяется как местная, так и системная терапия (релиф, этамзилат).

Особый интерес представляют флеботропные препараты нового поколения для перорального применения, такие как Детралекс, гинкор форте и др., которые, без сомнения, в настоящее время могут претендовать на лидирующее место в лечении острого и хронического геморроя. Детралекс обладает поливалентным механизмом действия, оказывая влияние практически на все вышеперечисленные патогенетические звенья геморроидальной болезни. В результате повышения тонуса вен происходит сужение прямокишечных венозных сплетений. Кроме флеботонического эффекта он оказывает противовоспалительное действие и способствует уменьшению проницаемости эндотелия, уменьшая отёк и ликвидируя болевой синдром. Эффективность Детралекса при лечении острого и хронического геморроя подтверждена в проведенных рандомизированных исследованиях (4,7). Препарат достоверно снижает субъективные и объективные проявления заболевания, а также снижает частоту и тяжесть обострений (7). По мнению ряда

авторов, эффективность Детралекса сравнима с эффективностью малоинвазивных способов лечения (10). При этом открываются перспективы для применения Детралекса в послеоперационном периоде. Прием препарата достоверно уменьшает риск вторичного кровотечения после геморроидэктомии (10).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В наше исследование было включено 45 больных комбинированным геморроем 3-4 стадии, из них было 28 (62,2%) мужчин и 17 (37,7%) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 65 лет, средний возраст составил 47,1 лет. Третья стадия геморроя установлена в 26 (57,7%) случаях, четвертая стадия в 19 (42,2%) наблюдениях. Жалобы на интенсивные анальные кровотечения в виде капель и струек крови после каждой дефекации предъявляли 15 (33,3%) больных. Эпизодические геморроидальные кровотечения отмечены у 7 (15,5%) человек и причиной их обращения к проктологу явилось появление капель крови в стуле или на туалетной бумаге при отсутствии каких-либо других симптомов заболевания. Остальные 23 (51,1%) больных жалоб на кровотечения не отмечали, а основной причиной обращения к колопроктологу являлось выпадение внутренних геморроидальных узлов. Всем больным выполнена ректороманоскопия, а 12 – колоноскопия, при которых патологических изменений в различных отделах толстой кишки, являющихся источниками кишечного кровотечения не выявлено.

Пациенты включенные в исследование были распределены на две группы. Основную группу составили 24 (53,3%) больных, которым был назначен Детралекс как в предоперационном периоде, так и после операции. Прием препарата осуществлялся в течение 7 суток по следующей схеме: по 2 таблетки 3 раза в день в течение 4 суток, затем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 суток. В послеоперационном периоде в дозе по 1 таблетке Детралекса два раза в день, в течение 7 дней. Больным контрольной группы детралекс назначен не был. Всем больным, основной и контрольной группы была выполнена геморроидэктомия аппаратом LigaSure.

Все пациенты основной группы в дооперационном периоде на фоне приема Детралекса отмечали уменьшение эпизодов кровотечения и их интенсивность, а также уменьшение болевого синдрома. Субъективная оценка болевого синдрома производилась самими пациентами при помощи визуальной аналоговой шкалы, в которой выраженность боли оценивается от 0 (полное отсутствие боли) до 10 (очень сильная боль). В послеоперационном периоде с целью оценки эффективности Детралекса, и его влияния на степень заживления послеоперационных ран, на ряду с клинической оценкой результатов, нами изучены мазки-отпечатки раневой поверхности. Течение раневого процесса для больных при-

нимавших Детралекс имеет свои особенности в сравнении с большими контрольной группы. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе Microsoft Excel. Различия средних величин признавались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У подавляющего большинства пациентов (95%) ректальные кровотечения прекратились на 2-3 день приема Детралекса. При этом, в 1 случае у больной с 4 стадией геморроя уменьшились субъективные проявления болезни, и лишь у одного пациента не было клинического эффекта от проводимой терапии. Клиническая эффективность Детралекса составила 89%. Течение раневого процесса для больных основной группы имеет свои особенности в сравнении с контрольной: сокращение сроков заживления ран.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Флеботропный препарат Детралекс является высокоэффективным средством для комплексного лечения хронического геморроя 3-4 стадии. Препарат может быть использован в качестве базового средства и применяться как поддерживающее лечение при геморроидэктомии. Применение Детралекса способствует уменьшению размеров геморроидальных узлов, улучшению гемодинамики в кавернозных тельцах анального канала, что связано с улучшением лимфооттока, микроциркуляции, уменьшением перивазального отека. Тем самым, применение детралекса способствует уменьшению клинических проявлений геморроя, оказывает выраженный эффект в предоперационном периоде. Также, целесообразно применение Детралекса после геморроидэктомии для уменьшения отека и профилактики послеоперационных кровотечений. Детралекс сокращает сроки эпителизации послеоперационных ран. Препарат экономически доступен для пациентов, что существенно расширяет возможности его широкого применения в повседневной клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. «Геморрой» М.: «Митра-Пресс», 2002, 192 с.
2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания заднепроедного канала. М.: Медицина, 1994, 240 с.
3. Abcarion H., Alexander-Williams J., Christiansen J. Benign anorectal diseases: definition characterition and analisis of treatment. Amer. J. Gastroenterol, 1994; 8: 182 - 190.
4. Cospite M. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activiti and safety of Daflon 500mg in the treatment of acute hemorrhoids. Angiology, 1994, 45:556-573.
5. Chauvenet M, Libeskind M. Revue francaise de

- gastro-enterologie, 1994; 303.
6. Dennison A.R., Whiston R.J., Rooney S., Morris D.L. The management of hemorrhoids. *Am J Gastroenterol*, 1989;84:475-481.
 7. Godeberge P. Daflon 500mg: is significantly more effective than placebo in the treatment of hemorrhoids. *Phlebology*, 1992; 7(suppl 2): 61-63.
 8. Henriot P. *Phlebologie*, 1995; 2
 9. Ho Y.H., Tan M., Seow-Choen F. Micronized purified flavonoid fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*, 2000;43:66-69.
 10. Ho Y.H., Foo C.L., Seow-Choen F., Goh H.C. Prospective, randomized controlled trial of a micronized flavonoid fraction to reduce bleeding after hemorrhoidectomy. *Br J Surg*, 1995; 82: 1034-1035.
 11. Loder P.B., Kamm M.A., Nicholls R.J., Phillips R.K. Hemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg*, 1994;81: 946-954.
 12. Saleeby R.G., Rosen L., Stasik J.J., Riether R.D., Sheets J., Khubchandani I.T. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? *Dis Colon Rectum*, 1991;34:260-261.
 13. Tort-Grumbach J., Loysel T. Extrait de *Bulletins et Memories de la societe de medicine de Paris*. №3:83-84.

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Воробьев Г.И., Лощинин К.В., Мартьянов И.Н.

ФГУ ГНЦК Росмедтехнологий (директор академик РАМН, проф. Г.И.Воробьев)
ФГУ Клиническая больница УДП РФ (глав. врач В.Н.Филько)

АКТУАЛЬНОСТЬ:

Геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний. Частота геморроя достаточно высока и достигает 140-160 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес пациентов в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41% [1,2,3,8,9,10].

В России наиболее распространенным методом лечения является геморроидэктомия, которая выполняется по типу операции Миллигана – Моргана (1937) в различных ее модификациях с удалением трех основных сосудистых коллекторов. Применяемые в настоящее время различные модификации геморроидэктомии не лишены определенных недостатков, связанных с выраженным послеоперационным болевым синдромом и риском развития таких осложнений, как стриктура анального канала и недостаточность анального жома, а также длительными сроками медицинской реабилитации [1,3,8,9,10].

В последние годы большое распространение получают малоинвазивные способы лечения геморроя, применяемые в амбулаторных условиях [1,3,8,9]. К ним относятся лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция. Малоинвазивные способы лечения обладают рядом преимуществ: простой техникой выполнения процедуры, возможностью амбулаторного применения, хорошей переносимостью без ограничения трудоспособности. Однако, применение этих методик наиболее эффективно лишь при 1-2

стадиях, а наличие сопутствующих заболеваний прямой кишки и анального канала являются противопоказанием для их выполнения.

По современным представлениям гемодинамический и механический факторы являются основными причинами развития геморроидальной болезни. В различных исследованиях было установлено, что основным источником кровоснабжения внутренних геморроидальных узлов, являются ветви верхней прямокишечной артерии [7,8,9]. Нормальное анатомическое положение и фиксация внутренних геморроидальных узлов обеспечивается мышцей Паркса и связкой Трейца, являющихся мышечно-связочным аппаратом внутренних геморроидальных узлов.

В 1993 году A.Longo был разработан и предложен новый метод лечения геморроя. Суть метода заключается в циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, в результате чего происходит укрепление, подтягивание и фиксация связочно-мышечного аппарата внутреннего геморроидального сплетения, а также пересечение и блокада конечных ветвей верхней прямокишечной артерии. Этот метод воздействует на два ведущих патогенетических звена развития болезни, наряду с этим является органосберегающим, так как не требует удаления внутренних геморроидальных узлов. Простота, быстрота выполнения, короткий период нетрудоспособности, отсутствие послеоперационного болевого синдрома и послеоперационных осложнений делают этот метод очень привлекательным. В своих научных работах многие исследователи

доказали высокую эффективность лечения геморроя данным методом [4,5,6,11,12,14,18].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2001 по 2007 год на базе клинической больницы Управления Делами Президента 109 пациентам страдающим геморроем II-IV стадии, была выполнена циркулярная резекция слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки по методу Лонго. Возраст пациентов колебался от 25 до 76 лет. Средний возраст больных составил $46,9 \pm 11,1$ лет. Мужчин было 66 (60,6%), женщин 43 (39,4%).

Пациенты трудоспособного возраста (от 30 до 55 лет) составили 76,1%, для которых быстрая медицинская реабилитация после операции и восстановление трудовой деятельности имели первостепенное значение.

В соответствии с классификацией Thomsona W. (1982) и Cochiara L. (1991) больные были распределены по четырем стадиям (Табл. 1). Наибольшее число больных составили пациенты третьей стадией геморроя – 83 (76,1%). У 19 (17,4%) больных выявлен геморрой четвертой стадии, а у 7 (6,5%) пациентов – второй стадии.

Таблица 1. Распределение больных по стадиям хронического геморроя.

Стадии заболевания	Количество больных, n=109	
	абс. число	%
I	--	--
II	7	6,5
III	83	76,1
IV	19	17,4
Всего	109	100,0

У ряда больных имелись сопутствующие заболевания анального канала и прямой кишки. У 9 (8,3%) из 109 пациентов обнаружена хроническая анальная трещина. У 3 (2,8%) больных выявлены свищи прямой кишки различной степени сложности (у 2 - интрасфинктерный, у 1 - чрессфинктерный свищ прямой кишки), а еще у 2 (1,8%) больных диагностированы папилломы промежности. У всех этих больных были выполнены сочетанные оперативные вмешательства. Более половины пациентов 65 (59,6%) с хроническим геморроем имели в анамнезе сопутствующие сердечно-сосудистые и гастроэнтерологические заболевания.

Больные поступали в стационар в плановом порядке. В стационаре пациентам проводился сбор анамнеза, осмотр больного врачом колопроктологом и терапевтом, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия. Выполнялись лабораторные исследования: общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, определялись пока-

затели свертываемости крови. Перед операцией всем больным обязательно выполнялось инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта, включающее эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию. При этом у 15 (13,8%) пациентов перед операцией были выявлены полипы, что послужило основанием для выполнения эндоскопической полипэктомии. Послеоперационный период у этих пациентов протекал без осложнений.

Предоперационная подготовка занимала 2 суток и заключалась в назначении безшлаковой диеты и приема фортранса накануне операции. Некоторым больным применялись очистительные клизмы с приемом слабительных.

При выполнении операции больным проводились различные виды регионарной анестезии. Наиболее часто у 84,4% больных применялась спинальная анестезия 0,5% раствором маркаина. Операция выполнялась в положении больного на операционном столе для литотомии.

Для выполнения операции Лонго при лечении хронического геморроя мы использовали комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01) фирмы Ethicon, США. В последние годы для этой операции стали применять аппарат PPH-03. Мы имеем опыт использования Sterile Disposable Circular Stapler (KYGZ-33,5) китайского производства у трех больных. В настоящее время в клинике применяется техника циркулярной резекции слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки, которая была разработана и усовершенствована в ГНЦ колопроктологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе результатов лечения установлено, что послеоперационные осложнения развились у 14 (12,8%) из 109 больных, перенесших циркулярную резекцию слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки (таблица 2).

Таблица 2. Послеоперационные осложнения у больных, перенесших циркулярную резекцию слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки.

Осложнения	Послеоперационные осложнения	
	абс. число	%
Послеоперационное кровотечение	3	2,6
Задержка мочеиспускания	5	4,7
Отек наружных геморроидальных узлов	6	5,5
Итого	14	12,8

В нашем исследовании у 3 (2,6%) больных с 3-4 стадиями геморроя в раннем послеоперационном периоде развилось кровотечение. У одного паци-

ента кровотечение из прямой кишки отмечено через два часа после операции из линии скрепочного шва в проекции одной из терминальных ветвей верхней геморроидальной артерии на 11 часах. У второго пациента кровотечение развилось через 4 дня после появления первой самостоятельной дефекации. Источником кровотечения являлся надрыв слизистой в проекции линии циркулярного механического шва на 1 часе. Оба пациента оперированы в срочном порядке, произведена остановка кровотечения путем прошивания зоны анастомоза восьмьюобразными викриловыми швами. Третий больной в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара на 7 день после операции. Однако на 11-й день повторно госпитализирован в колопроктологическое отделение с клинической картиной состоявшегося кишечного кровотечения. Во время ревизии под наркозом источника кровотечения не выявлено, линия швов циркулярного анастомоза была самостоятельной. Операция была закончена установкой газоотводной трубки в прямую кишку. В последующем послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Наиболее частым осложнением являлся отек наружных геморроидальных узлов, который был диагностирован у 6 (5,5%) пациентов с 4 стадией геморроя. Больным проводилась симптоматическая терапия, направленная на повышение венозного тонуса и купирование воспаления. Для этих целей в течение 7-10 дней применялся препарат «Детралекс» и использовались мазевые аппликации «Гепатромбина Г». На фоне проведённого лечения отек наружных геморроидальных узлов значительно уменьшался.

Следующим осложнением у больных, перенесших циркулярную резекцию слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, являлась задержка мочеиспускания, которая была выявлена у 5 (4,7%) пациентов. Наиболее часто это было связано с выполнением сочетанных операций по поводу сопутствующих заболеваний прямой кишки и анального канала. Лишь в одном наблюдении рефлекторная задержка мочеиспускания развилась после циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. После однократной катетеризации мочевого пузыря, проведения электростимуляции и консервативного лечения у всех пациентов было восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Характерной особенностью циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки являлось отсутствие болевого синдрома в послеоперационном периоде. Больным не требовалось назначение наркотических анальгетиков. Как правило, применялись ненаркотические анальгетики однократно, в основном перед сном, в течение первых 1-2 дней после операции. В дальнейшем больные сами отказывались от обезболивающих препаратов.

Более ранняя активизация и реабилитация больных, отсутствие болевого синдрома в послеоперационном периоде способствовали сокращению сро-

ков пребывания пациентов в стационаре. В нашей работе средний послеоперационный койко-день составил $5,9 \pm 3,1$ дня.

ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время одним из популярных методов хирургического лечения геморроя стала операция Лонго. Операция с успехом выполняется во многих странах Европы, в клиниках Италии и Германии, где насчитывается опыт выполнения более 10000 такого рода вмешательств с хорошими непосредственными результатами [5, 11, 14, 15, 18, 20, 22].

Сравнительные исследования показали преимущества операции Лонго по сравнению с традиционными методами геморроидэктомии [5, 12, 13, 15, 19, 20]. Rowsell с соавт. [21] в проспективном рандомизированном исследовании обнаружили отсутствие значимых осложнений, уменьшение выраженности болевого синдрома, сокращение сроков реабилитации больных после операции Лонго. Эффективность метода была также доказана в трех рандомизированных исследованиях с использованием манометрии и ультразвукового ректального исследования. Через шесть недель и через три месяца после операции в анальном канале не было выявлено никаких патологических изменений в сравнении с интраоперационными данными. Не выявлено различий в двух группах пациентов, оперированных традиционным способом и при помощи циркулярного аппарата РРН [12, 15, 16].

В некоторых работах авторами была доказана патогенетическая эффективность этой операции. Суть этого вмешательства заключается в укреплении связочного аппарата геморроидальных узлов и уменьшение притока к ним артериальной крови [5, 22].

Королик В.Ю. [5] в своем исследовании доказал, что после циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки происходит снижение притока артериальной крови к внутреннему геморроидальному сплетению в 1,5-2 раза, при отсутствии достоверного отклонения от нормы соотношения артериального притока к венозному оттоку. В нашей работе мы отмечаем подтягивание внутренних геморроидальных узлов в анальный канал выше аноректальной линии и уменьшение в размерах наружных геморроидальных узлов.

По данным литературы, одним из преимуществ операции Лонго является отсутствие болевого синдрома [5, 14, 17, 18]. Мы согласны с этим, потому что наши пациенты нуждались лишь в однократных инъекциях ненаркотических анальгетиков, как правило, перед сном. В большинстве случаев это было связано с психологическим фактором перенесенной операции и боязнью развития болевого синдрома в ночное время суток.

Основной проблемой хирургического лечения является развитие послеоперационных осложнений. По данным литературы их частота колеблется от 3% до 17% [5, 11, 14, 19, 21]. Зачастую это связано с развитием специфических осложнений, таких

как перианальный отек, подслизистые гематомы, тромбоз наружных геморроидальных узлов. В нашей работе послеоперационные осложнения развились у 14 (12,8%) из 109 больных.

Наиболее серьезным осложнением послеоперационного периода явилось кровотечение, развившееся у 3 (2,6%) больных после выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. У двух пациентов кровотечение было остановлено прошиванием восьмьюобразными полисорбовыми швами. На наш взгляд, причиной кровотечения в одном случае явилось не герметичное смыкание аппаратных скрепок по линии циркулярного шва. Второй пациент страдал запорами, после появления первого стула плотной консистенции и сильного натуживания развилось кровотечение в результате надрыва слизистой в проекции линии скрепочного шва. У третьего больного мы лишь констатировали факт состоявшего кровотечения из прямой кишки. Рефлекторная задержка мочеиспускания в четырех наблюдениях была связана с развитием болевого синдрома после перенесенных сочетанных операций по поводу анальных трещин и свища прямой кишки. Лишь в одном из пяти наблюдений задержка мочеиспускания развилась после циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. В анамнезе у этого больного имелась доброкачественной гиперплазии предстательной железы с изначальными признаками нарушения мочеиспускания.

Наиболее частым и специфичным осложнением для циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки явился отек наружных геморроидальных узлов, наблюдавшийся у 6(5,5%) пациентов, что увеличило время реабилитации пациентов. Как и большинство авторов, мы считаем, что возникновение этого осложнения связано, прежде всего, с травматизацией наружных геморроидальных узлов во время операции.

По данным многих авторов после операции Лонго происходит сокращение сроков пребывания больных в стационаре, более ранняя их реабилитация и восстановление трудовой деятельности [5,14,18,19,20,21,]. В нашем исследовании больные, перенесшие циркулярную резекцию слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки значительно раньше по сравнению с традиционными вмешательствами выписывались из стационара, в среднем на 5-6 день.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки является органосохраняющим методом лечения больных хроническим геморроем, сопровождается минимальным риском развития послеоперационных осложнений, легче переносится больными с отсутствием болевого синдрома и способствует более ранней активизации и реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя. Дисс. д.м.н.М., 1999, 322 с.
2. Воробьев Г.И. Основы копроктологии. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. 2001, с.78-98.
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М., 2002, 192 с.
4. Воробьев Г.И., Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю. Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении хронического геморроя. Колопроктология, 2003, №3(5), с. 21-24.
5. Королик В.Ю. Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении хронического геморроя Дисс. к.м.н., М., 2005, 165 с.
6. Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю. Первый опыт применения операции Лонго в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Актуальные вопросы колопроктологии. 5- Всероссийская конференция с международным участием. Ростов-на-Дону, 2001, с.39.
7. Мельман Е.П., Дацун И.Г. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М.: Медицина, 1986, 176 с.
8. Ривкин В.Л. Капуллер Л.Л. Геморрой. М.: Медицина, 1976, 159 с.
9. Ривкин В.Л. Капуллер Л.Л. Геморрой. М.: Медпрактика, 2000, 158 с.
10. Соболева С.Н. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя. Дисс. к.м.н. СПб., 2004.
11. Basso L, Cavallaro G, Polistena A. Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations Br J Surg, 2006; 93: 226-230.
12. Carapeti E.A. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. Br J Surg, 2001, 88: 669-674.
13. Chik B, Law W.L., Choi H.K. Urinary retention after haemorrhoidectomy: Impact of stapled haemorrhoidectomy. Asian J Surg, 2006, 29(4): 233-7.
14. Dixon M.R., Stamos M.J., et al. Stapled haemorrhoidectomy: a review of our early experience. Am Surg, 2003, 69(10): 862-5.
15. Ganio E., Altomare D.F., Gabrielli F., et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. Br J Surg, 2001, 88: 669-74.
16. Ho Y-H., Cheong W-K., Tsang C et al. Stapled haemorrhoidectomy - cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. Dis Colon Rectum, 2000, 43: 1666-75.
17. Lau P.Y., Meng W.C., Yip A.W. Stapled haemorrhoidectomy in Chinese patients: a prospective randomised control study. Hong Kong Med J, 2004, 10(6):373-7.
18. Lomanto D, Katara AN. Stapled haemorrhoidopexy

for prolapsed haemorrhoids: short- and long-term experience. *Asian J Surg.* 2007, 30(1):29-33.

19. Mehigan B.J., Monson J.R., Hartley J.E. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet.* 2000; 355: 782-5.

20. Palimento D., Picchio M., et al. Stapled and open haemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. *World J Surg.* 2003, 27(2): 203-7.

21. Rowsell M., Bello M., Hemingway D.M.

Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 779-781.

22. Slawik S., Kenefick N., Greenslade G.L., Dixon A.R. A prospective evaluation of stapled haemorrhoidopexy - rectal mucosectomy in the management of 3rd and 4th degree haemorrhoids. *Colorectal Dis.* 2007, May; 9(4): 352-6.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Шелыгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Фролов С.А.,
Маркова Е.В., Мартянова В.И.

ФГУ «ГНЦ Колопроктологии Росмедтехнологии»
(Директор – академик РАМН, профессор Г.И.Воробьев). Москва.

По данным литературы, частота кондиломатоза аногенитальной области составляет 30,3 на 100 000 населения [1, 4, 10].

Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ) в последние годы привлекает особое внимание в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью (заражение при однократном половом контакте происходит примерно в 60% случаев) и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя (по данным литературы при плоскоклеточном раке анального канала ВПЧ выявляли в 12,2% случаев) [2, 8, 11].

Течение заболевания достаточно вариабельно. В большинстве случаев аногенитальная ПВИ протекает латентно или субклинически. Клинические и патологогистологические проявления ПВИ обычно развиваются спустя 1–8 месяцев после контакта с вирусом-носителем. Клиническая форма инфекции – это в основном аногенитальные бородавки в виде остроконечных или кератотических папиллом. Эпителиальные разрастания контагиозны, легко передаются от человека к человеку при прямом контакте. Течение ПВИ характеризуется возможностью спонтанной регрессии или рецидивирования [1, 4, 9].

В настоящее время предложено много различных методов лечения ПВИ, однако частота рецидивов этого заболевания высока и ни одна из предложенных методик ее лечения не является полностью эффективной и безопасной. Современные способы лечения ПВИ можно разделить на:

- физические (криодеструкция, лазеро- и диатермокоагуляция, электрохирургическое или радиоволновое иссечение) и химические (воздействие

трихлоруксусной кислотой, фerezолом, солкодермом) деструктивные методы;

- иммунотерапию (альфа-, бета- и гамма-ИНФ);

- цитотоксические препараты (подофиллин, подофиллотоксин и 5-фторурацил);

- комбинированные методы - сочетанное применение физических, химических и медикаментозных методов [4, 5, 6, 7, 9, 11].

Частота рецидивов заболевания, по данным разных авторов, колеблется от 20% до 70% [1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12].

Активизация вирусной инфекции в организме происходит на фоне дисбаланса иммунной системы, поэтому программа лечения папилломавирусной инфекции должна быть индивидуальной с учетом результатов исследования интерферонового статуса. По параметрам интерферонового (ИФН) статуса возможно определение индивидуальной чувствительности больного к тому или иному лекарственному препарату (индуктору интерферона или иммуномодулятору) для прогнозирования эффективности лечения [3, 4, 6, 7, 10].

Таким образом, комплексное изучение различных аспектов ПВИ, совершенствование принципов диагностики и лечения больных с поражением периаанальной области и анального канала позволит приблизиться к решению этой сложной и актуальной проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2002 г. по 2007 г. в ГНЦ колопроктологии находилось на лечении 169 больных с кондиломами в возрасте от 17 до 54 лет. Из них у 33 пациентов имелось поражение только анального

канала, у 29 – поражение перианальной области, у 107 больных выявлены кондиломы анального канала и перианальной области. Также у 25 пациентов имелось поражение области промежности (большие и малые половые губы, область мошонки, половой член и т.д.), у четырех больных процесс распространялся на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Мужчин было 119, женщин 50. Средний возраст больных составил $28,1 \pm 8,4$ лет.

Следует отметить, что в исследование не включены 5 пациентов, у которых впервые диагностирована ВИЧ-инфекция. Также в исследование не включена 1 пациентка, у которой при цитологическом исследовании соскоба с шейки матки обнаружен плоскоклеточный ороговевающий рак. Всем этим больным рекомендовано лечение в специализированных учреждениях.

Для проведения исследования больные были разделены на две группы. 48 пациентам основной

группы было проведено комбинированное лечение, включающее, помимо хирургического удаления кондилом, иммунотерапию в предоперационном периоде. Контрольную группу составил 121 больной, перенесший только хирургическое лечение. При этом 4 (8,3 %) больных основной и 24 (19,8 %) пациента контрольной группы лечились по поводу рецидива заболевания, поскольку ранее они были оперированы в других лечебных учреждениях. Следует отметить, что у 6 (12,5 %) пациентов основной и у 6 (5,0 %) больных контрольной группы были выявлены хронические вирусные заболевания (гепатиты В, С).

Достоверного различия между группами по полу, возрасту, длительности анамнеза заболевания, характеру жалоб и локализации поражения не выявлено (таб. 1, 2). Важно подчеркнуть, что в обеих группах имелось выраженное преобладание мужчин, при этом 60 (51,0 %) из них имели нетрадиционную сексуальную ориентацию.

Таблица 1. Основные характеристики основной и контрольной групп.

Характеристики	Основная группа, (n = 48)	Контрольная группа, (n = 121)
Мужчины*	33 (68,8 %)	86 (71,1 %)
Женщины*	15 (31,2 %)	35 (28,9 %)
Средний возраст (лет)*	$28,1 \pm 8,4$	$30,4 \pm 9,6$
Средняя длительность заболевания (мес)	1 - 204	1 - 133

* $p > 0,05$

Таблица 2. Локализация поражения в основной и контрольной группах.

Анатомическая область	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 121)	Всего (n = 169)
Анальный канал*	10 (20,8 %)	23 (19,0 %)	33 (19,5 %)
Перианальная область*	15 (31,3 %)	14 (11,6 %)	29 (17,2 %)
Анальный канал и перианальная* область	23 (47,9 %)	84 (69,4 %)	107 (63,3 %)
Слизистая оболочка нижнеампулярного отдела прямой кишки в сочетании с поражением анального канала*	1 (2,1 %)	3 (2,4 %)	4 (2,4 %)
Распространение поражения на большие половые губы, область мошонки и др.*	13 (27,1 %)	12 (9,9 %)	25 (14,8 %)

* $p > 0,05$

Постоянной и характерной жалобой у таких больных является зуд в пораженной области и наличие опухолевидных образований. Более половины пациентов как основной, так и контрольной группы предъявляли жалобы на мокнутие в перианальной области и пачкание белья кровянисто-слизистыми выделениями (таб. 3).

Боли в перианальной области отмечались у пациентов с длительным анамнезом заболевания и большой площадью поражения.

После тщательного опроса больных, во время которого обязательно акцентировалось внимание пациентов на характере их заболевания и необходимости обследования половых партнеров, производился осмотр аногенитальной области.

Поражения аногенитальной области, вызываемые ВПЧ представляют собой довольно мягкие одиночные, множественные или сливные образования бледно-розового цвета, напоминающие цветную капусту,

Таблица 3. Жалобы у больных основной и контрольной групп.

Жалобы	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 121)	Всего (n = 169)
Зуд*	45 (93,7 %)	114 (94,2 %)	159 (94 %)
Наличие разрастаний*	43 (89,6 %)	99 (81,8 %)	142 (84 %)
Кровянисто-слизистые выделения*	28 (58,3 %)	98 (80,9 %)	126 (74,5 %)
Боль в перианальной области*	10 (20,8 %)	14 (11,6 %)	24 (14,2 %)

* $p > 0,05$

локализирующиеся на коже промежности, у входа во влагалище у женщин, на перианальной коже и в анальном канале. Согласно «Международной гистологической классификации опухолей» их относят к опухолеподобным поражениям кожи под названием «остроконечные кондиломы». Другой разновидностью такого рода поражений, по мнению

некоторых авторов, является кератотическая папиллома. Морфологические различия между этими формами заболевания крайне незначительны, хотя замечено, что консистенция последних более плотная, локализация в анальном канале не характерна, а гиперкератоз более выражен (рис. 1, 2, 3).

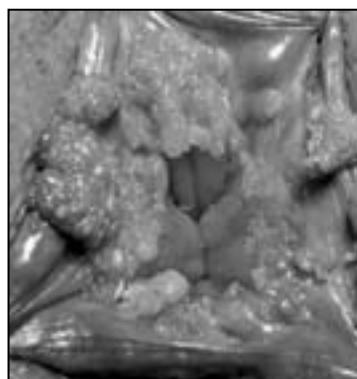


Рисунок 1. Остроконечные кондиломы анального канала. Больной Ш., 22 лет, и/б № 2465-06



Рисунок 2. Остроконечные кондиломы анального канала и перианальной области. Больной П., 17 лет, и/б № 1695-06

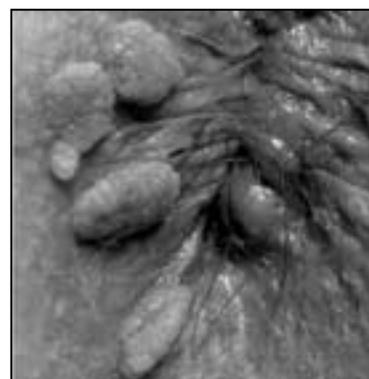


Рисунок 3. Кератотические папилломы перианальной области. Больной Г., 52 лет, и/б № 2576-06

Следует отметить, что у 3 больных основной и у 3 пациентов контрольной группы в перианальной области обнаружены образования размером более 5 см в диаметре с повышенной контактной кровоточивостью, плотным основанием. В

клинической картине преобладали жалобы на боли в области поражения. Больные были в возрасте от 17 до 54 лет. Во всех наблюдениях диагностированы гигантские кондиломы Бушке-Левенштейна (рис. 4, 5, 6).



Рисунок 4. Кондилома Бушке-Левенштейна перианальной области. Больной К., 32 лет, и/б № 20-07



Рисунок 5. Кондилома Бушке-Левенштейна перианальной области. Больной М., 45 лет, и/б № 1139-06



Рисунок 6. Кондилома Бушке-Левенштейна перианальной области. Больной Х., 33 лет, и/б № 1766-07

Помимо общепринятых клинических методов обследования больных, включавших осмотр аногенитальной области, пальцевое исследование прямой кишки, лабораторные исследования до проведения лечения (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, гемокоагулограмма, общий анализ мочи, исследование крови на RW, ВИЧ, HBs-Ag, HCV AT), аноскопию, ректороманоскопию и колоноскопию, у всех пациентов основной группы определялся тип вируса при помощи ВПЧ Digene-теста и проводилось иммунологическое

исследование (интерфероновый статус).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты ВПЧ Digene-теста проанализированы у 47 пациентов. У 6 (12,7 %) пациентов выявили высокоонкогенные типы ВПЧ, у 25 (53,1 %) - низкоонкогенные типы, в 13 (27,6 %) наблюдениях имели место сочетания различных их типов. У 3 (6,3 %) больных - ВПЧ среднего онкогенного риска (таб.4).

Таблица 4. Результаты ВПЧ Digene - теста у больных основной группы.

Тип вируса	Количество больных (n = 47)
ВПЧ высокого онкогенного риска	6 (12,7 %)
ВПЧ низкого онкогенного риска	25 (53,1 %)
ВПЧ высокого и низкого онкогенного риска	13 (27,6 %)
ВПЧ среднего онкогенного риска	3 (6,4 %)

У больных основной группы исследован интерфероновый статус до и после лечения. Важно подчеркнуть, что у всех пациентов при первичном обследовании было выявлено повышение содержания интерферона (относительное) в сыворотке крови, при снижении его индуцированной выработки лейкоцитами, что характерно для хронических вирусных инфекций. Эти изменения служили показанием к проведению в предоперационном периоде лечения индукторами интерферона (ридостин, циклоферон) или иммуномодуляторами (полиоксидоний, галавит, иммуномакс). Выбор препарата основывался на определении индивидуальной чувствительности к тому или иному препарату. Двадцати семи пациентам назначался «Галавит» по схеме: первый

день - 200 мг в/м, второй день - 100 мг, с третьего дня по 100 мг каждые 48 часов: полный курс лечения - 10 инъекций. Четырнадцать пациентов получали «Иммуномакс» по 2мл (200 Ед) в/м в 1, 2, 3, 8, 9, 10 дни лечения. Семи больным был назначен «Циклоферон» по 250 мг в/м в течение первых двух дней, затем через день в той же дозировке, 2,5 гр. на полный курс лечения. Следует отметить, что у одного пациента с локализацией кондилом в анальном канале на фоне проводимой терапии произошла полная регрессия процесса, в связи с чем хирургического лечения не потребовалось. После проведенного лечения у 48 пациентов уже через один месяц после его окончания, уровень ИФН в сыворотке крови достоверно снизился по сравнению с первичным обследованием (таб. 5).

Таблица 5. Интерфероновый статус до и после применения индукторов интерферона у пациентов основной группы (n=48).

Время обследования	ИФН в сыворотке крови (Е/мл)	Интерфероновая реакция лейкоцитов на	
		Вирус б-ни Ньюкастла (Е/мл)	Фитогемагглютинин (Е/мл)
До лечения**	8 ± 2	6,2 ± 1,2	3,8 ± 1,2
После лечения*	< 4	49,1 ± 5,3	27,3 ± 6,1
Норма*	< 4	64 - 256	16 - 64

*p > 0,05 **p < 0,05

После обследования и проведенной консервативной терапии 48 больных основной группы были оперированы: выполнено хирургическое удаление кондилом в пределах здоровых тканей. В связи с высоким риском возникновения стриктуры анального канала у 3 пациентов с циркулярным поражением хирургическое лечение было выполнено в два этапа. Интраоперационных осложнений не отмечено ни у одного пациента. Во всех случаях проведено патологистологическое исследование, при котором у 42 пациентов основной и у 113 (93,4%) больных контрольной группы выявлены типичные остроконечные

кондиломы (рис. 7). У 4 (8,3 %) пациентов основной и 5 (4,1%) контрольной группы обнаружены остроконечные кондиломы с дисплазией эпителия (рис. 8). Следует отметить, что у двух пациентов основной группы и у трех пациентов контрольной группы, которым до операции был установлен диагноз кондиломы Бушке - Левенштейна, в базальных отделах новообразований обнаружен плоскоклеточный рак, тогда как в поверхностных отделах они сохраняли строение остроконечных кондилом (рис. 9). Эти пациенты находились под тщательным наблюдением как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

До полного заживления послеоперационной раны регулярно производилось цитологическое исследование мазков-отпечатков всех участков раневой поверхности. В настоящее время сроки

наблюдения составляют 8, 13, 22 и 51 месяц. В перианальной области у всех больных - мягкие эластичные послеоперационные рубцы. Рецидивов заболевания и признаков метастазирования нет.



Рисунок 7. Микрофото. Остроконечные кондиломы. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 28$.

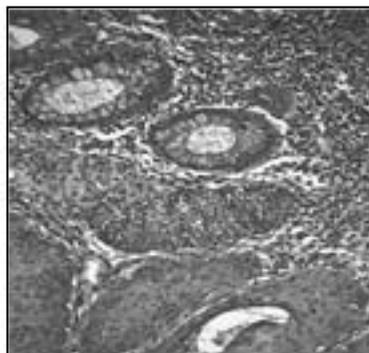


Рисунок 8. Микрофото. Кондиломы: акантотические тяжи с признаками дисплазии эпителия. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 140$.

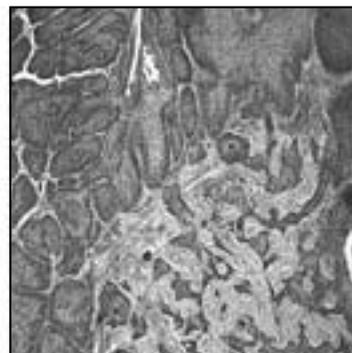


Рисунок 9. Микрофото. Участок плоскоклеточного ороговевающего рака среди разрастаний многослойного плоского эпителия (фрагмент кондиломы Бушке-Левенштейна). Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 70$.

Таблица 7. Результаты патологогистологического исследования удаленных новообразований.

Гистологическая картина	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 121)	Всего (n = 169)
Остроконечные кондиломы	42 (89,2 %)	113 (93,4 %)	155 (92,2 %)
Остроконечные кондиломы с дисплазией эпителия разной степени	4 (8,5 %)	5 (4,1 %)	9 (5,4 %)
Плоскоклеточный рак на фоне остроконечных кондилом	2 (4,3 %)	3 (2,5 %)	4 (2,4 %)

В отдаленном послеоперационном периоде прослежены результаты лечения всех 48 пациентов основной группы и 54 больных контрольной группы. Сроки наблюдения составили от 3 до 60 месяцев: средний срок наблюдения в основной группе составил $9,7 \pm 5,1$ месяцев, в контрольной группе – $28,4 \pm 14,6$ месяцев. Рецидив заболевания выявлен у 6 (12,5 %) из 48 пациентов основной группы в сроки от 1,5 до 4 месяцев после лечения.

Средний срок выявления рецидива заболевания составил 2 ± 1 месяца. В то же время, рецидив заболевания в контрольной группе отмечен у 21 (38,9%) из 54 прослеженных больных. Возврат заболевания выявлен в сроки от 1 до 23 месяцев. Средний срок выявления рецидива заболевания у больных контрольной группы составил $10,3 \pm 8,3$ месяца (таб. 7).

Таблица 7. Частота рецидива заболевания

	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 54)	P
Частота рецидива заболевания	6 (12,5 %)	21 (38,9 %)	$P < 0,05$

Проведя сравнительный анализ различных параметров у больных с рецидивом заболевания и излеченных пациентов, мы не выявили корреляции между частотой рецидива и полом, возрастом, локализацией патологического процесса. В то же время, у больных, инфицированных вирусом папилломы человека высокого и среднего онкогенного риска, рецидив заболевания

возникал достоверно чаще, чем у пациентов с ВПЧ низкого онкогенного риска. Возврат заболевания достоверно чаще отмечался у пациентов с практически циркулярным поражением анального канала, а также в тех случаях, когда при патологогистологическом исследовании была выявлена дисплазия эпителия (таб. 8).

Таблица 8. Частота возникновения рецидива заболевания в зависимости от различных факторов.

Признак		Н	Рецидив	%	P
Пол	Мужчины	119	21	16,8	0,49
	Женщины	50	6	12	
Возраст	< 30	102	19	18,6	0,28
	≥ 30	67	8	11,5	
Локализация	Анальный канал	33	5	15,1	0,3
	Перианальная область	29	2	6,9	
	Анальный канал и перианальная область	107	20	18,7	
Распространенность поражения в анальном канале	< 1/2 окружности	46	10	21,7	0,04
	> 1/2 окружности	36	15	41	
Распространенность поражения в перианальной области	< 1/2 окружности	44	12	27,3	1,0
	> 1/2 окружности	41	11	26,8	
Гистологическая картина	Кондиломы	155	23	14	0,04
	Кондиломы с дисплазией эпителия	9	4	44	
Тип вируса	HPV низкого риска	25	1	4	0,05
	HPV высокого и среднего онкогенного риска	22	5	22,7	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая манифестация ПВИ сопровождается снижением индукции гамма-интерферона и повышением содержания интерферона в периферической крови. Это обуславливает целесообразность применения иммунотерапии наряду с методами деструкции патологически измененных тканей.

Результаты нашего исследования показали, что лечение больных с клинической формой ПВИ с применением комплексной терапии имеет более высокую эффективность по сравнению с традиционным хирургическим лечением (87,5 % и 61,1 % соответственно).

Результаты нашего исследования позволили нам выявить ряд клинико-морфологических факторов, обуславливающих повышенный риск возврата заболевания. Так, рецидив заболевания возникал достоверно чаще у больных, инфицированных ВПЧ высокого и среднего онкогенного риска, у пациентов с большой площадью поражения анального канала, а также в тех случаях, когда при патоморфологическом исследовании выявлялась дисплазия эпителия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медицинская книга, 2001, с. 219-231.
2. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология,

вирусология, иммунология. М.: Медицинское информационное агенство, 2002, 734 с.

3. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. М: Медицина, 1996, 239 с.

4. Молочков В.А., Киселев В.И., Рудых И.В., Щербо С.Н. Папилломавирусная инфекция. Клиника. Диагностика. Лечение. Пособие для врачей. М.: Издательский дом "Русский врач", 2004, 44 с.

5. Роговская С.И., Ежова Л.С., Прилепская В.Н. Клинико-морфологические особенности папилломавирусной инфекции у женщин. Гинекология, 2004, том 6, № 2, с. 20-25.

6. Соловьев А.М. Консервативная терапия поражений, вызванных папилломавирусной инфекцией. Лечащий врач, 2003; № 7, с 18-23.

7. Abcarian H., Smith D., Sharon N. The immunotherapy of anal condyloma acuminatum. Dis.Colon Rectum, 1976, 19:237-241.

8. Byars R.W., Poole G.V. Anal carcinoma arising from condyloma acuminata. Am. J. Surg., 2001; 67(5):469-72.

9. Corman M.L. Colon and Rectal Surgery. Philadelphia: Lippincot Company, 1998, p. 527-533.

10. Handley J., Dinsmore W. Treatment of anogenital warts. Acad. Dermatol. Venerol., 1994, 3:251-265.

11. Mathijs H., Kimberly A. Human papillomavirus: a review. Dermatologic Clinics, 2002, 20(2):202-220.

12. Sobhani I., Vuagnat A. Prevalence of high-grade dysplasia and cancer in the anal canal in human papillomavirus-infected individuals. Gastroenterology, 2001, 120(4):857-866.

РЕДКИЕ ФОРМЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

(обзор литературы и клинические наблюдения)

Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.,
Мартыанова В.И.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий»
(директор - академик РАМН, проф. Г.И.Воробьев), Москва

К редким формам новообразований перианальной кожи относят болезнь Боуэна (Bowen) - интраэпителиальный плоскоклеточный рак и экстрамаммарную форму болезни Педжета (Paget) - интраэпителиальную аденокарциному [1].

Интраэпителиальный плоскоклеточный рак кожи туловища был описан и выделен в отдельную нозологическую единицу дерматологом J.T. Bowen в 1912 году [6], после чего это заболевание получило свое эпонимическое название. Первое сообщение о болезни Боуэна с перианальной локализацией сделали P. Vickers с соавторами в 1939 году [15]. К настоящему времени в литературе описано немногим более 100 случаев болезни Боуэна данной локализации [4].

Экстрамаммарная форма болезни Педжета с локализацией на перианальной коже была впервые описана J. Darier и P. Couilliarд [7] в 1893 году, через 19 лет после того, как в 1874 году James Paget описал особую форму рака с локализацией на ареоле молочной железы [4]. Округлые, крупные с большими ядрами неокрашиваемые клетки, получившие эпонимическое название клеток Педжета, являются характерным патоморфологическим признаком этой формы рака [2]. Наличие клеток Педжета, выявленное при перианальной форме данного заболевания, – патогномоничный признак, послуживший основанием назвать эту форму рака – экстрамаммарной формой болезни Педжета. В литературе содержится описание около 200 случаев данного заболевания [4].

В то время как дерматологи достаточно часто встречаются с данными заболеваниями кожи, очевидная редкость перианальных форм болезни Боуэна и Педжета обуславливает малую информированность о них колопроктологов. В свою очередь, неспецифичность симптомов (анальный зуд, экземоподобные изменения перианальной кожи, мацерации, при присоединении инфекции злобное гнойное отделяемое) приводит к постановке неверного диагноза и неправильному лечению. В данной статье приведены два клинических наблюдения болезни Боуэна и Педжета перианальной кожи в ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий, а также суммирован мировой опыт диагностики и лечения этих опухолей.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

Болезнь Боуэна (интраэпителиальный плоскоклеточный рак) чаще поражает женщин, средний возраст больных приближается к 50 годам. По данным литературы, до 40% случаев болезни Боуэна – случайные находки при исследовании препаратов удаленных геморроидальных узлов. Однако, для большинства больных характерно наличие длительного (2-3 года) анамнеза [4].

Как было отмечено выше, для обоих заболеваний отсутствует специфическая симптоматика. Осмотр перианальной области позволяет выявить высыпания пятнисто-узелкового характера, покрытые чешуйками или корочками. Иногда болезнь Боуэна имеет вид четко очерченной бляшки бледно-розового или желтого цвета. Нередко папулы и бляшки сливаются между собой, образуя обширную поверхность, покрытую местами папилломатозными выростами имеющими сходство с другими заболеваниями кожи: лейкоплакия, дерматит, экзема, остроконечные кондиломы [1].

Гистологическое исследование биоптата имеет решающее значение для постановки диагноза. Оно позволяет выявить гипер- и паракератоз, акантоз в утолщенном эпидермисе. Эпителий имеет вид длинных и широких тяжей разрастающихся в подлежащую ткань, но четкая граница между эпидермисом и дермой не нарушается. Базальный слой эпидермиса остается целым с увеличенным количеством фигур митоза [1]. Расположение клеточных слоев эпидермиса резко нарушено, характерно наличие специфических клеток (Бовеноидные клетки) имеющих вид больших атипичных клеток с большими гиперхромными ядрами. При окраске по Шиффу (PAS -periodic acid Schiff) эти клетки не накапливают краситель, потому что в них отсутствуют мукополисахариды, что является важным признаком при дифференциальной диагностике с раком Педжета [8].

Среди факторов возникновения болезни Боуэна придается значение инсоляции [5], хронической интоксикации мышьяком [16,18], возрастным изменениям кожи, иммунным нарушениям [13]. Относительно перианальной локализации, как и при инвазивных формах рака перианальной кожи,

большое значение имеет папилломавирусная инфекция [17].

Клиническое течение болезни Боуэна перианальной кожи относительно благоприятное, лишь 6% новообразований переходят в инвазивную форму рака [13].

По данным J. Graham и E. Helwig [10] у 75% пациентов болезнь Боуэна ассоциирована с синхронными или метасинхронными опухолями, и, наиболее часто, это новообразования респираторного и пищеварительного тракта.

Широкое иссечение с исследованием краев резекции – является методом выбора при лечении больных с данной формой рака. При раневом дефекте составляющем менее 30% окружности перианальной кожи, раневой дефект может быть закрыт первично, при послеоперационных ранах большого размера возможно ведение раны открытым методом и заживление вторичным натяжением, либо применение различных вариантов кожной пластики [5].

Ниже приводим случай болезни Боуэна перианальной кожи, который мы наблюдали в ГНЦК в июне 2007 года.

Больной Т., 72 лет, обратился в поликлиническое отделение ГНЦ колопроктологии с жалобами на зуд в области заднего прохода, наличие раздражения и мокнутия на перианальной коже.

Семь лет назад обращался к врачам с жалобами на наличие опухолевидного образования в виде бородавки на перианальной коже. В связи с чем, в 2000 году было произведено иссечение последнего. При гистологическом исследовании выявлен плоскоклеточный рак *in situ*. Учитывая отсутствие признаков инвазии и адекватные границы резекции, дополнительных методов лечения больному не назначали. В дальнейшем самочувствие было удовлетворительным, однако, около 2 лет появились вышеуказанные жалобы. При обращении в ГНЦК заподозрена опухоль перианальной кожи. Госпитализирован для оперативного лечения.

Из особенностей анамнеза жизни следует отметить, что в 1998-99 гг. по поводу лимфомы нижней трети желудка в МНИОИ им. П.А. Герцена пациенту была проведена полихимиотерапия, достигнута полная регрессия и продолжительная ремиссия: при последнем обследовании признаков рецидива заболевания нет.

Наличие в анамнезе, заболеваний передающихся половым путем больной отрицает. RW, Hbs-Ag, HCV, ВИЧ отрицательные

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические и паховые лимфатические узлы не увеличены. По органам и системам без особенностей

Status localis: на перианальной коже по задней окружности анального канала определяется участок эритематозно-экзематозно измененной кожи размером 3×2 см, с четкой демаркацией относительно неизмененной кожи и без признаков уплотнения подлежащих тканей (Рис. 1). В прямой кишке на высоте пальца патологии не выявлено. При аноскопии граница измененной кожи проходит вблизи



Рисунок 1. Больной Т., 72 лет. Диагноз: Болезнь Боуэна перианальной кожи

от края ануса, однако не вовлекает последний.

Цитологическое исследование мазков с поверхности образования выявило элементы плоского эпителия с явлениями акантоза и паракератоза, умеренно выраженную атипию, что не позволяло исключить у больного наличие плоскоклеточного рака перианальной кожи.

При исследовании мазков с поверхности новообразования методом ВПЧ Digene-тест (метод гибридного захвата - Digene Hybrid Capture®) было выявлено наличие вирусов папилломы человека 16, 18, 31, 33 генотипов с высоким онкогенным риском.

Больной был обследован:

Колоноскопия: патологических изменений в ободочной и прямой кишках не выявлено.

При ультрасонографии органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки признаков диссеминации не выявлено.

20.06.07 больному в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объеме иссечения опухоли перианальной кожи с V-Y пластикой Рис. 2а,б,в. Течение послеоперационного периода гладкое. Больной выписан со швами на 5 день после операции.



Рисунок 2а. Границы резекции

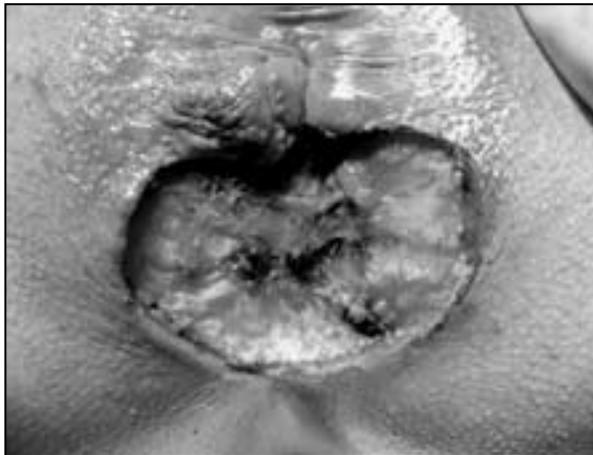


Рисунок 26. Послеоперационная рана.



Рисунок 2в. V-Y кожная пластика – формирование V-образных лоскутов



Рисунок 2г. Послеоперационная рана закрыта с помощью кожных лоскутов.

При гистологическом исследовании (Рис. 3) выявлено равномерное утолщение эпидермиса со слабовыраженным акантозом и очаговым гиперкератозом, в базальных слоях значительная пролиферация с умеренным полиморфизмом. На отдельных участках определяются клетки с крупными ядрами. Встречаются участки внутридермального ороговения. Картина интраэпителиального плоскоклеточного рака (болезни Боуэна).

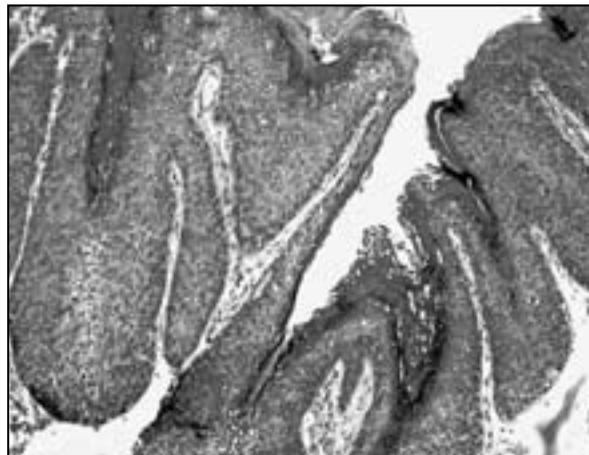


Рисунок 3. Гистологическое исследование. Эозин-гематоксилин $\times 200$.

Таким образом, окончательный диагноз был установлен как метакронный интраэпителиальный плоскоклеточный рак перианальной кожи (болезнь Боуэна). Лимфома нижней трети желудка полная регрессия, ремиссия. Состояние после полихимиотерапии в 1998-99 гг.

В послеоперационном периоде отмечено незначительно расхождение центрального шва на послеоперационной ране с диастазом краев до 1 см. Образовавшийся дефект зажил вторичным натяжением Рис. 4.

В настоящее время больной находится под динамическим наблюдением в поликлиническом отделении ГНЦК, признаков рецидива нет.



Рисунок 4. Больной Т., 72 лет. 2 месяца после операции

РАК ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

Экстрамаммарная форма рака Педжета периаанальной кожи с одинаковой частотой поражает больных обоих полов и наиболее часто выявляется на 6 декаде жизни. В отличие от болезни Боуэна, для периаанальной болезни Педжета характерно более злокачественное течение, поскольку тенденция к инвазивному росту интраэпителиальной аденокарциномы достигает 40% [4]. Диагноз устанавливается на основании исследования биоптата, при котором выявляются специфичные клетки Педжета.

Как было отмечено выше, клиническая картина кожных проявлений неспецифична. Однако, в отличие от болезни Боуэна, до 70% больных раком Педжета помимо кожных проявлений имеют синхронные «подлежащие» опухоли – наиболее часто аденокарцинома прямой кишки, аденокарцинома потовых или анальных желез, либо метастатические опухоли аноректум выявляемые после проведенного лечения [13]. Лишь у трети больных имеется только поражение кожи при болезни Педжета. Данный факт дает основание предполагать, что под болезнью Педжета периаанальной локализации, по-видимому, подразумеваются два заболевания с различными особенностями опухолевого роста. В отличие от рака Педжета молочной железы, при котором помимо поражения соска всегда имеется подлежащая опухоль протоков молочной железы [2], при периаанальной локализации рака Педжета опухоль подлежащих тканей может отсутствовать. Предположения о гистогенезе клеток Педжета противоречивы: существуют 4 теории возникновения этих клеток [13]. Согласно первой, эпидермотропной теории развития данной формы рака, клетки Педжета мигрируют из подлежащей аденокарциномы потовых или анальных желез и вторично инфильтрируют эпидермис, аналогично опухоли Педжета молочной железы [2]. Подтверждением данного факта служит идентичность иммуногистохимических свойств, демонстрируемая клетками Педжета и аденокарциномой: наличие в клетках мукополисахаридов, определяемых при окраске по Шиффу (PAS), а также наличие низкомолекулярного цитокератина и раково-эмбрионального антигена [14].

В соответствии со второй теорией – эти клетки являются метастазами аденокарциномы прямой кишки, что объясняет идентичность муцина в клетках Педжета и клетках аденокарциномы [13]. Третья теория предполагает наличие симультанного мультицентрального роста в эпидермисе, апокринных железах и железах слизистой прямой кишки.

Наконец, по мнению авторов, придерживающихся так называемой *in situ* трансформирующей теории [2], клетки Педжета представляют собой злокачественно трансформировавшиеся кератиноциты, образованные из плюрипотентных клеток базального слоя. Это объясняет, с одной стороны, их способность к длительной преинвазивной

пролиферации, с другой, наличие периаанальной формы рака Педжета без «подлежащей» опухоли. Подтверждения этому получены при электронной микроскопии, показавшей наличие микроворсинок и десмосомальных взаимодействий между кератиноцитами и клетками Педжета. Помимо этого, были обнаружены аномальные клетки с чертами, характерными как для кератиноцитов, так и для клеток Педжета, что может свидетельствовать об их переходном или трансформационном состоянии [2].

Лечение больных с данным заболеванием зависит от наличия или отсутствия подлежащей опухоли. В случае только кожной локализации, тактика лечения аналогична болезни Боуэна – широкое иссечение с гистологическим контролем чистоты линии резекции [4]. При наличии подлежащей опухоли необходимо применение более агрессивной тактики – выполнение брюшно – промежностной экстирпации прямой кишки с широким иссечением кожи промежности.

Ниже приводим клинический случай рака Педжета периаанальной области.

Больная З. 64 лет обратилась в поликлиническое отделение ГНЦ колопроктологии с жалобами на зуд, жжение в периаанальной области.

Данные жалобы беспокоят в течение 3 лет. Обращалась к врачу-дерматологу – высказано подозрение о грибковой инфекции, проведен курс лечения – без эффекта. В феврале 2007 года обратилась в ГНЦК. С подозрением на рак периаанальной кожи больная была госпитализирована для дообследования и хирургического лечения.

Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, простудные заболевания. Туберкулез, вирусный гепатит, заболевания передающиеся половым путем отрицает. RW, Hbs-Ag, HCV, ВИЧ при поступлении отрицательные.

При поступлении состояние удовлетворительное. По органам и системам без особенностей

Status localis: на периаанальной коже по правой полуокружности определяется участок кожи размером 4x5 см в виде бляшки с мелкобугристой изъязвленной поверхностью, безболезненной при пальпации, распространяющийся на наружную



Рисунок 5. Рак педжета периаанальной кожи.

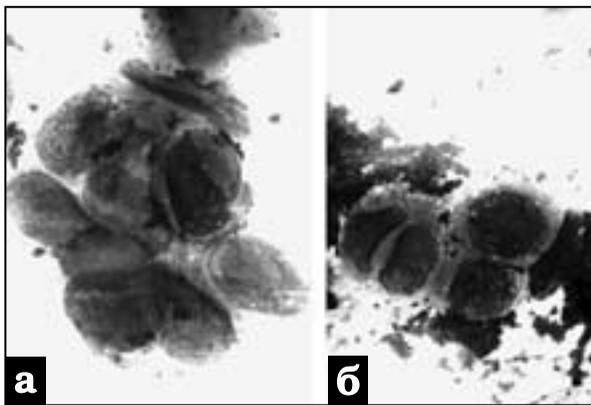


Рисунок 6. Цитограмма мазка с поверхности опухоли $\times 1000$, окраска по Паппенгейму.

а. Группы и небольшие скопления крупных округлых опухолевых клеток с увеличенными ядрами и базофильной цитоплазмой.

б. Единичные двуядерные клетки.

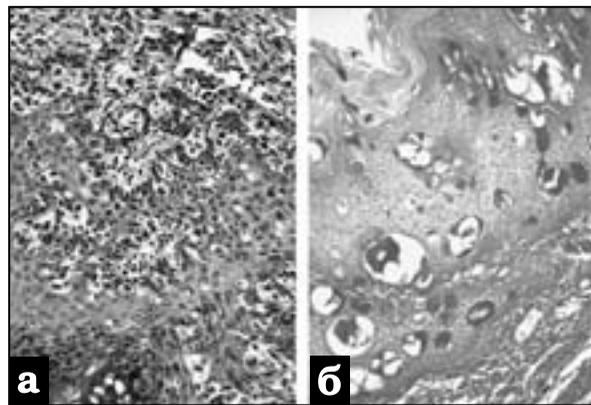


Рисунок 7. а. Рак Педжета перианальной кожи. $\times 400$, окраска гематоксилин-эозин

б. Клетки Педжета накапливают краситель – положительная реакция на мукополисахариды. $\times 400$, окраска PAS (periodic acid Schiff)

геморроидальную бахрому (Рис. 5). Подлежащая клетчатка не изменена, без инфильтрации.

При пальцевом исследовании прямой кишки на высоте пальца изменений не выявлено. В анальном канале определяются несколько увеличенные внутренние геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 часах без признаков воспаления.

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков с поверхности кожи – на фоне выраженного гипер- и паракератоза плоского эпителия обнаружены группы и небольшие скопления крупных округлых опухолевых клеток с увеличенными ядрами и базофильной цитоплазмой, единичные двуядерные клетки [клетки Педжета] (Рис. 6).

Большая тщательность обследована на предмет наличия синхронных (подлежащих) опухолей.

При колоноскопии – в ободочной кишке имеются единичные мелкие дивертикулы. Сигмовидная кишка удлинена. Опухоль перианальной кожи не распространяется на анальный канал.

При ультрасонографии органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки признаков диссеминации не выявлено.

При УЗИ области промежности, малого таза и паховых областей – на перианальной коже справа определяется плоское опухолевидное образование протяженностью около 3 см. Опухоль пониженной экзогенности, ограничена кожей, в подлежащей клетчатке патологических изменений не выявлено. В паховых областях определяются лимфоузлы от 4 до 11 мм в диаметре с неизменной структурой. Учитывая отсутствие признаков синхронных подлежащих опухолей, в качестве метода лечения выбрано местное иссечение опухоли.

15.02.2007 г. в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство. Раневой дефект, составляющий около 1/3 окружности перианальной кожи, был закрыт узловыми швами. Послеоперационный период протекал без осложнений: заживление раны первичным натяжением.

При гистологическом исследовании препарата (Рис. 7) – рак Педжета перианальной кожи. Окраска PAS подтвердила наличие мукополисахаридов в клетках Педжета. В настоящее время больная находится под динамическим наблюдением в поликлиническом отделении ГНЦК, признаков рецидива нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак Педжета и болезнь Боуэна – редкие заболевания перианальной кожи, с длительным анамнезом и неспецифической клинической картиной. Онкологическая настороженность колопроктологов в случае выявления изменений перианальной кожи позволяет провести своевременную диагностику и лечение этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кныш В.И., Тимофеев Ю.М. Злокачественные опухоли анального канала. М.: ОНЦ им. Н.Н. Блохина, 1997, 304 с.
2. Погодина Е.М., Высоцкая И.В., Сосновских И.А., Зикиряходжаев А.Д. Рак Педжета молочной железы. Маммология, 2006, №1, С. 65 – 70.
3. Шабалова И.П., Джангирова Т.И., Волченко Н.Н., Пугачев К.К. Цитологический атлас. Диагностика заболеваний молочной железы. М.: ООО Издательство «Триада», 2005, 119 с.
4. Beck D.E. Neoplasms of the Anus. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2001, V.14, N 3, P. 275 - 284.
5. Beck D.E., Fazio V.W., Jagelman D.G. et al. Perianal Bowen's disease. Dis. Colon Rectum, 1988, V.31, N6, 419-422.
6. Bowen J.T. Precancerous dermatosis: A study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. J. Cutan. Dis. 1912, V. 30, P.241-255.
7. Darier J., Couillaud P. Sur un case maladie de Paget de la region perineo-anal et scrotale. Ann.

- Dermatol. Syph, 1893, V4, P. 33.
8. Goldblum J.R., Hart W.R. Perianal Paget's disease: a histologic and immunohistochemical study of 11 cases with and without associated rectal adenocarcinoma. *Am. J. Surg. Pathol*, 1998, V. 22, N2, P.170-179.
9. Goldman S., Ihre T., Lagerstedt U. Perianal Paget's disease: report of five cases. *Int. J. Colorectal Dis*, 1992, V.7, N3, P.167-169.
10. Graham J.H., Helwig E.B. Bowen's disease and its relationship to systemic cancer. *Arch. Dermatol*, 1961, V83, P. 738-758.
11. Hama N., Ohtsuka T., Yamazaki S. Detection of mucosal human papilloma virus DNA in bowenoid papulosis, Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the skin. *J. Dermatol*, 2006, V. 33, N5, P.331-337.
12. Nagle R.B., Lucas D.O., McDaniel K.M. et al. Paget's cells. New evidence linking mammary and extramammary Paget cells to a common cell phenotype. *Am. J. Clin. Pathol*, 1985, V.83, N4, P.431-438.
13. Tjandra J.J., Fazio V.W. Perianal disease: in Cohen A.M., Winawer S.J. et al. *Cancer of the colon, rectum and anus*. NY.: McGraw-Hill, 1995, 1200 p.
14. Tjandra J. Perianal Paget's disease. Report of three cases. *Dis. Colon Rectum*, 1988, V. 31, N6, P. 462-466.
15. Vickers P.M., Jackman R.J., McDonald J.R. Anal carcinoma in situ: report of three cases. *South. Surg*, 1939, V.8, P. 503-507.
16. Watson K., Creamer D. Arsenic-induced keratoses and Bowen's disease. *Clin. Exp. Dermatol*, 2004, V.29, N1, P. 46-48.
17. Winkler R. Viral-induced tumours and pre-malignant cutaneous diseases of the perianal region. *Zentralbl. Chir*, 2005, V.130, N1, P.60-64.
18. Wong S.S., Tan K.C., Goh C.L. Cutaneous manifestations of chronic arsenicism: review of seventeen cases. *J. Am. Acad. Dermatol*, 1998, V.38, N1, P. 179-185.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РАДИКАЛЬНЫЕ И ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Симонов Н.Н., Олейник В.В., Григорян В.В., Ельцин С.С.,
Горчаков С.В., Попов Д.Е., Васильев А.С.

ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий»
(директор – чл. корр. РАМН, проф. Семиглазов В.Ф.), С-Петербург.
ГУЗ «Городская многопрофильная больница №2»
(главный врач – к.м.н. Фигурин И.С.), С-Петербург.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на многолетнюю организационную работу по выявлению онкологических больных на ранних стадиях заболевания, частота местнораспространенных злокачественных опухолей органов малого таза остается достаточно высокой. При раке прямой кишки значительное местное распространение опухолевого процесса к моменту начала лечения наблюдается у 21,0 – 34,0% больных [8], в том числе в 20,0% случаев выявляются отдаленные метастазы [10]. Хирургический метод остается одним из самых эффективных способов лечения опухолей. Выполнение комбинированных вмешательств позволяет устранить тяжелые клинические проявления местно распространенного опухолевого процесса (формирование свищей, перфорация, абсцедирование). Благодаря широкому внедрению новых медицинских технологий и опыту, накопленному

онкологическими учреждениями, к настоящему времени изменились представления о возможности лечения местно распространенных и метастатических злокачественных опухолей. Усовершенствованная техника хирургических вмешательств в сочетании с адекватным анестезиологическим пособием и интенсивной терапией позволяют значительно снизить риск для жизни пациентов. Летальность снизилась с 8,9 – 17,2% в 1980-1986 годы до 2,5 – 6,6% в 2000-2002 годах [2,7,9]. Использование различного вида реконструктивно-восстановительных операций создают предпосылки для сохранения функций терминального отдела пищеварительного тракта, мочевыводящих путей, тем самым значительно улучшая качество жизни оперированных больных [1,5,11]. Новые возможности лекарственной противоопухолевой терапии и лучевой лечения позволили расширить показания к выполнению циторедуктивных операций [4,6,12,14]. В таких

случаях перед хирургом стоит задача удалить максимум опухолевой ткани [3, 13].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой настоящей работы послужили данные о 720 больных местнораспространенным раком прямой кишки, которым в период с 1990 по 2004 гг. проводилось хирургическое или комбинированное лечение. Возраст больных от 28 до 83 лет, более трети пациентов составляли лица старше 60 лет. Число женщин 449 (62,4%), мужчин – 271 (37,6%). Радикальные хирургические вмешательства выполнены 637 (88,5%) пациентам,

циторедуктивные (когда местнораспространенная опухоль удалялась одновременно с отдаленными метастазами) – 83 (11,5%) больным. В зависимости от формы и расположения первичного очага в опухолевый конгломерат в малом тазу вторично вовлекались различные органы и структуры (Табл. 1). Чаще всего наблюдалось поражение половой сферы у женщин (46,5%), различных отделов кишечника (24,6%) и мочевыводящих путей (22,5%). У 42 (4,3%) больных опухоль вращалась в ткани брюшной стенки, а в 20 (2,1%) случаях в процесс вовлекались внутренние или наружные подвздошные сосуды.

Таблица 1. Органы вовлеченные в опухолевый процесс.

Пораженный орган	Число наблюдений	%
Тонкая кишка	188	19,4
Ободочная кишка	32	3,3
Червеобразный отросток	18	1,9
Матка	170	17,5
Придатки матки	202	20,8
Влагалище	79	8,1
Промежность и половые губы	1	0,1
Мочеточники	34	3,5
Мочевой пузырь	113	11,7
Семенные пузырьки и семявыносящие протоки	33	3,4
Предстательная железа	35	3,6
Промежность и мочеиспускательный канал (мужчины)	3	0,3
Ткани брюшной стенки	42	4,3
Подвздошные сосуды	20	2,1

Примечание: Несовпадение числа пораженных органов и количества больных связано с тем, что у некоторых пациентов наблюдалась (гистологически подтвержденная) инвазия более чем двух органов.

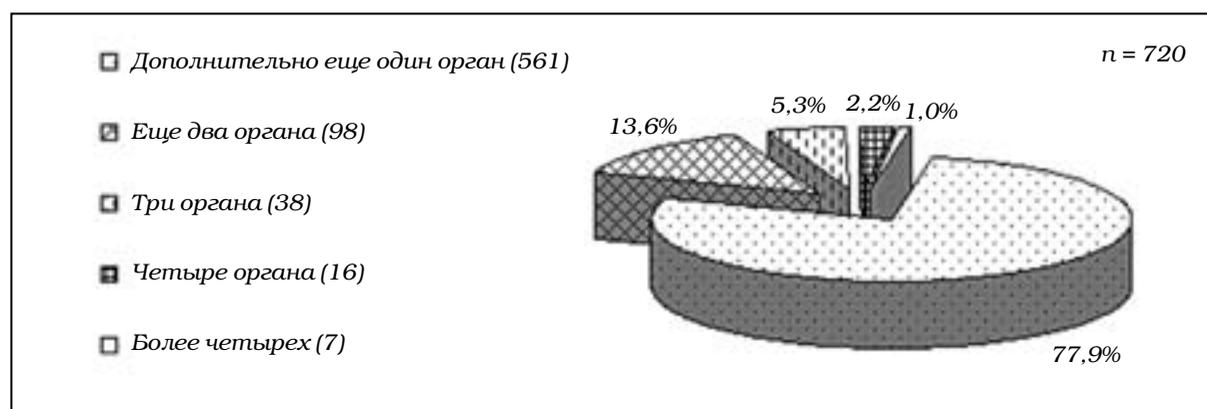


Рисунок 1. Распределение больных раком прямой кишки в зависимости от степени местного распространения на окружающие органы и структуры.

Комбинированные операции при местно распространенном раке прямой кишки с удалением отдаленных метастазов произведены 83 больным. Подобные операции мы считали целесообразными в тех случаях, когда можно было удалить все визуально определяемые опухолевые очаги. Как правило, диагностировались метастазы в печень –

73 (88,0%) наблюдения, в 4 (4,8%) случаях – ограниченные участки пораженной канцероматозом брюшины и в 6 (7,2%) – поражение яичников. Всего различных видов операций на прямой кишке выполнено 720. Как можно видеть из рис. 2 преобладали сфинктеросохраняющих операции.

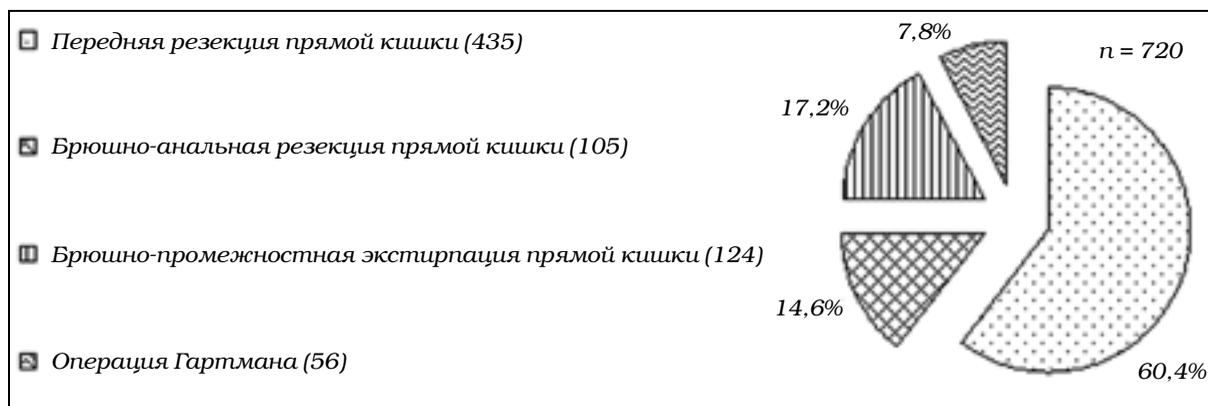


Рисунок 2. Виды операций на прямой кишке.

При использовании современных технологий формирование межкишечных анастомозов «конец в конец» стало возможным практически до уровня анального канала.

На органах женской половой сферы, в связи с вовлечением в опухолевый процесс, было выполнено 452 операции. Преобладали экстирпация матки с придатками (170 наблюдений) и удаление придатков матки (202 наблюдения). На органах мочевыделительной системы у 34 больных произведены резекции мочеточников, у 38 – резекция уретры с предстательной железой. Наиболее частой операцией была резекция мочевого пузыря – 113 наблюдений, в том числе в 14 случаях – его полное удаление (цистэктомия). При этом у 8 больных было осуществлено наружное отведение мочи, у 6 – цистоластика, в том числе в 4 случаях с использованием тонкой кишки, у 1 больного формировали илеоцекальный резервуар, а в 1 случае для цистоластики использовали большую кривизну желудка.

У 20 больных произведена резекция крупных сосудов. Для пластики использовали как непосредственное анастомозирование, так и ангиопластку синтетическими материалами.

Эвисцерация таза выполнена 7 больным. В 31 случае комбинированные операции дополнялись

аортоподвздошно-тазовой лимфаденэктомией.

Комбинированные (циторедуктивные) операции по поводу рака прямой кишки с метастазами в печень выполнены 73 больным. Одновременно с удалением первичной местно распространенной опухоли в 41 случае произведена атипичная резекция печени, в 21 наблюдении – левосторонняя гемигепатэктомия и у 11 пациентов – правосторонняя гемигепатэктомия. Другим компонентом циторедуктивных операций была перитонеумэктомия с резекцией различных отделов кишечника и с удалением придатков матки.

Лечение подавляющего большинства больных не ограничивалось хирургическим методом, а было комбинированным или комплексным. Схемы лекарственного лечения и методики облучения имели разнообразные сочетания и не рассматриваются в настоящей статье.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По мере освоения новых хирургических методик, развития и внедрения высоких технологий возрастала хирургическая активность. Динамику частоты выполнения радикальных комбинированных и расширенных вмешательств в различные периоды времени отражает график представленный на Рис. 3.

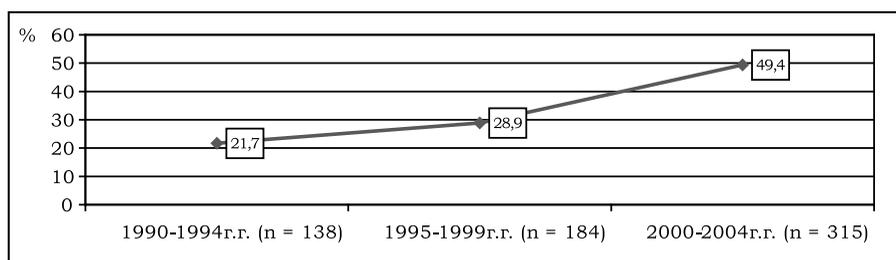


Рисунок 3. Число радикальных комбинированных и расширенных операций за период 1990-2004 годы по пятилетиям (n = 637)

На фоне увеличения числа обширных хирургических вмешательств особую роль приобретают основные параметры, характеризующие непосредственные исходы операций: осложнения и летальность (Табл. 2).

редственные исходы операций: осложнения и летальность (Табл. 2).

Таблица 2. Осложнения и летальность после радикальных комбинированных операций (n = 637).

Вид осложнения и причина летальности	Осложнение		Летальность	
	абс. число	%	абс. число	%
Нагноение операционной раны	45	7,1	--	--
Перитонит	33	5,2	18	2,8
Сепсис на фоне обширных флегмон полости малого таза	12	1,9	11	1,8
Спаечная кишечная непроходимость	16	2,5	--	--
Пневмония	24	3,7	4	0,6
Острый инфаркт миокарда	12	1,9	6	0,9
Кровотечение в брюшную полость или забрюшинное пространство	21	3,3	7	1,1
Кровотечение из острых язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта	44	6,9	4	0,6
Пиелонефрит	27	4,2	--	--
Атония мочевого пузыря	18	2,8	--	--
Острый тромбоз вен нижних конечностей	12	1,9	--	--
Острая печеночная недостаточность	3	0,5	3	0,5
Острая почечная недостаточность	4	0,6	3	0,5
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии	15	2,4	4	0,6
Итого осложнений и летальных исходов	286	44,9	60	9,4

У многих пациентов возникали сразу несколько осложнений. Общее число больных с осложнениями – 207 (32,5%) человек. Совершенствование хирургической техники и

анестезиологического пособия позволили снизить частоту осложнений с 43,5% в 1990-1994 г.г. до 25,4% в 2000-2004 г.г., а послеоперационная летальность уменьшилась с 18,1% до 5,4% (Рис. 4).

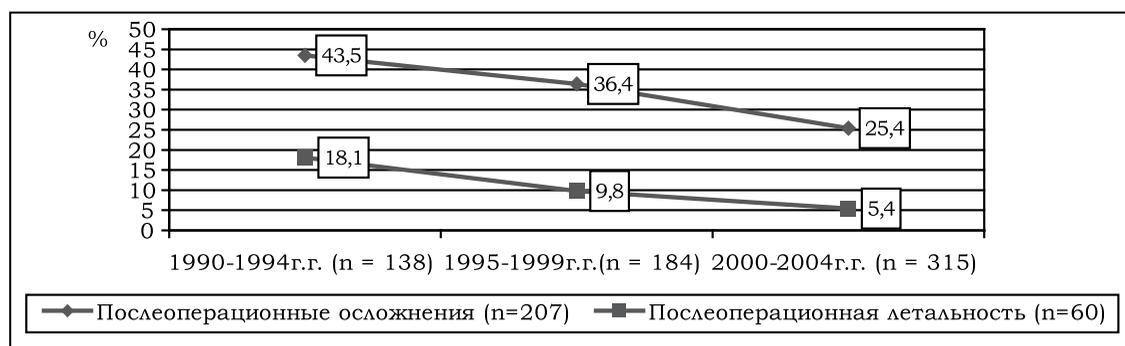


Рисунок 4. Сравнительная динамика частоты послеоперационных осложнений и летальности после радикальных комбинированных операций (в % к числу операций в каждое пятилетие).

Комбинированные циторедуктивные операции с одновременным удалением местно распространенной первичной опухоли и отдаленных метастазов выполнены 83 больным раком прямой кишки.

В послеоперационном периоде у 24 (28,9%) больных наблюдалось 29 осложнений, летальность составила 8,4% (Табл. 3).

Таблица 3. Осложнения и летальность после циторедуктивных комбинированных операций (n = 83).

Вид осложнения и причина летальности	Осложнение		Летальность	
	абс. число	%	абс. число	%
Флегмона забрюшинного пространства	4	4,8	--	--
Перитонит	9	10,9	2	2,4
Спаечная кишечная непроходимость	3	3,6	--	--
Панкреатит	1	1,2	--	--
Острые язвы желудка и тонкой кишки (кровотечения, перфорация)	4	4,8	1	1,2
Тромбоэмболия легочной артерии	2	2,4	2	2,4
Острый инфаркт миокарда	2	2,4	1	1,2
Пневмония	4	4,8	1	1,2
Итого осложнений и летальных исходов	29	34,9	7	8,4

Важнейшим критерием эффективности лечения больных злокачественными опухолями остаются показатели выживаемости. Отдаленные результа-

ты лечения после радикальных и циторедуктивных комбинированных вмешательств прослежены у 653 больных (Рис. 5).

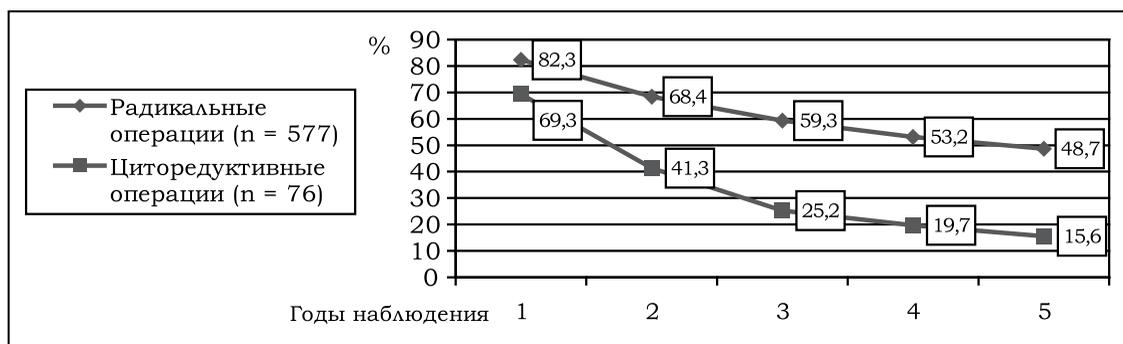


Рисунок 5. Динамика выживаемости после радикальных и циторедуктивных операций при местнораспространенном раке прямой кишки.

Таким образом, при распространенных формах рака прямой кишки целесообразность активной хирургической тактики не вызывают сомнений. Если для достижения максимальной опухолевой циторедукции необходима обширная комбинированная операция (при отсутствии явных противопоказаний), то она должна быть выполнена, так как уменьшение объема опухоли повышает эффективность лучевого и лекарственного воздействия, существенно улучшая прогноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В большинстве случаев, вовлечение в опухолевый процесс одновременно несколько органов и структур малого таза не является препятствием для удаления опухолевого конгломерата при условии возможного привлечения к хирургическому вмешательству смежных специалистов – сосудистых хирургов, гинекологов, урологов. При поражении опухолью среднеампулярного отдела прямой кишки следует стремиться к выполнению сфин-

ктосохраняющих операции, в том числе – низкой передней резекции, с использованием циркулярных сшивающих аппаратов для формирования межкишечного анастомоза. При опухолевой инвазии мочевыводящих путей желательно, по возможности, избегать формирования наружных постоянных стом. При вовлечении в опухолевый процесс магистральных сосудов зоны малого таза возможна их резекция с последующей пластикой. Показанием к выполнению циторедуктивных операций является возможность одновременного удаления первичной опухоли и отдаленных метастазов с последующим проведением химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.В., Нечай И.А., Чания З.Д. и др. Некоторые технические возможности формирования неоректум. Актуальные проблемы колопроктологии, М., 1998, Вып. 16, с. 163-164.
2. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Шельгин Ю.А. и др. Хирургическая тактика у больных раком толстой

кишки с метастазами в печень. Колопроктология, 2002, №2, с. 2-5.

3. Гранов Д.А., Таразов П.Г. МХЭПА при метастазах колоректального рака в печень. В кн.: Рентгеноэндovasкулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени. – СПб.: Фолиант, 2002, с. 170-181.

4. Гринев М.В., Абдусаматов Ф.Х. Циторедуктивные операции в лечении колоректального рака IV стадии. Вестн. хирургии, 1998, Т. 157, №6, с. 29-33.

5. Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И. и др. Желудочно-кишечная реконструкция мочевыводящих путей. Вестн. хирургии, 2002, Т. 161, №5, с. 117-118.

6. Патютко Ю.И., Чучуев Е.С., Котельников А.Г. Синхронные операции при метастатическом раке печени. Хирургия, 2006, №5, с. 14-17.

7. Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Максимов С.Я. и др. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий. Вопр. онкологии, 2000, Т. 46, №2, с. 224-228.

8. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (под ред. акад. РАН и РАМН, проф. М.И. Давыдова, д.б.н. Е.М. Аксель).

Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2006, Т.17, №3, Прил. 1.

9. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Шишкина Г.А. и др. Брюшно-анальная резекция прямой кишки (показания, техника, непосредственные и отдаленные результаты). Вестн. хирургии, 2003, Т. 162, №3, с. 46-48.

10. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 году (заболеваемость и смертность), М., 2003.

11. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Чания З.Д. и др. Качество жизни пациентов после оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции. Практ. онкология, 2002, Т. 3, №2, с. 113-122.

12. Bolton J.S., Fuhrman G.M. The survival after resection of multiple bilobar hepatic metastases from colorectal carcinoma. Ann. Surg. 2000, Vol. 231, №5, P. 743-751.

13. Chapuis P., Bokey E., Dent O., Neuland R. Should adjuvant therapy be routine in colorectal cancer?. Dis. Colon Rectum, 1999, Vol. 42, №1, P. 129-135.

14. Fujita S., Akasu T., Moriya Y. Resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer. Jpn. J. Clin. Oncol, 2000, Vol. 30, №1, P. 7-11.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОГО ШВА В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Философов С.Ю., Ратманов А.М., Верушкин Ю.И., Михайлова Н.А.,
Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.

Кафедра факультетской, госпитальной хирургии и стоматологии ИГМА.
(аведующий кафедрой - проф. Р.М. Евтихов),
ОГУЗ ОКБ г. Иваново (главный врач - к.м.н. И.Е.Волков).

Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения заболеваний толстой кишки позволяет сократить количество операций завершаемых формированием колостомы, что имеет несомненное значение в контексте профессиональной и социальной реабилитации больных. Увеличение числа реконструктивно-восстановительных операций (РВО) при заболеваниях ободочной и прямой кишок является актуальной задачей современной колопроктологии [1,2,8,9]. Важное место занимает вопрос о техническом обеспечении формирования толстокишечного соустья [3,6]. Широкое применение современных шовных материалов и однорядного шва для формирования межкишечных анастомозов, позволяет добиться снижения удельного веса послеоперационных осложнений по сравнению с использованием двухрядных кишечных швов и

может считаться альтернативой механическому шву. Тем не менее, в ряде исследований не было выявлено существенных различий между ручным и механическим методами формирования анастомоза.

Однако, формировании анастомоза в ограниченном пространстве полости малого таза сопровождается техническими трудностями [5,10]. По мнению Доценко Б.М. [4] при раке прямой кишки, дистальные границы которого локализуются в нижнеампулярном отделе, формирование колоректального анастомоза ручным швом трансабдоминальным доступом технически не возможно. На высокую частоту несостоятельности при формировании низких и предельно низких анастомозов указывают и другие авторы [7,8], объясняя данный факт нарушением кровообращения в зоне формирования соустья.

Оценка эффективности применения компрессионного механического шва при формировании различных типов толстокишечных анастомозов и её сравнение с ручным способом формирования анастомоза было целью данного исследования.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

С 1990 по 2007 годы в специализированном колопроктологическом отделении ОКБ г.Иванова на лечении по поводу заболеваний прямой и ободочной кишки находилось 610 пациентов, что составило 5,2% от числа всех оперированных. Мы выделили две группы больных: 1-я группа (n=400) оперирована первично, из них толстокишечный анастомоз был наложен ручным способом у 314 больных, с применением механического шва – у 86, и 2-я группа (n=210), которым была выполнена реконструктивно-восстановительная операция с использованием механического (n=52) и ручного шва (n=158). Мужчин среди всех оперированных было 345(56,7%), женщин – 265(43,3%). Возраст больных варьировал от 16 до 86 лет (средний возраст составил 62 года), 369 пациентов находились в трудоспособном возрасте (60,6%).

Предоперационное обследование больных включало помимо стандартной клинической диагностики инструментальные методы: ректороманоскопию, колоноскопию, ирригоскопию, УЗИ малого таза и органов брюшной полости. У ряда больных (n=14), в целях определения стадии имеющегося онкологического процесса, распространенности и уточнения локализации опухоли использовалась компьютерная томография. Во всех случаях производили биопсию с гистологической верификацией диагноза.

В 96,0% наблюдениях опухоли были представлены аденокарциномой различной степени дифференцировки. В 93,7% случаях была установлена II – III стадия колоректального рака, в 6,3% – IV стадия рака с метастатическим поражением печени.

Наиболее часто опухоль локализовалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки (50,0%), в среднеампулярном – в 18,7%. Опухоли левых отделов ободочной кишки были выявлены в 31,3% наблюдений.

Подготовка к оперативному вмешательству включала бесшлаковую диету, прием слабительных препаратов (сульфат магния, дюфалак), очистительные клизмы. В ряде случаев использовался фортранс. Для нормализации функционального состояния и ликвидации воспалительных явлений отключенной кишки ежедневно проводились микроклизмы с раствором антисептика.

При наложении толстокишечного анастомоза ручным способом применялся двухрядный шов нитями полисорб.

Механический шов наиболее часто формировали с помощью отечественных сшивающих аппаратов АКА- 2 и АКА – 4. Также использовали аппараты американского производства компании DG (коль-

ца из рассасывающегося материала VALTRAC) и циркулярный степлер AutoSuture.

Среди первично оперированных больных с использованием аппаратного шва у 32(36,5%) пациентов опухоли локализовались в нисходящем отделе ободочной кишки, у 56(63,5%) – был выявлен рак прямой кишки.

Реконструктивно - восстановительные операции с применением сшивающих аппаратов выполнены 52 больным. Из них 15 пациентов были первично оперированы в условиях хирургического отделения ЦРБ, 30 – в различных стационарах г. Иваново и 7 больных – в НИИ материнства и детства. Среди 52 больных колостомы была сформирована по поводу злокачественных заболеваний у 31 пациента, у 10 по поводу травматических повреждений толстой кишки и у 11 по поводу воспалительных заболеваний и заворота толстой кишки. Ранее им были произведены следующие оперативные вмешательства: резекция прямой и сигмовидной кишки по Гартману (n=35), левосторонняя гемиколэктомия с выведением толстокишечного свища (n=9), резекция ободочной кишки с наложением двустольной колостомы (n=8).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объем оперативного вмешательства при реконструктивно-восстановительной операции определялся в зависимости от стадии опухолевого процесса и данных интраоперационной ревизии. При наложении механического шва передняя резекция прямой кишки была выполнена у 90 (65,2%) больных, резекция левой половины ободочной кишки у 48 (34,8%). При ручном наложении кишечного анастомоза у 30 (18,9%) больных осуществлена расширенная резекция левых отделов ободочной кишки, в 106 (67,6%) - сформирован сигморектальный анастомоз конец в конец, у 22 (13,5%) пациентов наложен был сигмосигмоидный анастомоз.

Уровень расположения анастомоза определяли относительно уровня тазовой брюшины. В 74,7% случаях он располагался внебрюшинно на расстоянии 5-14 см от анального канала, в 25,3% – в брюшной полости.

При реконструктивно-восстановительных операциях у 22(9,5%) больных потребовалось выполнение различных симультанных операций. Так, в 10 наблюдениях вмешательства на толстой кишке сочетались с герниопластикой местными тканями с формированием дубликатуры апоневроза. В 5 наблюдениях выполнена аппендэктомия, в 4 – холецистэктомия, в 3 – удаление придатков матки.

Следует отметить, что при выполнении РВО выбор метода формирования анастомоза зависел от длины культы отключенной кишки и выраженности воспалительного процесса в полости малого таза. При этом сроки от первичной операции до восстановления толстокишечной проходимости колебались от 8 до 13 месяцев. Увеличение времени до выполнения РВО, особенно после опе-

рации Гартмана, было обусловлено более частым возникновением в ближайшем послеоперационном периоде осложнений (перитонит, абсцессы брюшной полости, нагноения послеоперационной раны).

У 10 пациентов сформирован аппаратный сигмо-ректальный анастомоз конец в конец, у 26 – конец

в бок. Колоректальный анастомоз - у 16 больных. Длина культи прямой кишки составляла при этом от 8 до 12 см.

В послеоперационном периоде осложнения в первой группе больных наблюдались у 64 (16,0%) из 400 оперированных больных, во второй – у 24 (11,4%), характер осложнений представлен в Таблице 1

Таблица 1. Характер послеоперационных осложнений при формировании анастомоза механическим и ручным швом.

Характер осложнения	Ручной шов		Механический шов	
	Первично - оперированные (n=314)	Реконструктивно-восстановительные операции (n=158)	Первично - оперированные (n=86)	Реконструктивно-восстановительные операции (n=52)
Несостоятельность анастомоза	8	6	5	3
Нагноение раны	10	5	10	2
Кишечная непроходимость	8	1	6	1
Пневмония	4	1	5	2
Сердечная недостаточность	4	1	4	1
Всего	34	15	30	9

Среди выявленных хирургических осложнений в обеих группах наиболее часто отмечали нагноение послеоперационных ран (n=27) и раннюю спаечную тонкокишечную непроходимость (n=17), которая чаще возникала при формировании анастомозов ручным способом.

Несостоятельность анастомоза возникла у 22 (3,6%) оперированных больных, из них у 7 (5,0%) пациентов оперативное вмешательство проводилось с использованием механического шва (АКА – 2) (при первичных резекциях - у 4, при проведении РВО – у 3). У 15 (3,1%) – анастомоз был наложен ручным способом.

При диагностике несостоятельности швов повторно оперированы 5 больных, из них у 3 пациентов выполнено разобщение анастомоза с ушиванием дистального отдела кишки наглухо, повторное формирование кишечного свища, у 2 – дренирование зоны анастомоза с неблагоприятным исходом из-за прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности у больных пожилого возраста.

Применение коротких курсов современных антибактериальных препаратов (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны в сочетании с внутривенным введением метрогила) позволяло нам купировать местный воспалительный процесс.

В послеоперационном периоде умерло 23 (3,6%) больных. При использовании механического шва послеоперационная летальность составила 2,8% (n= 4), что на 1,6% ниже, чем среди пациентов, у которых использовался ручной метод наложения кишечного анастомоза. Причиной летального исхода у 1 больного при РВО и 3 больных при первичных резекциях толстой кишки была несостоятельность анастомоза, приведшая к раз-

витию перитонита, у 2 больных – легочные и сердечно-сосудистые осложнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Широкое применение термилоатерального компрессионного соустья, по нашим данным, сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений.

Мы пришли к выводу, что уверенность в надежности создаваемого механического межкишечного соустья на фоне адекватной подготовки кишечника до операции не требует проведения разгрузочного зонда выше наложенного анастомоза. В раннем послеоперационном периоде ограничивались установкой газоотводной трубки, при необходимости осуществляли медикаментозную стимуляцию перистальтики кишечника и раннюю активизацию больного в условиях реанимационного отделения.

Основными причинами нарушения герметичности анастомоза, по нашему мнению, являются технические погрешности в формировании анастомоза: неадекватное кровоснабжение в зоне наложения анастомоза, излишнее натяжение и интерпозиция слоев кишечной стенки, повышение внутрикишечного давления на фоне развившегося анастомозита.

Таким образом, благоприятный исход операции и адекватное заживление сформированного соустья во многом зависел от достаточной мобилизации и тщательного освобождения анастомозируемых участков кишечной стенки от жировой ткани, при этом, важно сохранение адекватного кровоснабжения в зоне краев кишечной трубки. В процессе наблюдения за больными мы убеди-

лись, что несостоятельность анастомоза расположенного ниже уровня тазовой брюшины не всегда являлась показанием к релапаротомии. Применение сорбирующих материалов и мазей на гидрофильной основе способствовало выздоровлению этих больных без проведения повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, применение механического шва у больных колопроктологического профиля является наиболее перспективным. Его использование позволяет увеличить число сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке и может считаться основным методом формирования соустья, особенно при проведении реконструктивно-восстановительных операций на левых отделах толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Гуц С.Т., Горбенко В.Н. Способ наложения межкишечного анастомоза при хирургическом лечении осложненного рака толстой кишки. Клиническая хирургия, 2001; 11; 7-9.
2. Бондарь Г.В., Псарас Г.Г., Ярошенко М.В., Золотухин С.Э. Применение брюшно-анальной резекции прямой кишки. Клиническая хирургия, 2000; 2; 41-43.
3. Буянов В.М., Маскин С.С., Коровин А.Я. Одорядные кишечные швы и современные шовные материалы в колопроктологии. Вестник хирургии, 1999; 2; 77-82.
4. Доценко Б.М., Бардюк А.Я., Кириллов А.В. Инвагинационный анастомоз при хирургическом

лечении рака прямой кишки низких локализаций. Колопроктология, 2004; 2(8); 26-30.

5. Жерлов Т.К., Баширов С.Р., Чепезубов Д.К. Формирование искусственной ампулы прямой кишки после низкой передней резекции. Актуальные вопросы колопроктологии, 2003.

6. Кныш В.И., Черкес В.Л., Ананьев В.С. и др. Непосредственные результаты резекции ободочной кишки в зависимости от способа формирования анастомоза. Хирургия, 1988, 11: 8-12.

7. Павленко С.Г., Яргуни С.А., Котелевский Е.В., Привалова Т.Ю., Лесин В.И., Ивановский С.Ю. Сохранение левой ободочной артерии при внутрибрюшной резекции прямой кишки по поводу рака. Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, 2003, 299-300.

8. Темникова Д.В., Темникова А.И., Евдокимов Г.М., Сидоров И.Н., Темников Р.А. Анатомические критерии для выполнения передней резекции при раке прямой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов 1 съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, 2003; 299-300.

9. Чибисов Г.И., Бубнов М.М., Ахлебинин В.К., Колосков И.О. Результаты хирургического лечения больных с кишечными стомами. Колопроктология, 2007; 1; 23-27.

10. Яицкий Н.Л., Васильев А.С., Нечай И.А. и др. Целесообразность формирования толстокишечных резервуаров при низкой резекции прямой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии. - Ростов-на-Дону. 2001, 181- 182.

ЛЕЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В., Калачев С.В., Абрицова М.В., Зайцев М.С.

ГОУВПО Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что динамическая кишечная непроходимость (ДКН), как следствие перитонита приводит к нарушению двигательной, секреторной, переваривающей и всасывательной функций желудочно-кишечного тракта у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатипер-

стной кишки (ПЯЖ) и (ДПК) [4, 9].

Многочисленные исследования последних лет показали, что неизбежным результатом адаптационной реакции организма на агрессию являются выраженные нарушения мезентериального кровотока вследствие перераспределения и централизации кровообращения. Мезентериальная ишемия ведёт к гипоксии, атрофии слизистой

кишечника, повышению внутриполостного давления и, как следствие, угнетению моторики кишечника. Расстройство обмена вызывает нарушение барьерной функции стенки кишки и транслокацию бактерий и эндотоксинов на фоне бактериальной гиперколонизации из толстой кишки в тонкую, что приводит к органной дисфункции [3, 5].

Обладая высокой степенью метаболической активности, кишечник, в свою очередь, сам требует адекватного обеспечения нутриентами для сохранения эндокринной, иммунной, метаболической и барьерной функций [6].

Доказано, что даже в самые ранние сроки постагрессивного периода предпочтение должно отдаваться энтеральному введению корригирующих растворов и питательных смесей. Проведение интенсивной терапии с помощью энтерального питания позволяет добиться предотвращения атрофии слизистой оболочки кишечника, быстрого восстановления функций желудочно – кишечного тракта, устранения метаболических расстройств, коррекции водно – электролитных и белковых нарушений, профилактики и лечения бактериальной транслокации, понижения риска инфекционных осложнений и развития полиорганной недостаточности, иммуномодулирующего действия [2].

Нутритивная поддержка является важнейшим компонентом помощи пациентам в критических состояниях. Признание трофического действия вводимых интралюминально питательных веществ в настоящее время делает очевидным то, что у больных с ПЯЖ и ДПК следует как можно раньше применять энтеральное питание хотя бы в небольших объемах и селективно [1, 7].

Таким образом, устранение явлений ДКН у пациентов с ПЯЖ и ДПК в раннем послеоперационном периоде является кардинальным вопросом, без решения которого невозможно разорвать порочный круг формирования гиперметаболизма, обеспечить полноценную нутритивную поддержку и вывести больного из критического состояния [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящей работе обобщены результаты обследования и лечения 338 больных оперированных по поводу ПЯЖ и ДПК, находившихся на лечении в ГКБ № 67 г. Москвы с 2002 по 2007 гг. Пациенты были разделены на 2 клинические группы: основную и контрольную.

В основную группу включили 138 (40,8%) больных с ПЯЖ и ДПК, оперированных малоинвазивными методами, которым в раннем послеоперационном периоде проводили отмывание кишечника с помощью назоеюнального зонда для разрешения явлений ДКН и проведения энтеральной нутритивной поддержки.

В контрольную группу включили 200 (59,2%) больных с ПЯЖ и ДПК. Оперативные вмешательства и лечение ДКН, в этой группе осуществляли традиционными способами. Так, 27 (13,5%) из них, выполнили ушивание перфоративного

отверстия, 93 (46,5%) иссечение перфоративной язвы, 80 (40%) – резекцию желудка.

Пациентам основной группы эндоскопическое проведение назоеюнального зонда осуществляли во время операции, под эндотрахеальным наркозом. Установку назоеюнального зонда проводили с помощью эндоскопа с торцевой оптикой. Использовали эндоскопы с диаметром инструментального канала не менее 2,5 мм.

В качестве назоеюнального зонда использовали пластиковый катетер длиной 180 – 250 см, с внутренним диаметром 1,5 мм, а наружным 2,0 мм, ЗАО «МедСил», (Россия).

Ирригацию кишечника осуществляли либо на операционном столе, после окончания операции, либо после перевода пациентов из операционной в хирургическое или реанимационное отделение. Для отмывания кишечника в назоеюнальный зонд струйно вводили охлажденный физиологический раствор со скоростью не менее 35 – 40 мл/мин, объемом 1200 мл. При отсутствии эффекта после введения 1200 мл раствора, выполняли очистительные клизмы, после чего продолжали струйное введение охлажденного физиологического раствора до появления стула.

Оценку восстановления моторно – эвакуаторной функции желудочно – кишечного тракта осуществляли с помощью клинических данных (отсутствие вздутия живота, появление шумов кишечной перистальтики при аускультации живота, уменьшение потерь по назогастральному зонду, отхождение газов, наличие стула) и неинвазивных инструментальных методов исследования (УЗИ брюшной полости – отсутствие дилатации и пневматизации кишечника, определение моторики кишечника, утолщения стенки кишечника; обзорной рентгенографии брюшной полости – определение пневматизации и уровней жидкости в петлях кишечника).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установили, что использование методики раннего отмывания кишечника, у 104 (75,3%) пациентов основной группы при наличии субкомпенсированной ДКН и местного перитонита, позволило разрешить явления ДКН в течение первых 12 часов после окончания операции. Объем потерь из желудка за 12 часов не превышал 200 мл. Уже в первые сутки послеоперационного периода этим больным в назоеюнальный зонд капельно вводили 400 мл теплого раствора электролитов и 500 ккал 50% раствора энтеральной смеси. Через 24 часа увеличивали объем энтеральных смесей до 1500 ккал в сутки. Как правило, по прошествии 48 часов объем энтеральных смесей составлял 2000 – 2500 ккал в сутки. Через 72 часа больные переходили на пероральный прием жидкости, постепенно расширяя диету получали питание по Певзнеру № 1. Несмотря на пероральное питание пациентов, продолжали энтеральную коррекцию белковых нарушений до 10 суток послеоперационного периода, в количестве 2000 ккал в сутки.

У 34 (24,7%) пациентов основной группы с декомпенсированной ДКН и распространённым перитонитом явления ДКН разрешили в течение 24 часов после окончания операции, а объём потерь из желудка за этот период времени был 500 мл. Через 48 часов заканчивали пробное кормление, а через 72 часа увеличивали объём энтеральных смесей до 2500 ккал в сутки и переходили на пероральное питание, сохраняя при этом энтеральную нутритивную поддержку до 2000 ккал в сутки.

В контрольной группе при выполнении ушивания перфоративного отверстия у 19(70%) пациентов с субкомпенсированной ДКН и местным перитонитом, явления ДКН, в послеоперационном периоде, сохранялись в течение 72 - 96 часов, а объём потерь из желудка, составил 700 мл в сутки.

У 8 (30%) пациентов с декомпенсированной ДКН и распространённым перитонитом явления ДКН разрешили в течение 96 - 120 часов, а объём потерь из желудка составил 780 мл в сутки.

При выполнении иссечения ПЯЖ и ДПК у 29(31,2%) пациентов с субкомпенсированной ДКН и местным перитонитом явления ДКН сохранялись в 72 - 96 часов, а объём потерь из желудка составил 750 мл в сутки.

У 64 (68,8%) пациентов с декомпенсированной ДКН и распространённым перитонитом явления ДКН разрешили в течение 96 - 120 часов, а объём потерь из желудка за этот период времени составил 800 мл в сутки.

В тех случаях, когда выполняли резекцию желудка, у 54 (67,5%) пациентов с субкомпенсированной ДКН и местным перитонитом явления ДКН в послеоперационном периоде сохранялись в течение 96 часов, а объём потерь из желудка, составил 850 мл в сутки.

У 26 (32,5%) пациентов с декомпенсированной ДКН и распространённым перитонитом явления ДКН разрешили в течение 120 часов, а объём потерь из желудка составил 900 мл в сутки.

В контрольной группе у 19(70%) и 29(31,2%) пациентов с субкомпенсированной ДКН и явлениями местного перитонита, которым выполняли ушивание перфоративного отверстия и иссечение перфоративной язвы, соответственно, переход на пероральное питание осуществили через 72 - 96 часов. 8 (30%) и 64 (68,8%) больных, соответственно, с декомпенсированной ДКН и распространённым перитонитом получили пероральное питание через 96 - 120 часов после окончания операции. При выполнении резекций желудка 54 (67,5%) пациента перевели на пероральное питание через 96, а 26 (32,5%) через 120 часов.

ВЫВОДЫ

1. Методика раннего отмывания кишечника у пациентов с ПЯЖ и ДПК позволяет значительно быстрее ликвидировать явления суб- и декомпенсированной динамической кишечной непроходимости и осуществлять переход на пероральное питание.

2. Большое количество часов, необходимых для ликвидации явлений динамической кишечной непроходимости у пациентов контрольной группы, связано с операционной травмой, объёмом оперативной помощи и отсутствием методики отмывания кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даценко Б.М., Белоусов С.Г., Мартыненко А.Г. Критерии выбора способа операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка: Тезисы докладов конференции. Ташкент, 1982, С. 29 - 31.
2. Королёв М.П. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вестн. хирургии, 1996, № 1, С. 96 - 100.
3. Петров В.П., Кузнецов И.В., Домникова А.А. Интубация тонкой кишки в комплексном лечении эндотоксикоза при перитоните и кишечной непроходимости. Тез. докл. I конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Ташкент, 1996, С.95 - 97.
4. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. М.: «М - Вести», 2002, 320 С.
5. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М.: «Профиль», 2005, 223 С.
6. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Коссович М.А. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия, 1997, № 1. - С.98.
7. Bonnevie O. Survival in peptic ulcer. Gastroenterology, 1978, V. 75, P.1055, 1060.
8. Kay P.H., Moore K.T., Clark R.G. The treatment of perforated duodenal ulcer. Arch. Surg. 1993, V. 128, P.1102-1107.
9. Tytgat G.N.J., Axon A.T.R. Helicobacter pylori: causal in peptic ulcer disease. 9 Congr., of Gastroenterology. Working Party reports. Melbourne: Blanc Welf, 1990, P.36 - 43.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Благодарный Л.А., Полетов Н.Н., Жарков Е.Е.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий»
(Директор-академик РАМН, профессор Г.И. Воробьев).

На сегодняшний день существует большое количество различных методов хирургической релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки у больных анальной трещиной [1].

Наиболее старым среди них является насильственное растяжение заднего прохода. Впервые этот метод, как простой и эффективный способ лечения трещин заднего прохода, описал J.C.A. Resamier в 1829 году. Лечебное действие этой процедуры проявляется в том, что после растяжения снимается спазм внутреннего сфинктера. Несмотря на то, что А.Н. Рыжих [5] считал его консервативным методом лечения анальной трещины, необходимость применения анестезии при проведении манипуляции оправдывает точку зрения Goligher J.C., который относил растяжение заднего прохода к хирургическим вмешательствам.

Доступность и простота способствовали тому, что это вмешательство в течение длительного времени являлось основным методом лечения трещин заднего прохода. Однако метод имеет существенные недостатки. В первую очередь это трудности при определении критерия адекватности произведенного расширения анального сфинктера. Трудность дозированного воздействия на жом заднего прохода может привести к недостаточной коррекции спазма внутреннего сфинктера или наоборот, к нарушению его сократительной способности и развитию как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений [2]. M. Fischer et al. сообщают о возникновении параректальных абсцессов и тромбозов геморроидальных узлов. Goldman G. и соавторы, наблюдали возникновение бактериемии у 8% пациентов. Isbister W.H. возникновение перианальных гематом у 0,9% больных. Исследование запирающего аппарата прямой кишки показало, что растяжение сфинктера снижает его тонус, однако лечебный эффект сохраняется лишь в течение незначительного промежутка времени, что может стать причиной неудачных исходов лечения и рецидивов заболевания [21].

По данным различных авторов тонус внутреннего сфинктера полностью восстанавливается в промежутке от 1 дня до 2 недель [2, 6].

Результаты лечения анальной трещины путем растяжения сфинктера заднего прохода трудно интерпретировать. Это связано с отсутствием стандартной техники выполнения манипуляции, а так же с тем, что в исследования зачастую включались больные как острой, так и хронической

анальной трещиной. Выздоровление после растяжения заднего прохода наблюдается у 72-95,2% [12]. Однако A.R.Crapp, J.A.Alexander-Williams считают, что после растяжения сфинктера стойкое выздоровление наступает лишь в 10 - 16% наблюдений. Рецидивы после растяжения сфинктера заднего прохода возникают в 2,1-54% [12]. Однако K.J.Gotze, F.Mohr полагают, что высокая частота возникновения рецидивов не служит причиной отказа от этой методики, указывая на возможность ее многократного повторения. В свою очередь A.R. Crapp, J.A.Alexander-Williams считают повторную процедуру растяжения сфинктера неэффективной и опасной, поскольку при растяжении сфинктера происходят множественные разрывы мышечных волокон сфинктера. Speakman и соавт. провели эндоректальную ультрасонографию у 12 мужчин с анальным недержанием после растяжения сфинктера заднего прохода. У 11 из них были выявлены грубые дефекты внутреннего сфинктера занимающие до 2/3 окружности заднего прохода. У 3 пациентов были выявлены дефекты наружного сфинктера. По данным L. Long и соавт., растяжение сфинктера заднего прохода приводит к повреждению не только поперечно-полосатых мышечных волокон, а также нервов и кровеносных сосудов. Признаки механического повреждения этих структур наблюдались авторами как на микроскопическом так и на ультразвуковом уровне. Поэтому мы согласны с мнением A. Dissard, который считали растяжение жома заднего прохода грубой, не физиологичной процедурой приводящей к повреждению обеих сфинктеров и развитию анального недержания в послеоперационном периоде. Частота развития этого осложнения может достигать 39% [17].

Учитывая травматичность, большое число рецидивов, возникновение серьезных осложнений после ручного растяжения заднего прохода, этот метод в настоящее время практически не применяется в специализированных учреждениях.

Желание сделать процедуру расширения заднего прохода более контролируемой и, тем самым, улучшить результаты лечения, привели к появлению модификаций этой операции, где для растяжения использовались специальные зеркала заданного диаметра или баллонные устройства, в которые в течении определенного времени под определенным давлением нагнеталась жидкость или воздух. При использовании этих устройств хорошие результаты лечения были достигнуты

у 93-94% больных, частота развития анального недержания составила от 1,9 до 6%, а частота рецидивов заболевания достигала 3% [27].

Другим хирургическим методом устранения спазма внутреннего сфинктера прямой кишки является его рассечение – сфинктеротомия. Проблема необходимости и целесообразности рассечения анального сфинктера обсуждается уже около 150 лет. А.М. Аминев [1] описывает несколько способов сфинктеротомий, применяемых еще в 19 веке. Однако, эти операции, не найдя широкого распространения, были забыты. Пробуждение интереса к сфинктеротомии и широкое ее применение происходит в 50-х годах прошлого столетия после публикации работ S. Eisenhammer [13]. Хотя E.T. Milligan, C.N. Morgan, W. Gabriel, W.E. Miles выполняли сфинктеротомию задолго до публикаций работ S. Eisenhammer авторы не указывали, что рассекают внутренний сфинктер прямой кишки и ничего не сообщали о роли спазма внутреннего сфинктера в патогенезе анальной трещины. Так W.E. Miles писал, что лечил трещину заднего прохода, рассекая в анальном канале образование, которое он назвал пектенальным валиком. E.T. Milligan, C.N. Morgan, W. Gabriel полагают, что трещина заднего прохода располагается в области подкожной порции наружного сфинктера, и после иссечения трещины по их мнению, рассекалась подкожная часть сфинктера. S. Eisenhammer [13] показал что дном анальной трещины является внутренний сфинктер, а фиброзное кольцо описанное Miles представляло собой не что иное, как спазмированный и утолщенный край внутреннего сфинктера. Кроме того, S. Eisenhammer [13] впервые указал на патогенетическое значение спазма внутреннего сфинктера и связанную с этим необходимость его ликвидации - сфинктеротомию.

В 1951 году S. Eisenhammer [13] была предложена операция, которая заключается в пересечении внутреннего сфинктера, отличающегося характерным циркулярным направлением своих волокон, по задней полуокружности анального канала вплоть до фасции, покрывающей ткань наружного жома.

Первоначально автор рекомендовал пересекать 80-100% длины внутреннего сфинктера [13], а в дальнейшем только 50% его длины т.е до уровня зубчатой линии.

После этой операции хорошие результаты лечения отмечались приблизительно у 95% больных [10].

Накопление опыта применения задней внутренней сфинктеротомии показало, что эта методика не лишена недостатков. В первую очередь к ним относится длительное заживление раны вторичным натяжением, которое продолжается от 3 до 12 недель [7].

Образующийся после заживления раны широкий слабо растяжимый рубец задней стенки анального канала может служить причиной появления рецидивной трещины, трудно поддающейся лечению. Частота этого осложнения составляет от 0 - 13,1% [10].

Однако, наиболее серьезным осложнением откры-

той задней сфинктеротомии является анальное недержание. В отдаленном послеоперационном периоде частота развития недержания газов и пачкания белья составляет от 0 до 28,4%, а недержание жидкого и твердого кала от 0 до 5% [10]. Основными причинами этих нарушений является образование рубца, который деформирует задний проход в виде желоба или замочной скважины [25]. Поэтому, несмотря на сокращение сфинктера, каловые массы и газы могут свободно выделяться по этой борозде. Это подтверждается данными Ю.М. Милитарева, В.А. Врублевского [3] - из всех больных, с анальным недержанием после сфинктеротомии, только у 23,1% больных имеется снижение тонуса и максимального волевого усилия сфинктера.

Попытки улучшить результаты задней сфинктеротомии привели к появлению модификаций этой операции, когда иссечение анальной трещины и рассечение внутреннего сфинктера через дно образовавшейся на 6 часах по циферблату часов раны дополнялось анопластикой. Хороших результатов лечения удалось добиться практически у 100% больных. Однако, широкому распространению этой методики препятствует техническая сложность ее выполнения и длительное течение послеоперационного периода. Поэтому эту операцию, в настоящее время, применяют в случае анальной трещины не поддающейся обычным методам хирургического лечения на фоне сниженного тонуса внутреннего сфинктера [15].

Неудовлетворенность результатами задней сфинктеротомии, длительное заживление раны и формирование грубого деформирующего рубца по задней полуокружности прямой кишки заставило S. Eisenhammer модифицировать технику сфинктеротомии. Было предложено выполнять рассечение внутреннего сфинктера по боковой полуокружности прямой кишки. Выполнение сфинктеротомии в стороне от иссекаемой анальной трещины, а так же анатомические особенности анального канала (его размеры в поперечном направлении меньше чем в переднее-заднем), исключает образование щелевидной деформации заднего прохода [20]. Предложенная S. Eisenhammer техника боковой сфинктеротомии претерпела существенные изменения. В настоящее время, наибольшее распространение получили модификации данной операции, когда доступ к внутреннему сфинктеру осуществляется через разрез перианальной кожи, т.е. без рассечения анодермы. Техническая возможность выполнения этой манипуляции обеспечивается хорошо выраженной межсфинктерной бороздой в боковых сегментах анального канала. Один из вариантов этой операции был предложен в 1967 году A.G. Parks, когда внутренний сфинктер рассекался под контролем зрения без повреждения слизистой оболочки анального канала. Эта операция получила название открытой боковой подкожно-подслизистой сфинктеротомии. В 1969 году M.J. Notaras [25] предложил и описал более простую технику боковой подкожной сфинктеротомии. Внутренний сфинктер прямой кишки

рассекался без визуального контроля изнутри наружу в направлении наружного сфинктера, под контролем пальца. С целью уменьшения вероятности повреждения наружного сфинктера прямой кишки эта операция была модифицирована D.C. Hoffman and J.C. Holliger в 1970 году, которые предложили рассекать внутренний сфинктер в направлении просвета прямой кишки.

В настоящее время сфинктеротомия считается закрытой, если выполняется без непосредственного визуального контроля, через прокол периаанальной кожи. В том случае, если операция выполняется под непосредственным визуальным контролем из разреза периаанальной кожи, ее называют боковой подкожной открытой сфинктеротомией, несмотря на то, что производится ушивание анодермы.

Применение боковой подкожной сфинктеротомии позволило добиться как существенного уменьшения интенсивности болевого синдрома, так и сроков заживления раны по сравнению с задней сфинктеротомией.

В течении 2-6 недель после этой операции отмечается выздоровление 73,3 - 100% больных [30, 32]. Однако, это вмешательство не лишено ряда недостатков, к которым, в первую очередь, относится риск развития послеоперационных осложнений.

К осложнениям, возникающим в раннем послеоперационном периоде, относятся интенсивный болевой синдром, длительное незаживление послеоперационной раны, кровотечение, образование гематом и абсцессов в области сфинктеротомии, анальное недержание [18].

По данным L. Viso Pons и соавт. интенсивный болевой синдром после боковой подкожной сфинктеротомии наблюдается у 12% больных. N. Napanel и соавт. отмечают, что на фоне болевого синдрома у 9,6% пациентов эпителизация трещины затягивалась на срок до 8 недель, а у 5,6% больных - более чем на 10 недель.

По данным различных авторов, частота образования гематом в области сфинктеротомии составляет от 0,7 до 35,3% [9, 29]. В дальнейшем приблизительно у 4% больных в области выполненной подкожной сфинктеротомии формируются абсцессы и свищи [23, 32].

Наиболее частым осложнением, наблюдаемым в раннем послеоперационном периоде, является анальное недержание. После боковой подкожной сфинктеротомии пачкание белья и недержание газов наблюдается у 0,3-39% больных, а частота недержания жидкого и твердого кала может достигать 23% [26].

Частота рецидивов заболевания после этой операции составляет, по данным различных авторов, от 0,3 до 50%, при этом сроки наблюдения за больными составляют от 2-х месяцев до 5 лет [26].

Анальное недержание является самым распространенным осложнением, наблюдаемым в отдаленном периоде после боковой подкожной сфинктеротомии. По данным целого ряда авторов, при сроках наблюдения от 2-х месяцев до 5 лет, после боковой подкожной сфинктеротомии пачкание

белья наблюдается у 0,3-26,7% больных, недержание газов - у 0,3-35,1% больных, недержание твердого и жидкого стула - у 0,7-11,8% больных [26].

Таким образом, несмотря на то, что на сегодняшний день боковая подкожная сфинктеротомия считается наиболее эффективным методом релаксации внутреннего сфинктера, частота развития осложнений и неблагоприятных исходов лечения остается достаточно высокой.

Одну из причин этого мы видим в технических сложностях, возникающих при выполнении боковой подкожной сфинктеротомии и считаем необоснованным мнение ряда авторов о простоте и безопасности данной манипуляции [28, 33].

Мы согласны с мнением В.Н. Эктова [6] о том, что при кажущейся простоте, техника боковой подкожной закрытой сфинктеротомии имеет существенные недостатки. Поскольку манипуляция выполняется без непосредственного визуального контроля, что противоречит принципам оперативной хирургии и может приводить к повреждению артериальных сосудов, геморроидальных венозных сплетений и анодермы в области сфинктеротомии. После выполнения боковой подкожной сфинктеротомии образуется узкая, плохо дренирующаяся рана. Все это способствует образованию гематом, абсцессов и свищей по ходу раневого канала. Отсутствие четкого визуального контроля не позволяет следить за правильностью выполнения манипуляции. Зачастую это приводит к недостаточному или наоборот избыточному рассечению внутреннего сфинктера прямой кишки, а так же к повреждению расположенных в непосредственной близости волокон наружного сфинктера. В результате в послеоперационном периоде возможно как возникновение рецидивов анальной трещины, так и развитие анального недержания. E. Garcia-Granego и соавт., проведя эндоректальное ультрасонографическое обследование 10 пациентов с рецидивом анальной трещины после боковой закрытой подкожной сфинктеротомии, установили, что у 9 из них пересечена недостаточная порция внутреннего сфинктера. При этом данные функциональных исследований свидетельствуют, что у всех больных с рецидивом заболевания, давление в анальном канале в покое на 41,5% превышает нормальные показатели [8].

В свою очередь А.Н. Sultan и соавт. [31] показали, что у 90% оперированных женщин, из-за небольшой длины анального канала, при выполнении боковой подкожной сфинктеротомии была пересечена избыточная порция внутреннего сфинктера. Более чем у трети из них в дальнейшем развилось анальное недержание. По данным R. Faouk и соавт. [14], часто при выполнении боковой подкожной сфинктеротомии происходит повреждение наружного сфинктера. Так, по данным эндоректальной ультрасонографии у 23,8% пациентов с анальным недержанием выявлено повреждение поверхностной порции наружного сфинктера в месте выполнения сфинктеротомии. Это подтверждают результаты функциональных исследований. У больных с послеоперационной

недостаточностью анального сфинктера имеется не только статистически достоверное снижение давления в анальном канале в покое, но и снижение амплитуды максимального сокращения наружного сфинктера [34].

Таким образом, боковая подкожная сфинктеротомия является технически сложным вмешательством требующим наличия у хирурга специальной подготовки и достаточного опыта. Это подтверждает литературный анализ частоты послеоперационных осложнений. Если сфинктеротомии выполняют не только колопроктологи, но и хирурги с различным опытом работы частота послеоперационных осложнений составляет 11,9% [26]. В случае, если все больные оперированы одним хирургом, опытным специалистом колопроктологом, частота осложнений не превышает 2% [8, 32].

По мнению ряда авторов, существенное влияние на частоту развития осложнений после боковой подкожной сфинктеротомии оказывает методика ее выполнения. Так, количество как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений уменьшается если операция производится под общей анестезией или по открытой методике, что позволяет проводить ее под непосредственным визуальным контролем, в условиях хорошей релаксации заднего прохода, когда не изменены топографо-анатомические соотношения стенки анального канала вследствие проведения инфльтрационной анестезии [4, 29].

По мнению других авторов, число осложнений уменьшается если выполняется закрытая сфинктеротомия [8].

Окончательную точку в этих спорах положил метаанализ результатов лечения анальной трещины проведенный Nelson R.L. [24]. Автор подверг повторной статистической обработке результаты лечения 3475 больных и пришел к заключению, что частота осложнений и рецидивов заболевания после боковой подкожной сфинктеротомии статистически достоверно меньше, чем после задней открытой сфинктеротомии или растяжения сфинктера заднего прохода. Частота возникновения осложнений и рецидивов заболевания не зависит от методики проведения боковой подкожной сфинктеротомии. Несмотря на это их уровень остается достаточно высоким, что заставляет искать другие подходы к выполнению сфинктеротомии. В первую очередь рядом авторов было предложено уменьшить протяженность сфинктеротомии. Так Littlejohn D.R. и соавт [19] предложили выполнять ее не до зубчатой линии, а до проксимального края анальной трещины.

Другим подходом явились попытки авторов сделать сфинктеротомию более контролируемой манипуляцией. Так Rosa G. и соавт [28] предложили выполнять сфинктеротомию в зависимости от степени повышения тонуса внутреннего сфинктера. Авторы рассекали 20% внутреннего сфинктера, в том случае, если давление на его уровне составляло 50-60 мм. рт. ст., 40% - при давлении 60-80 мм. рт. ст., и 60% - при давлении превыша-

ем 80 мм. рт. ст. Cho D.Y. и соавт. [11] определяли степень повышения тонуса внутреннего сфинктера при помощи специального конического устройства, вводимого в задний проход, и рассекали внутренний сфинктер до верхнего края анальной трещины, зубчатой линии или выполняли сфинктеротомию с двух сторон.

Ограничение протяженности сфинктеротомии и применение модифицированных методик боковой сфинктеротомии приводит к выздоровлению 93,4-97% пациентов, частота недержания газов и пачкания белья в отдаленном послеоперационном периоде составляет от 0,35 до 11%. Недержания жидкого и твердого кала не было отмечено ни в одном случае [11, 16, 19, 28]. Таким образом, различные модификации боковой подкожной сфинктеротомии приводят к уменьшению частоты только грубых форм анального недержания, однако при этом происходит возрастание интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и увеличение частоты рецидивов заболевания. Так Menten и соавт. [22] провели рандомизированное исследование в котором в основную группу были включены 40 больных, которым производилась сфинктеротомия до зубчатой линии, а в контрольную группу 40 пациентов, у которых сфинктеротомия выполнялась до проксимального края анальной трещины. Результаты исследования показали, что уменьшение протяженности сфинктеротомии позволило уменьшить суммарную оценку степени анального недержания на 72,5%, однако, при этом в основной группе резко возросла частота рецидивов по сравнению с контрольной группой от 0 до 13,2%. Кроме того, в случае уменьшения протяженности сфинктеротомии, статистически достоверно увеличивается интенсивность и длительность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, различные модификации боковой сфинктеротомии не привели к существенному уменьшению частоты осложнений и неблагоприятных исходов лечения анальной трещины, поскольку все они приводят к необратимому повреждению запирающего аппарата прямой кишки [11, 22, 28].

Учитывая указанные недостатки хирургических методов релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки, эта операция должна выполняться с учетом всех показаний и противопоказаний к ее проведению, опытными специалистами-колопроктологами в условиях специализированных учреждений. В тех случаях, когда несмотря на наличие спазма внутреннего сфинктера прямой кишки ее выполнение противопоказано необходимо широко использовать препараты для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1979, т.4, 571 с.
2. Бляхер А.А. Регистрация тонуса сфинктера прямой кишки при хирургическом лечении заболе-

- ваний анальной области и сравнительная оценка методов выключения сфинктера. *Здравоохранение Туркменистана*, 1965, 10:15-19.
3. Милитарев Ю.М., Врублевский В.Л. Отдаленные результаты хирургического лечения анальных трещин. Тез. Всес. Конф. по проктологии. Москва, 1978, 84с.
 4. Полетов Н.Н. Выбор метода оперативного лечения больных хроническими трещинами заднего прохода. Дис. канд. мед. наук. Москва, 1985, 168с.
 5. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. М.: Медгиз, 1956, 392с.,
 6. Эктов В.Н. Лечение анальных трещин боковой подкожной сфинктеротомией. Дис. канд. мед. наук. Москва, 1984, 157с.
 7. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis. Colon Rectum*, 1980, 23(1):31-36.
 8. Arroyo A., Perez F., Serrano P. Open versus closed lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric longterm results. *J Am. Coll. Surg.*, 2004, 199(3):361-367.
 9. Aysan E., Aren A., Ayar E. A prospective, randomized, controlled trial of primary wound closure after lateral internal sphincterotomy. *Am. J. Surg.*, 2004, 187(2):291-294.
 10. Bode W.E., Culp C.E., Spencer R.J., Beart R.W. Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*, 1984, 27:93-95.
 11. Cho D.Y. Controlled lateral sphincterotomy for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum.*, 2005, 48(5):1037-1041.
 12. Coda A., Mattio R., Benedetto C. The long-term results of mechanical anal sphincteroclasia. *Minerva Chir.*, 1999, 54(1-2):27-30.
 13. Eisenhammer S. The surgical correction of chronic anal (sphincteric) contracture. *S.Afr. Med. J.*, 1951, 25:486-489.
 14. Farouk R., Monson J.R., Duthie G.S. Technical failure of lateral sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: a study using endoanal ultrasonography. *Br. J. Surg.*, 1997, 84(1):84-85.
 15. Garcea G., Sutton C., Mansoori S. Treatment of resistant anal fissure with advancement anoplasty. *Colorectal Dis.*, 2002, 4(6):463-466.
 16. Garcea G., Sutton C., Mansoori S. Results following conservative lateral sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissures. *Colorectal. Dis.*, 2003, 5(4):311-314.
 17. Jensen S.L., Lund F., Nielsen O.V. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomised study. *Br. Med. J.*, 1984, 289(6444):528-530.
 18. Lindsey I., Jones O.M., Cunningham C., Mortensen N.J. Chronic anal fissure. *Br. J. Surg.*, 2004, 91:270-279.
 19. Littlejohn D.R.G., Newstead G.L. Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 1997, 40:1439-1442.
 20. Madoff R.D., Fleshman J.W. AGA Technical Review on the Diagnosis and Care of patients With Anal Fissure. *Gastroenterology*, 2002, 124:235-245.
 21. Marby M., Alexander-Williams J., Buchmann P. A randomized controlled trial to compare anal dilatation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 1979, 22(5):308-311.
 22. Mentés B.B., Ege B., Leventoglu S. Extent of lateral internal sphincterotomy: up to the dentate line or up to the fissure apex? *Dis. Colon Rectum*, 2005, 48(2):365-370.
 23. Mentés B.B., Tezcaner T., Yilmaz U., Leventoglu S., Oguz M. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. *Dis. Colon Rectum*, 2006, 49(7):1045-1051.
 24. Nelson R.L. Meta-Analysis of Operative Techniques for Fissure-In-Ano. *Dis. Colon Rectum*, 1999, 42(11):1424-1431.
 25. Notaras M.J. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure, a new technique. *Proc. R. Soc. Med.*, 1969, 62(7):713.
 26. Nyam D.C., Pemberton J.H. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum*, 1999, 42(10):1306-1310.
 27. Renzi A., Bruscianno L., Pescatori M. Pneumatic balloon dilatation for chronic anal fissure: a prospective, clinical, endosonographic, and manometric study. *Dis. Colon Rectum.*, 2005, 48(1):121-126.
 28. Rosa G., Lolli P., Piccinelli D., Mazzola F., Zugni C., Ballarin A., Bonomo S. Calibrated lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Tech. Coloproctol.*, 2005, 9(2):127-131.
 29. Sanchez Romero A., Arroyo Sebastian A., Perez Vicente F. Open lateral internal anal sphincterotomy under local anesthesia as the gold standard in the treatment of chronic anal fissures. A prospective clinical and manometric study. *Rev. Esp. Enferm. Dig.*, 2004, 95(12):856-863.
 30. Simkovic D., Smejkal K., Hladik P. Assessment of sphincterotomy results in patients treated for anal fissure. *Rev. Esp. Enferm. Dig.*, 2000, 92(6):399-404.
 31. Sultan A.H., Kamm M.A., Nicholls R.J. Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *Dis. Colon Rectum*, 1994, 37(10):1031-1033.
 32. Ticmeanu F., Berevoescu N.I. The treatment of the chronic anal fissure, through closed internal and lateral sphincterotomy. *Chirurgia.*, 2005, 100(2):133-137.
 33. Tocchi A., Mazzoni G., Miccini M. Total lateral sphincterotomy for anal fissure. *Int. J. Colorectal Dis.*, 2004, 19(3):245-249.
 34. Zbar A.P., M. Aslam M., Allgar V. Faecal incontinence after internal sphincterotomy for anal fissure. *Techniques in Coloproctology.*, 2000, 4(1):25-28.

АН ВИКТОР КИМАНОВИЧ. К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Исполнилось 70 лет Ан Виктору Кимановичу – заведующему колопроктологическим отделением 67 Городской Клинической больницы.

Виктор Киманович Ан родился 10 января 1937 года в городе Углегорск Сахалинской области. Стечением обстоятельств, ему довелось учиться сначала в японской, затем в корейской, а уже потом в русской школах. В 1965 году Виктор Киманович окончил Хабаровский Государственный Медицинский Институт и по завершении обучения работал хирургом на Сахалине, под руководством профессоров С.К. Нечепалева, Е.И. Кропачевой, В.И. Ташкинова, М.А. Хелимского.

В 1969 году Ан В.К. поступает в клиническую ординатуру в Научно-исследовательскую лабораторию по проктологии с клиникой Минздрава РСФСР под руководством заслуженного деятеля науки, основателя отечественной проктологии профессора А.Н.Рыжих. Работа в прославленном коллективе в окружении таких замечательных врачей и учёных как А.Н.Рыжих, В.Б.Александров, С.Н.Файн, И.М.Альф, И.З.Козлов, П.Ф.Калитеевский и др. определила всю дальнейшую судьбу Виктора Кимановича, которая оказалась неразрывно связана с хирургией, и в частности, с проктологией.

На его глазах происходило развитие новой для того времени и чрезвычайно востребованной отрасли медицинской науки. При его непосредственном участии разрабатывались хирургические методы лечения острого парапроктита, эпителиального копчикового хода, геморроя, ректальных свищей и других общепроктологических болезней. Виктором Кимановичем был разработан и внедрен в практику метод оперативного лечения анальных стриктур, которому посвящена его кандидатская диссертация, выполненная под руководством Академика РАМН, профессора Г.И.Воробьева. Унифицирование метода операций при лечении острого и хронического парапроктита, разработанного И.М.Альфом, которого Виктор Киманович в 1991 году сменил на посту заведующего проктологическим отделением 67-й больницы, позволило добиться отличных результатов в лечении этих болезней и окончательно отказаться от использования лигатурного и других методов. Ан В.К. разработал и применил на практике методы лечения острого геморроя, ректовагинальных свищей, внебрюшинных ранений прямой кишки и промежности, создал и запатентовал новую оригинальную методику лечения разлитого перитонита с использованием специально изготовленных для перитонеального диализа проводника и дренажной трубки.

Являясь высоко профессиональным хирургом-проктологом, активным практиком и клиницистом, В.К.Ан совмещает свою повседневную хирургическую деятельность с преподаванием на кафедре госпитальной хирургии Московской медицинской академии им. Сеченова, бескорыстно передавая



свои обогащённые многолетним опытом знания студентам, клиническим ординаторам, аспирантам.

В.К. Ан является членом Российской и Московской Ассоциаций колопроктологов, состоит членом Правления Международной Ассоциации породнённых городов.

Будя активную научную и общественную деятельность, Виктор Киманович в составе делегаций РАМН принимает участие в международных конференциях и съездах колопроктологов, по линии МАПГ посетил, обмениваясь опытом, большинство стран мира, включая Австрию, Германию, Францию, Израиль, Республику Корею, Японию, Китай. Его перу принадлежит около 80 научных работ, из них две монографии – «Неотложная проктология» и «Руководство по колопроктологии».

В.К. Ан – Лауреат премии им. Н.И. Пирогова, награждён Орденом Михайло Ломоносова, медалюми И.П.Павлова, 45-летия МАПГ.

В 2006 году В.К.Ан присвоено звание Заслуженного врача Российской Федерации.

В свои 70 лет Виктор Киманович полон энергии, желая работать на благо науки и помогать больным.

Редколлегия журнала «Колопроктология» желает Вам, Виктор Киманович, счастья и успехов!

ПАВЕЛ ВИКТОРОВИЧ ЕРОПКИН. К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

25 ноября 2007 года исполнилось 60 лет профессору, доктору медицинских наук Еропкину Павлу Викторовичу.

Еще в студенческие годы Павел Викторович заинтересовался хирургией, активно занимался в студенческом кружке на кафедре госпитальной хирургии, руководимой профессором В.С.Маягом. После окончания II Московского Ордена Ленина Государственного Медицинского Института им. Н.И. Пирогова с 1971 по 1973 гг. П.В. Еропкин обучался в клинической ординатуре кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета.

Дальнейшая врачебная и научная жизнь П.В. Еропкина неразрывно связана с Государственным Научным Центром Колопроктологии, в который после окончания клинической ординатуры он был принят на работу в качестве младшего научного сотрудника. В 1981 году Павлом Викторовичем защищена кандидатская диссертация: «Хирургическое лечение рака прямой кишки с предоперационным эндолимфатическим введением масляного раствора дибунола», а в последующие годы идеи, заложенные в диссертационной работе, находят свое дальнейшее развитие и отражение в монографиях «Клиническая лимфология» (1982 г.) и «Практическая лимфология» (1984 г.).

С 1981 по 1989 годы П.В. Еропкин работал в качестве старшего научного сотрудника, а с апреля 1989 года - ведущего научного сотрудника отделения онкопроктологии, в должности которого он продолжает плодотворно трудиться и в настоящее время. Им написаны главы в монографии «Рак прямой кишки» (1987г.), под редакцией В.Д. Федорова и «Клиническая оперативная колопроктология» (1994г.), под редакцией В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина, ставших теперь классическими руководствами для колопроктологов, хирургов и онкологов.

В 1990 году Павел Викторович защитил докторскую диссертацию «Профилактика и лечение осложнений концевой колостомы».

Он является автором принципиально новых способов хирургического лечения новообразований прямой кишки, реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств, направленных на реабилитацию больных раком прямой кишки, приоритетность которых подтверждена 12 патентами и авторскими свидетельствами на изобретения. В последние годы с его участием совершенствуются и разрабатываются методы хирургической реабилитации больных злокачественными новообразованиями прямой кишки.

Результаты своих научных исследований Павел Викторович неоднократно докладывал на Всесоюзных, Республиканских и международных съездах, симпозиумах, научных конференциях, заседаниях хирургического и онкологического обществ Москвы и Московской области.



Приглашался для чтения лекций и демонстрации новых методов хирургических вмешательств: в Познаньском университете (Польша), клинике Роберта Ресселя, Шарите (Берлин, Германия).

Вклад коллектива авторов, в числе которых был профессор П.В.Еропкин, в медицинскую науку был оценен Правительством РФ, присудившим Премии Правительства в области науки и техники, за работу «Современная стратегия хирургической реабилитации больных в онкопроктологии» в 2003 году.

Являясь высококвалифицированным хирургом, выполняющим большое количество всех видов радикальных операций на органах таза и брюшной полости при доброкачественных и злокачественных новообразованиях прямой и ободочной кишок, Павел Викторович продолжает активно заниматься научной и профессиональной подготовкой молодых врачей и научных сотрудников, а также обучением специалистов, находящихся на повышении квалификации. Под его руководством успешно защищены 5 кандидатских диссертаций. Научный стаж профессора П.В.Еропкина составляет 34 года, в течение которых им опубликованы 170 научных работ и 4 монографии.

Редколлегия журнала «Колопроктология», коллеги, друзья и ученики искренне поздравляют Павла Викторовича со знаменательной датой, желают крепкого здоровья и творческого долголетия.

XII ЦЕНТРАЛЬНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС КОЛОПРОКТОЛОГОВ. МОСКВА 6-8 МАЯ 2008 ГОДА

Дорогие коллеги!

Приглашаю вас принять участие в XII Центральном-европейском Конгрессе колопроктологов, который будет проходить в Москве 6 – 8 мая 2008 года. Конгресс проводят Клуб Центрально- и Восточно-европейских колопроктологов (СЕЕСС) и Ассоциация колопроктологов России.

В течение последнего десятилетия СЕЕСС стала авторитетной организацией, объединяющей ведущих европейских специалистов в области заболеваний толстой кишки.

Научная программа предполагает обсуждение широкого круга актуальных проблем современной колопроктологии. Одной из основных задач форума является широкое освещение высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Конгресс будет проводиться на английском и русском языках.

Научная и социальная программы, условия подачи тезисов, вопросы размещения участников XII конгресса колопроктологов изложены на странице www.ceecc.ru и www.coloproctology.ru

Срок подачи тезисов на английском языке до 1 марта 2008 года.

Адрес для подачи тезисов:
abstracts2008@mail.ru.

Выражаю уверенность в плодотворной работе на заседаниях и в дискуссиях.

До встречи в Москве!

**Президент Конгресса
Академик РАМН,
профессор Г.И. Воробьев**

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСОВ:

- Язык тезисов – английский.
- Объем тезисов – 200 слов, поля сверху, снизу, справа и слева - 3 см. Шрифт *Times New Roman* - 12 pts, через 1 интервал.
- В заглавии должны быть указаны: название (заглавными буквами), с новой строки - фамилии и инициалы авторов, с новой строки - учреждение, город.

- В содержании тезисов обязательно должны быть отражены следующие разделы: цель, методы исследования, результаты, заключение.

- В названии публикации не допускаются сокращения, подчёркивание, выделение шрифтом, таблицы и рисунки.

- Максимальное число авторов – 10.

- Публикации принимаются только в электронном виде в формате MS Word по электронному адресу: abstracts2008@mail.ru

- Оргкомитет оставляет за собой право редакционной правки.

- Тезисы принимаются до 1 марта 2008 года

- Несоблюдение предъявляемых требований является автоматической причиной отказа в публикации.

РЕГИСТРАЦИОННЫЕ ВЗНОСЫ:

Для граждан России:

До 1 марта – 1000 рублей

Регистрация на конгрессе – 2000 рублей

Для граждан стран СНГ:

До 1 марта – 2000 рублей

Регистрация на конгрессе – 3000 рублей

ЛЕКТОРЫ:

1. Воробьев Г.И. (Россия)
2. Шелыгин Ю.А. (Россия)
3. Дозуа Э. (США)
4. Хабиб Н. (Великобритания)
5. Ла Торре Ф. (Италия)
6. Пальман Л. (Швеция)
7. Дзика А. (Польша)
8. Скричка Т. (Чехия)
9. Пфайфер Й. (Австрия)
10. Кривокапич З. (Сербия)
11. Щепковский М. (Польша)
12. Корчек Й. (Словакия)
13. Шортхауз А. (Великобритания)
14. Кортхаузер А. (Бельгия)

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 адресу редакции, указанному на 1-й странице. Рукопись должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, в некоторых случаях - экспертным заключением и иметь визу научного руководителя. Кроме того, нужны копии приоритетной справки или патента на изобретение, если эти документы упомянуты в тексте статьи или экспертном заключении. Авторы должны представить 2 экземпляра рукописи и 2 экземпляра иллюстраций, а также - электронную версию текста на дискете (CD-R) в формате RTF, иллюстративного материала в формате JPEG.

Рукопись должна быть напечатана через 2 интервала между строками на одной стороне листа и полями не менее 4 см. Это необходимо для того, чтобы редакторы могли работать над Вашим текстом. Объем текста не должен превышать 8 страниц, а количество иллюстраций - не более 5.

В начале первой страницы рукописи указываются: название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов), данные об учреждении с указанием инициалов и фамилии директора, город. Рукопись должна быть собственноручно подписана всеми авторами. Авторы отвечают за достоверность всей информации.

Тексты оригинальных работ должны иметь общепринятую в настоящее время для научных публикаций структуру:

- введение - содержащее цели и задачи исследования, а также, при необходимости, краткую историю вопроса;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- заключение (выводы);
- список литературы;

Авторы должны указать тот метод статистической обработки материала, которым они пользовались. При обработке материала должна быть использована система единиц СИ. Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. Рукопись должна быть тщательно выверена автором: цитаты, химические формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (его автор, название, издание, год, том, номер, страница). В формулах следует четко разметить все элементы: греческие и латинские буквы, математические знаки, индексы, надстрочные и подстрочные буквы, а также сходные по написанию буквы и цифры. Специальные термины

приводить в русской транскрипции.

Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер.

Иллюстрации должны быть сделаны на отдельных листах. Схемы, рисунки, фотографии должны быть четкими и контрастными и отправляться в количестве 2 экземпляров размером 6x9 см.

На обратной стороне карандашом без нажима должны быть сделаны следующие указания: «верх», «низ» (для правильной ориентации), номер рисунка, фамилия первого автора. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Рентгенограммы следует присылать со схемой. Подписи к рисункам даются на отдельном листе с указанием номера рисунка и к какой странице рукописи каждый из них относится. В тексте необходимо указать место рисунка.

В подписях приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений. В подписях к микрофотографиям указывается увеличение (окуляр, объектив) и метод окраски или импрегнации материала.

Список литературы должен включать только те работы, на которые есть ссылки в тексте в виде цифр в квадратных скобках.

Список литературы должен быть напечатан через два интервала на отдельном листе, колонкой, каждый источник - с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем - зарубежные). Список литературных источников строится по следующей схеме:

- Книги - фамилия автора и его инициалы, полное название книги, год издания, издательство и место публикации. Книги, имеющие много авторов (сборники статей): фамилии, инициалы цитируемых авторов, название раздела книги (название статьи из сборника), затем указывается книга или сборник в целом: фамилия редакторов, название книги, год издания, издательство, место публикации, цитируемые страницы (первая - последняя).

- Статьи из журналов - фамилии и инициалы авторов, полное название статьи, название журнала (для иностранных журналов можно в сокращении, принятом Index Medicus (Medline)), год публикации, номер тома, номер выпуска, затем после двоеточия - номер страницы (первая - последняя).

За правильность приведенных в литературных

списках данных ответственность несут авторы. Следует обязательно указать координаты автора, с которым редакция могла бы поддерживать переписку для решения возникающих вопросов. Для этого целесообразно представить:

Фамилия, Имя, Отчество;

Почтовый индекс;

Почтовый адрес;

Телефон;

Факс;

E-mail.

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

***Редакция журнала
«КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»***