

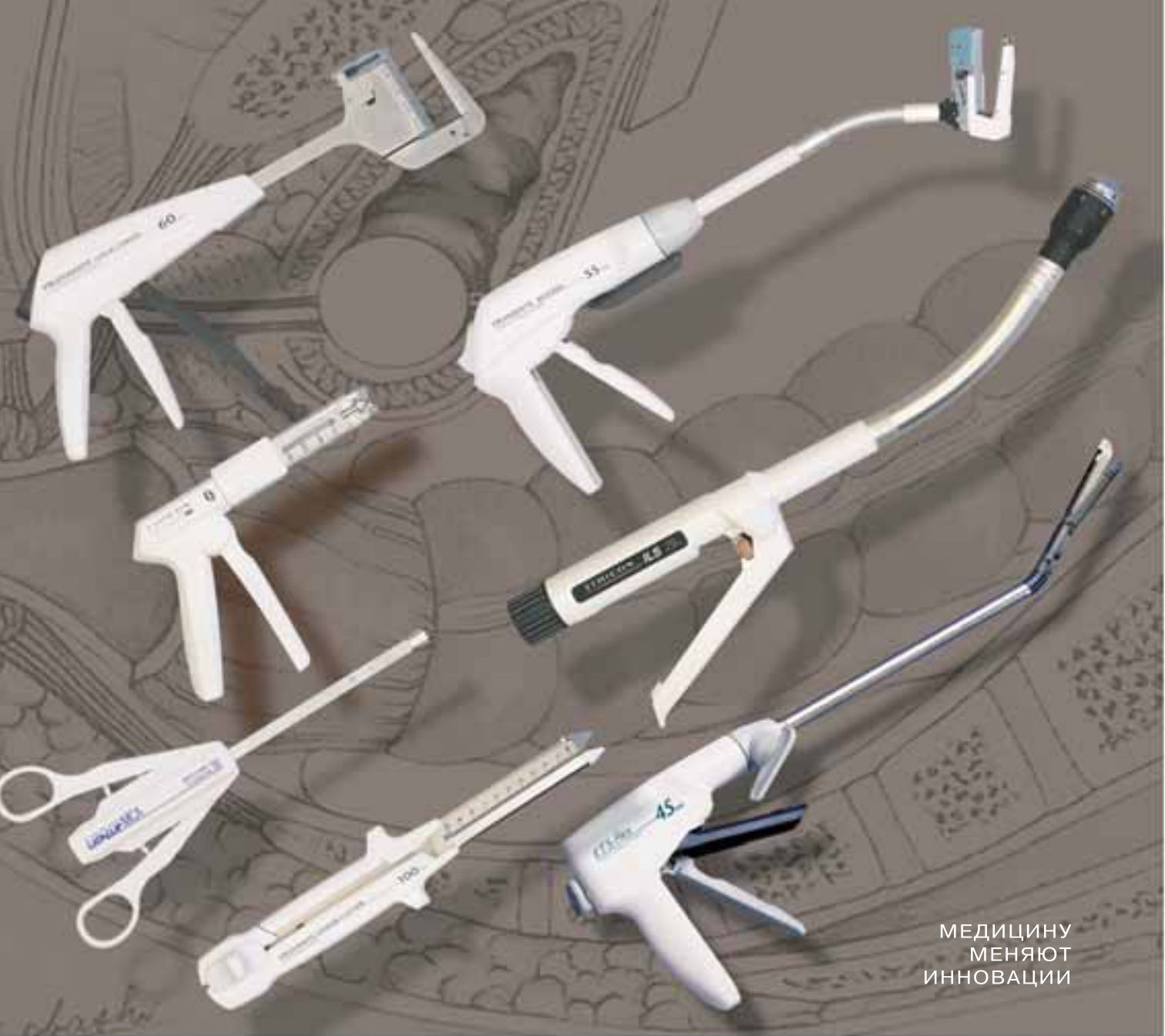


К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 2(12) 2005





МЕДИЦИНУ
МЕНЯЮТ
ИННОВАЦИИ

Предназначены для специалистов

Полный спектр хирургических сшивающих аппаратов



ETHICON ENDO-SURGERY
a *Johnson & Johnson* company

По вопросам приобретения и использования продукции обращайтесь:
ООО «Джонсон & Джонсон» 115191, Москва, ул. Б.Тульская, 43, тел.: (095) 755-83-50, факс: (095) 755-83-72

Ассоциация
колопроктологов
России



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 2 (12) 2005

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

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

Ответственный секретарь:

Обухов В.К.

Зав. редакцией:

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

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ № 77-14097

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

СОДЕРЖАНИЕ

Воробьев Г. И., Кузьминов А.М., Зароднюк И. В., Джанаев Ю. А, Чуприна С. В. ТРАНСАНАЛЬНЫЙ ЭНДОРЕКТАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ	3
Ильин В.А., Воробей А.В., Хулуп Г.Я., Швед И.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	8
Зубайдов А. У., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Подмаренкова Л.Ф. ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕКТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ	15
Алиев И.И., Правосудов И.В., Гуляев А.В., Лойт А.А. АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ	21
Пучков К.В., Хубезов Д.А., Тюрина А.А., Юдина Е.А., Юдин И.В. ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	25
В.В. Плотников, В.В. Спирёв, Ю.Б. Чинарёв. КОМПРЕССИОННЫЙ ИНВАГИНАЦИОННЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ	28
С.В. Городнов, А.В. Жинов АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	32
Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Качмазов А.К., Джюев С.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	36
Ш.Х.Ганцев, К.Ш.Ганцев, Ж.Т.Кулжабаева ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕСТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	39
Г.И. Воробьев, П.В. Царьков, В.Г. Суханов, Л.Х. Варданян, И.А.Калашникова, Р.Н. Ор- шанский ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	46

ТРАНСАНАЛЬНЫЙ ЭНДОРЕКТАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Академик РАМН проф. Воробьев Г. И., д.м.н. Кузьминов А.М.,
к.м.н. Зароднюк И. В., к.м.н. Джанаев Ю. А, Чуприна С. В.

Государственный Научный Центр Колопроктологии МЗ РФ
Кафедра колопроктологии Российской Медицинской Академии
последипломного образования (директор ГНЦК и заведующий кафедрой –
академик РАМН, профессор. Г. И. Воробьев), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Ректоцеле – дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) и/или по задней полуокружности прямой кишки (заднее ректоцеле) [4]. Распространенность заболевания по данным разных авторов составляет от 7 до 56,5 % среди женщин, имеющих в клинике нарушения опорожнения [1,3,4,8]. В настоящее время известно более 300 разных методов лечения ректоцеле. Однако частота неудовлетворительных результатов при различных способах хирургического лечения ректоцеле по данным авторов составляет от 6,7% до 50,1% [1,2,6,9]. При наиболее распространенном способе хирургической коррекции ректоцеле – передней леваторопластике, выполняемой как промежностным, так и трансвагинальным доступами, происходит укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса стенки кишки только по передней полуокружности. Существенным недостатком леваторопластики является сохранение

циркулярного пролапса стенки прямой кишки, приводящего к нарушению дефекации (5). Наличие значительного количества различных методов ликвидации ректоцеле свидетельствует о том, что проблема лечения данной нозологии пока еще не решена, что связано со сложностью патогенеза и особенностей каждого типа ректоцеле. Остается не уточненным вопрос дифференцированного патогенетически обоснованного подхода к выбору объема оперативного вмешательства в зависимости не только от степени, но и от уровня и вида ректоцеле. Также ведется поиск новых высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения. В последнее время с конца 90-х годов получил распространение новый трансанальный способ лечения ректоцеле с использованием степлерного аппарата. Впервые этот метод предложил А. Лонго в 1993 г для лечения хронического геморроя, который в дальнейшем стал с успехом применяется и при ректоцеле [5,6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ с 2001 г. по 2004 г. 31 пациентке, страдающей ректоцеле, выполнена данная операция с применением степлерного аппарата РРН-33 и ЕАА-31. Возраст больных колебался от 32 лет до 67 лет. Средний возраст составил $52,3 \pm 5,4$ лет. При анализе клинического материала отмечено, что большую часть пациентов (88%) составили люди трудоспособного возраста от 30 до 60 лет. Всем пациенткам после опроса и сбора анамнеза выполнялось обследование по следующей схеме: клинический осмотр, включающий вагинальное и ректальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки (манометрия, сфинктерометрия, электромиография). Наиболее характерной жалобой у пациенток было чувство неполного опорожнения прямой кишки,

что отмечено в 100% случаев. При этом 13 пациенток (41,9 %) отмечали необходимость применения ручного пособия для облегчения акта дефекации, а каждая третья прибегала к ежедневному использованию клизм для опорожнения кишки. В 22,6% случаев (7 больных) пациенты с целью опорожнения прямой кишки применяли слабительные препараты. Анализируя этиопатогенетические факторы развития заболевания, мы выявили, что у 58,1% пациенток в анамнезе имелись тяжелые, затяжные роды крупным плодом с разрывами промежности различной степени тяжести, при этом только у 5-ти больных было двое родов. У 19,3% больных отмечались запоры до 2-3 дней, корректируемые диетой и периодическим приемом слабительных препаратов. У 3 (9,7%) пациенток работа была связана с тяжелым физическим трудом. И 9,7% больных связыв-

вали развития заболевания после перенесенной операции на внутренних половых органах с удалением матки (гистерэктомии).

Для установки диагноза мы использовали клиническую классификацию, применяемую в ГНЦ Колопроктологии [4], а также рентгенологические признаки, выявляемые при дефекографии. Таким образом, представлена клинко-рентгенологическая классификация ректоцеле (таблица 1).

фиксации от методики А. Лонго является наложение одного циркулярного кисетного шва, при этом по передней полуокружности накладывали непрерывный кисетный шов в поперечном зигзагообразном направлении с захватом наибольшего участка избытка слизистой оболочки прямой кишки. Этот прием позволял ликвидировать имеющийся пролапс стенки кишки шириной до 4-5 см. По задней полуокружности прямой кишки мы накладывали

Таблица 1. Клинко-рентгенологические признаки ректоцеле

Степень ректоцеле	Клинические признаки	Рентгенологические признаки
1	Жалобы только на чувство неполного опорожнения. Ректоцеле определяется лишь при пальцевом исследовании как небольшой карман передней стенки прямой кишки, не достигающий уровня преддверия влагалища	Размеры выпячивания составляли до 2 см.
2	Жалобы на чувство неполного опорожнения, затрудненный акт дефекации. При натуживании определяется выпячивание стенки прямой кишки во влагалище, достигающее до уровня преддверия влагалища.	Размеры выпячивания от 2 см до 4 см.
3	Жалобы на многомоментное затрудненное опорожнение, чувство неполного опорожнения прямой кишки, необходимость применения ручного пособия для облегчения акта дефекации. Ректоцеле определяется как выбухание задней стенки влагалища за пределы половой щели в покое и особенно при натуживании.	Размеры выпячивания превышали 4 см.

По данным клинического осмотра и дефекографии ректоцеле 1 степени выявлено у 3 (9,7%) пациенток. Ректоцеле 2 степени – у 18 (58,1 %) больных. Ректоцеле 3 степени установлено у 10 женщин (32,2%), при этом размеры выпячивания при 3 степени в нашем исследовании достигали максимально 8 см (рисунок 1). У каждой пятой пациентки выявлено сочетание переднего и заднего ректоцеле (18,6%).

Также нами была изучена у 17 пациенток функция запирающего аппарата до оперативного вмешательства. У всех больных были увеличены время и амплитуда рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера на фоне постоянного раздражения пролабирующим участком прямой кишки внутреннего сфинктера (таблица 4).

Всем пациенткам была выполнена эндоректальная циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки под эпи(пери)дуральной анестезией. При наличии ректоцеле 1 и 2 степени, когда размеры выпячивания не превышали 4 см по данным дефекографии, была использована модифицированная нами методика слизисто-подслизистой резекции прямой кишки, преимуществом которой является возможность ликвидации участка стенки шириной до 4-5 см при применении только одного сшивающего аппарата. Отличительной особенностью предложенной моди-

шов в линейном направлении. После этого в анальный канал вводился циркулярный одноразовый сшивающий аппарат и производили резекцию циркулярного пролабирующего участка слизисто-подслизистого слоя и истонченных структур стенки кишки, что обеспечивало одновременное иссечение избытка слизисто-подслизистого слоя и формирование соединительно-мышечного каркаса стенки кишки, при этом в зону резекции входили мышечный слой стенки кишки.

При наличии выраженного циркулярного пролапса стенки прямой кишки более 4 см (что соответствует 3 степени ректоцеле) использовалась методика А. Лонго, при которой накладывали поочередно 2-3 полукушетных шва в зависимости от выраженности пролапса сначала по передней полуокружности с целью захвата всего пролабирующего участка стенки кишки и производили его резекцию. А затем, накладывали 1-2 полукушета по задней полуокружности и также производили резекцию этого участка. При этом, операция осуществлялась при помощи двух сшивающих аппаратов.

Также следует отметить, что при выпячивании стенки прямой кишки более 6 см и значительном расхождении леваторов данная операция сочеталась с выполнением передней леваторопластики промежностным доступом с целью дополнительно укрепления ректовагинальной перегородки (за-

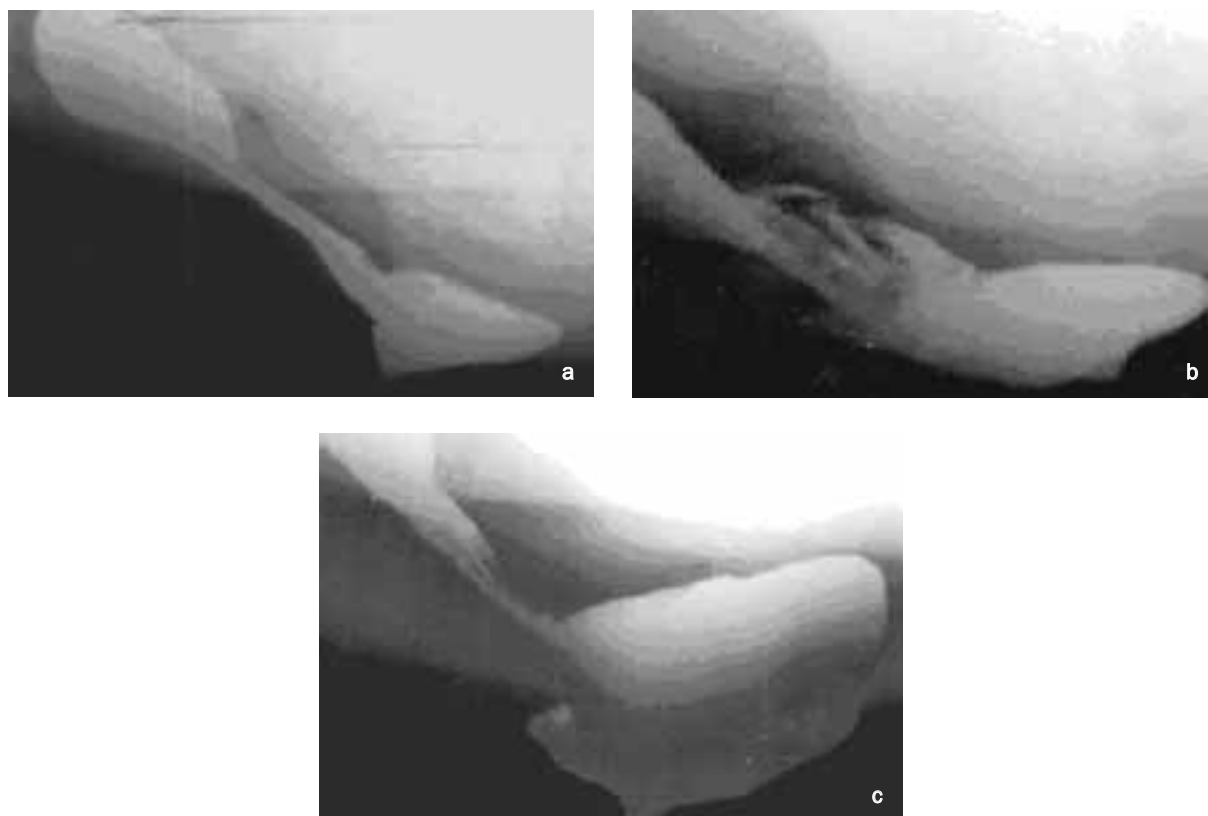


Рис. 1. Дефекография (фаза натуживания):

а – Ректоцеле 1 степени; **в** – ректоцеле 2 степени; **с** – ректоцеле 3 степени

явка на патент). 26 пациентам (83,9%), имеющим ректоцеле размером до 6 см, выявленной при дефекографии, выполнено оперативное вмешательство в объеме эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки (ЭСПР), при этом у 21 (67,7%) больной, у которых размеры выпячивания не превышали

4 см, была использована модифицированная методика ЭСПР прямой кишки с использованием только одного сшивающего аппарата. И у 5 (16,1%) пациентов, у которых имелось пролабирование стенки прямой кишки свыше 6 см, ЭСПР прямой кишки сочеталась с передней леваторопластикой промежностным доступом (таблица 2).

Таблица 2. Виды оперативного вмешательства у больных ректоцеле (N=31)

Виды хирургического пособия	1 ст		2 ст		3 ст		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Модифицированная ЭСПР прямой кишки	3	9,7	18	58,1	-	-	21	67,7
ЭСПР прямой кишки по методике А. Лонго	-	-	-	-	5	16,1	5	16,1
ЭСПР прямой кишки по методике А.Лонго+леваторопластика промежностным доступом	-	-	-	-	5	16,1	5	16,1

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений при выполнении циркулярной ЭСПР прямой кишки не выявлено.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 5 (16,1%) пациентов. У 3 (9,7%) пациенток наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания, у 2 (6,5%) больных выявлен в послеоперационном периоде отек наружных геморроидальных узлов. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями. Осложнений со стороны слизисто-подслизистого анастомоза не отмечено ни в одном случае.

При оценке макропрепаратов отмечено, что зона резекции по передней полуокружности превышает зону резекции по задней полуокружности и в нашем наблюдении составляет от 4 до 6 см. При микроскопическом изучении резецированных участков было выявлено, что слизисто-подслизистый слой прямой кишки определялся во всех препаратах. Фрагменты мышечного слоя верифицированы практически в 87 % случаях. Наличие мышечного слоя в препаратах говорит о полном устранении дефекта в этом слое за счет резекции его истонченных структур и последующего сшивании неизмененных слоев кишечной стенки.

Сроки наблюдения в послеоперационном периоде за пациентками составили до 3-х лет. После операции проводилось комплексное контрольное обследование больных, включающее клинический осмотр, дефекографию, функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки. Результаты полученного обследования оценивались по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные.

- Хорошие – отсутствие жалоб, клинических и рентгенологических признаков ректоцеле;
- Удовлетворительные – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия. Сохранение выпячивания кишки во влагалище в размере до 2 см по данным клинического и рентгенологического обследования;
- Неудовлетворительные – сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле по данным клинического и рентгенологического обследования.

Отдаленные результаты оценены у 25 больных. При изучении результатов лечения в динамике

уже через 1 месяц происходит постепенная нормализация опорожнения прямой кишки, пациенты не прибегают к использованию ручного пособия при дефекации, использованию очистительных клизм и слабительных препаратов. В тоже время у 7 больных (28%), имевших до операции ректоцеле 3 степени, отмечается чувство неполного опорожнения, уменьшающееся на фоне проводимой консервативной терапии и уже спустя 3 месяца сохраняющееся у 2 больных. Мы считаем, что необходимым компонентом лечения больных является назначения в послеоперационном периоде диеты, обогащенной клетчаткой, и микроклизм для нормализации стула и формирования рефлекса на полное опорожнение прямой кишки. В течение всего периода наблюдения 4 (16%) больных, перенесших комбинированное вмешательство, постоянно придерживались специальной диеты, на фоне которой стул был регулярным и самостоятельным. Также 2 пациентки (8%) применяли объемные слабительные препараты в течение всего срока наблюдения. В отдаленном периоде (6-24 месяцев) эти пациенты не прибегали к регулярному использованию микроклизм, очистительных клизм, ручного пособия при дефекации.

На основании данных клинического и рентгенологического обследований хорошие результаты отмечены в 76% случаев (19 больных) и удовлетворительные результаты в 24% наблюдений (6 больных). При этом большая часть хороших результатов наблюдалось у пациентов, имевших до операции размеры ректоцеле в пределах 4-5 см. Данных за рецидив заболевания в течение всего периода наблюдения (до 3-х лет) не выявлено (таблица 3).

При оценке функционального исследования запирающего аппарата прямой кишки (спустя 2-3 месяца после операции) отмечается тенденция к снижению амплитуды и времени релаксации внутреннего сфинктера при отсутствии изменений со стороны наружного сфинктера. Этот факт свидетельствует об улучшении адаптационной функции прямой кишки и нормализации рефлекторных ответов со стороны внутреннего сфинктера (таблица 4). В полученных результатах немаловажное значение имеет резекция пролабирующего участка стенки кишки во всей окружности. А также следует отметить, что после операции отсутствуют изменения со стороны наружного сфинктера, что свидетельствует о малой травматичности данной операции.

Таблица 3. Результаты лечения ректоцеле методом ЭСПР прямой кишки (N=25)

Результаты	ЭСПР прямой кишки	ЭСПР+передняя леваторопластика	Всего
Хорошие	18 (72%)	1 (4 %)	19 (76%)
Удовлетворительные	3 (12%)	3 (12%)	6 (24%)
Неудовлетворительные	-	-	-

Таблица 4. Показатели функциональных исследований запирающего аппарата прямой кишки у больных ректоцеле (N=17)

Параметры	До операции	После операции	Нормальные показатели
Порог рефлекса (см/куб) Наружный сфинктер Внутренний сфинктер	22,7 ± 6 19,8 ± 9,7	15 ± 6,7 15 ± 7,5	15 - 24 15 - 24
Амплитуда рефлекторного ответа (мм рт. ст) Наружный сфинктер Внутренний сфинктер	5,2 ± 1,3 26,8 ± 6,9	5,0 ± 1,1 16,8 ± 5,8	4,8 - 12 20 - 26
Время ответа (сек) Наружный сфинктер Внутренний сфинктер	5,3 ± 1,3 15,6 ± 1,8	4,3 ± 1,0 13 ± 2,0	5,7 - 10 12 - 15

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время арсенал методов лечения ректоцеле достаточно велик. Выделяют три основные группы оперативных вмешательств, различающихся по типу доступа. При наиболее распространенном способе хирургической коррекции ректоцеле – передней леваторопластике, выполняемой как промежностным, так и трансвагинальным доступами, происходит укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса стенки кишки только по передней полуокружности [1, 3, 4, 6]. Существенным недостатком леваторопластики является сохранение циркулярного пролапса стенки прямой кишки, приводящего к нарушению дефекации [3]. Наличие послеоперационного рубца во влагалище при леваторопластике трансвагинальным доступом вызывает длительный болевой синдром, гнойно-воспалительные осложнения, симптом диспареунии [1, 3, 8]. При трансанальных способах хирургической коррекции ректоцеле происходит, как правило, ликвидация пролапса слизистой оболочки прямой кишки только по передней полуокружности без укрепления стенки кишки и сшивания истонченных ее структур, а также наличие швов в прямой кишке повышает риск развития гнойно-воспалительных осложнений [6, 8]. В основе механизма образования ректоцеле на ранних стадиях, по нашему мнению, лежат микро-разрывы продольной мышцы подслизистого слоя, формирующиеся под действием различным травматических факторов (роды, запоры и др.), что приводит при натуживании к избыточному пролабиранию слизисто-подслизистой основы и перерастяжению и расхождению непосредственно мышечной оболочки прямой кишки. В дальнейшем происходит

истончение всей стенки кишки, формирование грыжеподобного дефекта в подслизисто-мышечном слое и образование дивертикулоподобного выпячивания стенки кишки во влагалище. При прогрессировании заболевания длительное перерастяжение и пролабирание стенки прямой кишки приводит и к расхождению передних порций леваторов и изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза.

Учитывая этиопатогенетические особенности развития ректоцеле, новый трансанальный метод, выполняемый при помощи циркулярного степлерного аппарата, является патогенетически обоснованным. В основе метода лежит одновременная резекция пролапса слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки и истонченных анатомических структур с ликвидацией дефекта мышечного слоя стенки кишки, при этом происходит сшивание неизмененных мышечных структур стенки кишки механическим швом и формирование соединительно-мышечного каркаса стенки прямой кишки.

Преимуществами циркулярной ЭСПР прямой кишки по сравнению с традиционной леваторопластикой является: малая травматичность хирургического пособия, невыраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации больных, а дифференцированный подход к типу оперативного вмешательства в зависимости от размеров выпячивания позволяет улучшить результаты лечения больных ректоцеле, достигая хороших в 76% случаев и удовлетворительных результатов в 24% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

от 4 до 6 см, показано выполнение ЭСПР прямой кишки по методике, предложенной А. Лонго с использованием двух сшивающих аппаратов.

При наличии ректоцеле размерами свыше 6 см целесообразно дополнение данной методики выполнением передней леваторопластики промежуточным доступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев М. Ш. «Клиника, диагностика и лечение ректоцеле». Дисс. к.м.н. Алма-ата, 1989, с. 73-78, 114-128.
2. Аитова Л. Р. «Определение морфофункциональных изменений дистального отдела прямой кишки и замыкательного аппарата у больных ректоцеле и обоснование методов хирургической коррекции». Дисс., к. м. н., Уфа, 2000, с. 27-80.
3. Мудров А. А. Хирургическое лечение ректоцеле перинеально-анальным доступом. Дисс. к.м.н. М, 2003, с. 115-132.
4. «Основы колопроктологии» под редакцией проф. Г.И. Воробьева. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001, с. 203-209.
5. Altomare D.F., Rinaldi M., A Veglia Combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler. A novel surgical technique. Dis Colon Rectum, 1999, 45, № 11, P. 1549-1551.
6. Boccasanta P, Venturi M, Calabro G, Trompetto M, Ganio E et al. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. Tech Coloproctol, 2001, 5(3), P. 149-156.
7. Gorsch R. W. Proctologic anatomy. Baltimore, 1955, P. 21-23, 35-42.
8. Khubchandani I.D., James A.S., Jonh J.S., Ayman R.H. Endorectal repair of rectocele. Dis Colon Rectum, 1983, 26, P. 792-796.
9. Pucciani, M. L. Rottoli, A Bologna, M. Buri, F. Cianchi. Anterior rectocele and anorectal dysfunction. Int. J Colorect Dis, 1996, № 11, P.1-9.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ильин В.А., проф. Воробей А.В., проф. Хулуп Г.Я., д.м.н. Швед И.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования
(ректор – профессор Хулуп Г.Я.) г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Одним из самых распространенных заболеваний прямой кишки является хронический парапроктит. Частота встречаемости свищей прямой кишки среди всех проктологических заболеваний варьирует от 7,6% до 32% [2, 3, 4, 7, 10, 11, 15].

Существует несколько классификаций свищей прямой кишки – все они, имея незначительные различия в деталях, в общем сводятся к разделению свищей в зависимости от уровня прохождения относительно анального сфинктера [3, 4, 7, 14, 16]. К сложным свищам относят высокие транссфинктерные и экстрасфинктерные фистулы, часто сопровождающиеся множественными боковыми гнойными ответвле-

ниями и полостями, хроническим воспалением в клетчаточных пространствах [3, 17, 18].

У ряда пациентов с высокими свищами прямой кишки при длительном, рецидивирующем течении заболевания, а также после перенесенных ранее неудачных операций, участок анального жома в зоне фистулы как правило деформируется рубцовой тканью. В таких случаях перед хирургом стоит задача не только ликвидировать свищ и его внутреннее отверстие, но и сохранить удерживающую функцию запирающего аппарата прямой кишки [14, 15].

Использование лигатурного метода лечения свищей прямой кишки позволяет достичь определенных преимуществ. Во-первых, его применение со-

проводится наиболее низким количеством рецидивов; во-вторых, он подходит для лечения свищей высшей категории сложности; в-третьих, методика операции технически проста в исполнении. Однако, этому способу лечения присущи и значительные недостатки: 1) большая длительность лечения, традиционно считается, что лигатура должна прорезываться не менее 20 дней, а по данным некоторых авторов, время отхождения лигатуры доходит до 30-40 суток; 2) возможное развитие недостаточности анального сфинктера в послеоперационном периоде [2, 3, 6, 8, 13]. Заживление параректальной раны и ликвидация внутреннего свищевого отверстия – это единый вза-

имодополняемый процесс, поскольку только баланс скорости прорезывания лигатуры и заживления раны дает стойкое излечение без выраженной деформации мышечного каркаса промежности и развития послеоперационной инконтиненции. Отсутствуют исследования, направленные на изучение морфологического строения анального сфинктера после его прорезывания лигатурой в различные сроки. В имеющейся литературе недостаточное внимание уделяется современному этиотропному лечению перианально-параректальных ран. Не разработаны методики лечения больных в послеоперационном периоде, способствующие сокращению времени заживления перианальной раны [3, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальное исследование. На этапе доклинических исследований, проведенных на базе ЦНИЛ Белорусской медицинской академии последипломного образования, разработанная операция лигирования анального сфинктера у лабораторного животного. В качестве последнего выбрана лабораторная крыса. Всем животным проводили оперативное вмешательство, подобное лигатурному методу ликвидации свища прямой кишки у человека.

Оперировано 30 крыс. Первое подтягивание лигатуры осуществляли на 3 сутки после операции. Последующие подтягивания проводили через сутки до полного прорезывания нити. Отмечали время отхождения лигатуры. Животных выводили из опыта на 5, 10, 15, 20, 25 и 30 сутки.

С целью изучения морфологического строения участка сфинктера, подвергнувшегося пересечению лигатурой, проводили взятие ткани из периректальной области на глубину от кожных покровов до стенки прямой кишки включительно со стороны операции.

Общая характеристика клинических наблюдений. На этапе клинического исследования проведен анализ лечения 192 пациентов с высокими транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки и 6 пациентов с послеоперационными и посттравматическими фистулами с высокорасположенным внутренним отверстием. Все пациенты находились на лечении в отделении проктологии Минской областной клинической больницы в период с 1997 по 2003 годы. Больных распределили на 2 группы: основную – 99 и контрольную – 93 пациента. Пациенты контрольной группы были набраны сплошным методом из ранее оперированных в период с 1997 по 2001 г. Основную группу формировали из больных, поступивших в отделение в 2001-2003 г. Пациенты основной группы методом блоковой рандомизации были распределены на 1 и 2 подгруппы. Состав основной и контрольной групп был идентичным по полу, возрасту и диагнозу.

Высокими транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки чаще всего страдали лица трудоспособного возраста, которые составили 84,2%. У мужчин свищи встречались в 2,5

раза чаще чем у женщин (71,4% и 28,6% – соответственно). У 166 (84,7%) пациентов свищевой ход располагался экстрасфинктерно. Транссфинктерное расположение свищевого хода наблюдали у 30 (15,3%) больных.

У больных основной и контрольной групп проведено 180 типичных операций иссечения свища прямой кишки с проведением лигатуры через внутреннее отверстие. Предложенная нами операция иссечения свища прямой кишки в сочетании с первичной сфинктеропластикой и проведением лигатуры через внутреннее отверстие выполнена 12 пациентам основной группы. Дополнительно по ходу исследования была сформирована небольшая группа из 6 человек с высокорасположенными внутренними свищевыми отверстиями, развившимися после брюшно-анальной резекции по поводу рака прямой кишки (4 пациента) и после ранений промежности острыми предметами с высоким внебрюшинным повреждением прямой кишки (2 пациента). В этой группе пациентов выполнено 6 операций иссечения свища с ушиванием внутреннего отверстия и пластикой его имплантатом из аллюминиевой пеноструктуры. Материал, из которого изготовлен имплантат уже апробирован ранее в лабораторных условиях на базе ЦНИЛ БелМАПО. Доказано, что материал имплантата не токсичен, инертен, не вызывает пролежней подлежащих структур, быстро прорастает соединительной тканью и сосудами [12]. Получено разрешение Министерства здравоохранения Республики Беларусь на его клиническое применение. Доказанный механизм действия имплантата: пористая структура изделия в течение нескольких часов заполняется клеточными элементами крови, заменяющимися через несколько суток грануляционной и соединительной тканью. Гидроксипапит, которым пропитан имплантат, обладает способностью активизировать регенераторные процессы.

Методики местного лечения послеоперационной раны

В контрольной группе пациентов лечили традиционным лигатурным методом, а местно применяли мазь «Левомеколь». Первую перевязку проводили через 24 часа после оперативного вмешательства.

Полость раны рыхло тампонируют марлевыми тампонами с мазью «Левомеколь». Первое подтягивание лигатуры осуществляют на 7-9 сутки, последующие – после значительного ослабления лигатуры – через 5-6 суток. Всего осуществляют 4-5 подтягиваний. Лигатура отходит через 21-26 суток. Мазь применяют до полного прорезывания лигатуры.

В 1 подгруппе основной группы (51 пациент) в послеоперационном лечении пациентов применяли ускоренный лигатурный метод, для перевязок использовали мазь «Линкоцел». В качестве биологически активного компонента мазь содержит линкомици гидрохлорид (3,7%) [1]. Первую перевязку проводили через 24 часа после операции, при этом тампоны извлекали из прямой кишки и параректальной раны. Полость раны рыхло тампонируют марлевой турундой с мазью «Линкоцел». В прямую кишку также вводили турунду с вышеуказанной мазью. Перевязки проводили ежедневно. Подтягивание лигатуры начинали с 4 суток после операции и выполняли через день. Всего подтягиваний осуществляют 4-5, далее лигатура отходит самостоятельно в среднем через 13-14 суток. Мазь «Линкоцел» применяют в течение 10-14 дней. Дальнейшее применение препарата было нецелесообразно из-за возможного чрезмерного развития грануляций. В последующие несколько дней на рану накладывали асептические повязки до ее заживления.

Во второй подгруппе основной группы (48 пациентов) применяли ускоренный лигатурный метод и мазь Линкоцель в сочетании с магнитно-лазерным облучением (МЛО) раны. Методика применения мази была идентичной с 1 подгруппой. Магнитно-лазерное облучение проводили следующим образом. Перед процедурой проводят туалет раны и рану осушают стерильной марлевой салфеткой. Воздействие осуществляют дистанционно (воздушный зазор 1 см) инфракрасным лазерным излучением (головка МЛО1К, длина волны – 0,89 мкм, суммарная мощность излучения на площадь 12 см^2 – 50 Вт, частота импульсов 80 Гц, длительность сеанса – 3 мин). С лазерной головкой МЛО1К применяют магнитную насадку ММ50, напряженностью 50 мТл. Дозу воздействия постепенно увеличивали от 0,002 (в начале) до 0,02 Дж/см² к 10-й процедуре. Курс лечения составлял 10 процедур с периодичностью один раз в день.

Результаты. Клиническими критериями эффективности лечения служили общее состояние больного, интенсивность и продолжительность болевого синдрома, наличие гнойного отделяемого из ра-

ны, время появления грануляций и начала краевой эпителизации, сроки прорезывания лигатуры и заживления послеоперационной раны, наличие послеоперационных осложнений.

Изучение клинической картины течения раневого процесса дополнено цитологическими исследованиями мазков-отпечатков раны, проводившимися на 3, 5, 7, 9, 12, 15 сутки после операции. Исследование цитогрaмм позволяет оценить активность воспалительной реакции и интенсивность репаративных процессов [5, 9].

С целью изучения отдаленных результатов лечения разработана анкета, которую высылали всем пациентам, прошедшим лечение. Предлагали больному самому оценить качество жизни после операции по пятибалльной шкале. Отдаленные результаты прослежены у 127 человек, или 66,1% от всех пролеченных больных. Средний срок наблюдения за пациентами после проведенного лечения составил 29,6 месяцев.

Варианты оперативного пособия. Операцию иссечения свища прямой кишки с проведением лигатуры у 180 пациентов выполняли по общепринятой методике.

В 12 наблюдениях при сопутствующей рубцово-деструктивной трансформации анального жома в зоне прохождения свища, гнойный ход остро выделяли до стенки прямой кишки. В пределах здоровых тканей иссекали сопутствующие затеки, рубцовую ткань. Затем, синтетическими рассасывающимися нитями (дексон 3-0) П-образными швами конец-в-конец выполняли сфинктеропластику (рис. 1). Далее, через внутреннее отверстие проводили шелковую лигатуру, которую укладывали на возможно большем расстоянии от области сфинктеропластики и тонически затягивали над тканевым мостиком.

Операцию иссечения свища с ушиванием высокого внутреннего отверстия и пластикой его имплантатом выполняли следующим образом. Свищевой ход прокрашивали, проводили через него пуговчатый зонд и широким параректальным доступом иссекали в пределах здоровых тканей. В области внутреннего отверстия удаляли все нежизнеспособные ткани. Узловыми швами двумя нитями ушивали дефект стенки прямой кишки. К ушитому дефекту этими же нитями фиксировали имплантат (рис. 2, 3) через нитепроводящие каналы. Имплантат укрывали параректальной клетчаткой.

На методику этой операции оформлена заявка о выдаче патента на изобретение. Получено Уведомление о положительном результате предварительной экспертизы (№а20031152 от 27 февраля 2004 года).



Рис. 1. Иссечение свища прямой кишки, первичная сфинктеропластика и проведение лигатуры. Схема операции.

1 – область сфинктеропластики; **2** – анус; **3** – лигатура, завязанная над волокнами сфинктера; **4** – внутреннее отверстие свища.

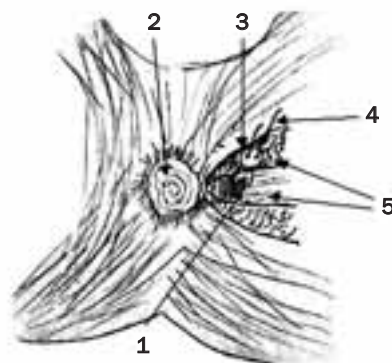


Рис. 2. Иссечение свища с ушиванием внутреннего отверстия и пластика его имплантатом. Схема операции.

1 – ушитый дефект стенки прямой кишки в области внутреннего отверстия свища; **2** – анус; **3** – пуговчатый имплантат; **4** – нити для фиксации имплантата; **5** – параректальная клетчатка



Рис. 3. Имплантат из алюмоксидной пенокерамики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У лабораторных крыс среднее время прорезывания лигатуры составило $7,47 \pm 1,33$ суток. За это время было осуществлено в среднем три подтягивания лигатуры: на 3, 5 и 7 дни. Изучена морфологическая характеристика участка анального жома, пересеченного лигатурой. Установлено, что при интенсивном прорезывании лигатуры уже к 10 суткам после операции раневой дефект не прослеживается, отмечается обширная зона зреющей мелкосуистой грануляционной ткани. Начиная с 15 суток (рис. 4) в области вмешательства формирующаяся грануляционная ткань имела более зрелый характер – в толще ее видны тяжи и поля умеренной соединительной ткани, между которыми сохранялась мелкочаеистая грануляционная ткань. С 20 суток в зоне оператив-

ного вмешательства выявлялась обширная зона зрелой соединительной ткани (рис. 5).

Результаты эксперимента свидетельствуют о том, что ранние сроки прорезывания лигатуры через анальный жом не приводят к расхождению его волокон после пересечения их лигатурой и его недостаточности, поскольку успевают сформироваться зрелая соединительная ткань, удерживающая мышечные структуры. Мы экспериментально обосновали возможность прорезывания анального жома лигатурой у человека в пределах 12-14 суток, в то время как традиционно принятые сроки колеблются в пределах 21-26 суток.

На следующие сутки после операции у пациентов обеих групп отмечен выраженный болевой синдром, потребовавший назначение наркоти-



Рис. 4. Область раневого дефекта на 15 сутки после операции. Созревающая грануляционная ткань. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100

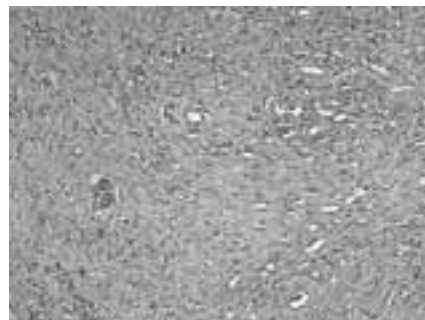


Рис. 5. Область раневого дефекта на 20 сутки. Зрелая соединительная ткань с очагами грануляционной ткани. Микрофото. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100

ческих анальгетиков. В последующие дни отмечалась регрессия болевых ощущений, более выраженная во 2 подгруппе, где пациенты получали МЛО послеоперационной раны. На 5 сутки только $8,33\% \pm 3,99\%$ больных 2 подгруппы жаловались на боли в ране, что в два раза реже, чем среди пациентов 1 подгруппы ($17,64\% \pm 5,34\%$), и в пять раз, чем в контрольной группе ($41,94\% \pm 5,12\%$). Даже на 7 сутки у $16,13\% \pm 3,81\%$ пациентов контрольной группы имели место болевые ощущения. С первых суток после операции отмечалось появление отечности и гиперемии краев послеоперационной раны у пациентов обеих групп. В среднем явления отека и гиперемии прекращались у пациентов 1 подгруппы основной группы на $5,51 \pm 1,59$ сутки, у пациентов 2 подгруппы на $4,83 \pm 1,08$ сутки. У пациентов контрольной группы гиперемия и отек краев раны исчезали в среднем на $6,52 \pm 2,7$ сутки.

Первые признаки развития грануляционной ткани у пациентов 1 подгруппы основной группы появлялись в $19,6\% \pm 5,56\%$ наблюдений на 5 сутки после операции, что практически совпадало с показателями 2 подгруппы – $20,83\% \pm 5,86\%$. Однако, в ходе дальнейшего лечения выявлена существенная разница в скорости развития грануляционной ткани между пациентами 1 и 2 подгрупп и пациентами контрольной группы. Средние показатели сроков появления грануляционной ткани у пациентов 1 подгруппы составили $7,24 \pm 1,42$ суток, у пациентов 2 подгруппы – $6,58 \pm 0,82$ суток, у пациентов контрольной группы – $8,86 \pm 2,24$ суток.

Процесс развития краевой эпителизации ран в 1 и 2 подгруппах был достаточно активным: пласты эпителия появлялись на 5 сутки после операции практически в равном числе наблюдений. В контрольной подгруппе их появление отмечалось только на 7 сутки. К 9 суткам послеоперационного периода у всех больных 2 подгруппы шел активный процесс краевой эпителизации, у пациентов 1 подгруппы она была ярко выражена у $92,16\% \pm 3,76\%$ и только у $74,19\% \pm 4,53\%$ больных контрольной группы. Средние показатели начала по-

явления краевой эпителизации составили $5,92 \pm 1,24$ суток у пациентов 2 подгруппы, $7,28 \pm 2,06$ суток – у больных 1 подгруппы и $9,4 \pm 2,09$ суток у пациентов контрольной группы. Мазки-отпечатки ран всех пациентов основной группы на 3 сутки принадлежали к воспалительному типу, что отражает нормально протекающий воспалительный процесс. К 5 дню после операции у 8 ($15,69\% \pm 5,09\%$) пациентов 1 подгруппы появлялись признаки перехода воспалительной реакции в воспалительно-регенераторную, что характеризовалось появлением клеточных признаков репарации – одноядерных гистиоцитов и фибробластов. Для пациентов 2 подгруппы воспалительно-регенераторный тип цитогрaмм был характерен для 42 ($87,5\% \pm 4,77\%$) больных. На 9 сутки цитогрaммы 37 ($72,55\% \pm 6,25\%$) пациентов 1 подгруппы классифицировались как относящиеся к регенераторному типу. На 9 сутки цитогрaммы всех пациентов 2 подгруппы относились к регенераторному типу. К 12 суткам цитогрaммы всех пациентов 1 подгруппы основной группы классифицированы как относящиеся к регенераторному типу. В цитогрaммах больных контрольной группы на 3 сутки после операции у 5 ($8,93\% \pm 3,81\%$) пациентов отмечался дегенеративно-воспалительный тип цитогрaмм – незначительные признаки воспалительной реакции, у остальных 51 ($91,07\% \pm 3,81\%$) больного отмечался воспалительный тип цитогрaмм. На 5 сутки преобладали нейтрофильные лейкоциты и лишь в небольшом количестве встречались одноядерные клеточные элементы кровяного происхождения; такая картина в целом характерна для воспалительного типа цитогрaмм. Переход в стадию регенерации был замедлен в сравнении с пациентами основной подгруппы. На 7 сутки только у 9 ($16,07\% \pm 4,9\%$) пациентов контрольной группы был воспалительно-регенераторный характер цитогрaмм, мазки-отпечатки остальных 47 ($83,93\% \pm 4,9\%$) больных были классифицированы как воспалительные. К 9 суткам, когда у всех пациентов основной подгруппы имел место регенераторный тип цитогрaмм, в

контрольной группе этот показатель встречался у 6 (10,71%±4,13%) больных, мазки-отпечатки 41 (73,21%±5,92%) больного соответствовали воспалительно-регенераторному, а у 9 (16,07% ± 4,9%) – воспалительному типам. Только на 15 сутки цитогаммы у 54 (96,43%±2,48%) пациентов контрольной группы классифицированы как регенераторные.

В результате проведенных исследований нами определены следующие показания к операции иссечения свища прямой кишки с проведением лигатуры через внутреннее отверстие в сочетании с первичной сфинктеропластикой: 1) высокие транссфинктерные или экстрасфинктерные свищи прямой кишки с гнойно-некротическим повреждением волокон анального сфинктера, 2) рубцовая деформация анального сфинктера вследствие хронического воспалительного процесса. Несмотря на значительно больший объем оперативного вмешательства при выполнении данной операции в сравнении с традиционной лигатурной методикой лечения, течение послеоперационного периода в целом не отличалось от такового у остальных пациентов основной группы и зависело от метода местного лечения операционной раны. Шов сфинктера не замедлял скорости прорезывания лигатуры и заживления послеоперационной раны. Ни в одном из 12 наблюдений не было расхождения волокон анального жома в области сфинктеропластики.

Нами проведено 6 операций с целью ликвидации свища прямой кишки с использованием имплантата из высокопористой керамики, обработанной нанокристаллическим гидроксипатитом. Свищи образовывались в результате несостоятельности сигмоанальных (3) или сигмо ректальных (1) анастомозов и открывались по ходу дренажей, устанавливавшихся внебрюшинно после операции в полость малого таза и выводившихся параанально. В 3 из этих наблюдений свищи сочетались со стриктурой сигмоанального соустья, что потребовало дополнительной операции – стриктуропластики. 2 больных, оперированных с применением имплантата, имели высокое расположение внутреннего свищевого отверстия после внебрюшинных повреждений прямой кишки при ранениях промежности острыми предметами. У всех пациентов раны заживали без нагноения. Отторжения имплантата или образование в его зоне пролежня стенки пря-

мой кишки мы не наблюдали. Рецидив наступил в 1 наблюдении через 3 месяца, что составило 16,7%. Определены клинические показания для этой операции: 1) высокие свищи после брюшно-анальной резекции прямой кишки и несостоятельности колоанального анастомоза, 2) высокие посттравматические свищи прямой кишки, 3) высокие свищи прямой кишки у больных, ранее оперированных лигатурным методом, осложненные рубцовой деформацией анального канала и промежности с недостаточностью анального жома.

Применение мази «Линкоцел» (1 подгруппа) в послеоперационном периоде позволило сократить время прорезывания лигатуры на 9,43±3,60 суток и время заживления послеоперационной раны на 8,37±4,06 суток в сравнении с контрольной группой. При сочетании ускоренного лигатурного метода лечения с комбинированным воздействием на рану препарата «Линкоцел» и МЛО (2 подгруппа) сроки прорезывания лигатуры и заживления параректальной раны были короче, нежели у пациентов 1 подгруппы. У пациентов 2 подгруппы в сравнении с контрольной группой уменьшение продолжительности лечения в виде ускорения сроков прорезывания лигатуры и заживления раны на 10,75±3,98 суток и 11,01±4,37 суток, соответственно, было обусловлено интенсификацией регенераторных процессов в послеоперационной ране и анальном канале (табл. 1).

В ходе послеоперационного лечения задержка мочи отмечена у 13 (13,1%) пациентов основной группы и 16 (17,4%) пациентов контрольной, она имела преходящий характер. Нагноение послеоперационной раны среди пациентов 1 подгруппы имело место у 1 (1,96%) больного, в контрольной группе – у 8 (8,6%) больных. Во 2 подгруппе нагноений раны мы не встретили.

Отдаленные результаты лечения

Установлено, что у 2 (5,6%) пациентов 1 подгруппы основной группы имелась недостаточность анального жома I степени. Оценка качества жизни после проведенной операции, выставленная самими пациентами составила 4,8±0,37 по пятибалльной шкале. Средний срок наблюдения за пациентами составил 42,4±20,08 месяцев.

У обследованных пациентов 2 подгруппы выявлена недостаточность анального жома I степени в 2 (4,6%) наблюдениях; оценка качества жизни

Таблица 1. Сроки прорезывания лигатуры и заживления параректальной раны у пациентов обеих групп

Анализируемый показатель	Основная группа		Контрольная группа (n = 93)
	1 подгруппа (n = 51)	2 подгруппа (n = 48)	
Срок прорезывания лигатуры, сутки	14,24±2,42*	12,92±3,19*	23,67±4,77*
Срок заживления параректальной раны, сутки	21,1±3,07*	18,46±3,68*	29,47±5,05*

Примечания. * – достоверное различие результатов основной группы (1,2 подгруппы) по отношению к показателям контрольной группы (P < 0,05); n – число больных

после проведенной операции, выставленная самим пациентом составила $4,88 \pm 0,33$ по пятибалльной шкале. Средний срок наблюдения за пациентами составил $17,58 \pm 8,6$ месяцев.

Из контрольной группы прислали анкеты и явились на осмотр 48 (51,6%) человек. Результат: у 4 пациентов (8,3%) в послеоперационном периоде развилась недостаточность анального сфинктера I степени и у 3 (6,2%) – II степени; оценка качества жизни после проведенной операции, выставленная самим пациентом составила $4,67 \pm 0,61$ по пятибалльной шкале. Средний срок наблюдения за пациентами составил $51,04 \pm 23,67$ месяцев (табл. 2).

Таким образом, изучение отдаленных результатов лечения высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки показало, что предложенные нами методы оперативного пособия и местного лечения послеоперационной раны характеризуются хорошими результатами в 95% наблюдений. Недостаточность анального жома в основной группе пациентов встречалась реже (5% наблюдений), чем в контрольной (14,6% наблюдений). В основной группе больных рецидив свища прямой кишки не отмечен. При использовании керамического имплантата для ликвидации высокого посттравматического свища прямой кишки в одном наблюдении имел место рецидив фистулы.

Таблица 2. Отдаленные результаты хирургического лечения больных высокими свищами прямой кишки

Группы больных	Количество больных всего (абс.)	Степень инконтиненции						Оценка качества жизни
		I		II		III		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1 подгруппа	36	2	5,6					$4,8 \pm 0,37$
2 подгруппа	43	2	4,6					$4,88 \pm 0,33$
Контрольн. группа	48	4	8,3	3	6,2			$4,67 \pm 0,61$

Примечание: абс. – абсолютное число больных

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного эксперимента свидетельствуют о том, что ранние сроки прорезывания лигатуры (в среднем $7,47 \pm 1,33$ суток) не приводят к несостоятельности анального жома, поскольку успевают сформироваться прочная рубцовая ткань, удерживающая мышечные структуры. Мы применили ускоренный лигатурный метод для лечения 99 больных высокими транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, что способствовало сокращению времени прорезывания лигатуры в 1,8 раза в сравнении

с применяющейся методикой ($12,92 \pm 3,19$ суток и $23,67 \pm 4,77$ суток – соответственно).

При местной деструкции участка анального жома или его рубцовом замещении в зоне прохождения фистулы операцией выбора является иссечение свища и затеков с экономным иссечением поврежденных волокон анального жома, первичной сфинктеропластикой и проведением лигатуры через внутреннее отверстие с тоническим затягиванием ее над неизменным участком сфинктера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробей А.В., Высоккий Ф.М. Клинические испытания гидрофильной мази «Линкоцел» в лечении больных острым и хроническим парапроктитом. Тезисы докладов междунар. науч.-практ. конф. «Лекарственные препараты на основе модифицированных полисахаридов». Мн., 1998, с. 20-21.
2. Дрыга А.В. Лечение сложных форм острого и хронического парапроктита лигатурным методом: Автореф. дис. канд. мед наук: Челябинский гос.мед. ин-т. Челябинск, 1993, 20 с.
3. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Острый и хронический парапроктит. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М., Медицина, 1984, с. 66-107.
4. Заремба А.А. Острый парапроктит и свищи прямой кишки. Автореф. дис. докт. мед. наук. Ин-т хирургии им. А.В.Вишневского АМН СССР. М., Рига, 1974, 32 с.
5. Проценко В.М., Мурадов Б.Х., Максимова Л.В. Лечение ран анального канала и промежности. Хирургия, 1998, № 8, с. 20-22.
6. Михайлова Е.В., Петров Е.П., Китаев А.В., Элоян А.В. Лигатурный метод при лечении свищей прямой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием. Под ред.

- академика РАМН Г.И. Воробьева, члена-корреспондента РАМН Г.П. Котельникова, проф. Б.Н. Жукова. Самара, ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003, с. 95-96.
7. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М., Медпрактика, 2001, гл. 7, с. 64-81.
 8. Селиванов В.И. Обоснование радикального хирургического лечения острого и хронического парапроктита. Автореф. дис. канд. мед. наук. Симферополь, 1984, 32 с.
 9. Хмылов Л.М., Титов А.Ю., Капуллер Л.Л. Сравнительная характеристика течения раневого процесса и послеоперационного периода у больных, перенесших геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем и традиционными способами. Колопроктология, 2004, № 2, с. 14-20.
 10. Турутин А.Д. Амбулаторные операции в проктологии (показания, техника, исходы, экономическая эффективность). Автореф. Дисс. канд. мед. наук, М., 1999.
 11. Турутин А.Д. Хирургическое лечение свищей прямой кишки. IV Республиканская научно-практическая конференция по проктологии «Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии», Минск. Под ред. Г.П. Рычагова, В.М. Русиновича. Мн., БГУ, 2001, с. 87-89.
 12. Красильникова В.Л., Коваленко Ю.Д. Отдаленные результаты формирования опртно-двигательной культи при анофталме офтальмологическим композиционным имплантатом. Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика., Київ., 2004, випуск 13, книга 4, с. 503-509.
 13. Ayala M., Jimenez R., Garcia-Osogobio S., Mass W., Gomez F. *et al.* Surgical treatment of anorectal fistulas. Rev. Gastroenterol Mex., 1999. Oct-Dec. 64 (4): 154-158.
 14. Kerstain M. Wound infection: assessment and management. Wounds, 1996, V. 8: 141-144.
 15. Keigley M.R., Williams N.S. Anorectal fistula: surgery of the anus, rectum and colon. Philadelphia: WB Saunders, 1993: 418-466.
 16. McLeod R.S. Management of fistula-in-ano: 1990 Roussel Lecture. Can. J. Surg., 1991, V.34: 581-585.
 17. Parks A, Gordon P., Hardcastle J. A classification of fistula-in-ano. Br. J.Surg., 1976, V.63: 1-12.
 18. Sailer M., Fuchs K. H., Kraemer M., Thiede A. Stepwise concept for treatment of complex anal fistulas. Zentralbl. Chir., 1998, Vol. 123, № 7: 840-845.
 19. Takano M. Suprlevator fistulae with perforation to the rectum. J. Jpn. Soc. Coloproctol., 1980, Vol. 33: 471-476.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕКТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Зубайдов А. У., проф. Шельгин Ю.А.,
д.м.н. Титов А.Ю., д.м.н. Подмаренкова Л.Ф.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Выбор метода лечения выпадения прямой кишки (ВПК) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной колопроктологии. Несмотря на то, что за столетнюю историю хирургического лечения этого заболевания предложено более 200 оперативных способов его коррекции с использованием трансабдоминального или трансанального доступа, результаты хирургического лечения выпадения прямой кишки оставляют желать лучшего [2,4,9]. Большинство из предложенных оперативных вмешательств, направленных на коррекцию этого недуга имеют лишь историческое значение, а часть в различных модификациях используется по настоящее время. Каждая из этих операций имеет свои показания. Прежде всего, выбор способа вмешательства зависит от степени нарушения функции толстой кишки,

характера сопутствующих заболеваний, а также – возраста больного [1,5, 10].

В настоящее время среди трансабдоминальных оперативных вмешательств наиболее часто используются различные модификации операций Ripstein [13] и Wells [14]. Суть этих вмешательств заключается в мобилизации выпадающей прямой кишки до тазового дна, последующей ее фиксации к крестцу при помощи аллотрансплантата (полипропиленовая, тефлоновая сетка и т.д.). Из трансанальных оперативных вмешательств подавляющее большинство специалистов отдает предпочтение трансанальной резекции выпадающей части прямой кишки (операция Альтмеера) и операции Делорма [6,7, 8, 10, 11, 12].

Целью нашего исследования является разработка показаний к различным способам хирургического лечения выпадения прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 1995 по декабрь 2003 года в ГНЦ колопроктологии находились на лечении 95 больных выпадением прямой кишки в возрасте от 16 до 82 лет (средний возраст $43,2 \pm 10,2$). Из них было 53 (55,8%) женщины и 42 (44,2%) мужчин. У всех больных имелось наружное выпадение прямой кишки. Обследование включало осмотр перианальной об-

ласти и анального канала, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, ирригоскопию, проктодефекографию с натуживанием, изучение времени транзита по желудочно-кишечному тракту и комплекс физиологических методов, включающих сфинктерометрию, электромиографию, баллонографию, изучение анальных и ректоанального рефлекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

При осмотре больного во время натуживания отмечалось постепенное выпадение из анального канала слизистой оболочки или всех слоев прямой кишки в виде цилиндра с поперечными складками. После осмотра пролабирванной части кишки производилось её вправление, затем пальцевое исследование. Тонус сфинктера у 59 (60%) больных был ослаблен. При наружном осмотре у 18 (18,9%) пациентов кожа перианальной области слегка мацерирована и утолщена. Атония сфинктера отмечена у 23 (24,2%) человек, что в свою очередь приводило к отсутствию каких-либо произвольных сокращений и зиянию анального отверстия.

Во время ректороманоскопии у 63 (66,3%) больных выявили пролабирование слизистой оболочки прямой кишки в тубус ректоскопа, чаще по ее передней полуокружности. Кроме того, у 60 (63,2%) больных выявлено катаральное воспаление слизистой оболочки, у 27 (28,4%) – эрозивное воспаление.

При рентгенологическом исследовании (ирригоскопия с проктографией) у 20 (21,1%) больных отмечена хроническая толстокишечная инвагинация, отличительной особенностью которой является сохранение инвагината после прекращения натуживания. У всех больных диагностировали низкое расположение зоны аноректального перехода, которая в норме располагается у верхнего края лонного сочленения. В 73,7% случаев выявлено нависание стенок нижнеампулярного отдела кишки над анальным каналом.

Изучение сократительной способности мышц анального сфинктера (табл.1) свидетельствует, что у всех обследованных пациентов имеются изменения функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки.

Сфинктерометрические показатели были снижены в среднем на 50% в тоническом состоянии, а максимальное усилие анального сфинктера на 40% ниже нормы. В равной мере электромиографическое исследование также подтвердило снижение сократительной способности наружного сфинктера в покое и при произвольном сокращении у всех обследованных пациентов (табл.2).

При манометрическом исследовании у всех больных зафиксировано выраженное снижение внутрианального давления как наружного, так и внутреннего сфинктера (табл. 3).

По данным баллонографии сохранение показателей моторики в пределах нормы (нормокинез) на фоне ректального пролапса было отмечено лишь у 21 (22,1%) больного. Более чем у половины больных (63,2%) выявлен гипокINETический тип моторики, в тоже время, гиперкинетический тип наблюдался у 14 (14,7%) пациентов (табл.4).

При изучении времени транзита по желудочно-кишечному тракту, нами установлено, что его замедление имело у 33,7% обследованных. При этом у 15,8% пациентов время транзита превышало 96 часов (табл. 5).

Для выбора адекватного метода оперативного вмешательства у больных ректальным пролапсом мы определили ряд основных критериев. По нашему мнению, в первую очередь, следует учитывать возраст больных, длительность анамнеза, стадию заболевания и характер моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (табл. 6).

Из 95 пациентов с выпадением прямой кишки у 62 (65,2%) больных произведена задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой. Больные составили две группы. В первую, основную группу включены 34 (35,8%) пациента, которым оперативное вмешательство выполнялось с использованием лапароскопических технологий. Вторая группа состояла из 28 (29,4%) больных, которым выполнена ректопексия традиционным открытым способом. При сравнении групп по полу, возрасту, анамнезу заболевания, типам нарушения моторной активности и продолжительности транзита по желудочно-кишечному тракту статистически достоверных различий не выявлено.

С нашей точки зрения задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой (открытая или лапароскопическая) показана у больных наружным ректальным пролапсом в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст $42 \pm 2,8$ года), с коротким анамнезом заболевания ($5 \pm 2,1$ года), при отсутствии выраженных нарушений транзита кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту (менее 72 часов).

Нам представляется крайне важным при фиксации полипропиленовой сетки оставлять свободной переднюю полуокружность прямой кишки. Это обстоятельство позволяет избежать деформации кишки в месте фиксации и прерывания перисталь-

Таблица 1. Средние показатели сократительной способности мышц анального сфинктера у больных ВПК (n=95)

Исследуемые Параметры	Показатели сфинктерометрии в граммах			
	Мужчины		Женщины	
	На 3-9 часах	На 6-12 часах	На 3-9 часах	На 6-12 часах
Тоническое напряжение (Норма)	198±16,6 (427±11,3)	146 ± 11,8 (367±10,9)	143±18,1 (387±8,3)	125±14,7 (297±6,9)
Максимальное усилие (Норма)	384±21,8 (623±12,3)	372±12,8 (541±14,1)	299±20,4 (563±11,2)	275 ±12.1 (441±13,8)

Таблица 2. Показатели электрической активности мышц наружного сфинктера у больных ВПК (n=95)

Исследуемые параметры	Электрическая активность сфинктера мкВ (М ± м)	
	Больные выпадением	Норма
Фоновая электрическая активность	24,2±2,7	41,0±2,7
Произвольная электрическая активность	124±6,8	182±5,9

Таблица 3. Средние величины давления в анальном канале у больных ВПК (n=95)

Исследуемые параметры	Величина внутрианального давления М± м в мм.рт.ст.	
	Больные выпадением	Норма
Давление на уровне наружного сфинктера	24,1±2,2	38,5±3,0
Давление на уровне внутреннего сфинктера	31,2 ±2,8	58,5±3,3

Таблица 4. Типы моторики дистального отдела толстой кишки у больных ВПК

Типы моторики	Число больных	%
Нормокинез	21	22,1
Гипокинез	60	63,1
Гиперкинез	14	14,8
Всего	95	100,0

Таблица 5. Длительность продвижения контраста по ЖКТ у больных ВПК

Длительность транзита по ЖКТ	Число больных	%
До 48 часов	32	33,7
От 48 до 72 часов	30	31,6
От 72 до 96 часов	18	18,9
Более 96 часов	15	15,8
Всего	95	100,0

тической волны. Фиксация прямой кишки полипропиленовой сеткой достаточно надежна и при этом она сохраняет свою мобильность, оставаясь как бы подвешенной на крыльях полипропиленовой сетки, а фиксация задней стенки прямой кишки к крестцовой впадине полностью восстанавливает физиологическое расположение прямой кишки. Следует отметить еще один важный момент при выполнении лапароскопической ректопексии. У мужчин мы не рассекаем тазовую брюшину по передней полуокружности прямой кишки. Это позволяет избежать травматизации семенных пузырьков и семявыносящих протоков, что имеет важное значение для сохранения сексуальной функции.

Одна из сложных задач, стоящих перед хирургом при лечении больных ректальным пролапсом, возникает при необходимости коррекции этого заболевания в сочетании с хроническим толстокишечным стазом. Чаще всего у наших пациентов имелось замедление продвижения контраста по левым отделам толстой кишки. Выполнение лишь одной фиксации выпадающей части прямой кишки может привести к рецидиву заболевания и усилению запоров. В этом случае ректопексию следует сочетать с резекцией левых отделов толстой кишки, по которым замедлен транзит. Ректопексия с резекцией левых отделов ободочной кишки выполнена у 11 (11,6%) больных. При анализе возрастного состава, длительности анамнеза болезни, стадии заболевания и транзитной функции толстой кишки установлено, что резекция левых отделов ободочной кишки с ректопексией показана больным в возрасте от 32 до 74 лет (средний возраст $56 \pm 4,8$ года), с анамнезом заболевания $8 \pm 4,7$ года, при нарушении транзита кишечного содержимого по желудочно-кишечному. У 8 (72,7%) пациентов

имелась вторая и у 3 (27,3%) третья стадии заболевания. Необходимо отметить, что время транзита по желудочно-кишечному тракту у 5 (45,5%) из 11 больных превышало 72 часов и у 6 (54,5%) – 96 часов.

Лечение выпадения прямой кишки значительно усложняется у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Это в первую очередь касается больных пожилого возраста с ограниченными компенсаторными возможностями. Различные сопутствующие заболевания в группе больных старше 60 лет были диагностированы в 97% наблюдений, причём у 78% имело место сочетание нескольких патологических процессов. Наиболее часто (81,8%) диагностированы патологические изменения сердечно-сосудистой системы. Среди них атеросклеротические изменения различной степени выраженности с преимущественным поражением коронарных и церебральных сосудов наблюдались у 72,7% больных. У более половины пациентов (68,1%) выявлена артериальная гипертензия различной степени и у 13 (59,5%) – ишемическая болезнь сердца.

Заболевания органов дыхания (диффузный пневмосклероз, хронический бронхит эмфизема легких) были выявлены у 63,6% человек. Использование широко распространенных трансабдоминальных операций у подобных больных сопряжено с высоким операционным риском. В связи с этим, у 22 (23,1%) пациентов в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст – $72,2 \pm 1,4$) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями нами была выполнена хирургическая коррекция наружного ректального пролапса трансанальным доступом. У 12 (12,6%) из 22 больных выполнена операция Делорма, у 6 (6,4%) – трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка,

Таблица 6. Зависимость выбора метода хирургического лечения от возраста, длительности анамнеза, стадии заболевания и характера моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (n = 95)

Характер операции	Средний возраст (лет)	Средняя длительность заболевания (лет)	Стадия заболевания	Время транзита по ЖКТ
Задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой (n=28)	43±2,9	5±2,1	1-2-3	Менее 72 часов
Лапароскопическая задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой (n=34)	42±2,8	5±2,1	1-2-3	Менее 72 часов
Резекция левых отделов ободочной кишки, ректопексия (n=11)	51±2,8	8±4,7	2-3	Более 72 часов
Трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с избытком(n=6)	72,2±1,4	8,3±3,5	2-3	72-96 и более
Операция Делорма (n=12)	72,2±1,4	8,4±3,4	2-3	72-96 и более
Трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки (n=4)	72,2±1,4	8,4±3,4	2-3	72-96 и более

а у 4 (4,2%) – трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки. При сравнительной характеристике оперированных больных нами установлено, что все методы достаточно радикальны. Однако у двух больных, перенесших трансанальную резекцию выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка в послеоперационном периоде сформировалась стриктура в области ректоанального анастомоза. У других двух пациентов отмечено клиническое ухудшение функции анального держания, и у одного наблюдался рецидив заболевания.

Важно подчеркнуть, что после операции Делорма ни в одном случае не было формирования послеоперационной стриктуры заднего прохода. Вместе с тем в отдаленном послеоперационном периоде у 3 больных нами был выявлен рецидив заболева-

ния. У пациентов оперированных по методу трансанальной резекции выпадающей части прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки, в послеоперационном периоде функция анального держания улучшилась. В отдаленном послеоперационном периоде не было рецидива заболевания.

По нашему мнению результаты проведенного сравнительного исследования трех групп больных оперированных различными трансанальными способами, свидетельствует, что операцию Делорма целесообразно выполнять лишь при длине выпадающего участка прямой кишки не более 7-8 см, так как в отдаленном послеоперационном периоде возможен рецидив заболевания. При более массивных формах ректального пролапса показана трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение выпадения (пролапса) прямой кишки продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной хирургии. Это объясняется не только частотой этого вида патологии, но и не удовлетворительными результатами лечения данного страдания.

Выбор метода коррекции ректального пролапса должен основываться на результатах функциональных методов исследования и в обязательном порядке учитывать индивидуальный подход в лечении этого заболевания [1, 3, 5, 6, 10, 11].

В настоящее время несмотря на большое количество работ, посвященных выпадению прямой кишки, остаются нерешенными многие вопросы, в первую очередь выбор способа оперативного лечения. Известно более 200 методов и их модификаций, предложенных для устранения этой патологии. Несмотря на такое огромное их количество, консенсуса в выборе хирургического вмешательства все еще не существует. Подавляющее большинство специалистов отдает предпочтение трансабдоминальным способам оперативных вмешательств. При этом широко дискутируется вопрос о необходимости, наряду с ректопексией, резекции левых отделов ободочной кишки [4,6,8,9]. Оставшиеся хирурги считают оптимальным трансанальные способы лечения ректального пролапса – трансанальную резекцию выпадающей части прямой кишки и операцию Делорма [3,7,14]. Отдаленные результаты терапии оставляют желать лучшего. Так по данным разных авторов, рецидивы заболевания после различного рода операций наблюдаются в 1-50% [1,5,6,7,9,10].

Существующие методы оперативного лечения ректального пролапса могут быть разбиты на 5 групп [3]: операции на выпавшей части прямой кишки; операции, направленные на укрепление тазового дна и промежности; внутрибрюшные резекции дистальных отделов толстой кишки; операции ректопексии, или фиксации дистальных участков толстой кишки к неподвижным частям малого таза и комбинированные способы.

Вопрос выбора адекватного метода лечения при различных вариантах пролапса остается недостаточно изученным [7]. Выбор метода лечения во многом зависит от характера имеющихся функциональных нарушений ободочной и прямой кишки, а также запирающего аппарата прямой кишки. Ректальный пролапс – это многокомпонентные нарушения, включающие в себя не только выпадения прямой кишки, но также совокупность функциональных нарушений, проявляющихся расстройствами акта дефекации и явлениями инконтиненции кишечного содержимого [1,4, 6, 7, 8]. Эти обстоятельства зачастую не позволяют достигнуть желаемого результата лечения. В связи с этим мы как и другие авторы считаем необходимым проведение комплексного предоперационного обследования, что позволит установить стадию ректального пролапса, наличие сопутствующих нарушений моторной активности толстой кишки и функции анального держания. Лишь после всесторонней оценки данных предоперационного обследования следует приступить к выбору адекватного способа оперативного лечения [1, 3, 4, 5, 9, 10, 11].

Проведенное изучение пассажа транзита кишечного содержимого по толстой кишке свидетельствует, что у 50,5% больных имелось увеличение времени транзита, что косвенно свидетельствует о нарушении моторной функции этого отдела кишечника. Соответственно, по данным баллонографических исследований, у 63,2% больных выявлен гипокинетический тип моторики дистального отдела толстой кишки.

Кроме того, показатели электрофизиологического обследования пациентов свидетельствуют о том, что имелись изменения функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки. Фоновая электрическая активность была снижена в среднем на 40%, а произвольная на – 30%. Изучение результатов сфинктерометрии показало снижение тонического напряжения и максимального усилия анального сфинктера на 40-50% по сравнению с нормой.

При выборе способа хирургической коррекции заболевания необходимо учитывать возраст больного, длительность анамнеза заболевания, стадию заболевания, характер моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и анального держания.

Открытая и закрытая задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой показана у лиц молодого возраста ($43 \pm 2,2$ года) с коротким анамнезом заболевания ($5 \pm 2,1$ года), при продолжительности

транзита по желудочно-кишечному тракту не более 72 часов. У больных более старшего возраста ($51 \pm 2,8$) и более длительном анамнеза заболевания ($8 \pm 4,7$ года) с нарушениями транзита по толстой кишки (более 72 часов) показана ректопексия с резекцией левых отделов ободочной кишки. У больных пожилого и старческого возраста с высоким операционным риском с успехом могут применяться трансанальные способы хирургической коррекции заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных с выпадением прямой кишки имеются значительные нарушения функционального состояния прямой и ободочной кишки. При выпадении прямой кишки необходимо проводить всестороннее клиническое и инструментальное обследование больного, направленное на выявление стадии заболевания, фазы выпадения, степени недостаточности анального сфинктера. Выбор способа хирургической коррекции ректального пролапса необходимо производить в зависимости от возраста больного, длительности анамнеза заболевания, стадии заболевания, характера моторно-эвакуаторной функции толстой кишки

и функции анального держания. У пациентов пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии рационально применение трансанальных способов операции, которые легко переносятся больным и имеют меньший процент осложнений. У больных ректальным пролапсом в сочетании с хроническим толстокишечным стазом, показана резекция левых отделов ободочной кишки с последующей ректопексией. У лиц молодого возраста с коротким анамнезом заболевания и отсутствием транзитных нарушений операцией выбора является заднепетлевая открытая или лапароскопическая ректопексия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А.В. Хирургическое лечение выпадения прямой кишки. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1983.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сушков О.И. Тез. докл. V Всерос. конф. Ростов-на-Дону., 2001, с. 19-20.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов на-Дону.: Феникс, 2001, с. 209-222.
4. Исакулов Т.У. Выбор способа хирургического лечения выпадения прямой кишки, осложненной недостаточностью ее запирающего аппарата. Автореф. Дисс...канд.мед.наук., Ташкент, 2000.
5. Лангнер А.В. Клинико-функциональная оценка отдаленных результатов операции Зе-ренина-Кюммеля у больных выпадением прямой кишки. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1996.
6. Саидов А.С. Сравнительная оценка методов выпадения прямой кишки. Автореф. дисс... канд. мед. наук., Душанбе, 1995.
7. Титов А.Ю. Виды выпадения прямой кишки и выбор способа их лечения. Автореф. Дисс. докт. мед. наук., М., 1998.
8. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., – Медицина, 1984.
9. Corman M.L. Colon and Rectal Surgery, New-York, 1999.
10. Henry L.U., Cattey R.P. Surg. Laparosc. Endosc., 1994, 4: 357-360.
11. Lazorthes F, Liagre A, Iovino F. J. Chir. (Paris), 2000, 137: 76-81.
12. Mann C.V., Hoffman C. Br. J. Surg., 1988, 75: 34-41.
13. Ripstein C.B. Am.J. Surg., 1952, 83: 68-71.
14. Wells C. J. R. Soc. Med., 1959, 52: 602-603.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

К.м.н. Алиев И.И., проф. Правосудов И.В.,
проф. Гуляев А.В., проф. Лойт А.А.

Отделение колопроктологии НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ
РФ. (директор – академик РАМН, проф. К.П. Хансон), г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В России рак прямой кишки по частоте возникновения занимает шестое место среди мужчин и седьмое у женщин [3, 7].

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения рака прямой кишки показывает, что около 50% всех оперированных больных не доживают до 5 – летнего рубежа [9, 12, 13].

Основным фактором в прогнозе заболевания является степень поражения лимфатических узлов [2, 11, 19].

Строение лимфатической системы прямой кишки с давних пор привлекают к себе внимание многих исследователей, т.к. направление оттока лимфы предрешает, в известной степени, распространение опухолевого процесса [8, 14, 15, 16, 18].

По мнению Э.В. Шевцова [10], от кожного отдела ануса лимфа оттекает не только по медиальному и латеральному паховым, но также и по нижнему ягодичному лимфатическому пути. Н. Westhues [21] считает, что в лимфатическом дренаже анального канала принимают участие также срединный и латеральный крестцовые, лобково-запирательный и предпузырный лимфатические пути. Р.Д. Синельников [6] не придает значения крестцовым лимфатическим путям в дренировании лимфы от

прямой кишки. Некоторые авторы сообщают только о паховом и восходящем лимфатических путях, опуская все остальные [4]. По схеме предложенной Б.Е. Петерсоном с соавт. [5], отток лимфы от прямой кишки осуществляется в трех направлениях: от анального и нижнеампулярного отделов отток осуществляется только в паховую группу, от средней части кишки по ходу средних прямокишечных сосудов во внутренние подвздошные узлы и от верхних отделов строго по восходящему коллектору. F. Villemain et al. [20] описывал уровни принципиально различных направлений лимфооттока от прямой кишки, располагающийся на высоте 5 см от ануса, ниже которого пассаж лимфы осуществляется только через внутренние подвздошные и паховые лимфатические узлы, а выше через верхние прямокишечные и нижние брыжеечные. Тем не менее, всеми авторами признается превалирующее значение восходящего коллектора для всех отделов прямой кишки, кроме анального в дренировании, которого основная роль отводится паховым узлам.

Противоречивые данные о путях оттока лимфы от прямой кишки послужили основанием для проведения настоящего исследования [5, 6, 10, 21].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наше исследование состояло из двух частей: анатомической и компьютерного моделирования. Анатомические исследования проводились на трупах и органокомплексах. Взаимоотношения и размеры структурных элементов таза определялись на нефиксированных комплексах внутренних органов. Органокомплекс извлекали из шеи, грудной полости и полости живота трупа одним блоком. Труп предварительно регистрировали. Весь анатомический материал был получен от 50 человек, умерших от заболеваний не связанных с патологией органов желудочно-кишечного тракта, без макроскопических изменений органов брюшной полости и таза. Распределение по полу было равномерным – материалы были взяты от 25 мужчин и 25 женщин; возраст колебался в

пределах от 40 до 80 лет. В результате примененной методики извлечения комплекса внутренних органов сохранялись все анатомические образования брюшной полости, забрюшинного пространства и таза до уровня диафрагмы таза, без изменения архитектоники структурных элементов этих областей.

После извлечения комплексы внутренних органов помещали в бак для хранения анатомических препаратов, где они сохранялись в исходном состоянии без химической фиксации в воде с добавлением 0,1% марганцовокислого калия. Бак с органокомплексами хранился в холодильнике при температуре воздуха +1С°. Органокомплексы в баке находились под водяным затвором, исключая попадание к органокомплексу воздуха и его высыхание.

Определение взаимоотношений органов, кровеносных и лимфатических сосудов, фасциально-клетчаточных пространств полости таза, производили на фиксированных трупах. Фиксацию трупов производили капельным путем через систему для внутривенных инфузий и катетер, введенный в бедренную артерию, раствором следующего состава: горячая вода 3,0 л, спирт этиловый 96% – 2,0 л, фенол – 1,0 кг, глицерин – 1,0 л, формалин – 0,5 л, уксусная кислота – 0,2 кг, поваренная соль – 0,2 кг. После фиксации анатомический материал помещали в ванную, содержащую 10% водный раствор формалина.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было установлено, что взаимосвязь между органами таза и их клетчаточными пространствами происходила в соответствии с ходом ветвей внутренней подвздошной артерии. Обнаружено три варианта деления внутренней подвздошной артерии. Основной из них, отмечен в 84% случаев, когда почти все париетальные и висцеральные ветви, кроме нижней пузырной артерии, начинались непосредственно от переднего ствола внутренней подвздошной артерии (рис. 1). Следующий вариант выявлен в 12% наблюдений. В этом случае, непосредственно от переднего ствола отходили пупочная, верхняя пузырная, запирательная, внутренняя половая и одним стволом верхняя и нижняя ягодичные артерии (рис. 2). В 4% случаев передний ствол внутренней подвздошной артерии был слабо выражен, и большинство тазовых ветвей начинались от внутренней половой артерии.

По данным, полученным в результате анатомо-топографических исследований, была создана 3-х мерная компьютерная модель органов таза. Созданная модель, давала более понятную картину анатомических особенностей (рис. 3, 4).

Согласно современной анатомической классификации все исследуемые лимфатические узлы малого таза, участвующие в дренировании прямой кишки были разделены на 7 групп. Четыре группы узлов включал в себя восходящий путь. Это параректальные, верхние прямокишечные, нижние брыжеечные или так называемые промежуточные и апикальные, расположенные у основания нижней брыжеечной артерии. Латеральный коллектор состоял из трех групп, куда вошли средние прямокишечные, запирательные и внутренние подвздошные.

Что касается лимфатических путей, идущих от анального канала, то их выделено пять. Из них четыре, это – паховый, нижний, средний и верхний прямокишечный являлись постоянными. Наличие пятого коллектора, вдоль срединной крестцовой артерии, отмечено в 10% наблюдений. Было установлено, что лимфатические пути вдоль нижней и средней прямокишечных артерий, имея различные направления, заканчивались общими узлами у внутренней подвздошной артерии. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что внутренние подвздошные узлы, относя-

При анатомических исследованиях фиксировались – размеры, локализация и типы деления внутритазовых структур.

В некоторых случаях, для лучшей визуализации элементов лимфатического русла, выполняли поэтапное контрастирование с применением водорастворимого контраста «India Ink» (CH – 40) и «Lymphazurin* 1%» (isosulfan blue).

В работе использовали профессиональный компьютерный пакет с наиболее высокими графическими возможностями – Power SHAPE фирмы Delcam (Великобритания), лицензии N 4513 от 17.01.2000 и N 012178 от 17.01.2003.

сь к латеральному пути, являлись отдаленными узлами по отношению к прямой кишке.

Нижнеампулярный отдел кишки имел два пути лимфооттока, восходящий, и средний прямокишечный коллекторы. Средний прямокишечный коллектор отводил лимфу от самой нижней части прямой кишки и имел протяженность до 6 см. Лимфа от средне- и верхнеампулярного отделов оттекала только по сосудам восходящего русла. Лимфатический коллектор восходящего пути во всех наблюдениях состоял из 2-х параллельных сосудов, сопровождавших в начале ветви верхней прямокишечной, а затем основной ствол нижней брыжеечной артерии и впадал в апикальные узлы, которые в свою очередь соединялись с парааортальной группой.

Распространение лимфатических узлов в параректальной клетчатке являлось не равномерным. Число узлов, расположенных в самой нижней части клетчатки не превышало 2-х. Причем данные узлы являлись узлами первого порядка для анального и нижнеампулярного отделов кишки, и пройдя через них, лимфа попадала в узлы бокового клетчаточного пространства или в другие узлы восходящего коллектора. Большинство узлов параректальной клетчатки локализовались в ее верхней части заднебоковых отделов. Число их колебалось от 8 до 10. По ходу нижней брыжеечной артерии располагалось также от 7 до 10 узлов. Отмечено, что от 3 до 4 узлов восходящего коллектора, располагались у места деления верхней прямокишечной и у основания нижней брыжеечной артерий.

Связи лимфатической системы прямой кишки с другими тазовыми органами по результатам наших исследований, осуществлялись в узлах, расположенных у основания ветвей внутренней подвздошной артерии, в пределах бокового клетчаточного пространства. Исключение составили общие узлы прямой кишки и яичников, располагавшиеся помимо подвздошной области, также в парааортальном пространстве, на уровне почечных сосудов. Причем лимфатические связи в последнем случае обнаружены лишь в 10% наблюдений.

В некоторых случаях общими для внутритазовых органов являлись не только лимфатические узлы, но и приводящие лимфатические сосуды, анастомозы которых также располагались в бо-

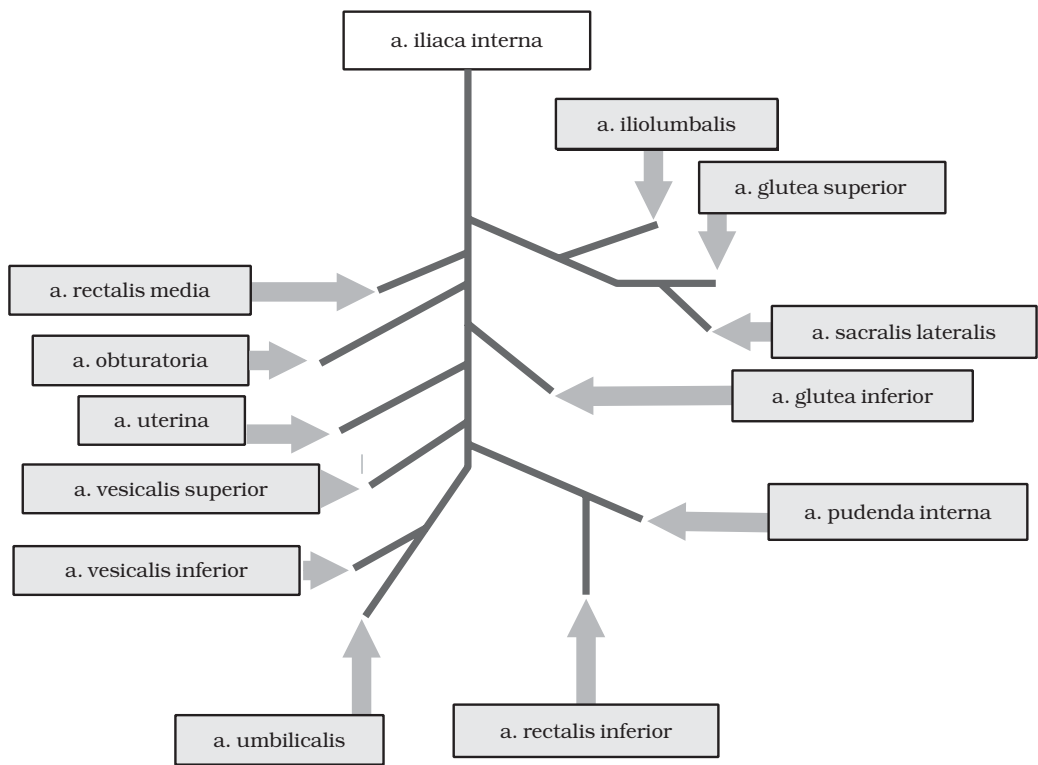


Рис. 1. Схема вариантов деления внутренней подвздошной артерии

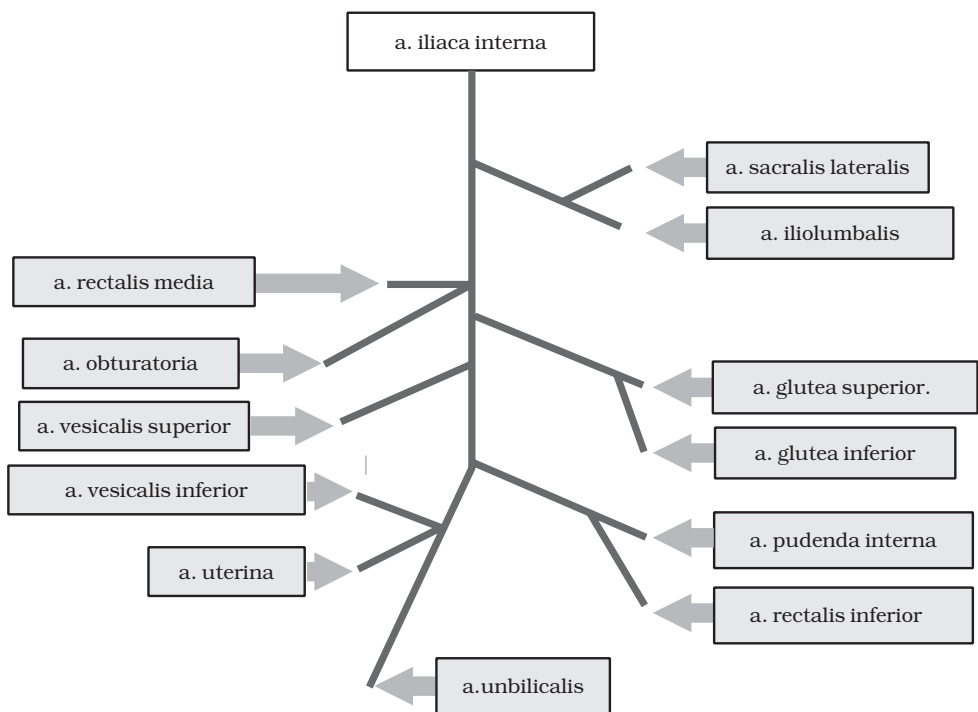


Рис. 2. Схема вариантов деления внутренней подвздошной артерии (продолжение)

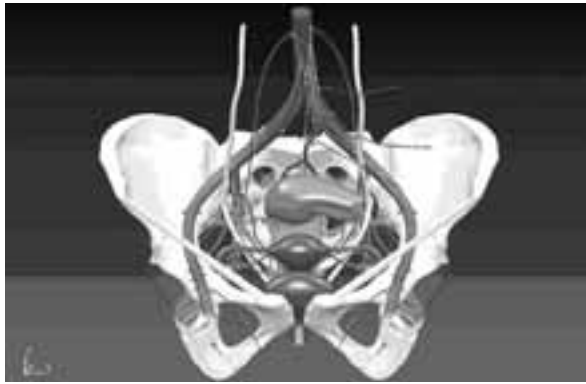


Рис. 3. Трехмерная компьютерная модель органов таза

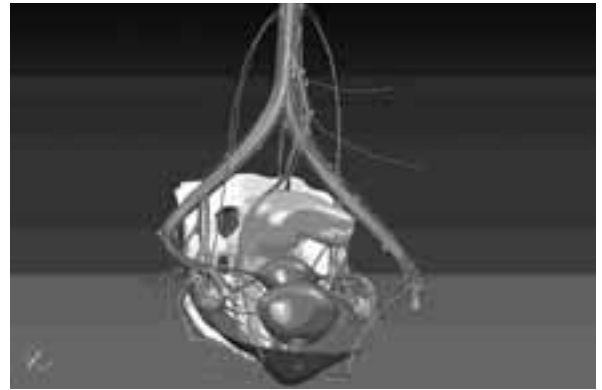


Рис. 4. Компьютерная модель прямой кишки, окруженная собственной фасцией

ковом клетчаточном пространстве. У ветвей внутренней подвздошной артерии, с каждой стороны, было выявлено не более 5 лимфатических узлов. Отмечено, что один и тот же подвздошный узел являлся общим для нескольких коллекторов и принимал одновременно лимфу от различных тазовых органов. Во всех случаях

эта группа узлов являлась отдаленным этапом на пути лимфооттока.

Лимфатические узлы у ветвей внутренней подвздошной артерии, располагаясь на близком, друг к другу расстоянии, анатомически между собой не разделялись. В связи с этим их дифференцировка и идентификация были чрезвычайно сложной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведенных анатомо-топографических исследований было установлено, что прямая кишка имеет пять коллекторов лимфооттока, основным из которых является восходящий, дренирующий все отделы кишки. Помимо основного коллектора, имеются дополнительные пути, сопровождающие одноименные кровеносные сосуды. Лимфоотток от органов малого таза

осуществляется через узлы первого порядка, локализуемые в пределах собственных органных фасций и далее в общую для всех тазовых органов группу, в зоне деления ветвей внутренней подвздошной артерии. Указанные особенности определяют частоту и локализацию лимфогенных метастазов и должны быть учтены при выборе лечебной тактики у больных раком прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Бармина Н.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб). Российский онкологический журнал. 1999, N 6, 40-46.
2. Вашакмадзе Л.А., Хомяков В.Н., Сидоров Д.В. Диагностика и лечение рака прямой кишки: Современное состояние проблемы. Российский онкологический журнал. 1999, N6, 47-50.
3. Заридзе Д.Г. Мень Т.Х. Приоритетные направления противораковой борьбы в России. Российский онкологический журнал, 2001, N 5, 29-34.
4. Литманн И. Оперативная хирургия Издательство академии наук Венгрии. Будапешт, 1982, 1176 с.
5. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. М., Медицина, 1987, 534 с.
6. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. М., Медицина, 1966, т. II. 472 с.
7. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1998г., М., РОНЦ им НН Блохина РАМН, 2000, 270 с.
8. Холдин С.А. Злокачественные новообразования прямой кишки. Медгиз 1955, 360с.
9. Чиссов В.И. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России. М., 1999, с. 56-57.
10. Шевцов Э.В. Возрастная изменчивость паховых лимфатических узлов у взрослого человека. Архив анатомии, 1976, N 1, с. 73-77.
11. Яицкий Н.А., Нечай И.А. Современные проблемы лечения рака прямой кишки. Часть II. Вестник хирургии, 2002, т. 161, № 2, с. 115-119.
12. Anton J.B., Dean T.N. Effect of Lymphatic Mapping on the New Tumor-Node-Metastasis Classification for colorectal cancer. J. Clin. Oncol., 2003, Vol. 21: 668-672.
13. Enker W.E. Potency, cure, and local control in the operative treatment of rectal cancer. Archive Surgery, 1992, Vol. 127: 1396-1402.

14. *Gibbs P., Chao M.W., Tjandra J.J.* Optimizing the outcome for patients with rectal cancer. *Dis. Colon Rectum*, 2003, Vol. 46: 389-402.
15. *Miguel A., Rodriguez-Bigas, Sherif Maamoun et al.*, Clinical Significance of Colorectal Cancer: Metastases in Lymph Nodes < 5 mm in Size. *Annals of Surgical Oncology*, 1996, Vol. 3, N 2: 124-130.
16. *Moreira L., Hizuta A., Iwagaki H. et al.*, Lateral lymph node dissection for rectal carcinoma below the peritoneal reflection. *British Journal Surgery*, 1994, Vol. 81: 293-296.
17. *Parkin D.* Global Cancer Statistics. *CA. Cancer J. Clin.*, 1999, Vol. 49.: 33-64.
18. *Senba Y.* An anatomical study of lymphatic system of the rectum. *J. Hukuoka Med. Coll.*, 1927, Vol. 20: 1213-1268.
19. *Sitzler P.J., Seow-Choen., Ho Y.H. et al.*, Lymph node involvement and tumor depth in Rectal Cancers. *Dis. Colon Rectum*, 1997, 40: 1472-1476.
20. *Villemin F., Haurd P., Montagne M.* Recherche anatomiques sure les lymphatiques du rectum de l anus. *Rev. Chir.*, 1925, 63: 39-80.
21. *Westhues H.* Die patologisch anatomischen Grundlagentender Chirurgie des Rectumcarzinoms. Leipzig, 1934. 236 p.

ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Проф. Пучков К.В., Хубезов Д.А., Тюрина А.А., Юдина Е.А., Юдин И.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Эндометриоз – заболевание, характеризующееся распространением функционирующего эндометрия за пределы матки. В области малого таза различают три формы эндометриоза: эндометриоз брюшины, эндометриоз яичников и ретроцервикальный эндометриоз [3], причем в патологический процесс может вовлекаться любой орган брюшной полости. Эндометриоз развивается у трети женщин с бесплодием и у 16% женщин репродуктивного возраста [2]. Толстая кишка вовлекается в патологический процесс в 5-37% наблюдений [1]. Инвазивный эндометриоз толстой кишки, как правило, приводит к втягивающему фиброзу с деформацией стенки толстой кишки и облитерации маточно-прямокишечного пространства. Эндометриоидное поражение толстой кишки

обычно проявляется болью в области таза (85% наблюдений) и прямой кишке (52%), запорами (41%), диспареунией (64%), диареей (42%), ректальным кровотечением (18%) [4]. Поскольку крайне трудно, используя традиционные методы обследования, до операции определить степень распространенности эндометриоза, то определенную актуальность приобретает проблема выбора доступа в брюшную полость и объема операции. Ряд авторов с этой целью используют ректальную эндоскопическую ультрасонографию. При этом степень инфильтрации стенки кишки считают определяющим критерием для выбора лапароскопического или открытого способа оперирования [5].

Цель: определить критерии выбора вида операции при эндометриоидном поражении толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 1995-2003 г. в областной клинической больнице г. Рязани по поводу эндометриоза было оперировано 385 пациенток. У 34 (8,8%) из них в патологический процесс была вовлечена толстая кишка. Все больные оперировались лапароскопическим доступом. Всем перед операцией выполнялось эндоскопическое исследование толстой кишки (ФКС, RRS). У 24 пациенток при эндоскопическом исследовании патологиче-

ских изменений со стороны слизистой оболочки обнаружено не было. Во всех этих случаях мы целенаправленно старались удалить эндометриоидные очаги в пределах подслизистого слоя без вскрытия просвета кишки. При иссечении очага из кишечной стенки использовался монополярный игольчатый электрод. В режиме резания рассекался серозно-мышечный слой на границе неизменной и пораженной ткани. Фиксация матки

ретрактором в положении ante-flexio и собственный вес прямой кишки позволяли получить дозированное натяжение тканей, необходимое для безопасного выделения эндометриоидного очага. После иссечения очага образовавшийся дефект ушивался ручным швом нитью «Полисорб» 3/0 на атравматической игле с формированием узлов интракорпорально.

У 10 пациенток были обнаружены очаги инфильтрации слизистой оболочки. В 5 наблюдениях они были больших размеров с деформацией стенок и частичным сужением просвета. Этим больным выполнена передняя резекция прямой кишки с экстирпацией матки. В пяти других наблюдениях очаги инфильт-

рации были небольших размеров. При этом, в двух случаях целостность кишки после полностенного иссечения очага восстановлена посредством прошивания аппаратом ENDO-TA-30, в двух других – ручным швом. У одной пациентки выполнена сегментарная резекция прямой кишки разработанным нами способом (заявка № 2001133225 от 6.12.2001). Все операции носили симультанный характер. При этом, одновременно с резекцией кишки произведены: экстирпация матки (5), надвлагалищная ампутация матки (6), цистэктомия (9), овариоэктомия (5), иссечение очагов брюшины (7), иссечение крестцово-маточных связок (3), резекция участка мочевого пузыря (1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Летальных исходов и ранних послеоперационных осложнений не было. У одной больной (4,2%) отмечено позднее осложнение – стриктура анастомоза после передней резекции прямой кишки, которое ликвидировано бужированием. Конверсий не было. Средняя продолжительность операции составила 126 минут. Послеоперационный койко-день, как правило, не превышал 7-8 суток. Отмечены также все традиционные преимущества лапароскопического доступа: минимальная интраоперационная кровопотеря, раннее восстановление функций ЖКТ, меньшая потребность в обезболивающих препаратах, сокращение срока реабилитации, косметический эффект и др.

Безусловно, для выбора объема резекции толстой кишки главное значение имеет степень инвазии эндометриоза в кишечную стенку. Наши исследования показали высокую информативность эндоскопического исследования толстой кишки для выбора объема резекции. Безусловно, объем операции должен определяться при лапароскопии. Однако, во всех наших наблюдениях результаты операционной ревизии, касающиеся степени вовлеченности толстой кишки в патологический процесс, соответствовали эндоскопическим данным. По нашему мнению, отсутствие инфильтрации слизистой оболочки при данной патологии должно нацеливать хирурга на иссечение очага без вскрытия просвета толстой кишки. Удобнее всего это осуществить при лапароскопической операции. Поэтому, операцией выбора является лапароскопическая резекция эндометриоидного очага в пределах подслизистого слоя толстой кишки, при интактности слизистой оболочки. Сохранение целостности слизистой позволяет провести операцию в асептических условиях, что существенно уменьшает риск развития осложнений. При небольшом очаге с прорастанием слизистой нам представляется целесообразным использование предложенного нами способа сегментарной резекции толстой кишки циркулярным степлером, сочетающего в себе простоту и надежность (заявка № 2001133225).

Способ осуществляется следующим образом. После идентификации патологического очага, в этом месте на стенку кишки накладываются две

держалки проксимальнее и дистальнее очага атравматической иглой с рассасывающейся нитью. Трансанально вводится и фиксируется циркулярный степлер диаметром 33 мм так, чтобы очаг находился между головкой и наковальной аппарата (рис. 1). Резецируемый участок кишки инвагинируется к оси аппарата (рис. 2, а). Для этого концы нитей (держалки) разводятся по горизонтальной линии перпендикулярно кишке, осуществляя тракцию к оси аппарата. Выполняется прошивание (рис. 2, б), после чего отсеченный участок толстой кишки выводится совместно с аппаратом. При этом, отсутствует деформация шва, а диаметр иссеченного участка достигает 3,0 см. В качестве примера успешного радикального лечения эндометриоза толстой кишки предложенным способом приводим следующее наблюдение.

Больная К. 35 лет, № истории болезни 10417 находилась на стационарном лечении в отделении лапароскопической хирургии и гинекологии областной клинической больницы г. Рязани с 4.07.2000 по 12.07.2000 с диагнозом ретроцервикальный эндометриоз, эндометриоз прямой кишки, эндометриоидная киста левого яичника. 5.07.00 выполнена операция: видеолапароскопическая аппаратная сегментарная резекция прямой кишки, овариоэктомия слева, иссечение эндометриоидного очага правой крестцовоматочной связки. Под интубационным наркозом наложен CO₂-перитонеум, через стандартные точки введены троакары, оптика, инструменты. Обнаружено наличие эндометриоидных очагов на правой крестцово-маточной связке, левом яичнике, прямой кишке (передняя стенка). После левосторонней овариоэктомии и иссечения эндометриоидного очага правой крестцово-маточной связки трансанально введен циркулярный степлер SE-EA-33, разведены головка и наковальня, между ними с помощью нитей-держалок погружена стенка кишки с эндометриоидным очагом (диаметром 1,2 см), выполнены прошивание и одновременно краевая резекция прямой кишки. При гистологическом исследовании № 15227/34 от 11.07.2000 обнаружено: очаг эндометриоза, эле-



Рис. 1. Трансанальное введение степлера и расположение над очагом эндометриоза

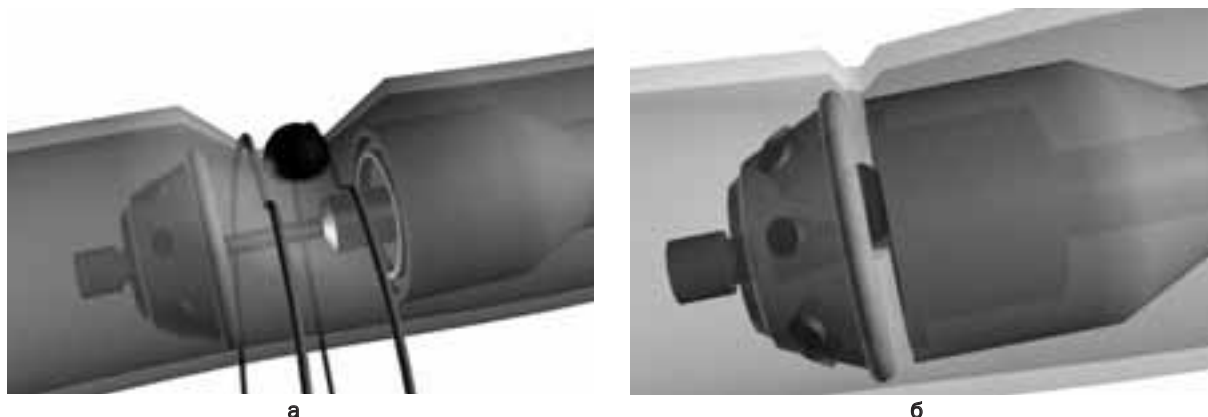


Рис. 2. Схема сегментарной резекции кишки:

а – Инвагинация очага эндометриоза между головкой и наковальней циркулярного степлера CEEA-33;
б – этап прошивания

менты фиброзной ткани с умеренной хронической воспалительной инфильтрацией. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена на 10, 30, 90 сутки, признаков рецидива заболевания не выявлено, линия швовой полосы определяется с трудом.

Предлагаемый способ позволяет уменьшить травматичность и продолжительность операции, обеспечить максимальный захват измененной стенки кишки, избежать вскрытия просвета толстой кишки и контаминации микрофлоры, что существенно снижает риск возникновения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты нашего исследования показали целесообразность использования лапароскопического доступа в лечении эндометриоза. В выборе оперативного вмешательства большое значение приобретают результаты ректо- и колоноскопии, и в особенности – эндоскопической ультрасонографии. В случаях выявления ин-

фильтрации слизистой оболочки, в зависимости от степени ее поражения показаны, либо сегментарная аппаратная, либо циркулярная резекция толстой кишки. При отсутствии патологических изменений со стороны слизистой оболочки операцией выбора является лапароскопическая резекция очага в пределах подслизистого слоя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павалькис Д., Рудинскайте Г., Саладжинскас Ж., Тамелис А. Эндометриоз толстой киш-ки. Проблемы колопроктологии. Вып. 17. М., 2000, с. 376-380.
2. Cramer D.V. Epidemiology of endometriosis. In Wilson E.A (ed). Endometriosis. New-York:Allan R. Liss, 1987: 5-25.
3. Donnes J., Nisolle M., Casanas-Roux F. Et all. Stereometric evaluation of peritoneal endo-metriosiis and endometriotic nodules of the rectovaginal septum. Hum. Reprod., 1995, 11: 224-228.
4. Koh Ch.H. International Congress of endometriosis with advanced endoscopic course (Moscow, 22-26.04.96.). Laparoscopic segmental colon resection for infiltrative bowel endometriosis, 1996.
5. Roseau G., Dumontier I., Palazzop. Rectosigmoid Endometriosis: Endoscopie Ultrasound features and elinical Implications, Endoscopy, 2000, 32,7: 525-530

КОМПРЕССИОННЫЙ ИНВАГИНАЦИОННЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Д.м.н., профессор В.В. Плотников, к.м.н.
В.В. Спирёв, к.м.н., доцент Ю.Б. Чинарёв.

ГУ «Клинический центр гастроэнтерологии» (директор – главный хирург
УЗО, к.м.н. В.Ф. Чернов), г. Курган

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

3 а последнее десятилетие в статистике онкологических заболеваний рак ободочной кишки вышел на 2 место после рака легкого [13]. Локализация опухоли в правой половине ободочной кишки встречается в 30-40% случаев [14]. Правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза является радикальным методом лечения рака правой половины ободочной кишки. При этом остается высоким количество послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов. Несостоятельность швов анастомоза составляет от 2,6 до 15,5% [5,9,15,16,17]. Послеоперационная летальность также остается высокой и колеблется от 2,9% до 13,3% [1, 2, 3, 7, 16, 17].

Основная причина неудовлетворительных результатов заключается в качестве шва и шовного материала, а также методике формирования анастомоза.

Илеотрансверзоанастомозы бок в бок и конец в бок применяются чаще в связи с технической простотой исполнения. Однако, являются по мнению ряда авторов, менее надежными. Несостоятельность швов при этих видах анастомоза составляет

от 5,0% до 16,8% [12, 13, 15]. Достаточно физиологичным и надежным является анастомоз конец в конец. Несостоятельность швов при этом способе его формирования достигает 3,3% [9, 11, 12]. Все эти виды анастомозов создаются ручным узловым способом, которому присущи характерные недостатки – фитильность, отсутствие биодеградации, биогерметичности и возникновение пилящего эффекта при проведении нити через ткани, что приводит к повреждению стенки кишки [4, 6, 10]. Все это может служить причиной развития анастомозита, несостоятельности швов, а впоследствии – стриктуры или рефлюкс-энтерита [8]. Во многом качество сформированного анастомоза зависит от опыта и технических навыков хирурга.

Анализируя результаты формирования различных видов лигатурных анастомозов, можно сделать вывод, что значительного снижения послеоперационных осложнений за счет улучшения качества ручного шва не произошло. Следовательно, разработка новых надежных, простых по своему исполнению способов формирования тонко-толстокишечных анастомозов, является актуальной проблемой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами использовалось созданное устройство для наложения компрессионных анастомозов конец в конец УКА (патент РФ № 2126657). Основными элементами устройства являются никелидтитановая пружина марки ТН – 10 со сверхэластичными свойствами и степенью восстановления до 99%, компрессионные кольца с направляющими штифтами, общая втулка с Г-образными или прямыми пазами, предохраняющая пружину от контакта с живыми тканями. С помощью штифтов и Г-образных пазов удается фиксировать компрессионные кольца в стабильном положении (рис. 1).

С целью разработки нового анастомоза было проведено экспериментальное исследование на 11 беспородных половозрелых собаках. В первой контрольной группе 5 животным был сформирован лигатурный инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз конец в конец швами Шмидена-Ламберта. Во вторую исследуемую группу вошли 6 собак, которым был сформирован компрессионный инвагинационный анастомоз конец в конец УКА диаметром – 22 мм. При сравнении времени наложения анастомозов, компрессионное соустье формируется на 5 минут быстрее лигатурного. Среднее время создания компрессионного тонко-толстокишечного анастомоза составило $8,9 \pm 0,5$ мин., лигатурного анастомоза – $14,8 \pm 0,9$ мин. ($P < 0,01$). Послеоперационных осложнений и гибели животных не было.

Продолжительность эксперимента составила 45 суток. Животных из эксперимента выводили на 3, 7, 14, 21, 45 сутки. Мы изучили рентгенологические сроки отторжения УКА, которые составили 5-7 суток. Проведено исследование механической прочности сформированных анастомозов во всех сроках эксперимента с применением методики А.В.Шотта с соавторами (1983). Оказалось, что механическая прочность компрессионного анастомоза достаточно велика и превышает физиологическое внутрипросветное давление в 6 раз уже на 3 сутки эксперимента.

Для изучения микробной проницаемости исследовали микрофлору с поверхности анастомоза. Забор производили на 3, 7, 14, 21, 45 сутки асептическими тампонами Culturett II (фирма Becton Dickinson, USA). При этом поверхность компрессионного анастомоза была стерильна во всех сроках эксперимента, а с поверхности лигатурного анастомоза высевалась патологическая флора.

Морфологическая картина инвагинационных тонко-толстокишечных анастомозов изучена на 11 макропрепаратах и 121 микропрепарате. При морфологическом исследовании установлено, что заживление лигатурного инвагинационного анастомоза протекало по типу вторичного натяжения с образованием широкого рубца. Заживление компрессионного анастомоза происходит по типу первичного натяжения. Срастание происходит сразу и по всему периметру соустья. Линия анастомоза была представлена ровной, цирку-

лярной полоской, различимой по разнице слизистых. При микроскопическом исследовании лигатурного анастомоза установлено, что полного анатомического восстановления не происходило. Эпителий регенерировал полностью, однако собственная пластинка слизистой оболочки не восстанавливалась. При микроскопическом исследовании компрессионного шва воспалительная реакция была практически не выражена. На 3-5 сутки формировались кровеносные и лимфатические сосуды. С 7 по 14 сутки развивались ранние репаративные процессы с регенерацией эпителиального пласта и лимфоплазмоцитарного слоя, в тоже время в подслизистой и серозной оболочках формировался узкий рубец. Затем, с 14 до 45 суток, наряду с эпителием восстанавливалась собственная пластинка слизистой. Формировались элементы тонко-толстокишечного клапана, представленные слизистой этих отделов кишечника, дубликатурой мышечного слоя, нервными волокнами Ауэрбаховского и Мейснеровского сплетений, кровеносными и лимфатическими сосудами. Для дальнейшей разработки новой техники операции с применением компрессионных устройств, проведено экспериментальное исследование на трупном материале. Разрешение на клиническое использование компрессионных устройств, выданное комитетом по новой медицинской технике МЗ СССР от 1990 г. (протокол № 11), положительные результаты эксперимента на животных и трупном материале, патент РФ на УКА, успешное применение компрессионных устройств в областной клинической больнице при операциях на толстой кишке, явились основанием для применения УКА при правосторонней гемиколэктомии.

В основу клинического исследования легли результаты оперативного лечения 51 больного с заболеваниями правой половины ободочной кишки с 1997 по 2004 г. Из них мужчин было 22 (43,1%), женщин – 29 (56,9%). Средний возраст составил $58,3 \pm 1,7$ лет. Злокачественные опухоли правой половины ободочной кишки послужили показанием к операции у 40 (78,4%) пациентов, доброкачественные заболевания – у 11 (21,6%) больных. В экстренном порядке оперировано 18 (35,3%) человек. Специального отбора больных для создания компрессионного анастомоза не проводили.

Техника операции

Способ формирования компрессионного анастомоза состоял в следующем. Выполнялась правосторонняя гемиколэктомия. На культях тонкой и толстой кишок под зажимами Кохера капроном № 4 накладывали кيسетные швы. После снятия зажимов в просвет обработанных антисептиками культей тонкой и толстой кишок внедряли стерильное, предварительно охлажденное до $0^{\circ}\text{C} - +4^{\circ}\text{C}$ УКА, диаметром 22, 24, 26 или 28 мм., с фиксированными компрессионными кольцами. Кисетные швы завязывали на втулке устройства и отсекали. После этого устройство снимали

с фиксаторов. При нагревании пружины тепло организма она сокращалась, сдавливая стенки кишок компрессионными кольцами. Для моделирования илеоцекального клапана накладывали отдельные серо-серозные швы, инвагинирую-



Рис. 1. Устройство для наложения компрессионного кишечного анастомоза

щие тонкую кишку и анастомоз вместе с УКА в просвет толстой кишки на расстояние до 2 см. (рис. 2). Среднее время, затраченное на формирование компрессионного анастомоза, составило 6,3±0,4 мин.

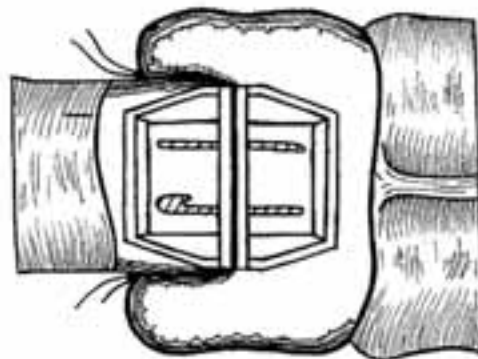


Рис. 2. Схема компрессионного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза конец в конец

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанный нами способ компрессионного инвагинационного анастомоза позволил значительно улучшить результаты лечения больных с заболеваниями правой половины ободочной кишки. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (5,9%) больных. Компрессионные анастомозы во всех случаях были состоятельны. Все осложнения связаны с техническими трудностями во время операции, выраженным спаечным процессом, наличием дисбактериоза IV ст. и продолженным перитонитом. Летальных исходов не было. Эндоскопическую картину в раннем послеоперационном периоде у больных с компрессионным инвагинационным тонко-толстокишечным анастомозом мы смогли изучить у 27 (52,9%) пациентов. Анастомоз выглядел в виде «хоботка» тонкой кишки, выступающего в просвет толстой с четкой, ровной, циркулярной, розовой складкой на вершине, диаметром от 1,0 до 1,5 см. Слизистая в зоне анастомоза была гиперемирована. Стенки соустья при инструментальной пальпации подвижны, эластичны, хорошо разводятся при инсуффляции воздуха. Анастомоз во всех случаях был свободно проходим для эндоскопа. Ирригоскопия в раннем послеоперационном периоде выполнена всем больным на 11-15 сутки. При введении бариевой взвеси под давлением 25 мм. водного столба, контрастное вещество не поступало в подвздошную кишку у 36 (70,6%) пациентов, у 12 (23,5%) появились мазки бария в тонкой кишке, и только у 3 (5,9%) отмечено попадание контраста через анастомоз в тонкую кишку. Таким образом, отдельные признаки несостоятельности вновь созданного тонко-толстокишечного клапана выявлены у 48 (94,1%) пациентов.

Отторжение компрессионных устройств, происходило в сроки от 7 до 12 суток. Среднее время элиминации составило 10,9±0,8 суток.

Мы изучили отдаленные результаты у всех пациентов, которым была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с компрессионным инвагинационным тонко-толстокишечным анастомозом конец в конец в сроки от 6 месяцев до 6 лет.

При ирригоскопии у 40 (78,4%) обследованных пациентов с компрессионным анастомозом контрастное вещество в подвздошную кишку не поступало. У 11 (21,6%) больных отмечено прохождение контраста через анастомоз в тонкую кишку, однако опорожнение ее после дефекации было полным. При эндоскопическом исследовании у 27 (52,9%) пациентов установлено, что слизистая оболочка толстой кишки и области анастомоза слизистая имела нормальную розовую окраску. Клапан тонко-толстокишечного анастомоза в виде хоботка был сомкнут, выступал в просвет толстой кишки. При раздувании воздухом он раскрывался, диаметр соустья при осмотре колебался от 1,0 до 2,0 см. Воспалительных изменений в терминальном отделе тонкой кишки не выявлялось. При инструментальной пальпации анастомоз был подвижным, безболезненным.

При изучении характера внутрипросветной флоры толстой кишки дисбактериоза III-IV ст. не обнаружено. Отклонений от нормы у 39 (76,5%) пациентов не было. У остальных больных имелся дефицит бифидумбактерий. Диспептических расстройств через полгода у всех обследованных не отмечалось. Стул был 1-2 раза в день оформленный или кашицеобразный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заживление компрессионного анастомоза происходит по типу первичного натяжения. Компрессионные устройства обеспечивают надежный гемостаз, механическую прочность и биологическую непроницаемость анастомоза, что

предупреждает развитие ранних и поздних послеоперационных осложнений. Инвагинационные швы моделируют илеоцекальный клапан кишечника, придающий арефлюксную функцию соустью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза. Вестник хирургии, 1998, № 6, с. 34-39.
2. Алиев С. А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия, 2001, № 8, с. 44-50.
3. Ананьев В.С., Орлов В.К., Хостиков Г.З. Хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста с осложненными и местнораспространенными формами рака ободочной кишки. Хирургия, 1989, № 5, с. 59 - 66.
4. Буценко В.Н., Камеристый Г.А., Ахрамеев В.Б. Отдаленные функциональные результаты правосторонней гемиколэктомии. Клиническая хирургия, 1988, №2, с.25-28.
5. Визнер А.Ф. Свисающие арефлюксные анастомозы при операциях на толстой кишке. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск, 1997, 14 с.
6. Воробьев Г.И., Минц Я.В., Веселов В.В с соавт. Комплексная оценка заживления кишечных анастомозов в раннем послеоперационном периоде. Хирургия, 1989, № 2, с. 47-51.
7. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Саламов К.Н. с соавт. Рак правой половины толстой кишки: клиника, диагностика и ближайшие результаты хирургического лечения. Вестник хирургии, 1990, № 5, с. 42-46.
8. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Капуллер Л.Л. с соавт. Функциональное состояние кишечника после правосторонней гемиколэктомии в зависимости от вида анастомоза. Анналы хирургии, 1998, № 3, с. 33-36.
9. Гришин И.Н., Аскальдович Г.И., Воробей А.В. Новый подход к завершению правосторонней гемиколэктомии. Актуальные проблемы проктологии. Тез. докл. науч.-практ. конф. Красноярск, 1991, с. 73-74.
10. Егиев В.Н. Шовный материал (лекция). Хирургия, 1998, № 3, с. 33-38.
11. Карякин А.М., Иванов М.А. Конце-концевой анастомоз при правосторонней гемиколэктомии. Вестник хирургии, 1989, № 12, с. 21-25.
12. Карякин А.М., Иванов М.А., Алиев С.А. Конце-концевой анастомоз как метод выбора при правосторонней гемиколэктомии. Вестник хирургии, 1998, № 1, с. 36-38.
13. Пророков В.В., Залит В.И., Кныш А.И. с соавт. Интенсивная предоперационная гипоксидиотерапия в комбинированном лечении больных раком ободочной кишки. Хирургия, 2001, № 6, с. 38-42.
14. Сирота В.Б. Инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз конец в конец в хирургии рака правой половины ободочной кишки. Дис. канд. мед. наук. Алма-Ата, 1990, 20 с.
15. Тимофеев Ю.М., Ананьев В.С. Илеотрансверзоанастомоз конец в конец при правосторонней гемиколэктомии. Хирургия, 1999, № 1. с. 39-40.
16. Cubertafond P., Cucchiario G., Lesourd-Pontonnier F., Gainant A. Early postoperative complications of resection anastomosis in colonic and colorectal surgery. An analysis of 624 cases. Chirurgie, 1992,118 (1-2): 86-91.
17. Kracht M. Manual or mechanical right colon anastomosis? Chirurgie, 1990,116 (4-5): 415-418.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С.В. Городнов, А.В. Жинов

Ульяновский областной онкологический диспансер

ВВЕДЕНИЕ

Рак прямой кишки совместно с другими злокачественными опухолями толстой кишки занимает 4-5 место в мире среди остальной онкологической патологии. В США смертность от колоректального рака в 3,9 раз выше, чем от рака желудка. С 1998 года в США рак толстой кишки вышел на 1 место и на 2 место в Европе после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. В 2000 г. в России выявили 47,6 тыс. новых случаев колоректального рака, что на 11,6 тыс. (24%) превысило число заболевших в 1989 г. Мужчины заболевают в 1,5 раза чаще, чем женщины [10, 11]. Статистика последних лет свидетельствует о значительном увеличении числа больных раком прямой кишки. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 7 % и опережает девять основ-

ных локализаций опухолей, включая рак лёгкого и молочной железы [3]. По данным различных авторов у больных с I-II стадией или по классификации Duke's A и B пятилетняя выживаемость составляет 62-98%, с III стадией или по классификации Duke's C – 30-70% [2, 9, 13, 15, 16]. Несмотря на существенный прогресс клинической онкологии в последние годы, ведущая роль в лечении больных колоректальным раком сохраняется за хирургическим методом [8]. Лечение рака прямой кишки предусматривает максимальную хирургическую активность, направленную на удаление первичной опухоли. В последнее время пересмотрено отношение к местнораспространенному раку. Целесообразным считается прибегать к расширенным и сочетанным операциям [4, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Ульяновской области отмечается рост заболеваемости и смертности от рака прямой кишки. В структуре онкопатологии это заболевание занимает 6 место. У значительной части больных уже при первичном обращении опухоль носила местнораспространенный характер. Распределение по стадиям среди больных раком прямой кишки в Ульяновской области, Российской Федерации и Онкологическом научном центре [11] отражено в таблице 1.

Согласно данным представленным в таблице видно, что большинство больных в Ульяновской области в 2002 году были с III-IV стадиями заболевания.

Прогноз при лечении этих больных остается неутешительным. По статистическим данным, 5-летняя выживаемость на всю группу первично зарегистрированных больных раком толстой кишки остается на уровне 30% [11].

Материалом для наших исследований послужили 905 пациентов которым выполнены плановые радикальные операции по поводу рака прямой кишки в период с 1989 по 2002 год в абдоминальном отделении Ульяновского областного клинического диспансера. Мужчин было 426 (47,1%), женщин 479 (52,9%).

Во всех случаях наличие раковой опухоли в прямой кишке было подтверждено клиническими, эндоскопическими, лучевыми и морфологически-

ми исследованиями. Характер проведенных оперативных вмешательств определялся локализацией опухоли, стадией заболевания, анатомическими особенностями и выраженностью сопутствующей патологии.

Экстирпация прямой кишки выполнена 431 (47,6%) больному. Операцию завершали формированием сигмостомы в левой подвздошной области.

Резекция прямой кишки выполнена 132 пациентам (14,6%). Преимущественно применяли ручной способ наложения анастомоза, 13 (9,8%) больным анастомоз был наложен сшивающим аппаратом АКА-2. Столь редкое использование сшивающих аппаратов было обусловлено наличием осложнений при использовании АКА-2, а также дороговизной и отсутствием одноразовых аппаратов с дозированной компрессией.

Брюшно-анальные резекции с низведением кишки выполнены 170 (18,8%) пациентам. В большинстве случаев низведенная кишка была проведена через демукозированный анальный канал с оставлением ее избытка, который в последующем отсекался.

Операция Гартмана выполнена 137 (15,1%) больным. Причинами отказа от наложения анастомоза являлись частичная кишечная непроходимость, параканкрозные воспалительные измене-

Таблица 1. Распределение больных по стадиям заболевания

Регион	Год	Стадия заболевания, в %		
		I-II	III	IV
УО	1989	32,9%	45,0%	22,1%
	2002	13,1%	50,8%	36,1%
РФ	2002	36,0%	33,0%	31,0%
ОНЦ	2001	11,7%	60,6%	27,7%

ния, глубокий узкий таз, ожирение, тяжелое общее состояние больных в связи с интоксикацией и сопутствующей соматической патологией, а также у больных с высоким риском местного рецидивирования.

В 35 (3,9%) случаях произведено трансректальное удаление опухоли и сегментарные органосохраняющие резекции прямой кишки.

Комбинированные операции выполнены 51 (5,6%)

больному. Одновременно с удалением прямой кишки производили резекцию влагалища, тонкой кишки, сальника, иссечение метастазов в брыжейке тонкой кишки, ампутацию матки и придатков. У 7 больных, наряду с вмешательством на прямой кишке, были одновременно выполнены оперативные вмешательства на печени – сегментэктомия, бисегментэктомия, атипичные краевые резекции печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе характера оперативных вмешательств выполненных в абдоминальном отделе УООД с 1991 по 2002 год отмечено значительное увеличение доли сфинктеросохраняющих операций с 43,8% до 62,2% (рис. 1). Этот вид оперативных вмешательств безусловно влияет на качество жизни больных и способствует возвращению пациентов в прежнюю социальную среду.

При гистологическом исследовании удаленных препаратов в подавляющем большинстве случаев (94,7%) выявлена аденокарцинома той или иной степени зрелости, что сопоставимо с литературными данными [5].

При морфологическом изучении удаленных во время операции препаратов отмечено преобладание распространенных форм рака (Т3-Т4), которые наблюдались в 89,1%. Регионарные метастазы обнаружены у 28,4% прооперированных больных.

Летальность после радикальных операций на прямой кишке составила 3,6%. Ведущей причиной смерти был послеоперационный перитонит. На наш взгляд, основными путями уменьшения послеоперационной летальности являются: правильный выбор характера и объема оперативного вмешательства, тщательное выполнение всех этапов операции, профилактика послеоперационных гнойных осложнений и адекватное их лечение.

Важной проблемой онкопроктологии является местнораспространенный рак прямой кишки, который диагностируется у 40-50% больных. Из них радикальному оперативному лечению подвергается лишь каждый третий пациент. Основ-

ной причиной отказа от хирургического лечения является распространение опухолевого процесса на окружающие ткани. [5]

Хирургическое лечение местно-распространенных опухолей прямой кишки основано на внедрении в практику расширенных и комбинированных вмешательств. Объем этих операций определяется особенностями распространения опухоли на прилежащие ткани и органы (матку, влагалище, мочевого пузырь, тонкую кишку и другие органы) [13]. Наш клинический материал включает 51 больного которым выполнены комбинированные операции (таблица 2).

Важным является тот факт, что при переходе опухолевого процесса на другие органы малого таза возможно выполнение сфинктеросохраняющих операций [6].

После комбинированных оперативных вмешательств летальность составила 3,9%.

Осложнения после радикальных оперативных вмешательств на прямой кишке возникли у 174 (19,2%) человек. Анализ послеоперационных осложнений приведен в таблице 3.

Наиболее часто встречались гнойные осложнения в виде нагноения ран, абсцессов – 102 наблюдения. Причиной их служило эндогенное инфицирование при вскрытии просвета кишки.

Некроз низведенной кишки наблюдали у 34 больных (19,5%). Основными его причинами являлись неправильный выбор показаний к низведению при неблагоприятной сосудистой архитектонике, нарушение микроциркуляции, технические погрешности при выполнении операции – избыточное натяжение, перекрут низведенной кишки.

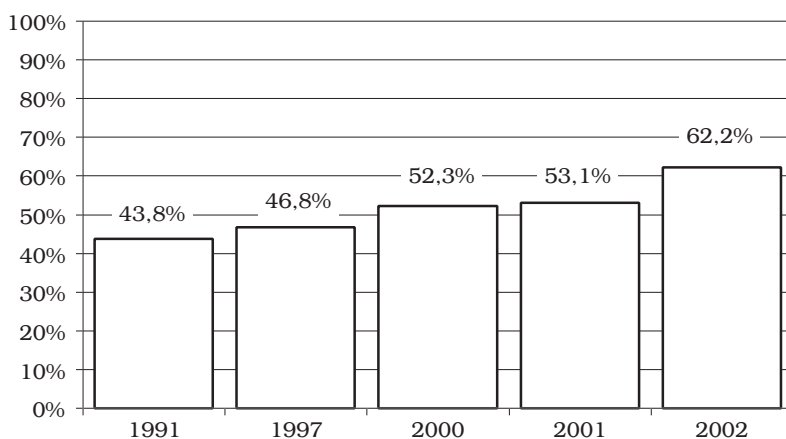


Рис. 1. Удельный вес сфинктеросохраняющих операций в общей структуре операций

У 6 пациентов некроз низведенной кишки распространился проксимальнее анального канала с развитием тазового абсцесса и калового перитонита. Этим больным было выполнено удаление низведенной кишки. 13 пациентам наложена колостомы с дренированием малого таза и последующим консервативным лечением. После стихания воспалительного процесса большей части больных выполняли операции по закрытию колостомы. Остальным 15 пациентам проводили консервативные мероприятия, не требующие наложения колостомы.

Наиболее грозное осложнение после чрезбрюшной резекции прямой кишки – несостоятельность колоректального анастомоза. Это осложнение имело место в 13 случаях. Основными причинами несостоятельности швов были – нарушение кровоснабжения кишки в анастомозируемой

зоне, сужение просвета в зоне анастомоза швами или в результате отека, натяжение сшиваемых тканей. Данные осложнения в 7 случаях потребовали повторного оперативного вмешательства – наложения колостомы и дренирование малого таза. В 6 случаях проводили консервативные мероприятия, приведшие к формированию наружного кишечного свища с последующем его закрытием.

Прослежены результаты 5 летней выживаемости больных. При раке прямой кишки I-II стадии она составила 65,5%, при III стадии – 46,8%.

После комбинированных оперативных вмешательств 5 летняя выживаемость составила 32%. Безрецидивная пятилетняя выживаемость составила 24%. Кроме того, удаление первичной опухоли устраняет угрозу кишечной непроходимости, кровотечения, болевого синдрома [14].

Таблица 2. Комбинированные операции у больных раком прямой кишки

	Экстирпация	Передняя резекция	БАР	О. Гартмана	Всего
Ампутация матки	4	1	1	4	10
Овариоэктомия	4	0	1	6	11
Резекция стенки влагалища	12	0	1	0	13
Резекции печени	3	2	1	1	7
Резекция сальника	1	0	0	0	1
Брыжейка тонкой кишки	1	1	0	0	2
Резекция тонкой кишки	2	1	0	4	7
Всего	27	5	4	15	51

Таблица 3. Структура послеоперационных осложнений при лечении рака прямой кишки

Характер осложнений	Абсолютное количество	%
Нагноение раны	85	48,9%
Абсцессы	17	9,8%
Резекция сальника	34	19,5%
Некроз низведенной кишки	13	7,5%
Несостоятельность анастомоза	3	1,7%
Острая кишечная непроходимость	3	1,7%
Несостоятельность культи прямой кишки	3	1,7%
Повреждение мочеточника	6	3,4%
Острая задержка мочи	4	2,3%
Травма уретры	1	0,6%
Кровотечение	5	2,9%
Всего	174	100%

ВЫВОДЫ

1. Основным осложнением после радикальных оперативных вмешательств на прямой кишке являются гнойно-воспалительные процессы.
2. Комбинированные хирургические вмешательства практически не ухудшают непосред-

ственный результат лечения, приводят к увеличению пятилетней выживаемости и устраняют угрозу кишечной непроходимости и кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. – М.: Медицина, 1997, 304 с.
2. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. – М.: Медицина, 1987, 320 с.
3. Злокачественные новообразования в Российской Федерации в 1993. Под ред. В.И Чисова, В.И. Старинского, Л.В. Ременник. – М., 1995, I, 118-126.
4. Александров И.И. Некоторые факторы прогноза и выживаемость больных после комбинированного лечения рака прямой кишки. Материалы V Всеросс. съезда онкологов «Высокие технологии в онкологии». Казань, 2000, 192-194.
5. Гатауллин И.Г. Расширенные и комбинированные операции при раке прямой кишки. Материалы VII Российского онкологического конгресса. – М., РАМН, 2003, 67-70.
6. Гуляев А.В., Мусукаев Х.М., Рыбин Е.П. Комбинированные и расширенные операции при раке прямой кишки. В кн. Диагностика и лечение рака прямой кишки, 1983, 101-106.
7. Костромина К.Н., Одарюк Т.С., Царьков П.В. Комплексное лечение рака прямой кишки. В кн. Актуальные проблемы колопроктологии. – Иркутск, 1999, 159-160.
8. Моисеенко В.М. Адвантное лечение больных раком ободочной кишки. Материалы V ежегодной российской онкологической конференции. – М., РАМН, 2001, 21-23.
9. Одарюк Т.С., Костромина К.Н., Севостьянов С.И. Непосредственные результаты комплексного лечения рака прямой кишки. Проблемы колопроктологии. – М., 1996, вып. 15, 180-184.
10. Переводчикова Н.И. Химиотерапия метастатического колоректального рака. Новое в терапии колоректального рака. – М., 2001, 63-73.
11. Пророков В.В. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки. Практическая онкология, 2002, Т. 3, № 2, 77-81.
12. Покровский Г.А., Одарюк Т.С., Царьков П.В. Современный подход к раку прямой кишки. Хирургия, 1998, № 9, 54-61.
13. Симанов Н.Н., Гуляев А.В., Правосудов И.В. Современные подходы к радикальному хирургическому и комбинированному лечению рака прямой кишки. Вестник хирургии, 1997, т. 156, № 6, 27-30.
14. Стенина М.Б. Рак ободочной кишки: стандартное обследование для оценки степени распространения и выбор лечебной тактики с учетом предоперационной стадии заболевания. Практическая онкология, 2000, № 1, 10-13.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Проф. Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Качмазов А.К., Джиев С.А.

Кафедра госпитальной хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии, Владикавказ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Одной из актуальных проблем современной неотложной хирургии и колопроктологии является лечение больных с низким колоректальным раком, осложненным непроходимостью [1, 3, 5, 8]. Данные литературы по этому поводу носят противоречивый характер. Часть авторов являются сторонниками одноэтапных оперативных вмеша-

тельств, другие предлагают делать операции в два этапа: на первом этапе – формирование разгрузочных стом, а на втором (через 1-2 месяца) – выполнение радикального вмешательства [1, 2, 5, 9]. Противоречивы также предложения по объему и длительности предоперационной подготовки [1, 2, 3, 6, 9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 123 больных госпитализированных в Клиническую больницу скорой помощи г. Владикавказа, в экстренном порядке с 1983 по 2003 гг. Большинство пациентов были в возрасте от 50 до 70 лет. Из 123 больных у 11,6% опухоль локализовалась на высоте до 6см от края ануса, у 19,5% пациента – от 6 до 12 см и у 69,9% – выше 12 см. Первая степень тяжести физического состояния выявлена у 13,6% пациентов, вторая – у 45,4%, третья – у 37,5%, и четвертая – у 3,5%. У 117 (95,1%) больных выявлена аденокарцинома, у 4 (3,2%) – слизистый рак и плоскоклеточный у 2 (1,6%).

Хирургическая тактика в клинике перетерпела 3 этапа. На первом этапе с 1983 по 1987 гг. использовалась общепринятая хирургическая тактика. Из 16 больных госпитализированных в клинику 15 произведены лапаротомии с наложением стом и только одного пациента оперировали радикально. Второй, радикальный этап через 3-4 месяца, в этой группе больных удалось выполнить только у 6 пациентов. Семеро больных умерли после оперативного вмешательства, у остальных двух выявлены метастазы.

С 1988 г. в клинике разработан и используется сле-

дующий лечебно-диагностический алгоритм. При отсутствии перитонита, поступающим больным, после общеклинических методов обследования производится обзорная рентгенография брюшной полости, пальцевое исследование и ректоскопия. Длительность декомпрессионной и корригирующей терапии составляет 6 часов. На основании клинико-рентгенологических данных определяется стадия нарушения проходимости прямой кишки.

Для первой стадии характерно, на фоне декомпрессионной и инфузионной терапии, обильное отхождение каловых масс и газов, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния. Объективными критериями являются: на обзорной рентгенограмме брюшной полости уменьшение объема газа над уровнем жидкости на 30% и более, а также диаметр просвета кишки в области опухоли более 10 мм. Такое течение непроходимости мы наблюдали у 34,1% (42) больных.

Для второй стадии характерно умеренное отхождение каловых масс и газов, некоторое уменьшение вздутия, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния. На обзор-

ной рентгенограмме брюшной полости уменьшение объема жидкости и газа на 30% и менее, диаметр просвета кишки 6-10 мм. Вторая стадия выявлена у 26% (32) больных.

Для третьей стадии – отхождение кишечного содержимого в незначительном количестве или его отсутствие, сохранение вздутия живота и болевого синдрома, ухудшение, как правило, общего состояния. Объективные критерии – на обзорной рентгенограмме брюшной полости нарастание объема газа над уровнями жидкости, диаметр просвета кишки менее 5 мм. Третья стадия нарушения проходимости отмечена у 20,3% (25) больных.

Для четвертой стадии характерно наряду с явлениями острой кишечной непроходимости развитие перитонеальных симптомов (19,5% (24) больных).

При первой стадии продолжается декомпрессионная терапия на фоне коррекции метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний в течение 7-10 дней. Во время предоперационной подготовки производится УЗИ органов брюшной полости, при необходимости – колоноскопия, ирригоскопия. Одноэтапное (радикальная или паллиативная резекции) оперативное вмешательство выполняется при отсутствии или наличии единичных отдаленных метастазов. Наличие

множественных метастатических поражений является показанием к наложению двустольной петлевой сигмостомы через мини-доступ.

При 2 и 3 стадиях на первом этапе осуществляется попытка реканализации ракового канала. Положительный результат был достигнут у 15 больных, в связи с чем, дальнейшая тактика была аналогична первой стадии. В последние 8 лет, при отрицательном результате в течение 6-24 часов, (при 2 – стадии в течение 12-24 часов, при третьей 6-12), через мини доступ в правом подреберье накладывается петлевая трансверзостома (ранее выполнялась радикальная операция). Через 7-10 дней производится радикальное оперативное вмешательство. В случае локализации опухоли выше 6 см – наложение анастомоза с сохранением трансверзостомы, ниже-экстирпация прямой кишки.

При 4 стадии (непроходимость, осложненная перитонитом) оперативное вмешательство выполняется в течение 2-3 часов. Наличие множественных отдаленных метастазов является показанием к оперативному вмешательству в объеме двустольной петлевой колостомы, при их отсутствии – к радикальному оперативному вмешательству с наложением колостомы. Следует отметить, что в наших наблюдениях не было случая перитонита у больных с опухолями расположенными ниже 7 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего резекции прямой кишки выполнены у 96 больных. Передние резекции произведены 67 пациентам, из них у 25 – одноэтапным оперативным вмешательством, у 11 – двухэтапным и 31 – трехэтапным. Низкие передние резекции прямой кишки выполнены у 21 пациента, в том числе одноэтапные – у 8, в два этапа – у 2, в три этапа – у 11 больных. У 8 больных выполнена экстирпация прямой кишки, в один этап – у 3, в три этапа – у 5 больных.

При наложении двустольной петлевой колостомы нами для предупреждения ретракции стомы и развития грубых рубцовых изменений по ее задней стенке, разработан новый способ и устройство для его осуществления. На передней стенке делается разрез размером позволяющий без травмы вывести поперечную ободочную кишку. Поперечная ободочная кишка выводится на переднюю брюшную стенку и подшивается к краям раны нитями, ранее наложенными на кожу и брюшину. По противобрыжеечному краю специальным троакаром прокальвается кишечная стенка и удаляется содержимое кишки. Рана кишки расширяется продольно до 3-3,5 см., просвет обрабатывается раствором антисептика. Края раны через все слои подшиваются к коже ранее наложенными нитями. На этих же нитях вокруг кишки завязывается марлевый валик, смоченный раствором антисептика. Затем на брыжеечную полуокружность через все слои накладывают до 5-7 кетгутовых швов, которые подвязываются к специальному турнику, таким обра-

зом, чтобы задняя стенка стомы была выше уровня кожи (рис 1).

При передней резекции анастомоз накладывается по разработанному в клинике «Способу защиты анастомоза» (авторское свидетельство N 4935187/14 (023251) от 27.09.91 г).

Способ осуществляется следующим образом: после мобилизации и резекции участка толстой кишки, в прямую кишку вводится компрессионный сшивающий аппарат АКА-2. К специально приспособленной петле на стопорном винте аппарата подвязывается полиэтиленовый «рукав», собранный вовнутрь в виде гармошки. Затем свободный конец «рукава» надевается на концевое сшивающее кольцо и подвязывается на стержне. На «рукав» и сшивающее кольцо надевается проксимальная культя ободочной кишки, которая также перевязывается на стержне. На стержне аппарата по общепринятой методике перевязывается также дистальная культя. Кольца соединяются и прошиваются. Аппарат вместе с привязанным к петле концом полиэтиленового «рукава» извлекается из прямой кишки. Избыток полиэтиленового «рукава», выступающего из прямой кишки более чем на 5 см, отсекается. В результате зона анастомоза оставалась вне контакта с кишечным содержимым (рис 2).

При низкой передней резекции (6-12 см) используем анастомоз так же разработанный в клинике N 2002113825/14 (014563) от 3.07.2003 г.

Способ осуществляется следующим образом: после произведения лапаротомии, ревизии, моби-

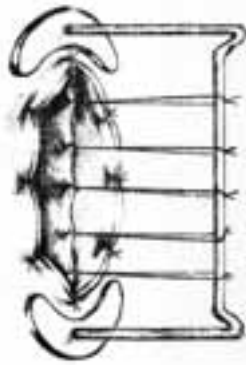


Рис. 1 Схема фиксации кишки при формировании стомы.

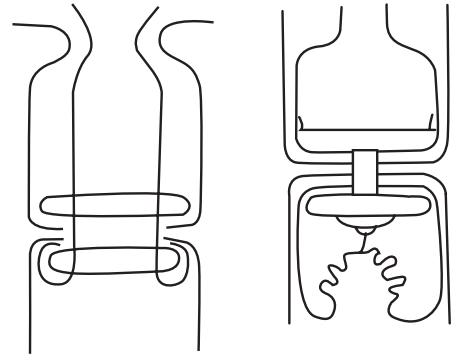


Рис. 2 Схема защиты анастомоза.

лизации, резекции дистальных отделов толстой кишки на уровне верхней границы анального канала, циркулярно отпрепаровывают слизистую на дистальной культте до 1,5 см. Затем, в проксимальную культю вводят предварительно простерилизовав в хлоргексидиновом растворе устройство, имеющее два канала – один канал с клапаном для подачи воздуха в резервуар (2) и другой для отведения из просвета кишки содержимого (3), диаметром дренажной трубки 1,5 см, фиксируют его с помощью серозно-мышечного кисетного шва ниже раздутого до диаметра кишки резервуара находящегося в начальном отделе трубки (4). После этого накладывают серозно-

мышечные швы по всей окружности на уровне максимального диаметра резервуара и прошивают дистальную культю этими же нитями по окружности через демуколизированную поверхность и все слои с захватом фасции леваторов. Дистальный конец трубки, выведенный через анальный канал подтягивают, проксимальную культю толстой кишки низводят к дистальной, лигатуры завязывают. Размеры баллончика уменьшают до таких объемов, чтобы не оказывать давление на кишечную стенку на уровне шва. Трубку подтягивают до соприкосновения серозной оболочки низведенной кишки с демуколизированной поверхностью дистальной культи и с помощью резиновой пластины (6), устанавливаемой на выходе из ануса, производят фиксацию (рис 3).

Содержимое просвета толстой кишки спонтанно эвакуируется по дренажной трубке наружу. На пятые сутки воздух из резервуара дренажа спускается, и устройство легко извлекается из толстой кишки.

Паллиативные операции выполнены 12 больным, в том числе прицельные сигмостомы через минидоступ 8 пациентам.

Из 16 больных, при лечении которых доминировала тенденция наложения разгрузочных колостом после лапаротомии, умерло 7 (43,7%).

Применение новой хирургической тактики и новых методов лечения, разработанных в клинике, позволили снизить послеоперационную летальность до 1,9% (2 больных), оба пациента умерли после операции Гартмана. После 3-х этапных операции с использованием прицельных проксимальных стом летальных исходов не было. Несостоятельность анастомоза, в виде свища, выявлена у 2 больных с колоанальными анастомозами наложенных после одноэтапных операции. После консервативного лечения свищи зажили. Всего воспалительные осложнения выявлены у 18 (16,8%) пациентов.

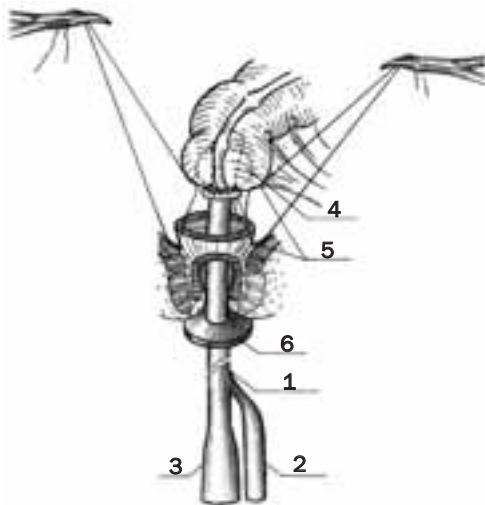


Рис. 3 Схема низкой передней резекции:

- 1 - двухканальный катетер;
- 2 - канал с клапаном;
- 3 - дренажный канал;
- 4 - кисетный шов;
- 5 - серозно-мышечные швы;
- 6 - фиксирующая пластина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная клинико-рентгенологическая классификация позволяет четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства. Внедрение трех этапных оперативных вмеша-

тельств с укороченным межоперационным периодом и новых методов хирургического лечения, позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов до уровня плановых операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь, 1980, 304 с.
2. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Ахметов И.Х., Меньшиков А.М., Баталов М.Ю., Лопатин В.М. Лечение осложненных форм колоректального рака. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России, Самара, 2003, с. 206-208.
3. Гончаров Ю.И. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном толстокишечной непроходимостью. Дис. канд. мед. наук. М., 1989, 143 с.
4. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. СПб: Питер, 1999, 443 с.
5. Рычагов Г.П., Кремь В.Е. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России. Самара, 2003, с. 290-292.
6. Чумак В.Н., Субботин В.М., Сорокин В.В., Анисимова Г.В., Петропавловский А.И. Некоторые хирургические аспекты осложненного колоректального рака. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России. Самара, 2003, с. 219-220.
7. Braga M., Tonini C., Missale G. et al. Potologia colorectale morlilite e mortalite nel trattamento chirurgico d'urgenza. Acta chir. Ital., 1986, 42, 6: 1381-1392.
8. Leffal L.D. Colorectal cancer. J. Natl. Med. Assoc., 1985, 77(4): 265-268.
9. Phillips R.K.S., Hittinger R., Fey J.S. Malignant large bowel obstruction. Brit.Surg., 1985, 72 (4): 296-302.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕСТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Проф.Ш.Х.Ганцев, к.м.н. К.Ш.Ганцев, Ж.Т.Кулжабаева

Башкирский государственный медицинский университет
(ректор – проф. В.М.Тимербулатов), г. Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Хирургический метод лечения больных колоректальным раком остается основным в арсенале онкологов [1,2,3].

Операции в онкологии нами условно разделены на две группы – стандартные и нестандартные. Стандарт операции – это исторически сложившийся, патогенетически обоснованный объем хирургического вмешательства, достаточный для радикального лечения определенного патологического процесса. Эти операции являются основными в практической онкологии, они включены в Федеральные стандарты, как базовые, рекомендуемые операции при лечении онкологических больных. Стандартные операции могут включать и вмешательство на путях лимфатического оттока.

К нестандартным операциям нами отнесены – комбинированные, сочетанные, одномоментные, циторедуктивные, реконструктивно-восстановительные, паллиативные, органосохраняющие хирургические вмешательства. В настоящем исследовании нами изучены отдаленные результаты при трех вариантах нестандартных операций – комбинированных, сочетанных и паллиативных. Нами проанализированы медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты, годовые отчеты отделений) и электронная база данных Башкирского республиканского канцеррегистра 1386 больных раком толстой кишки, оперированных за последние 10 лет. Из них 736 пациентам выполнены паллиативные операции: обходные анас-

томозы – 103 больным, циторедуктивные операции при раке прямой кишки и ободочной кишки – 100 и 77 соответственно, комбинированные операции – 119, и сочетанные операции – 51 больному. Контрольная группа включала данные о 100 пациентах, которым выполнены стандартные операции по поводу колоректального рака.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по всем основным критериям – пол, возраст, стадия рака, морфология и т.д.

В гистологической структуре всех локализаций преобладала аденокарцинома (79,2%).

Комбинированные операции (табл. 1) при раке ободочной кишки чаще всего сопровождалась резекцией тонкой кишки (24 случая), овариоэктомией (10 наблюдений).

Комбинированные операции при раке прямой кишки (табл. 2) чаще всего сопровождалась резекцией задней стенки влагалища (9 наблюдений), резекцией предстательной железы (8 случаев).

Сочетанные операции при колоректальном раке чаще всего сопровождалась овариоэктомией (24 случая).

Для оценки сроков жизни нами использовалась медиана выживаемости, определяемая как период времени, за который погибает половина больных исследуемой группы. Детальному изучению отдаленных результатов подвергнуты больные, которые перенесли комбинированные и сочетанные операции, так как продолжительность жизни в этих группах более значительна чем в группах паллиативных и циторедуктивных операций.

Для вычисления основных критериев использовалась компьютерная программа Statistica 6.0 фирмы IStatSoft (США).

При анализе выживаемости в зависимости от различных факторов выявлено, что продолжительность жизни наибольшим образом зависит не только от распространенности опухолевого процесса, морфологической формы, локализации опухоли, но и от вида операции, немаловажную роль играет возраст пациента.

В таблице 6 и рисунке 1 приводится сравнительная характеристика показателей выживаемости больных колоректальным раком после сочетанных и стандартных операций. Как следует из приведенных данных, различия между показателями выживаемости больных во всех интервалах наблюдения были статистически значимыми.

Как показано на рис. 1, у больных колоректальным раком II стадии медиана выживаемости при сочетанных операциях составляет 108 месяцев, в контрольной группе 36 месяцев.

У больных с III стадией заболевания трехлетняя выживаемость с сочетанными операциями составляет – 69,3%, при стандартных операциях – 70,2%. Пятилетняя выживаемость при сочетанных операциях – 49,7% и в контрольной группе составляет 56,6% (рис. 2). Различия между показателями одно-, трехлетней выживаемости недостоверны, но показатели пяти-, семилетней выживаемости статистически значимы (табл. 7).

С IV стадией рака толстой кишки прооперировано 14 больных. У больных с четвертой стадией одноступенчатая выживаемость при сочетанной патоло-

гии составила 86%, при комбинированных операциях 81%. Через 4 года выживаемость при сочетанных операциях составила 20%, при комбинированных – 6%.

Как следует из табл.8, различия между показателями выживаемости статистически значимы во всех интервалах наблюдения.

При анализе выживаемости в зависимости от наличия регионарных метастазов наблюдается прямая зависимость. При метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов трехлетняя выживаемость составила 55% против 74%, пятилетняя – 43% против 68%. Таким образом, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах является одним из самых важных факторов прогноза продолжительности жизни.

При исследовании выживаемости в зависимости от локализации, можно сделать заключение, что продолжительность жизни данной категории больных практически не зависит от локализации опухоли. Оценивая выживаемость больных колоректальным раком в зависимости от возраста, мы выявили следующую закономерность: наибольшая вероятность прожить более 5 лет после операции имеется у больных в возрастных категориях 51-60 лет – 71%, и 6-70 лет – 66%. Наименьшая выживаемость имеется в группе 31-40 лет (трехлетняя выживаемость – 69%, пятилетняя выживаемость – 47%).

Проведя однофакторный анализ по разным признакам, мы видим, что продолжительность жизни больных колоректальным раком зависит от стадии опухоли, вида произведенного оперативного лечения, морфологического строения и наличия регионарных метастазов. Учитывая все эти факторы, мы можем прогнозировать продолжительность жизни отдельного индивида. В зависимости от полученных результатов факторы прогноза нами закодированы таким образом, что при увеличении кода значения факторов на 1 отдаленные результаты ухудшаются.

Помимо анализа влияния факторов прогноза на продолжительность жизни изучаемых больных, нами определены предикторные факторы, влияющие на исход операции. Нами выделены следующие факторы прогноза – физическое состояние и возраст пациента, объем хирургического вмешательства, состав хирургической и анестезиологической бригады, материально-технический уровень лечебной базы (табл. 9).

Кодировка факторов прогноза по локализациям рака обязательно включала стадию и локализацию опухоли, ее морфологический вариант, вид и объем хирургического вмешательства.

Для исследования влияния прогностических факторов на выживаемость нами был проведен многофакторный анализ с использованием логистической регрессии, позволяющий аппроксимировать зависимость вероятности выжить P от прогностических факторов x_1, x_2, \dots, x_n . (1). b_0, b_1, \dots, b_n – искомые коэффициенты регрессии.

$$P(X_1, X_2, \dots, X_n) = \frac{e^{b_0 + b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + \dots + b_n \cdot x_n}}{1 + e^{b_0 + b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + \dots + b_n \cdot x_n}} \quad (1).$$

Таблица 1. Варианты комбинированных операции при раке ободочной кишки

Виды операции на органах брюшной полости	Основные виды операции					Всего
	гемиколэктомия справа	резекция поперечной ободочной кишки	гемиколэктомия слева	резекция сигмовидной кишки	резекция ректосигмоидного отдела	
Спленэктомия	-	-	7	-	-	7
Холецистэктомия	5	-	-	-	1	5
Краевая резекция правой доли печени	2	-	-	-	-	3
Резекция правой доли печени + холецистэктомия	2	3	-	-	-	2
Атипичная краевая резекция желудка	-	-	-	-	-	3
Резекция тонкой кишки	4	-	7	13	-	24
Ампутация матки с придатками	-	-	-	4	-	4
Овариозэктомия	-	-	-	6	4	10
Резекция купола слепой кишки	-	-	-	-	-	1
Резекция поперечной ободочной кишки	-	-	2	-	1	2
Резекция мочевого пузыря	3	-	-	5	-	8
Иссечение передней брюшной стенки	4	-	-	-	-	6
Итого	20	3	18	28	6	75

Таблица 2. Варианты комбинированных операций при раке прямой кишки

Виды операции на органах брюшной полости	Основные виды операции					Всего
	брюшно-анальная резекция	брюшно-промежностная экстирпация	передняя резекция прямой кишки	резекция по Гартману	экстирпация кульцированной кишки	
Резекция тонкой кишки	2	-	3	-	1	6
Ампутация матки с придатками	1	-2	-	1	-	4
Экстирпация матки с придатками	1	1	-	-	-	2
Овариозэктомия	2	3	-	1	-	6
Резекция задней стенки влагалища	-	9	-	-	-	9
Резекция мочевого пузыря	-	-	4	3	-	7
Плоскостная резекция предстательной железы	-	8	-	-	-	8
Пересадка мочеточника	2	-	-	-	-	2
Итого	8	23	7	1	1	44

Таблица 3. Характер паллиативных и циторедуктивных операций при раке прямой кишки

Операции	Всего
Брюшно-анальная резекция прямой кишки	35
Экстирпация прямой кишки	26
Передняя резекция прямой кишки	14
Операция Гартмана	25
Формирование колостомы	537
Итого	637

Таблица 4. Характер паллиативных и циторедуктивных операций при раке ободочной кишки

Операции	Всего
Гемиколэктомия справа	29
Резекция поперечно-ободочной кишки	10
Обходной анастомоз	105
Резекция сигмовидной кишки	16
Формирование колостомы	94
Обструктивная резекция сигмовидной кишки	7
Гемиколэктомия слева	15
Итого	276

На основе однофакторного анализа были выявлены и использованы для многофакторного анализа наиболее значимые факторы и на их основе разработана шкала факторов прогноза, параметры которых закодированы.

Для количественной оценки прогноза жизни нами разработана методика расчета коэффициента прогноза (К), основанная на шкале факторов прогноза. Она позволяет объективно оценивать прогноз жизни в зависимости от факторов прогноза. На основании многофакторного анализа рассчитаны коэффициенты прогноза, позволяющие оценить вероятность выжить в зависимости от значений прогностических факторов по формуле (1).

Коэффициенты прогноза рассчитываются по формуле (2) и показывают, во сколько раз увеличивается отношение шансов выжить к отношению шансов умереть при увеличении кода зна-

чения факторов прогноза на 1 (отношение шансов – отношение вероятности выжить к вероятности умереть):

$$K_i = e^{bi} \quad (2).$$

Тогда вероятность выжить можно выразить через коэффициенты прогноза (3):

$$P = \frac{K * П K}{1 + K * П K} \quad (3).$$

Наиболее значимыми факторами прогноза выживаемости являются стадия и локализация (табл.10). Используя коэффициенты факторов прогноза и специальную формулу можно рассчитать отношение шансов выжить больного раком толстой кишки, что позволит осуществить индивидуальный подход к лечению этих пациентов.

Таблица 5. Частота и виды сочетанных операций при колоректальном раке

Операции по поводу сопутствующей патологии	Основные виды операции						Всего
	гемиколэктомия справа	гемиколэктомия слева	резекция сигмовидной кишки	резекция ректосигмоидного отдела	брюшно-анальная резекция прямой кишки	брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	
Холецистэктомия	3	-	-	-	1	3	7
Экстирпация матки с придатками	1			-	2	1	4
Ампутация матки с придатками	-	-	2	-	1	1	4
Овариозэктомия	-	-	4	-	9	7	24
Грыжесечение	-	-	-	-	1	-	1
Нефрэктомия	-	-	-	1	-	-	1
Субтотальная резекция желудка	1	1	-	-	-	-	2
Трансанальное иссечение опухоли	-	1	-	1	-	-	2
Резекция прямой кишки по Гартману	1	1	-	-	-	-	2
Брюшно-анальная резекция прямой кишки	-	2	-	-	-	-	2
Резекция сигмы	1	-	-	-	-	1	2
Итого	11	5	6	2	14	13	51

Таблица 6. Сравнительная характеристика показателей выживаемости больных колоректальным раком II стадии после сочетанных и стандартных операций

Интервал наблюдения (месяцы)	Показатели выживаемости, %		p	Значение χ^2 -Уайта
	после сочетанных операций	после стандартных операций		
0-12	96,4	72,7	0,002	6,29
0-36	80,5	39,4	0,005	17,12
0-60	75,5	28,8	0,037	8,38
0-84	66,7	17,3	0,020	5,34

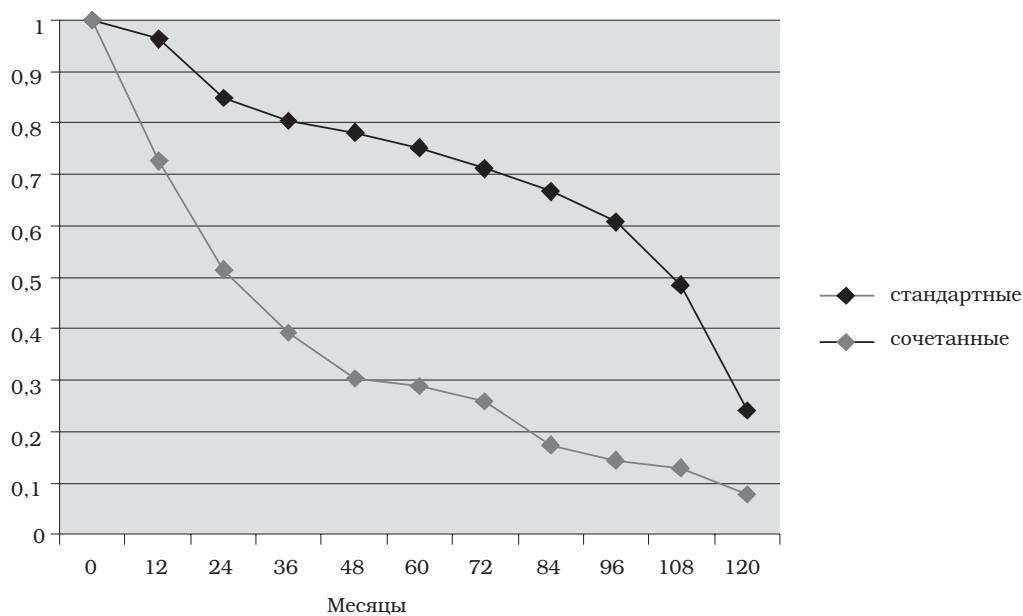


Рис. 1. . Выживаемость больных с II стадией колоректального рака при сочетанных операциях в сравнении с контрольной группой

Таблица 7. Сравнительная характеристика показателей выживаемости больных колоректальным раком III стадии после сочетанных и стандартных операций

Интервал наблюдения (месяцы)	Показатели выживаемости, %		p	Значение χ^2 -Уайта
	после сочетанных операций	после стандартных операций		
0-12	85,7	85,9	8,09	0,57
0-36	69,3	70,2	2,83	1,15
0-60	49,7	56,6	0,030	8,81
0-84	24,9	52	0,018	9,73

Таблица 8. Сравнительная характеристика показателей выживаемости больных колоректальным раком после комбинированных и паллиативных операций

Интервал наблюдения (месяцы)	Показатели выживаемости, %		p	Значение χ^2 -Уайта
	после комбинированных операций	после паллиативных операций		
0-12	93,3	64	0,001	15,16
0-36	62,1	43,6	0,0040	6,90
0-60	49	32	0,006	7,48
0-84	40,3	27	0,018	9,66

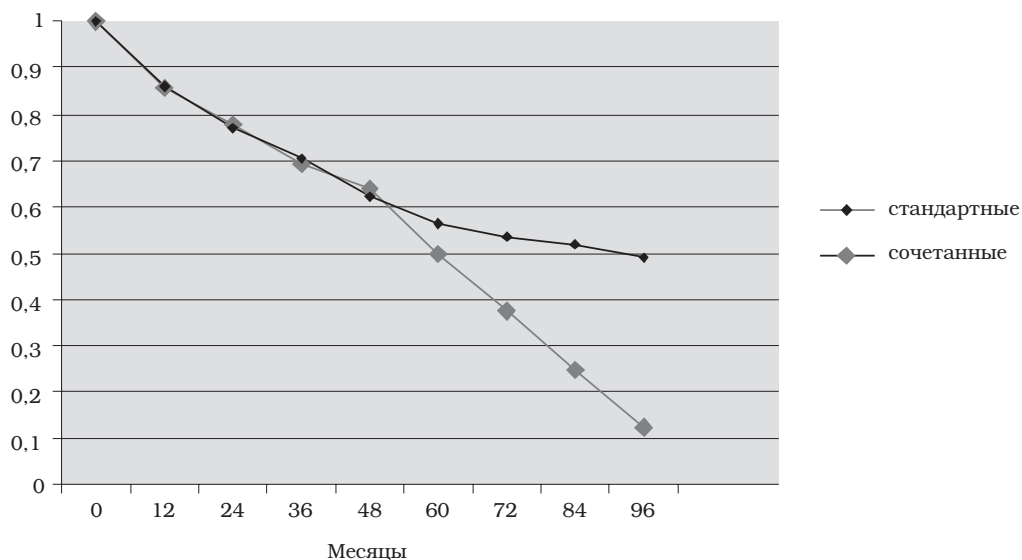


Рис. 2. Выживаемость больных колоректальным раком III стадии при сочетанных операциях в сравнении с контрольной группой

Таблица 9. Шкала факторов прогноза исхода операции

Фактор прогноза	Коэффициенты прогноза
K_0 -коэффициент регрессии	4,23
Физическое состояние больного	0,39
Объем операции	0,82
Уровень хирургической бригады	0,58
Уровень анестезии	0,79
Материально-техническое обеспечение больницы	0,63

Таблица 10. Шкала факторов прогноза выживаемости при колоректальном раке

Фактор прогноза	Коэффициенты прогноза		
	1-летняя	3-летняя	5-летняя
K_0 - коэффициент регрессии	8,52	4,84	3,2
Стадия	0,49	0,33	0,31
Локализация	0,53	0,57	0,58
Вид операции	1,37	0,59	0,68
Возраст	1,48	0,99	0,85

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрашитов Р.Р., Шолин Н.В., Файнштейн А.В., Гневашев В.И., Шерстобитов С.Н. Расширенные, комбинированные и сочетанные операции в лечении рака прямой кишки. Проблемы колопроктологии. Вып. 17. Под редакцией академика РАМН, проф. Г.И. Воробьева. М., 2000, с. 249-251.
2. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Капуллер Л.Л., Тотиков М.З., Максимова Л.В., Калганов И.Д., Филон А.В. Внутрибрюшная диссеминация опухолевых клеток при раке ободочной кишки. Колопроктология, 2004, № 2, с. 30-35.
3. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции. Хирургия, 1993, № 3, с. 3-7.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Академик РАМН, проф. Г.И. Воробьев, д.м.н. П.В. Царьков, к.с.н. В.Г. Суханов, к.м.н. Л.Х. Варданян, И.А.Калашникова, Р.Н. Оршанский

(Государственный Научный Центр Колопроктологии
Министерства здравоохранения РФ,
директор академик РАМН, профессор Г.И. Воробьев)

С появлением в арсенале хирургов операций, конечным этапом которых является создание противоестественного заднего прохода, возникла необходимость решения проблемы реабилитации больных со стомой.

На протяжении длительного времени Государственный Научный Центр колопроктологии проводил научные исследования и большую организационную работу по созданию и развитию службы реабилитации стомированных пациентов в крупных проктологических центрах России. Длительное время отсутствие должной государственной поддержки, прежде всего в области обеспечения таких пациентов средствами ухода за стомами, было объективным сдерживающим фактором на пути этого процесса. В настоящее время в России в соответствии с Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 20.08.1995 года № 181-ФЗ, с Федеральным законом от 22.08.2004 года № 122-ФЗ, Распоряжением Правительства РФ от 21.11.2004 года № 771 появились условия благоприятные для создания всеобъемлющей стоматерапевтической службы, которая должна сыграть роль системообразующего фактора в комплексной реабилитации пациентов со стомой. Однако, теперь развитие стоматерапевтической службы столкнулось с новыми проблемами, наиболее актуальной из которых является отсутствие единого подхода, единых стандартов к процессу реабилитации пациентов с противоестественным задним проходом.

На основе многолетнего опыта работы Государственного Научного Центра колопроктологии Министерства здравоохранения РФ, ведущих региональных служб помощи стомированным больным, Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных "АСТОМ" (г. Москва), с учетом опыта использования изделий как отечественных, так и ведущих зарубежных фирм-производителей средств ухода за стомами (Колопласт А/С (Дания), Конватек (Великобритания) и др.) и работы служб реабилитации стомированным больным за рубежом, разработаны стандарты по реабилитационным мероприятиям, обеспечению техническими средствами реабилитации и предоставлению услуг для стомированных пациентов.

При разработке "Стандартов" использовались также материалы онкологического диспансера Санкт-Петербурга, научно-исследовательской работы Пермской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения РФ и Московского Государственного Университета сервиса. "Стандарты" по обеспечению техническими средствами реабилитации (кало- и мочеприемниками) стомированных пациентов разработаны на основе многолетней работы на российском рынке ведущих мировых др. и отечественных производителей данной продукции, как Колопласт А/С (Дания), Конватек (Великобритания), Пальма (Москва), Хронотрон (Санкт-Петербург).

Настоящие стандарты по реабилитационным мероприятиям для стомированных пациентов пред-

лагаются для широкого обсуждения проктологам, онкологам, врачам медико-социальной экспертизы, социальным работникам.

Более подробная информация помещена на сайте www.coloproctology.ru.

Стандарты по реабилитационным мероприятиям, обеспечению техническими средствами реабилитации и предоставлении услуг для стомированных пациентов.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стома не является болезнью. Это название дано отверстию, созданному хирургическим путем на передней брюшной стенке вслед за удалением или резекцией кишечника, а также вследствие необходимости выключения какого-либо из его участков из пассажа кишечного содержимого. Такого рода вмешательства могут выполняться по поводу различных заболеваний кишечника, врожденных дефектах или травмах.

Стома не всегда постоянна. Временная стома может быть наложена для того, чтобы облегчить острое состояние, причина которого неизвестна, или, например, позволить кишечнику вернуться в нормальное состояние после тяжелой инфекции или операции. Подавляющее число стомированных пациентов (около 90 %) имеет стому в связи с онкологическими заболеваниями кишечника. Заболеваемость раком толстой кишки в нашей стране очень высока и, что не менее важно, имеет устойчивую тенденцию к увеличению. Прогноз, основанный на темпах роста этого показателя, свидетельствует, что к XXI веку рак толстой кишки займет одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний в России.

Инвалиды с кишечной или мочевого стомой представляют собой социально-демографическую группу лиц всех возрастных категорий, которые имеют изменение здоровья со стойким нарушением функции, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или физическими дефектами, которые приводят к изоляции, ограничению жизнедеятельности и вызывают необходимость их социальной защиты.

Без решения физиологических проблем решить

Настоящие стандарты необходимы для проведения качественной реабилитации стомированных пациентов в России, систематизации проводимых реабилитационных мероприятий, стандартизации обеспечения стомированных пациентов специальными средствами при нарушениях функций выделения при противоестественных отверстиях – «стомах», с целью наиболее полной реинтеграции стомированных пациентов в общество.

задачи психологической и, тем более, социальной адаптации невозможно. В реабилитации стомированных больных, в первую очередь, необходимо обеспечить их высококачественными средствами ухода за стомой. Это позволит контролировать функцию выделения, поможет адаптировать пациента к новому состоянию организма и даст ощущение надежности и защищенности.

Для реализации эффективного реабилитационного процесса стомированного пациента необходимо обеспечить наличие всех необходимых участников реабилитационного процесса, а также их взаимодействие. При этом необходимо обеспечить наличие достаточного количества средних медицинских работников, имеющих навыки ухода за пациентами со стомами (стоматерапевтов), а также врачей стационаров, имеющих специальную подготовку по хирургическому лечению стомированных пациентов. Учитывая огромную роль семейной поддержки в адаптации стомированных больных, необходимо при проведении реабилитационных мероприятий рассматривать пациента и его семью как единое целое. К формированию реабилитационной программы стомированного больного, наряду с медицинскими работниками, обязательно должны привлекаться психологи, социальные работники и другие специалисты.

Роль системообразующего фактора, связывающего различных участников реабилитационного процесса в единую систему комплексной реабилитации стомированных пациентов, должна сыграть стоматерапевтическая служба.

II. СТАНДАРТЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Взаимодействие различных участников реабилитационного процесса может быть обеспечено объединением их в систему комплексной реабилитации стомированных пациентов.

Задачей системы комплексной реабилитации стомированных пациентов является реализация эффективного реабилитационного процесса, конечной целью которого станет радикальное улучшение

качества жизни стомированных пациентов, путем:

- проведения профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление и профилактику заболеваний, ведущих к стомированию;
- предупреждения осложнений;
- обеспечения квалифицированной хирургической помощью;

- осуществления психологической и социальной реабилитации.

Необходимая структура системы комплексной реабилитации стомированных людей – это:

- Региональная стоматотерапевтическая служба
- Региональный центр реконструктивно-восстановительной хирургии кишечника
- Школа подготовки стоматотерапевтов
- Семинар усовершенствования врачей (колопроктологов, хирургов, онкологов)
- Немедицинские участники реабилитационного процесса

Региональная стоматотерапевтическая служба

Региональная стоматотерапевтическая служба, с од-

ной стороны, объединяет всех непосредственных участников реабилитационного процесса, с другой стороны, играет роль системообразующего фактора всей системы реабилитации.

Модель реабилитационного процесса определяет следующую необходимую структуру стоматотерапевтической службы.

- Главный специалист по стоматотерапии
- Региональный организационно-методический консультативный центр стоматотерапии
- Регистр стомированных пациентов
- Районные (межрайонные) кабинеты стоматотерапии
- Стоматотерапевты стационаров

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ СВЯЗАНО С ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОСТОМЫ

О существление динамического учета и динамического наблюдения стомированных пациентов, если их количество превышает 300-400 человек или 1200-1600 посещений ежегодно, реализуется с помощью использования специально созданной программы поддержки информационной системы «Базы данных по диагностике и терапии стомированных больных» (БД). Эта программа обеспечивает ввод, корректировку, хранение, поиск и сортировку информации о стомированных пациентах, обеспечении их средствами ухода за стомой.

БД является универсальной для использования на любом уровне, отвечая специфическим задачам всех этапов реабилитационного процесса.

Программа рассчитана на непрофессионального пользователя (среднего медицинского работника, прошедшего специальную подготовку - стоматотерапевта) и разработана специально для решения задачи комплексной реабилитации стомированных пациентов.

Социальный патронаж лица с ограничением жизнедеятельности, известный уровень социального надзора и контроля за ним необходимы на последующих этапах его существования с целью своевременного оказания помощи, при необходимости и предотвращения утраты социо-функциональных ресурсов.

Социальная реабилитация стомированных больных как восстановление способности к социальному функционированию по общему правилу возможна лишь в том случае и в той степени, в которой индивид обладал такой способностью до инвалидности.

Индивидуальная реабилитационная программа разрабатывается персонально для каждого стомированного пациента и включает в себя медицинскую, психологическую, социальную, профессиональную реабилитацию, направленные на восста-

новление и компенсацию нарушенных или утраченных биосоциальных функций, на устранение или уменьшение ограничений привычной жизнедеятельности, а также на содействие больному в приспособлении к окружающей среде. В индивидуальной программе реабилитации определяются конкретные виды, формы и объемы реабилитационных мероприятий, а также устанавливаются сроки проведения, конкретные исполнители и критерии эффективности. Программа носит рекомендательный характер. Пациент вправе отказаться от того или иного мероприятия, а также от программы в целом.

При составлении реабилитационной программы необходимо:

- выделять те социальные функции, которые необходимо восстановить на данном этапе реабилитации;
- проводить анатомио-физиологический и психолого-педагогический анализ нарушенных функций;
- выделять элементы нарушенных функций, указывая степень их нарушения, и проводить их ранжирование в порядке восстановления. При этом необходимо ориентироваться на желания, возможности и навыки пациента.

Комплексная реабилитационная программа должна включать: медицинский, психологический, социально-педагогический, профессиональный, социально-средовой разделы.

Схема реабилитационного процесса стомированного пациента условно делится на два «полюса». На одном полюсе находятся те, кто осуществляет реабилитационный процесс (медицинские и социальные работники, психологи и психотерапевты), на другом – сам стомированный пациент. Только при конструктивном взаимодействии этих сторон может быть достигнут значительный эффект от реабилитационных мероприятий и наиболее полная интеграция стомированного инвалида в общество (Схема 1). Реа-

Мероприятия	Ответственное лицо
До проведения операции	
1) На догоспитальном этапе:	
а) ознакомление пациентов с характером и целесообразностью предстоящей операции с формированием колостомы (беседа)	Врач-колопроктолог поликлиники
б) разъяснение путей регуляции работы стомы, способов ухода за колостомой (беседа, буклет)	Врач-колопроктолог поликлиники, стоматерапевт
2) в стационаре:	
а) выбор способа формирования колостомы	Оперирующий хирург
б) выбор места на передней брюшной стенке для колостомы	Оперирующий хирург, стоматерапевт
После проведения операции	
1) использование калоприемников в раннем послеоперационном периоде	
а) определение размера и типа калоприемника	Лечащий врач, стоматерапевт
б) обучение пациента уходу за стомой, навыку ношения калоприемника	стоматерапевт
2) консервативные мероприятия по уходу за стомой	
а) рекомендации по диете и режиму питания	стоматерапевт
б) использование медикаментозных средств для регуляции функции толстой кишки	Лечащий врач, стоматерапевт
в) выбор типа калоприемника для постоянного использования	стоматерапевт
г) обучение методу «ирригации»	Лечащий врач, стоматерапевт
3) систематическая диспансеризация стомированных больных в сроки 3-6-12 мес.	Врач-колопроктолог поликлиники, стоматерапевт
4) хирургическая реабилитация пациентов с колостомой	
5) постконвалесцентный (см. таблицу 1)	

билитацию стомированных больных следует начинать как можно раньше, уже на предоперационном этапе. Это позволит не только уменьшить число нежелательных последствий операций, но и обеспечит успешность всех последующих реабилитационных мероприятий.

В случае с инкурабельными онкобольными, когда болезнь принимает необратимое и неконтролируемое течение, нельзя рассчитывать на положительную динамику реабилитационного потенциала. Весь комплекс реабилитационных мероприятий должен быть ориентирован на поддержание приемлемого качества жизни пациента. Этого можно достичь путем предоставления ему паллиативной помощи, включающей симптоматическое лечение, уход за больным и контроль болевого синдрома.

Схема построения реабилитационной программы стомированного пациента отображена в **Таблице 1**.

При построении реабилитационной программы важно определить очередность восстановления нарушенных функций (Схема 2).

При реализации реабилитационной программы необходимо осуществлять контроль эффективности мероприятий на каждом этапе реабилитационного процесса.

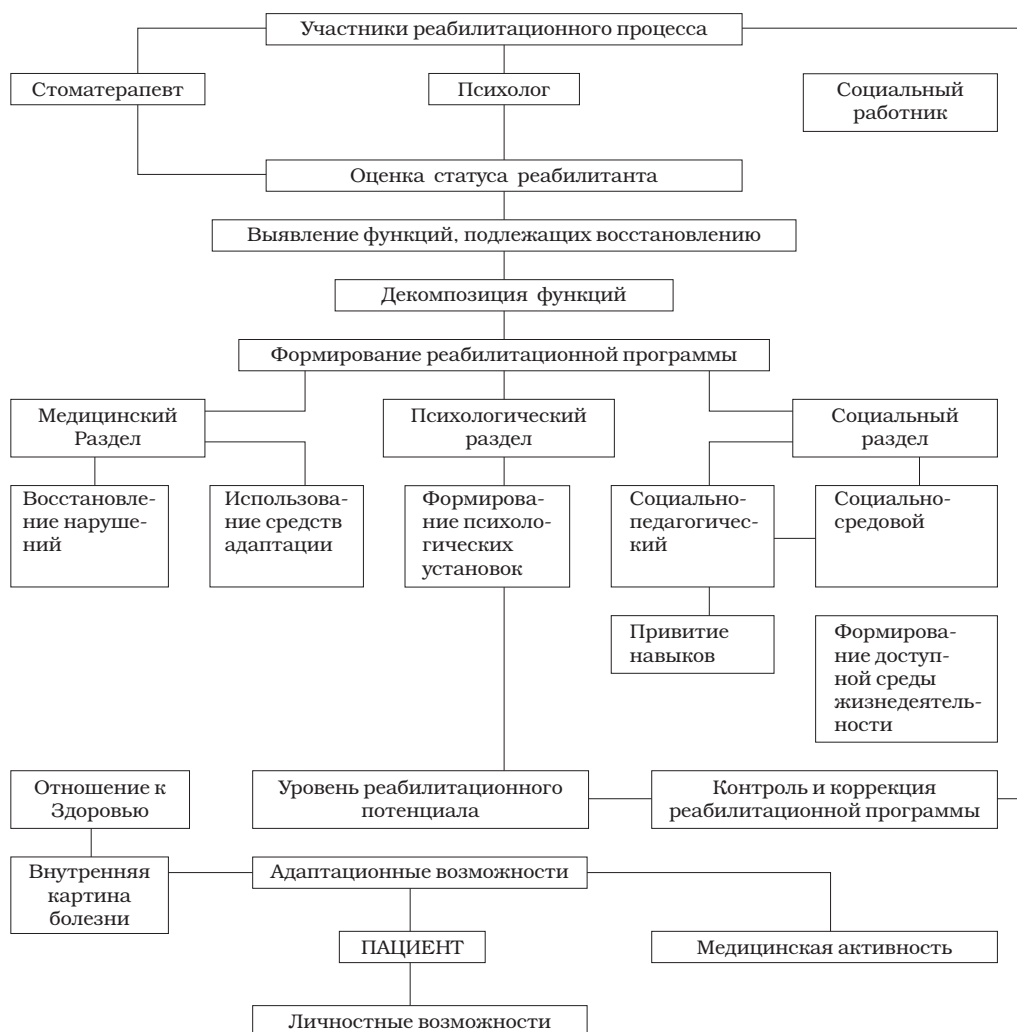
Необходимо подчеркнуть, что только комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных данных, полученных в реабилитационно-экспертной диагностике, в результате дают возможность оценить вид и степень ограничения жизнедеятельности инвалида и служат основанием для определения содержания программ его медицинской,

III. СТАНДАРТЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ (кало- и мочеприемниками)

Реабилитация стомированных пациентов невозможна без наличия современных технических средств реабилитации (кало- и мочеприемников) и благоприятных условий в их доступности. В соответствии с Федеральным Перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным Распоряжением Правительства РФ от 21 октября 2004 года № 1343-Р, кало- и мочеприемники вошли в п.10 раздела «Технические средства реабилитации», который называется «Специальные средства при нарушениях функций выделения при противоестественных отверстиях – «стомах» и правилами обеспечения в 2005 году инвалидов техническими средствами реабилитации, стомированные инвалиды обеспечиваются ими в соответствии с ИПР, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Кало- и мочеприемники – устройства, носимые на себе, предназначенные для сбора кишечного содержимого и мочи и устранения их агрессивного воздействия на кожу. Кало- и мочеприемники – это средства индивидуального подбора, при этом учитывается место наложения стомы, что определяет выбор модели изделия, а также размер стомы, который меняется. К кало- и мочеприемникам предъявляется ряд требований. Наряду с медицинскими (безопасность для кожных покровов, прилегающих к кало- и мочеприемникам, полная изоляция кишечного содержимого от внешней среды и элементов одежды пациента, герметичность, прочность прикрепления), эти требования имеют и определенный социальный аспект, включающий в себя эстетичность, незаметность, простоту использования и пр. Одним из основных факторов выбора изделий является степень компенсации ограничения жизнедеятельности.

Схема 1. Реабилитационный процесс стомированного пациента



тельности с целью восстановления социального статуса инвалида.

Современные клеющиеся кало- и мочеприемники изготовлены из полимерных материалов: гидроколлоидов, которые предохраняют кожу, обладают противовоспалительными и эпителизирующими и выраженными адгезивными свойствами, а также из биостабильного полиэтилена, обладающего стойкостью в условиях постоянного воздействия ферментативной системы живого организма. Изделия снабжаются поясом, порошком, пастой, дезодорантом, поглотителем запаха, защитными пленками, уплотнительными кольцами, палочками под двухствольную стому, ирригаторами, адсорбентами и т.д.

Наряду с кало- и мочеприемниками на клейкой основе используются калоприемники из пластмассы, крепящиеся к телу с помощью пояса. Однако они не обладают всеми выше перечисленными свойствами и не дают возможности проводить полную реабилитацию стомированных пациентов. Пациент обеспечивается средствами ухода за стомой, зарегистрированными на российском рынке как отечественного, так и зарубежного производства и право выбора фирмы-производителя

средств ухода за стомой остается за пациентом при согласовании с кабинетом реабилитации.

Норма выдачи индивидуального комплекта технических средств реабилитации (кало- и мочеприемников и комплектующих к ним) подбирается специалистами кабинета реабилитации (Таблица 3). Порядок обеспечения техническими средствами реабилитации осуществляется на основе индивидуальных программ реабилитации (ИПР), разрабатываемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Срок действия ИПР – 1 год.

Норма отпуска технических средств реабилитации и комплектующих к ним заносится в ИПР из расчета на один год.

Отпуск технических средств реабилитации и комплектующих к ним производится в соответствии с медицинскими показаниями и рекомендациями кабинета реабилитации в течение установленного года (например: ежемесячно, поквартально, на полгода). Порядок отпуска, выбор уполномоченного органа по обеспечению техническими средствами реабилитации определяется местными региональными органами здравоохранения и социальной защиты.

Таблица 1. Построение реабилитационной программы стомированного пациента

Постконвалесцентный	«Период выбора модели поведения» от 2 мес до 1 года	Психологическая адаптация)	Переосмысление концепции своего «Я», принятие себя в новом качестве, формирование позитивного отношения к будущему, формирование приемлемых моделей поведения в обществе	Повышение уровня реабилитационного потенциала, улучшение физического и психологического самочувствия пациента	Стоматерапевтическая помощь в полном объеме, профилактические осмотры, лечебно-оздоровительные мероприятия, реконструктивно-восстановительные операции	Психотерапия, эмоционально-волевой тренинг, обучение в группах взаимопомощи	Помощь органов социальной защиты и общественных организаций, бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации
	«Период вступления в жизнь» от 1 года до 3 лет	Начало социальной реинтеграции	Налаживание новых социальных контактов, принятие и закрепление социальных ролей, обеспечение чувства надежности и защищенности	Повышение уровня реабилитационного потенциала, улучшение физического и психологического самочувствия, расширение социальных контактов	Стоматерапевтическая помощь в полном объеме, профилактические осмотры, лечебно-оздоровительные мероприятия, реконструктивно-восстановительные операции	Групповая психотерапия, эмоционально-волевой тренинг, обучение в группах взаимопомощи	Профессиональная ориентация, предоставление рабочих мест, помощь в организации обучения, бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации
	Период социальной адаптации после 3 лет	Завершение социальной реинтеграции	Формирование активной жизненной позиции, достижение чувства принадлежности к обществу	Повышение уровня реабилитационного потенциала, улучшение физического и психологического самочувствия, закрепление социальных контактов	Стоматерапевтическая помощь в полном объеме, профилактические осмотры, лечебно-оздоровительные мероприятия	Групповая психотерапия, эмоционально-волевой тренинг, обучение в группах взаимопомощи	Профессиональная деятельность, помощь в организации обучения, бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации

Схема 2. Очередность восстановления функций



Таблица 3. Минимальная норма отпуска средств ухода за стомой из расчета на год на одного пациента

Наименование изделия	Кол-во шт.	Срок использования
1. Двухкомпонентная система		
Пластина	125	3 дня
Мешки илеостомные	250	1,5 дня
Мешки уростомные	250	1,5 дня
Мешки колостомные	720	1 день
2. Однокомпонентная система		
Однокомпонентные калоприемники илеостомные	250	1,5 дня
Однокомпонентные калоприемники колостомные	720	1 день
Однокомпонентные детские кало- и мочеприемники	720	1 день
Однокомпонентные уростомные мешки	250	1,5 дня
3. Комплектующие		
Паста	12	1 мес.
Порошок	12	1 мес.
Пояс	2	6 мес.
Ночной мочеприемник (при уростоме)	12	1 мес.
Дезодорант, поглотитель запаха, защитные пленки, уплотнительные кольца, палочки под двухствольную стому, ирригаторы, адсорбенты и т.д.	По назначению врача	
4. Калоприемник из пластмассы		
Калоприемник из пластмассы на поясе в комплекте с мешками	6	2 мес.

Средства по уходу за стомой

Колостома. Илеостома. Уростома



- Широкий ассортимент
- Высокие адгезивные свойства
- Улучшают качество жизни
- Надежные, незаметные
- Удобные, гигиеничные

125009, Москва
ул. Тверская, 16/2
стр. 1, офис 802
Тел.: (095) 937 53 90
Факс: (095) 937 53 91
email: Info@coloplast.ru
www.coloplast.ru



Coloplast

ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированная очищенная фракция флавоноидов

Микронизированный

Высокая клиническая эффективность
благодаря

- ✓ микронизированной форме
- ✓ комплексному механизму действия



**ЭТАЛОННЫЙ
ФЛЕБОТРОПНЫЙ
ПРЕПАРАТ**

Хроническая венозная недостаточность

2 таблетки в день

Острый геморрой

до 6 таблеток в день

Детралекс
Микронизированная очищенная флавоноидная фракция
Регистрационный номер: П/АО11460/01-1999
Форма выпуска и состав: Таблетки, содержащие 30 таблеток, покрытых оболочкой. Микронизированная флавоноидная фракция 500 мг; диосмин 450 мг; гиппурат натрия 50 мг.
Фармакофармакологическая группа: Ангиопротектор.
Фармакодинамика: Детралекс обладает венотонизирующим и ангиопротекторными свойствами. На венозном уровне - повышает растяжимость вен и венозный застой, на уровне микроциркуляции - повышает резистентность капилляров, уменьшает их проницаемость.
Показания:
1. Устранение симптомов, связанных с венозно-лимфатической недостаточностью:
- ощущение тяжести в ногах,
- боль,
- утренние отеки ног.
2. Лечение функциональных симптомов, связанных с острым приступом геморроя.
Побочные эффекты: В некоторых случаях отмечались гастроинтестинальные и неврологические расстройства, не требовавшие отмены терапии. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами не наблюдалось.
Беременность и лактация: Беременность: Эксперименты на животных не показали тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. Лактация: Из-за отсутствия данных относительно экскреции препарата в молоко, кормящим матерям не рекомендуется прием препарата.
Противопоказания: Известная гиперчувствительность к препарату.
Способ применения и дозы: Рекомендуемая доза - 2 таблетки в день: 1 таблетка в середине дня и 1 таблетка вечером за 30 минут приема пищи. В период обострения геморроя: 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Москва 115054, Павловская пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (095) 937-07-00
Факс: (095) 937-07-01

