



Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 122 им. Л. Г. СОКОЛОВА
Федерального медико-биологического агентства России

**«ХИРУРГИЯ —
ИСКУССТВО ИЛИ ТЕХНОЛОГИИ,
ТВОРЧЕСТВО
ИЛИ СТАНДАРТИЗАЦИЯ»**

*Материалы юбилейной конференции,
посвященной 90-летию профессора В. П. Петрова*

Санкт-Петербург
2014

УДК 616.34-089

ISBN 978-5-905149-11-5

Хирургия — искусство или технологии, творчество или стандартизация. Материалы юбилейной конференции, посвящённой 90-летию профессора В. П. Петрова / под редакцией проф. В. А. Кашенко; Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства России». — СПб.: Изд-во «X-print», 2014. — 106 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	6	Операция Гартмана (история и современные требования)	48
Ах, как годы летят	7	<i>Вологдин А. А.</i>	
<i>Кохан Е. П.</i>		Операция Микулича (история и современные требования)	49
РАЗДЕЛ 1		<i>Вологдин А. А.</i>	
ХИРУРГИЯ И ИСКУССТВО		Обоснование нового метода хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых	50
К. П. Брюллов и А. А. Иванов — великие русские художники	12	<i>Воробей А. В., Махмудов А. М., Тихон В. К., Сенкевич О. И., Новаковская С. А.</i>	
<i>Петров В. П.</i>		Значение молекулярно-биологических онкомаркеров при рецидивах рака органов брюшной полости	52
Иллюстративность как форма отражения взгляда хирурга на оперативное действие	21	<i>Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шаронов Г. Н., Айрапетян А. Т., Быховец И. В.</i>	
<i>Юдин В. А.</i>		Иммунный статус пациентов при поздних стадиях раковой болезни	53
РАЗДЕЛ 2		<i>Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шаронов Г. Н., Быховец И. В., Турлай Д. М.</i>	
СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ХИРУРГИИ		Прогностическая значимость уровня щелочной фосфатазы в ранней диагностике вторичного канцероматоза брюшины	54
Острый панкреатит: классификация и клинические рекомендации	24	<i>Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шаронов Г. Н., Быховец И. В., Турлай Д. М.</i>	
<i>Багненко С. Ф., Гольцов В. Р.</i>		Первый опыт выполнения экстралеваторной БПЭ прямой кишки с положением больного на боку	55
Вопросы стандартизации лимфодиссекции при раке ободочной кишки	32	<i>Забелин М. В., Васильченко М. И., Сидоров Д. Б., Пильх М. Д., Сафонов А. С.</i>	
<i>Кащенко В. А., Петров В. П.</i>		Использование неоадьювантной регионарной химиотерапии в комбинированном лечении больных местно-распространенным раком прямой кишки	56
Рекомендации по применению терапии отрицательным давлением в абдоминальной хирургии	38	<i>Зубарев П. Н., Ивануса С. Я., Литвинов О. А., Алентьев С. А., Лазуткин М. В., Абраменков Д. П.</i>	
<i>Шляпников С. А., Батыршин И. М.</i>		Математико-статистические модели прогнозирования целесообразности оперативного лечения больных колоректальным раком	57
РАЗДЕЛ 3		<i>Китаев А. В., Петров В. П., Костилов Ю. А., Воронова Е. И.</i>	
КОЛОПРОКТОЛОГИЯ И ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ			
Опыт применения скрининговых тестов в ранней диагностике колоректального рака	44		
<i>Васильев С. В., Дудка В. В., Попов Д. Е., Седнев А. В., Смирнова Е. В., Васильев А. С.</i>			
Комплексный подход к лечению больных обтурирующим раком прямой кишки	45		
<i>Васильев С. В., Попов Д. Е., Семёнов А. В.</i>			
Исторические этапы адьювантной химиотерапии рака ободочной кишки	46		
<i>Вологдин А. А.</i>			

Моделирование спаечной болезни брюшины в эксперименте. Профилактика и лечение. 57 <i>Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Турлай Д. М.</i>	Индукцированная гипертермия и мезотелий брюшины 71 <i>Петров В. П., Китаев А. В., Выренков Ю. Е.</i>
Нарушения терморегуляции при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и осложнения в раннем послеоперационном периоде. 58 <i>Китаев А. В., Петров В. П., Айрапетян А. Т., Вихрев С. В., Куликов В. А., Гасанов А. Г.</i>	Методы профилактики и лечения спаечной болезни брюшины 72 <i>Петров В. П., Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Турлай Д. М.</i>
Тазовый пролапс. Комплексный подход к лечению. 60 <i>Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Овчаренко Д. А., Муслимов М. И., Родионов Д. А.</i>	Результаты лечения распространенных форм колоректального рака с применением внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ) 73 <i>Петров В. П., Китаев А. В.</i>
Тазовый пролапс у мужчин. 61 <i>Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Овчаренко Д. А., Тельнова В. Н.</i>	Влияние интраоперационных нарушений терморегуляции на развитие осложнений в послеоперационном периоде 74 <i>Петров В. П., Китаев А. В., Гасанов А. Г., Вихрев С. В.</i>
Принципы и клинические рекомендации при использовании методики Fast Track в колоректальной хирургии 63 <i>Климов А. С., Лебедева Н. Н.</i>	Канцероматоз брюшины и показания к циторедуктивным операциям при колоректальном раке. 77 <i>Петров В. П., Китаев А. В.</i>
Реабилитация больных с колостомами после огнестрельных ранений толстой кишки 64 <i>Коновалов С. В., Синенченко Г. И., Гайдук С. С.</i>	Влияние колостомии и эндоскопического стентирования толстой кишки на ВБД при ОТКН опухолевого генеза 79 <i>Сафонов А. С., Забелин М. В., Домарев Л. В.</i>
Лечение раненых с огнестрельными повреждениями толстой кишки в ЦВКГ им. А. А. Вишневого 64 <i>Лазарев Г. В., Петров В. П., Фокин Ю. Н., Зуев В. К., Китаев А. В., Леонов С. В.</i>	Роль ранней послеоперационной дополнительной энтеральной поддержки у онкоколопроктологических больных, перенесших сфинктеросохраняющие первично-восстановительные хирургические вмешательства 80 <i>Семёнов А. В., Васильев С. В., Попов Д. Е.</i>
Ведение пациентов с болезнью Крона: индивидуализация или стандартизация? 66 <i>Лебедева Н. Н., Бескровный Е. Г.</i>	Операция типа Гартмана при раке прямой кишки 81 <i>Семинкин Е. И., Куликов Е. П., Трушин С. Н., Огорельцев А. Ю., Балашова Т. В.</i>
Хирургическое лечение дивертикулярной болезни ободочной кишки. 68 <i>Леонов С. В., Гилевский С. Г., Неживов Р. Н., Лазарев Г. В., Швец Е. В., Долгих Р. Н.</i>	Ранние осложнения колостомы при огнестрельных ранениях толстой кишки 81 <i>Синенченко Г. И., Коновалов С. В., Гайдук С. С.</i>
Реконструктивно-пластические технологии при низких чрезбрюшных резекциях и экстирпациях прямой кишки 69 <i>Муслимов М. И., Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Муслимов В. И.</i>	Хирургическая тактика при осложненных формах рака толстой кишки 82 <i>Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Левчук А. Л., Назаров В. А., Федотов Д. Ю.</i>
Диастатическая перфорация толстой кишки, пораженной раком 70 <i>Перегудов С. И., Синенченко Г. И.</i>	

РАЗДЕЛ 4

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ
И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Профилактика острого послеоперационного
панкреатита при операциях на желудке
и двенадцатиперстной кишке 86**

*Акимов В. П., Тоидзе В. В., Творогов Д. А.,
Баталов И. Х., Калинин Е. Ю.*

**Исторические этапы лечения острого
аппендицита. 87**

Вологдин А. А.

**Лечения первичных неходжкинских лимфом
желудка 88**

Вологдин А. А., Бабский В. И.

**Современные малоинвазивные технологии
лечения кровотечений из верхних отделов
желудочно-кишечного тракта 89**

*Зубарев П. Н., Кочетков А. В., Шершень Д. П.,
Бояринов Д. Ю.*

**Возможности эндоваскулярных технологий
в лечении аррозионных кровотечений
у больных воспалительными заболеваниями
поджелудочной железы 90**

*Ивануса С. Я., Зубарев П. Н., Лазуткин М. В.,
Алентьев С. А.*

**Аппаратные способы детоксикации
лимфы 91**

*Карандин В. И., Рожков А. Г., Петров В. П.,
Нагаев В. М.*

**Возможности использования технологии
NPWT в многопрофильной хирургической
клинике 91**

*Каценко В. А., Светликов А. В., Тоидзе В. В.,
Горбачёв В. Н., Васюкова Е. Л., Шатовалов А. С.*

**Высокотехнологическая хирургическая
помощь в многопрофильном стационаре . . 93**

Переходов С. Н., Васильченко М. И.

**Эндоскопическая склеротерапия
при портальных кровотечениях в условиях
многопрофильного стационара. 94**

Переходов С. Н., Васильченко М. И., Лесовик В. С.

Резекция желудка по Ру 94

*Петров В. П., Долгих Р. Н., Бадуров Б. Ш.,
Хабурзания А. К., Быков А. Н.*

**Способы снижения ранних раневых
осложнений у больных с осложненными
ущемленными грыжами 95**

*Раскатова Е. В., Китаев А. В., Парастаева С. В.,
Сероваткина М. В.*

**Инвагинационный пищеводно-кишечный
и пищеводно-желудочный анастомозы
после гастрэктомии и проксимальной
резекции желудка по поводу рака 96**

Рожков А. Г., Долгих Р. Н., Карандин В. И.

**Сочетанная детоксикация лимфы и крови
в лечении тяжелых форм острого
панкреатита. 98**

*Рожков А. Г., Карандин В. И., Нагаев Р. М.,
Домникова А. А.*

**Неуточненные желудочно-кишечные
кровотечения-эволюция эндоскопической
диагностики. 99**

*Сишкова Е. А., Солоницын Е. Г., Распереза Д. В.,
Лобач С. М., Титов А. Н., Бескровный Е. Г.,
Лебедева Н. Е.*

**Коррекция интраоперационной кровопотери
перфтораном у онкологических больных. . 101**

Ханевич М. Д.

Лечение лимфедемы конечностей 102

Юдин В. А., Савкин И. Д.

Алфавитный указатель 105

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сборник включает материалы конференции «Хирургия — искусство или технологии, творчество или стандартизация», посвященной 90-летию профессора Валентина Павловича Петрова.

Сборник открывает публикация о биографии юбиляра. Последние десятилетия Валентин Павлович много внимания уделял вопросам взаимосвязи искусства и хирургии. В век научного прогресса учитель обращает наше внимание на то, что «Творчество рук и в хирургии и в искусстве остается ведущим моментом, независимо от степени внедрения технических достижений». Именно поэтому в начале сборника помещены работы хирургов об искусстве.

Однако любое творчество требует оптимальных условий для реализации, важным из которых является соблюдение основных законов научной дисциплины и использование оптимальных стандартизованных решений. Это определяет большой интерес к проблеме стандартизации в хирургии. Разработка и внедрение клинических рекомендаций является важнейшим направлением развития хирургической методологии. Во второй части сборника мы поместили работы, посвященные практическим рекомендациям в различных областях абдоминальной хирургии. Итогом первых двух частей сборника является высказывание Валентина Павловича о соблюдении тонкого баланса между творчеством и стандартизацией, определяющего философскую сущность специальности хирургия.

В третьей части представлены тезисы по вопросам колопроктологии — этому разделу хирургии Валентин Павлович посвятил большую часть своей научной деятельности.

И завершают сборник работы по другим разделам абдоминальной хирургии, что является отражением широкого кругозора профессора В. П. Петрова.

За долгие годы плодотворной творческой деятельности профессор В. П. Петров приобрел большое число друзей, учеников и последователей. Их тезисы — лишь небольшой вклад в бесконечную благодарность великому учителю, хирургу и гражданину.

*Заведующий кафедрой факультетской хирургии СПбГУ
Главный хирург клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова
В. А. Кащенко*

АХ, КАК ГОДЫ ЛЕТЯТ...

Кохан Е. П.

Хирург-консультант,

ФГБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого Минобороны России», г. Красногорск

Глубокоуважаемый Валентин Павлович!

На протяжении двадцати лет мы ежедневно встречались на рабочем месте. В 1976 году Вы возглавили хирургическую службу госпиталя, которому исполнилось всего восемь лет, но который занял достойное место среди ведущих военных госпиталей. В этом же году госпиталю было присвоено имя выдающегося военного хирурга, академика, генерал-полковника медицинской службы Александра Александровича Вишневого. В госпитале работали одиннадцать специализированных отделений. Имея большой опыт клинической и практической работы, Вы быстро влились в хирургический коллектив. С вашей помощью внедряются новые технологии, расширяется материальная база. Отдавая должное внимание проктологии, с Вашей помощью развиваются все разделы хирургии. Внедряются компьютерная технология для диагностики и прогнозирования течения язвенной болезни желудка, онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Создается центр сердечно-сосудистой хирургии. С Вашим участием выполняются первые операции аортокоронарного шунтирования у больных с ишемической болезнью сердца. Развернуто отделение микрососудистой хирургии и центр реконструктивной и пластической хирургии. Разрабатываются новые операции при раке толстой кишки. Создан единственный в военных госпиталях центр проктологии.

Уделяется большое внимание развитию науки. Регулярно проводятся научные общевойсковые конференции и тематические круглые столы. Будучи заместителем начальника кафедры хирургии, Вы передавали свой опыт молодым хирургам — не только теоретически, но и через показательные операции.

Дорогой Валентин Павлович! За 31 год работы в госпитале (16 лет главным хирургом) Вы проявили себя как большой ученый, деловой организатор, внимательный к чужой беде врач, высокий профессионал. Ваши научные труды помогают нам в практической работе. И хотя прошло уже несколько лет, но мы постоянно чувствуем Ваше присутствие на утренних конференциях и обходах. Сравниваем состояние лечебного процесса и жизни госпиталя до и после Петрова В. П. Госпиталь постоянно растет: достаточная оснащенность, высокий профессионализм и активность хирургов, — и в этом есть большая доля Вашего вклада, Вашей жизни. Вы занимаете достойное место среди главных хирургов госпиталя.

Хирурги сосудистого и кардиохирургического центров поздравляют Вас с юбилеем! Мы желаем Вам здоровья и творческого долголетия.

Петрову Валентину Павловичу

К 70-летию

Мне довелось быть тамадой совсем недавно,
Прага, зеркальный зал и множество друзей.
Как будто бы вчера торжественно и дружно
Мы отмечали шестидесятый юбилей.
Промчалось десять лет, и снова осень.
Торжественно звучат друзей слова.
И вместо слова гордого «товарищ»
Мы говорим «дамы», «господа».

За эти годы многое совершилось,
Сбылась и Ваша давняя мечта:
Средь центров нашей хирургии
Достойное место заняла кишка.
Дорогой наш юбиляр, я буду краток.
Вы много сделали для нас для всех.
Желаю Вам, жене, семье здоровья!
За счастье и Ваш творческий успех!

Красногорск, 1994

Прошло двадцать лет.
И вот опять, слава Богу, юбилей.
Валентин Павлович, встречай друзей!
Есть что вспомнить, рассудить,
Маршрут к столетию проложить.

*Кохан Е. П.
Красногорск, 2014*

5 октября 2014 года исполняется 90 лет со дня рождения и 65 лет хирургической деятельности генерал-майора медицинской службы, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, почетного члена общества хирургов Москвы и Московской области, Московского научного онкологического общества, хирургического общества Пирогова, почетного члена Ассоциации врачей-проктологов России, почетного профессора Ассоциации врачей-проктологов России Валентина Павловича Петрова

Валентин Павлович родился в 1924 г в селе Сасово, Рязанской области. В XIX веке одной из владелиц Сасово была В.П. Тургенева — мать Ивана Сергеевича Тургенева. В семье Валентина Павловича никто не был связан с медициной, кроме мамы, которая во время Великой Отечественной войны работала санитаркой в городской поликлинике.

Юношеские годы Валентина Павловича прошли сквозь тяжелые испытания войной. В июле-августе 1941 года по комсомольским путевкам большинство учеников после 9 класса были направлены на строительство оборонительных сооружений западнее г. Смоленска. Как вспоминает Валентин Павлович, работать пришлось недолго: на второй день немецкие самолеты стали обстреливать ребят. Тогда перешли на ночную работу, но обстреливать начали по утрам, когда возвращались в свой лагерь. Через неделю всех распустили. Пешком дошли до станции Вязьма, где впервые за неделю их накормили в фабрике-кухне. Здесь же сели в железнодорожные вагоны и ночью тронулись и поехали в обход г. Москвы до Рязани. Учебный год в 10-ом классе начался в середине сентября. Учеба продолжалась в подсобных помещениях (столовая, старая школа), так как в школе разместился госпиталь.

В мае 1942 года в райвоенкомат пришло указание направить четырех выпускников школы на учебу в высшие учебные заведения. Это было тяжелейшее время для страны — враг приближался к Сталинграду. Из четырех человек двое были направлены в Ярославль в Высшее инженерно-техническое училище (ВИТУ), а двое других, в том числе и В. П. Петров, поехали в г. Киров, в Военно-Морскую Медицинскую академию (ВММА). В июне 1944 года, после снятия блокады, Академия вернулась в Ленинград. Учеба в Академии совмещалась со строительными работами в разрушенном городе. Существенную педагогическую роль в профессиональной эволюции В. П. Петрова сыграла консультационная форма работы сотрудников Академии. ВММА была введена в состав действующих частей Балтийского флота и Ленинградского фронта. Курсанты Академии сопровождали опытных военных хирургов, которые выезжали в военные госпитали, консультировали там и, в некоторых случаях, забирали раненых с собой в Академию. Курсанты Академии получили неоценимый опыт военных врачей.

В 1947 году В. П. Петров окончил ВММА и был направлен на Северный флот. С октября 1948 года он в течении 6 месяцев прошел первичную специализацию по хирургии на кафедре госпитальной хирургии Архангельского медицинского института. В 1950 г в сборнике трудов института была опубликована первая научная работа В. П. Петрова, посвященная закупорке верхней брыжеечной артерии. Хирургическая деятельность В. П. Петрова началась в 1949 г., когда он был назначен старшим ординатором хирургического отделения военного госпиталя в городе Североморске (тогда поселок Ваенга). Работы было много: хирургическое отделение на 30 коек всегда было переполнено, прием амбулаторных больных необходимо было осуществлять каждый день и в любое время. Жилую комнату В. П. Петров получил в доме рядом с госпиталем, поэтому во всех случаях его первым вызывали для оказания помощи. Это была хорошая практика.

В июне 1953 года В. П. Петров был переведен на остров Кильдин в Баренцевом море и назначен начальником лазарета. Этот период оказал большое влияние на становление молодого специалиста — все клинические и организационные решения В. П. Петрову приходилось принимать лично. И снова Валентин Павлович вспоминает не трудности и невзгоды крайнего севера, а уникальную природу заполярья: «... тундра, поля, обилие грибов, ягод, свежая рыба, выловленная местными жителями, удивительное озеро с тремя слоями воды: морской, пресной и опять морской».

В октябре 1953 года у В. П. Петрова начался новый период жизни и работы. Он был зачислен на факультет усовершенствования врачей ВММА и в течение двух лет совершенствовал свои зна-



ния и навыки на кафедре хирургии усовершенствования врачей № 2, работая в разных медицинских учреждениях города. В 1957 году он защитил кандидатскую диссертацию, посвященную лечению ран. Впоследствии приоритетом научных интересов стала колопроктология. В 1972 году В.П. Петров защитил докторскую диссертацию на тему «Пути снижения осложнений и летальности при раке прямой кишки и сигмовидной кишки». Научными консультантами работы были профессора С. А. Холдин и И. Д. Житнюк.

В августе 1962 года В.П. Петров в составе группы врачей был направлен на Кубу для оказания практической помощи кубинским коллегам. В период Карибского кризиса каждый советский врач был распределен в различные кубинские медицинские соединения (типа медико-санитарного батальона), которые располагались в непроходимых джунглях. Специалисты готовились к отражению атак потенциального противника и оказанию медицинской помощи раненым: разворачивали операционные, перевязочные, стационарные палатки и другие необходимые помещения. Под руководством советских военных врачей проводили учения. К счастью войны удалось избежать и в ноябре все вернулись в Гавану. В дальнейшем до сентября 1963 года советские врачи жили в Восточной Гаване, и работали в только что открывшемся госпитале, где лечили и оперировали пациентов. Отношения с кубинскими врачами были очень теплыми. До сих пор эта командировка вспоминается В.П. Петровым, как очень интересная, познавательная, вызывающая восторг от гостеприимства кубинцев и восхищение природой Латинской Америки.

В 1976 году В.П. Петров был назначен главным хирургом Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского и переехал жить в Москву. По совместительству он занимал должность заместителя начальника кафедры хирургии Военно-медицинского факультета при ЦИУ врачей. Характер работы на новом месте значительно отличался от петербургского периода. Должность В.П. Петрова обязывала часто выезжать в командировки, в том числе и в зарубежные страны консультировать, а иногда и оперировать (ГДР, Чехословакия). Все это время параллельно с основной профессией В.П. Петров глубоко интересовался искусством. В течение трех лет посещал курсы в Эрмитаже и в Русском музее, усваивал основные направления живописного искусства. Вышло три издания монографии «Руки хирурга — руки художника». (2005, 2007, 2013 годы)

После увольнения из Вооруженных сил В.П. Петров остался работать в ЦВКГ им. А.А. Вишневского в должности консультанта проктологического центра. Валентин Павлович постоянно подчеркивал возрастающую роль проктологии как науки и как практически важной части хирургии. Он часто рассказывал, как известный русский поэт А.А. Блок, познакомившись с трудами И.И. Мечникова, написал на его книге о пищеварении:

*«Разве же можно поверить
В эту прямую кишку?!
Разве же можно измерить
Кишкою всю нашу тоску?!»*

И добавлял: *«Зная сегодняшний уровень наших знаний о функции желудочно-кишечного тракта, надо признать, что «можно измерить кишкою всю нашу тоску?!»».*

В.П. Петров всегда старался видеть в хирургии гораздо больше, чем просто раздел практической медицины. Он часто цитировал В.Н. Бураковского (1988): *«Хирургия — это и наука, и искусство, и ремесло... Хирургия — еще и философия, и образ жизни, и призвание».* С этим никак нельзя не согласиться.

Увлекаясь искусством Валентин Павлович всегда оставался практическим хирургом и большим ученым. Сколько учеников он воспитал, сколько написал — трудно сосчитать. Наверное, на определенном этапе жизни точная цифра публикаций уже не является столь важной. Важно, что в каждый праздник его телефон разрывается от звонков. Звонят друзья, коллеги, ученики, и дети, внуки и правнуки. *«Никогда не мечтал сам стать врачом, а воспитал целую династию врачей: жена — врач, дочь — врач, зять — тоже профессор медицины, внучка и ее муж врачи, а правнучка мечтает стать генетиком»:* с гордостью говорит Валентин Павлович в преддверии юбилея.

*Накатис Я. А., доктор медицинских наук, профессор,
главный врач КБ № 122 им. Л.Г. Соколова,
заслуженный врач РФ.*

*Кащенко В. А., доктор медицинских наук,
профессор и заведующий кафедрой факультетской хирургии СПбГУ,
главный хирург КБ № 122 им. Л.Г. Соколова*

РАЗДЕЛ 1

ХИРУРГИЯ И ИСКУССТВО

**К. П. БРЮЛЛОВ И А. А. ИВАНОВ —
ВЕЛИКИЕ РУССКИЕ ХУДОЖНИКИ**

Петров В. П.

В русской живописи XIX века особое положение занимают два известных художника — Карл Павлович Брюллов (1799–1852) и Александр Андреевич Иванов (1806–1858). К. Брюллов был на 7 лет старше А. Иванова, а во время учебы в Академии художеств учителем Карла Брюллового был Андрей Иванович Иванов — отец Александра. Искусствоведы очень по-разному оценивают отношения художников между собой на протяжении всей их жизни. М. В. Алпатов считает, что А. Иванов питал к Брюллову лишь искреннее восхищение и всякие добрые чувства, и покорно уступал дорогу ему. Однако, в недавно обнаруженном письме, А. Иванов пишет своему другу П. Измайлову (письмо от 2–3 февраля 1831 года): «Карл Брюллов является нам всем русским пенсионерам как бы каким-то властелином, и судит обо всем решительно самым резким образом. Его цель — быть над всеми властелином».



А. Севастьянов (2013) считает, что Иванов и Брюллов выражали собой два вполне противоположных человеческих типа, которым не суждено ни сближение, ни взаимопонимание. «Тем не менее, Брюллов на всю жизнь сохранил признательность своим наставникам, из которых он особенно ценил Андрея Ивановича Иванова», отца Александра Иванова (Бочаров И., Глушкова Ю., 1984).

Следует отметить, что А. Иванов иногда пытался наладить хорошие отношения с К. Брюлловым. М. В. Алпатов (1966) пишет: «Иванов приехал в Рим с самым высоким мнением о Карле Брюллове, долгое время находился под его обаянием и домогался сближения с даровитым художником».

Когда Брюллов вновь приехал в Рим, А. Иванов потянулся к нему в надежде найти общий язык с художником, талант которого он высоко почитал. Но они опять не сошлись, слишком разные они были по своему характеру, слишком велико было несходство их темпераментов. «С Брюлловым я, вначале его приезда, часто виделся, — писал А. Иванов Гоголю, — но теперь с ним не бываю. Его разговор умен и занимателен, но сердце все тоже, все также испорчено» (Бочаров И., Глушкова Ю., 1984).

В мае 1823 года Брюлловы Карл и его брат Александр впервые приехали в Рим. У художника было большое желание — постигнуть тайны Рафаэля. С этой целью он начал копировать картину Рафаэля «Афинская школа». В последствии Брюллов признавался, что осмелился написать «Помпею» на



огромном холсте только потому, что прошел «школу» «Афинской школы» (Леонтьева Г. К., 1976). Итальянский критик Висконти отмечал, что Брюллов сделал удачный выбор момента для изображения на полотне: «Вдруг, посреди бегства, раздается над ними грозный оглушительный удар грома. Они ошарашиваются и, пораженные ужасом, смотрят на небо, как бы страшась, что бы оно не обрушилось на их головы. Эту минуту избрал господин Брюллов».

К. Брюллов перед началом создания картины провел большую подготовительную работу. Он изучает письма Плиния младшего к римскому историку Тациту, в которых описана гибель Плиния старшего во время извержения Везувия. Художник обращается к материалам археологических раскопок. Некоторые фигуры он изобразит потом точно в тех же позах, в каких были найдены в застывшей лаве скелеты жертв разгневанного Везувия. Почти все предметы быта, которые изображены на картине писаны Брюлловым с подлинных, хранившихся в Неаполитанском музее (Леонтьева Г. К., 1976).

Сюжет «Последнего дня Помпеи» Брюлловым был избран под влиянием своего брата Александра, который, находясь в Италии, усиленно изучал развалины Помпеи. Однако А. И. Герцен писал, что в картине нашли свое, может быть бессознательное отражение мысли и чувства художника, вызванные поражением восстания декабристов в России (Бочаров И., Глушкова Ю., 1984). Непосредственным толчком к созданию этой картины послужила опера Джузеппе Пачини «Последний день Помпеи», которая в эти дни шла с большим успехом в Риме. К теме гибели Помпеи в то время обращались многие деятели искусства. Англичанин Мартин еще в 1822 году написал картину «Гибель Помпеи», а несколько лет спустя выйдет в свет роман Бульвер-Литтона на ту же тему (Леонтьева Г. К., 1976).

В картине «Последний день Помпеи» художник изобразил несколько групп граждан города, убегающих от опасности. На переднем плане слева представлена группа «молящихся»: мать и две дочери.

Коленопреклоненные, они поддерживают руками друг друга, молят Бога и с опаской смотрят на молнию и падающие скульптуры. Рядом с ними стоит служитель Христа, не ведающий страха и сомнения. Справа от «молящихся» расположена «семейная» группа: отец, мать и двое ребятшек. Они накрылись плащом и бегут. Отец поднятой рукой и раскрытой ладонью пытается защитить свое семейство от угрозы.

Мать обеими руками прикрывает их и этим хочет спасти своих детей.

Справа на переднем плане двое молодых людей несут на плечах отца-старика. Очень хорошо изображена поднятая вверх рука отца, старческая, с искривленными пальцами, с расширенными венами. Раскрытой ладонью отец хочет защитить от подступающего огня своих сыновей. Рядом на земле сидит пожилая женщина и юный Плиний-младший, который уговаривает свою мать собрать остатки сил и попытаться спастись. Но мать отталкивает сына, умоляет его спастись самому и оставить ее.

Справа от них изображена пара новобрачных. Невеста в розовом платье, на голове веночек из цветов, но она уже мертвая, правая рука ее безжизненно свисает. Жених держит невесту на руках и не верит, что она уже мертвая.

Слева в верхней части картины художник изобразил себя с ящичком с красками и кистями на голове и рядом две девушки, его помощницы. Его фигура

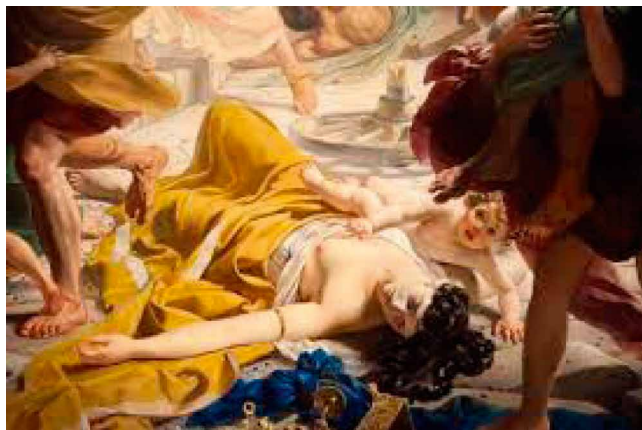


спокойная, он хочет показать художника, творца, как беспристрастного свидетеля исторического события. Одна из девушек, стоящая справа от художника, подняла вверх красивую левую руку и отпустила кувшин, который падает вниз.

Еще привлекает внимание зрителя красивая женщина, упавшая с колесницы и лежащая на мостовой, с откинутой в сторону изящной рукой. Рядом с ней ребенок, который пытается «разбудить» свою маму.



Н. В. Гоголь давал очень высокую оценку всей картине «Последний день Помпеи» и особенно он подчеркивал «чудесную, еще не являющуюся в такой красоте руку женщины, упавшей с колесницы». Г. К. Леонтьева (1976) пишет, что «Гибель Помпеи в представлении художника — это гибель всего античного мира. Красивая женщина, упавшая с колесницы, символизирует прекрасный, но уже обреченный на гибель мир античности. Плачущий ее ребенок — это знак неиссякаемых сил жизни, будто аллегория нового мира».



Картина имела большой успех по всей Италии, особенно в Риме, в Милане. Творение Брюллова сравнивали с картинами Рафаэля, Микеланджело, Тициана, Гвидо Реми. Автора избирают своим членом Болонская, Миланская, Флорентийская академии художеств. А. Демидов платит за картину 40000 франков. Царь Николай I награждает К. Брюллова орденами Анны 3-й степени. Отныне ни у Рима, ни у мира не осталось сомнений: Брюллов — лучший, первый, несравненный, вне конкуренции. Поклонение художнику вознеслось до фанатизма, его именем были исписаны стены Рима, ему рукоплескали в театре. При пересечении границ различных княжеств у него даже не требовали документов (Севастьянов А., 2013).

К. П. Брюллов написал картину «Последний день Помпеи» менее чем за 3 года. Однако, от первой блеснувшей мысли о картине до ее завершения пройдет долгих 6 лет.

Весной 1852 года К. Брюллов из Рима переехал в загородный дом вместе с семьей своих друзей Титтони. Один только свежий итальянский воздух, насквозь прогреваемый солнцем, поддерживал его силы. В тот день 23 июня 1852 года он с утра чувствовал себя бодро. После обеда Брюллов курил сигару и слушал, что читал ему вслух один юноша художник. Вдруг его охватил приступ судорожного кашля. Раньше такого кашля не было. Хлынула горлом кровь. Брюллов понял, что это конец. Он встретил его мужественно. Он ведь не раз повторял, что жил так расточительно, чтобы прожить на свете сорок лет. «Вместо сорока я прожил пятьдесят, следовательно, украл у вечности 10 лет и не имею права жаловаться на судьбу». Гроб с телом Брюллова перевезли в Рим. 1852 год был годом больших потерь: умерли Гоголь, Жуковский (7.04.), писатель Загоскин (в один день и час с Брюлловым), Павел Федотов (осенью в доме умалишенных) (Леонтьева Г. К., 1976).

Отец Александра Андреевича Иванова — Андрей Иванович окончил Академию Художеств с отличием, был оставлен преподавателем, дослужился до профессора, выслужил дворянство. До 12 лет Саша Иванов учился дома, беря уроки у профессоров АХ. Отца и сына Ивановых соединяла самая нежная родственная привязанность и заботливость друг о друге. Важной чертой семьи Ивановых была высокая религиозность. Во время учебы в Академии Александр Иванов был неловким, замкнутым мальчиком. У него не было друзей, он не шалил. Даже к выпускному классу А. Иванов не приобрел друзей, но он был лучшим из лучших учеников. Он получил малую золотую медаль за картину «Приам испрашивает у Ахиллеса тело Гектора», и большую золотую медаль за «Иосифа, толкующего сны заключенным с ним в темницу виночерпию и хлебодару». Эти успехи позволили Обществу поощрения художников направить его на стажировку в Италию. В 1830 году А. Иванов вначале на пароходе по Балтийскому морю, а затем на дилижансе едет в Италию.

Еще во время учебы в АХ, копируя в Эрмитаже картины знаменитых художников, А. Иванов мечтал написать «картину картин», которая изменит мир к лучшему (Александров А., 2014). В первое время пребывания в Италии Иванова томила ностальгия. Он писал в письме к своему товарищу: «Я иногда клянусь тот день, в который выехал за границу», «Признаюсь тебе, я в Риме, и мне тошна здешняя жизнь». Но когда родители предложили ему вернуться в Россию, Александр отказался и рассердился на них. По прошествии трех лет после приезда в Италию художник окончательно решил не возвращаться на родину и прожил на чужбине долгих 27 лет. Вернувшись в Россию, художник даже родительских могил не смог отыскать.

С первых дней работы в Италии А. Иванов придерживался одного принципа, который был изложен им в письме к отцу: «Художник должен быть совершенно свободен, никогда ничему не подчинен, независимость его должна быть беспредельна». В этом отношении примером для него служил Карл Брюллов. В 1833 году в письмах А. Иванова появились первые упоминания о замысле большой картины.

Художник хотел писать свою главную картину на тему: «Братья Иосифа в тот момент, когда находят кубок в мешке Вениамина». Но его отговорил известный немецкий художник Овербек. Он считал, что этот сюжет не может служить основой для большой картины, так как он представляет только эпизод из жизни Иосифа. А. Иванов не сразу приступил к работе, он считал себя мало к ней подготовленным и решил испробовать свои силы на большой картине, но менее сложной композиции. Он написал картину «Явление Христа Марии Магдалине». В Петербурге публика и художники встретили эту картину с восторгом. Художнику присвоили звание академика, картину поместили в Эрмитаж. Только в 1837 году А. Иванов определил тему и размеры своей основной «картины картин». Ревнивое отношение А. Иванова к автору «Помпеи» выразилось и в том, что размер холста для «Явления...» был избран такой, чтобы превзойти брюлловскую «Помпею» невиданным размахом: размер «Явления...» намечен — 540 x 570 см, «Помпеи...» был 457 x 651 см.

Несмотря на большое желание исполнить «картину картин» художник... доканчивал осуществление своего грандиозного полотна через силу, урывками, подолгу не находя в себе духа вновь подойти к холсту. Сам А. Иванов признавал «Мой труд — большая картина — более и более понижается в моих глазах». Под конец работа уже не только не приносила Иванову удовлетворения, но он, буквально силком, заставлял себя завершить начатое. Это было необходимо, чтобы, по крайней мере, не обесмыслить нечеловеческий двадцатилетний труд. А. Севастьянов (2013) считает, что «Начиная сей подвиг (писать картину — В.П.), Иванов, конечно же имел в виду, прежде всего, одно: «заткнуть за пояс» Карла Брюллова с его «Последним днем Помпеи».

В 1857 году А. Иванов решил, что пришла пора возвращаться домой, в Россию. В этом же году его студию посетила вдовствующая императрица Александра Федоровна, которая осталась очень довольной, милостиво отнеслась к художнику и дала ему средства на поездку в Германию и Францию для лечения глаз.

Накануне отъезда в Россию А. Иванов организовал открытый доступ к картине в Риме. Посетителей было много — и русские, и английские, и немецкие, и французские живописцы, итальянская публика. Перед домом № 5 выстроилась длинная очередь. Успех был оглушительным, о таком мечтали все русские художники Рима (Александров А., 2014). В Россию он едет через всю Европу, его прекрасно принимают в Париже. В Петербурге он, прежде всего, навестил великих княгинь Елену Павловну и Марию Николаевну, сестру правящего царя Александра II. Картину вначале разместили в Зимнем дворце, где ее смотрел и хвалил император, а затем полотно переместили в Академию художеств.

В картине «Явление Христа народу», по мнению многих исследователей, главной фигурой является не Христос, а Иоанн Предтеча. При изучении эскизов картины отмечено, что со временем «центр тяжести» переносится на фигуру Иоанна Крестителя, обращающегося уже не к зрителю, а к народу. Его образ стал героичней, строже, монументальней, чему способствует отчасти и тяжёлый плащ, перекинутый через левое плечо. Значительность фигуры Иоанна Крестителя усилена введением в композицию группы сопровождающих его учеников. И, наоборот, отсутствие учеников вокруг Христа подчёркивает его одиночество (Архангельская А., 1956 г.).

Рядом с Иоанном Крестителем расположена группа будущих апостолов. Молодой рыжеволосый Иоанн Богослов внимательно слушает Крестителя и просит своих товарищей не мешать ему.





Его взгляд устремлен на Иоанна Крестителя, правой рукой он останавливает чем-то недовольного Андрея, который хочет возразить или задать вопрос Иоанну Крестителю. Апостол Петр повернул голову, чтобы лучше слышать Крестителя одним левым ухом. Апостол Нафанаил опустил взор в землю, он сомневается в правдивости слов Иоанна Крестителя.

Слева от группы апостолов из воды выходят старик с посохом и обнаженный юноша. Старик — это аллегория Древнего Израиля, уставший, исхудавший, лысый. Юноша — бодрый, курчавый, внимательно слушает Крестителя, олицетворяет Новый Израиль.

Один из ключевых персонажей картины — раб с веревкой на шее, он разбирает сверток одежд своего хозяина, слушает проповедь Иоанна Крестителя.

Речь так тронула невольника, зародив надежду на освобождение, что слезы покатались из его красных глаз, и он оставил одежды и оглянулся на Крестителя. Его хозяин движением правой руки велит рабу вернуться к своим обязанно-

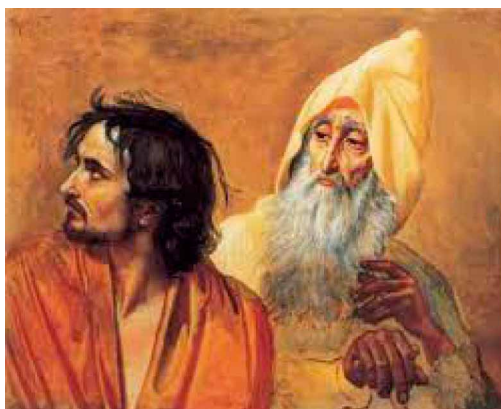


стям. Лицо раба зеленоватого цвета: невольников специально мазали плохо смываемой краской, чтобы помешать побегу. Художник специально сделал акцент на фигуре раба, в связи с обсуждением вопроса об отмене крепостного права (Котов П., 2013).

Справа от раба стоят дрожащий мужчина и мальчик, только что вышедшие из воды, они услышали проповедь Иоанна Крестителя.

Мужчина тронут до глубины души, в словах Крестителя он видит спасительные надежды, он добр и мягок сердцем. Мальчик, не понимая глубокого смысла проповеди, слушает внимательно Иоанна Крестителя. Справа, за дрожащим мужчиной и мальчиком спускаются с горки книжники и фарисеи. На их белых одеждах есть надпись: «Мы имеем Закон, и по Закону нашему он (Христос) должен умереть, потому что сделал Себя Сыном Божиим». А Иоанн Креститель в проповеди говорит: «И я видел и засвидетельствовал, что Сей есть Сын Божий» (Котов П., 2013).

Выше книжников изображен «ближайший к Христу» в бордовом халате, с длинными волосами на голове. Некоторые искусствоведы считают, что это портрет Н. В. Гоголя.



Но другие отрицают это мнение, так как Иванов и Гоголь познакомились в 1838 году, а этот человек уже был изображен в первоначальном «солдатенковском» (в ГРМ) варианте, который выполнен в 1836 году.

Еще одна спорная фигура сидит на земле перед Крестителем. Это не израильтянин, а путешественник. На нем вифинская шапочка. П. Котов (2013) и некоторые другие исследователи считают, что это автопортрет А. А. Иванова, хотя многие другие ученые отрицают такую версию.

А. Иванов назвал свою картину «Явление Христа народу», этим самым он ставит фигуру Христа в центр изображенного события. Однако многие не согласились с этим. Да и сам автор картины в процессе двадцатилетней работы переносил центр восприятия на фигуру Иоанна Крестителя, а Христос постепенно удалялся от переднего плана, который теперь был отведен народу, это видно и по многочисленным эскизам. А. Нарышкина (2005) считает, что «особенно необычна фигура Христа, здесь многое от древнерусских икон. Художник стремился выразить в этом образе поиски высокой человеческой души и смысла жизни». Христос идет и думает, сможет ли он дать то, что от него ждут люди? Об этом свидетельствует его почти робкая поступь устало идущего человека, замедляющего шаг по мере приближения к людям, выражающего сосредоточенность на своих мыслях. Направление движения Христа двойственное — к людям и вместе с тем как будто мимо них. Он не только не идет к людям, но словно



сторонится их. Это подчеркивает, что не человек, а природа сохранила чистоту Божьего смысла. А Христос идет не к людям, а к выжженной древней земле, ее голубым далям, высокому небу (Степанова С., 2012). Маленькая деталь у А. А. Иванова также обретает широкую смысловую нагрузку: образ дороги, извилистой, крутой, прорезывает все пространство холста. Через мотив дороги раскрывается тема размышления, мужества, постижения жизни.

К. Кантор (1990) пишет: «Фигура Христа маленькая и плохо различима, выражения его лица не видно. И Иоанн Креститель не склоняется перед ним униженно». Л. М. Жукова (2009) отмечает: «В картине много людей. Множество лиц, и каждое из них, так или иначе, преобразилось при виде Мессии — Иисуса Христа. Его фигура написана в отдалении от толпы, небо над Ним окрашено в розовый цвет — цвет зарождающейся надежды. Высокие горы за спиной — это высокие помыслы, уходящие в небеса».

Наоборот, фигура Иоанна Крестителя изображена героической монументальной. Отчасти этому способствует и тяжелый плащ, перекинутый через левое плечо. Значительность фигуры Иоанна Крестителя усилена введением в композицию группы сопровождающих его учеников. А отсутствие учеников вокруг Христа подчеркивает его одиночество (Архангельская А., 1956).

Типажи, занимающие все огромное пространство переднего плана, А. Иванов искал не только на итальянском юге, заселенном сирийскими семитами еще в раннем средневековье, но и специально в местах скопления евреев, на рынках, в купальнях и молитвенных домах. Особенным его вниманием пользовались еврейские гетто вблизи Капитолия и в Ливорно. А. Севастьянов (2013) пишет: «Можно только пожалеть, что в юности художник не прислушался к доброму совету молодого императора Николая и не обратился к русской истории, уступив лучшие лавры, пришедшим ему на смену Василию Сурикову, Виктору Васнецову и другим истинно народным мастерам кисти. Как бы не относиться к Николаю Павловичу — меценату и ценителю изящного, но политическое и национальное чутье у него было отменным. Его второй дельный совет был дан в Риме в декабре 1845 года после посещения мастерской художника. Воскликнув при всех «прекрасно начал!», император позднее передал пожелание: создать в параллель «крещению евреев» такого же формата полотно на тему крещения русских князем Владимиром в Днепре. С одного взгляда Николай разглядел ахиллесову пяту автора. Царь зрил в корень, но Иванов и на сей раз остался глух. Вместо того, чтобы исполнить царское пожелание, он еще тринадцать лет дописывал свою «Мессию».

Отношение граждан, друзей, знакомых, любителей искусства и искусствоведов, художников к картине было не однозначным. В Риме она имела оглушительный успех, люди стояли в очереди, чтобы попасть в квартиру А. Иванова на улице № 5. Такой же успех был и в Париже. В 1858 году А. Иванов покинул, наконец, Италию и привез свою картину в Петербург. Она была встречена сдержанно. Картина не вызвала ожидаемого восторга. И только представители демократической мысли — А. И. Герцен, Н. Г. Чернышевский, В. В. Стасов, И. Н. Крамской — поняли великого новатора.

А. Иванов был действительно великим художником. Н. Г. Чернышевский считал, что он был «человеком, по своим стремлениям принадлежащим к небольшому числу избранных гениев, которые решительно становятся людьми будущего». Высокую оценку картине «Явление Христа народу» дал И. Е. Репин. Он писал: это «самая гениальная и самая народная картина. Тут изображен угнетенный народ, жаждущий слова свободы, идущий дружною толпой за горячим проповедником». Но современный искусствовед А. Севастьянов (2013) считает: «Ни слов свободы, ни дружной толпы, ни угнетенного народа на картине нет».

Однако единого мнения о картине не было. А. И. Герцен считал, что картину следовало бы назвать «Явление Иоанна Предтечи народу», потому что он является главным персонажем на полотне. Известный поэт Ф. И. Тютчев говорил: «Да это не апостолы и верующие, а простое семейство Ротшильдов». По мнению А. Цомакион (1995) эти недостатки составляют только одну из причин ее неудачи, а более существенным было изменение настроения русского общества. За 30 лет, прошедших после отъезда А. Иванова за границу, общество изменилось до неузнаваемости: поклонение Западу сменилось живым интересом к русской действительности. Этому способствовал расцвет русской литературы: широко распространялись труды А. С. Пушкина, началась и закончилась литературная деятельность В. Н. Гоголя, М. Ю. Лермонтова, явился А. В. Кольцов. В изобразительном искусстве работали И. Е. Репин, И. Н. Крамской, М. В. Нестеров, В. М. Васнецов, А. Г. Венецианов, П. А. Федотов и др.

Несмотря на то, что оба художника, К. П. Брюллов и А. А. Иванов, относятся к великим русским мастерам, личная жизнь у них не сложилась. К. П. Брюллов был компанейский человек, любил общество, застолье, знакомства. Будучи молодым, он хотел жениться на Марии Ивановой, любимой сестре Александра Иванова, но против этого высказалась вся семья Ивановых и, особенно, ее брат Александр и сватовство не состоялось. Но была женщина, которую Карл Павлович любил всю жизнь, это графиня Самойлова Юлия Павловна. Самойлова это фамилия по ее первому мужу, а ее девичья фамилия — Скавронская, восходит к жене Петра I Екатерине I. Отношения Брюллово и Самойловой всю жизнь были теплыми, они любили друг друга, но семьи у них не получилось. Оба были самостоятельными людьми.

Когда Карл Павлович работал над картиной «Последний день Помпеи», он неоднократно использовал Самойлову в качестве модели. Так, черты Юлии Павловны можно легко распознать в мертвой женщине, выпавшей из коляски; в девушке, стоящей рядом с художником, с поднятой левой рукой и опустившей кувшин; в женщине из группы «молящихся»; в образе матери в «семейной группе».

Правда у Карла Павловича была одна свадьба, но она оказалась неудачной. К. Брюллов приехал в С-Петербург в июне 1836 года и здесь познакомился с Эмилией Тимм. Ей было 18 лет, она приехала из Риги к своему брату Вильгельму, который учился в Академии художеств. Отец Эмилиии был бургомистром г. Рига. Знакомство Карла и Эмилиии переросло в более тесные отношения, а вскоре была объявлена и свадьба. Накануне этого события Эмилиия рассказала Карлу Павловичу об отношениях со своим отцом. Он имел противоестественную страсть к собственной дочери. Брюллов решил, что после свадьбы эту связь с отцом Эмилиия прекратит. Но художник ошибся, связь продолжалась. Через 2 месяца после свадьбы получено разрешение и состоялся развод.

Александр Иванов был вообще замкнутым человеком, у него было мало друзей, но желание жениться у него дважды возникало. Первый раз это случилось после окончания Академии художеств накануне его отъезда в Италию. Он влюбился в барышню Гюльпен, дочь преподавателя музыки в Академии художеств. Она хотела выйти замуж, но против выступили родители Саша. Они пилили Сашу две недели, матушка рыдала, отец заклинал пожалеть его седины, жаловался, что глаза у него слабеют, рука уже не та, что прежде. В общем, уговорили Сашу не жениться и он поехал в Италию. Второй раз он влюбился уже будучи в Италии. Его друг Н. В. Гоголь привел его в дом к русской аристократке, графине Софье Апраксиной, и Иванов влюбился в ее дочь Машеньку. Об этом он рассказал Гоголю, тот был категорически против: обругал своего друга, сказал, что все это бред и его (Иванова) судьба — жизнь бесприютного художника бобыля. В те дни Александр изобразил Машу на акварели «Вирсавия» такой,

как он о ней мечтал — полуобнаженной и с распущенными волосами. Вскоре Апраксины объявили о помолвке Маши и князя Мещерского. А вот натурщица Иванова, итальянка Тереза, вскоре родила от него дочь, которую назвали Мариучча, и они, мать и дочь, уехали из квартиры Иванова и больше он никогда не видел ни Терезу, ни свою дочь.

А.Иванов умер через 6 месяцев после возвращения из Италии. Все это время было тяжелым для художника, так как отзывы о картине были без восторга, прохладные. 3 июля 1858 года нарочный из Министерства двора объявил, что картина «Явление Христа народу» куплена за 15 тысяч рублей серебром. А. Иванов выслушал известие, но обрадоваться не успел — у него подкосились колени, и он тяжело осел на пол. В Петербурге заговорили, что художник умер от холеры. Но большинство людей, знавших художника, не очень верили в это, потому что основные симптомы — слабость в ногах, головокружение, тошнота — у Иванова и раньше бывали, и проходили благополучно. Иван Тургенев, писатель остро наблюдательный, вопрошал: «Что значит эта смерть? Уж, полно, холера ли это? — Не отравился ли он? Бедный!» В среде художников долго считалось, что Иванов покончил с собой, а версию холеры пустил-де в публику Боткин — присвоивший себе его лучшие этюды (Севастьянов А., 2013).

Таким образом, в первой половине XIX века в России жили и работали два великих художника — К. П. Брюллов и А. А. Иванов. Несмотря на их неравнозначный характер, они много сделали для развития русской культуры, отечественной живописи. Их основные картины — «Последний день Помпеи» и «Явление Христа народу» — до настоящего времени вызывают большой интерес зрителей, имеют важное научное значение, являются примером высокого мастерства, представляют высокую культурную ценность.

ИЛЛЮСТРАТИВНОСТЬ КАК ФОРМА ОТРАЖЕНИЯ ВЗГЛЯДА ХИРУРГА НА ОПЕРАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Юдин В. А.

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова
Кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО*

В любой профессии большое значение имеет алгоритм действия, который является, как принято говорить современным языком, дорожной картой от исходной точки действия до конечного результата. В хирургии крайне важно знание топографической анатомии, которая позволяет хирургу не только безошибочно определять местоположение органа, но и представлять взаимодействие его с другими органами и системами. Обращает на себя внимание факт желая приобрести профессиональную литературу, содержащую как можно больше иллюстраций, схем. Все это лишний раз доказывает, что в медицине, как ни в какой другой специальности, важен элемент изобразительности. Творчески относящийся к себе хирург в обязательном порядке стремится зафиксировать фотодокумент этапа выполнения операции, а способный к изобразительности считает за правило оставить в протоколе операции рисунок, схему выполненной операции. Это дает врачу возможность еще раз закрепить в своем сознании методологию выполненного оперативного пособия. Кроме того, присутствие в протоколе рисунка, схемы операции упрощает понимание текста описания операции для коллег, продолжающих лечить пациента. В определенном смысле это и юридический документ, наравне с текстом описания операции. В медицинском институте достаточно много уделяется места для использования студентом рисования различных объектов. Биология, гистология, патанатомия немислимы без отображения увиденного в учебных конспектах. К сожалению, на клинических дисциплинах этот навык не развивается, хотя ценность изобразительных навыков увеличивается.

Причиной утраты навыка рисования у большинства студентов и молодых врачей является отсутствие на клинических кафедрах традиций в преподавании элементов изобразительности. Другим определяющим фактором нежелания применять рисунки в описании операций является страх врача показать свою несостоятельность в выполнении рисунка. Этот мотивационный посыл имеет

свои объяснения. Не умеющих рисовать не существует. Школьная программа преподавания уроков рисования подразумевает дать основы рисунка, формы, проекции, перспективы, все то, что необходимо для выполнения примитивного рисунка. Большой ошибкой в методологии этой дисциплины является попытка ставить оценки качеству рисунка. У неуверенного в себе ученика, мало одаренного в художественном творчестве, на всю жизнь отбивается желание прикасаться к карандашу. Второй ошибкой является стремление к детализации изображаемого объекта. Один известный хирург, профессор, лишенный всякого таланта к рисованию, был выдающимся мастером изображения схем операций, так как обладал уникальной способностью уметь выделить главное в изображаемом предмете. Двумя-тремя линиями ему удавалось убедительно донести до аудитории смысл проведенной операции.

Ярким примером важности владения рисунком является использование навыков рисования в пластической хирургии. Без точной разметки линий разрезов невозможно достичь хорошего результата в пластической операции. Известная монография А. А. Лимберга *«Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела»* является непревзойденным научным и изобразительным трудом в хирургии. Ее по праву можно было бы назвать хирургической геометрией. За что автор получил Сталинскую премию. До сего времени этот труд представляет для многих хирургов, не имеющих склонности к математике, своего рода таинство, с трудом отдающее свои секреты. Опять же дело все в том, что умение видеть в рисунке смысловую составляющую логики раскроя тканей не у всех развито.

Человек уникален тем, что не только творчески относится к профессиональному навыку, но и еще способен активно осваивать как смежные специальности, так и различные хобби. Для врача, особенно пластического хирурга, большое значение имеет занятие живописью, скульптурой, фотографией, что расширяет диапазон его представления о гармонии формы и содержания. Внедряемые бурно в последние годы hi-tech технологии, наряду с явно положительной тенденцией, способствовали и потере творческой индивидуальности. В частности, применение 3D моделирования структурных перестроек частей тела на компьютере влечет за собой иллюзию реальности как для врача, так и для пациента, так как невозможно соотнести компьютерную пластику с пластикой биологической ткани. В результате достаточно часто пациенты предъявляют претензии на отсутствие желаемого результата, не совпавшего с компьютерной моделью.

Только руки хирурга и его интеллект способны творить чудеса совершенства, если то и другое — в полной гармонии. В великолепной книге профессора Петрова В. П. «Руки хирурга» собраны уникальные сведения о совершенном природном инструменте — руке человека. Каждый начинающий хирург должен прочитать и осмыслить содержание этой уникальной книги, так как там сведено воедино совершенство руки и интеллекта.

Подводя итог размышлениям о сущности изобразительности в медицине, можно с уверенностью сказать, что хирургия, как составляющая медицинской практики, может называться искусством, когда она представляет единое целое с изобразительным искусством.

РАЗДЕЛ 2

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ХИРУРГИИ

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Багненко С. Ф., Гольцов В. Р.

НИИСП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Острый панкреатит (ОП) характеризуется развитием отёка поджелудочной железы (отёчный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Этиологические модификации ОП: алкогольно-алиментарный (55%), билиарный (35%), травматический (2%), послеоперационный (2%) и другие. Острый панкреатит является полиэтиологическим заболеванием с единым механизмом патогенеза.

Определение начала острого панкреатита

В подавляющем большинстве случаев лечения тяжёлых форм острого панкреатита временной фактор имеет определяющее значение для исхода заболевания. Это принципиально важный вопрос, так как и особенности стадийного течения патофизиологического процесса острого панкреатита, и тактика его лечения тесно связаны именно с моментом возникновения заболевания. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками, которые обычно пациенту до этого помогали.

К патофизиологическим факторам, которые формируют этот характерный для острого панкреатита болевой синдром, относятся:

- **отёк** поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки ведут к перерастяжению капсулы поджелудочной железы и непосредственному раздражению болевых рецепторов чревного сплетения;
- **парез** кишечника, при растяжении стенки кишки раздражаются болевые рецепторы брюшины;
- ферментативный **экссудат** непосредственно раздражает болевые рецепторы брюшины.

Из вышеперечисленных патофизиологических факторов третий (ферментативный экссудат) характерен для деструктивных форм острого панкреатита; при отёчной форме острого панкреатита ферментативный экссудат, как правило, не образуется. Описанный болевой синдром не может быть купирован за одни сутки: если на следующие сутки после поступления больного купировались абдоминальные боли, то у больного имел место не острый панкреатит, а «панкреатическая колика» или другое заболевание.

Начало острого панкреатита должно определяться по времени появления абдоминального болевого синдрома, а не по времени поступления больного в стационар. Выявить момент начала заболевания можно при тщательном сборе анамнеза; обычно больные, а особенно тяжёлые, хорошо помнят часы и даже минуты момента появления характерного болевого синдрома. При переводе больного из одного стационара в другой (например, из ЦРБ в областную больницу) началом заболевания следует считать время появления болевого синдрома при первичном обращении за медицинской помощью.

Фазы острого панкреатита

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками летальности — ранней и поздней. После ранней фазы, которая обычно продолжается в течение первых двух недель, следует вторая поздняя фаза, которая может затягиваться на период от недель до месяцев. Целесообразно рассматривать эти две фазы отдельно, так как каждой фазе соответствует определённая клиническая форма и, следовательно, определённый лечебно-диагностический алгоритм.

I фаза — ранняя, в свою очередь, подразделяется на два периода:

— **Первая неделя заболевания.** В этот период происходит формирование панкреонекроза различного объёма и развитие эндотоксикоза (средняя длительность гиперферментемии составляет 5 суток), а у части пациентов — органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжёлом панкреатите период его формирования гораздо меньше (24–36 часов).

— **Вторая неделя заболевания** характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинической формой данной фазы является **перипанкреатический инфильтрат**.

II фаза — поздняя, фаза секвестрации (начинается с 3-й недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможно два варианта течения этой фазы:

- **асептическая секвестрация — стерильный панкреонекроз** характеризуется образованием постнекротических **кист поджелудочной железы**;
- **септическая секвестрация** — инфицирование некроза поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клиническими формами данной фазы заболевания являются **абсцесс** и **инфицированный панкреонекроз** (гнойно-некротический парапанкреатит), а также их собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный оментобурсит, гнойный перитонит, аррозийные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т. д.) с развитием эндотоксикоза инфекционного генеза, органной (полиорганной) недостаточности.

Терминология

Отёчный панкреатит — характеризуется диффузным (или иногда локальным) увеличением поджелудочной железы из-за воспалительного отека.

Панкреонекроз — диффузные или очаговые зоны нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которые, как правило, сочетаются с некрозом перипанкреальной жировой клетчатки.

Перипанкреатический инфильтрат — это продуктивное воспаление тканей поджелудочной железы и окружающих тканей, которое сопровождается острым скоплением жидкости (с панкреонекрозом или без панкреонекроза), располагающееся внутри или около поджелудочной железы и не имеющее стенок из грануляционной или фиброзной ткани. Возникает в ранней фазе острого панкреатита, имеет следующие исходы: полное разрешение (максимальные сроки — 4 недели от начала заболевания), образование кисты поджелудочной железы, развитие гнойных осложнений.

Киста поджелудочной железы — это скопление жидкости (с секвестрами или без секвестров), ограниченное фиброзной или грануляционной тканью, возникающее после приступа острого панкреатита. Возникает в сроки после 4 недель от начала заболевания.

Стерильный панкреонекроз — панкреонекроз, который не содержит подтвержденной патогенной инфекции.

Инфицированный панкреонекроз (гнойно-некротический парапанкреатит) — это подвергающийся колликвации или нагноению бактериально обсемененный некроз ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, не имеющий отграничения от здоровых тканей.

Панкреатический абсцесс — это ограниченное скопление гноя в области поджелудочной железы, возникающее вследствие острого панкреатита (с панкреонекрозом или без него).

Гнойные осложнения (панкреатический абсцесс или инфицированный панкреонекроз) определяются при наличии минимум одного из следующих признаков:

- пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии;
- положительный бакпосев аспирата, полученного при тонкоигольной пункции;
- положительный бакпосев отделяемого, полученного при санирующей операции.

Органная недостаточность определяется по наихудшему показателю одной из 3 органных систем (сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной) за 24-часовой период без предшествующей органной дисфункции. Определение производится по соответствующим показателям шкалы SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment): превышение порога в 2 балла является основанием для диагностирования органной недостаточности:

- сердечно-сосудистая недостаточность: необходимость инотропных препаратов
- почечная недостаточность: креатинин $\geq 171 \mu\text{mol/L}$ ($\geq 2,0 \text{ mg/dL}$);
- дыхательная недостаточность: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ ($\leq 40 \text{ kPa}$).

Персистирующая органная недостаточность — недостаточность одной органной системы в течение 48 часов или более.

Транзиторная органная недостаточность — недостаточность одной органной системы в течение менее 48 часов.

Полиорганная недостаточность — недостаточность двух органных систем и более.

Классификация

В классификации острого панкреатита необходимо учитывать взаимосвязь клинических форм с морфологическими проявлениями, которые являются характерными для каждой фазы заболевания.

Целесообразно выделять три клинические формы: тяжёлый, средний и лёгкий ОП.

- **Острый панкреатит лёгкой степени.** Наиболее часто встречаемая клиническая форма ОП — 85%. Летальность минимальная (0,5%) и встречается при развитии ОП у больных, имеющих тяжёлую сопутствующую патологию. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.
- **Острый панкреатит средней степени.** Частота встречаемости 10%, летальность — 10–15%. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания (перипанкреатический инфильтрат, киста, абсцесс), или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).
- **Острый панкреатит тяжёлой степени.** Частота встречаемости 5%, летальность — 50–60%. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза, или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Больных с диагнозом «острый панкреатит» по возможности следует направлять в многопрофильные стационары.

РАННЯЯ ФАЗА

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в первую неделю заболевания

I Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите

Как правило, осуществляется в приёмном отделении или отделении экстренной помощи.

1) Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

- а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);
- б) характерные признаки по данным лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ): увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости;
- в) гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более;
- г) высокая активность амилазы ферментативного эксудата (в 2–3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароскопии (лапароцентезе);
- д) лапароскопические признаки острого панкреатита (см. протокол V).

Методы а), б), в) являются обязательными при диагностике ОП, а г) и д) (лапароскопия и лапароцентез) — выполняются по показаниям (см. протокол V).

Сила рекомендаций «В»

Если диагноз острого панкреатита устанавливается на основании методов а) и в), то выполнение ангио-СКТ (МРТ) для постановки диагноза в течение первой недели заболевания обычно не требуется.

Сила рекомендаций «С»

2) Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания: тяжёлый, средний или лёгкий ОП (Приложение 1). Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала.

Сила рекомендаций «С»

3) Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в Приложении 1, позволяет диагностировать тяжёлый или среднетяжёлый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (лёгкий ОП) показана госпитализация в хирургическое отделение.

Сила рекомендаций «С»

4) Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока,

оптимальным методом которого служит ЭПСТ. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ производится без ЭРХПГ.

Сила рекомендаций «D»

5) Оптимальным видом лечения ОП в ферментативной фазе является **интенсивная консервативная терапия**. Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

Сила рекомендаций «A»

II Протокол лечения острого панкреатита лёгкой степени

1) Для лечения лёгкого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24–48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной терапией.

Сила рекомендаций «C»

2) При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии (п. 1) в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита (Приложение 1) следует констатировать тяжёлый/средне-тяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии и проводить лечение, соответствующее тяжёлому/среднетяжёлому острому панкреатиту (протоколы III, IV).

Сила рекомендаций «C»

III Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени

Основной вид лечения — интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при среднетяжёлом ОП необходимо дополнять специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 24 часа от начала заболевания). При поступлении больных ОП средней степени необходимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Для исключения диагностических ошибок дежурной службой больных ОП средней тяжести целесообразно наблюдать в течение суток в условиях ОРИТ. При отсутствии явлений органной недостаточности и прогрессирования заболевания в течение суток больных ОП средней степени можно перевести в хирургическое отделение. При условии появления у больных ОП средней тяжести, находящихся в хирургическом отделении, признаков органной недостаточности и прогрессирования заболевания — гипотонии (АД < 100 мм рт. ст.), дыхательной недостаточности (ЧД > 30 в минуту), делирия и др., — последних необходимо перевести в ОРИТ.

Сила рекомендаций «C»

Специализированное лечение

1. Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок — первые трое суток заболевания).

Сила рекомендаций «D»

2. Реологически активная терапия.

Сила рекомендаций «D»

3. Инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза.

Сила рекомендаций «C»

4. Гистопротекция:

- антиферментная терапия (оптимальный срок — первые 5 суток заболевания);

Сила рекомендаций «D»

- антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия.

Сила рекомендаций «D»

5. Эвакуация токсических экссудатов по показаниям (см. стандарт IV).

Сила рекомендаций «D»

6. Применение антибиотиков с профилактической целью не является целесообразным.

Сила рекомендаций «C»

III Протокол интенсивной терапии острого панкреатита тяжёлой степени

Основной вид лечения — интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом ОП является недостаточно эффективным и должен быть дополнен специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). При поступлении больные ОП тяжёлой степени должны быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Лечебно-диагностический комплекс для больных ОП тяжёлой степени необходимо проводить в условиях ОРИТ, после купирования явлений органной недостаточности и стабилизации состояния (купирование делирия, расстройств гемодинамики, дыхательной деятельности и др.) возможен перевод пациентов в хирургическое отделение.

Сила рекомендаций «С»

Специализированное лечение

1. Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок — первые трое суток заболевания).

Сила рекомендаций «D»

2. Реологически активная терапия.

Сила рекомендаций «D»

3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов — 1: 4).

Сила рекомендаций «С»

4. Гистопротекция:

– антиферментная терапия (оптимальный срок — первые 5 суток заболевания);

Сила рекомендаций «D»

– антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия.

Сила рекомендаций «D»

5. Детоксикация:

– показано применение экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, гемофильтрация и др.);

Сила рекомендаций «D»

– эвакуация токсических экссудатов по показаниям (см. стандарт IV).

Сила рекомендаций «D»

6. Применение антибиотиков с профилактической целью не является целесообразным.

Сила рекомендаций «С»

V Протокол лапароскопической операции

Лапароскопия показана:

– пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;

Сила рекомендаций «С»

– при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Сила рекомендаций «С»

Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

Задачи лапароскопической операции:

а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии — мезентериального тромбоза и др.); к признакам ОП относятся:

– наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;

– наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2–3 раза превышающей активность амилазы крови);

– наличие стеатонекрозов;

Сила рекомендаций «D»

- б) выявление признаков тяжёлого панкреатита:
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
 - распространённые очаги стеатонекрозов;
 - обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

Сила рекомендаций «D»

Верификация серозного («стекловидного») отёка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжёлого общего состояния пациента) не исключает наличие тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, то есть заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

- в) лечебные задачи:
- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
 - желательна лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);

Сила рекомендаций «D»

- при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха.

Сила рекомендаций «C»

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на второй неделе заболевания

I Протокол диагностики и мониторинга перипанкреатического инфильтрата

Вторая неделя заболевания характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, которая клинически выражается перипанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Перипанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками деструктивного (тяжёлого или среднетяжёлого) панкреатита, тогда как при отёчном (лёгком) панкреатите эти признаки не выявляются.

Сила рекомендаций «C»

1. Помимо клинических признаков (перипанкреатический инфильтрат и лихорадка) вторая неделя ранней фазы ОДП характеризуется:

Лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;

Сила рекомендаций «C»

1.1 УЗ-признаками ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке).

Сила рекомендаций «D»

2. Мониторинг перипанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания).

Сила рекомендаций «D»

3. В конце второй недели заболевания целесообразна компьютерная томография зоны поджелудочной железы, так как к этому сроку у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трёх возможных исходов реактивной фазы:

3.1 Рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции.

3.2 Асептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гиперамилаземии.

3.3 Септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений).

Сила рекомендаций «C»

II Протокол тактики лечения перипанкреатического инфильтрата

У подавляющего большинства пациентов лечение перипанкреатического инфильтрата является консервативным. Лапаротомия на второй неделе ОДП выполняется только при осложнениях хирургического профиля (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.), которые невозможно устранить эндоскопическими методами.

Состав лечебного комплекса:

1. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.

Сила рекомендаций «С»

2. Лечебное питание: стол № 5 при среднетяжёлом ОП; нутриционная поддержка (пероральная, энтеральная или парентеральная) при тяжёлом ОП.

Сила рекомендаций «С»

3. Системная антибиотикопрофилактика (цефалоспорины III–IV поколений или фторхинолоны II–III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва — карбапенемы).

Сила рекомендаций «С»

4. Иммунотерапия (желательна коррекция клеточного и гуморального иммунитета).

Сила рекомендаций «D»

ПОЗДНЯЯ ФАЗА (СЕКВЕСТРАЦИИ)

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в фазе асептической секвестрации

I Протокол диагностики и мониторинга кисты поджелудочной железы

Клинической формой острого деструктивного панкреатита в фазе асептической секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является постнекротическая киста поджелудочной железы, срок формирования которой составляет в среднем до 6 месяцев.

Критерии верификации кисты поджелудочной железы:

1. Стихание синдрома системной воспалительной реакции на фоне сохраняющейся гиперамилаземии.

Сила рекомендаций «D»

2. Увеличение к третьей неделе заболевания размеров жидкостного скопления в парапанкреальной клетчатке по данным УЗИ, КТ.

Сила рекомендаций «С»

3. Исследование аспирата, полученного при тонкоигольной пункции:

3.1 Высокое содержание уровня амилазы (на несколько порядков превышающее уровень амилазы сыворотки крови).

3.2 Отрицательные данные бактериоскопии и бакпосева.

Сила рекомендаций «С»

4. При отсутствии осложнений (см. ниже) больного можно выписать на амбулаторное лечение. Размеры кисты необходимо мониторировать по данным УЗИ (1 раз в 2–4 недели).

Сила рекомендаций «D»

Если при асептической секвестрации не происходит вскрытия протоковой системы поджелудочной железы, то образование кисты не происходит. В данном случае, как правило, наблюдается рассасывание перипанкреатического инфильтрата (редукция жидкостного скопления в области поджелудочной железы) в сроки до 4-х недель. Этот период больные должны находиться под динамическим врачебным наблюдением (допустимо в амбулаторном порядке).

Сила рекомендаций «D»

II Протокол лечения кисты поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5 см) оперировать нецелесообразно, они подлежат динамическому наблюдению хирурга. Кисты поджелудочной железы большого размера (более 5 см) подлежат оперативному лечению в плановом порядке при отсутствии осложнений (см. ниже). Операцией выбора незрелой (несформировавшейся) кисты (менее 6 мес) является наружное дренирование. Зрелая (сформировавшаяся) киста (более 6 мес) подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

Сила рекомендаций «С»

Осложнения кисты поджелудочной железы:

1. Инфицирование.
2. Кровотечение в полость кисты.
3. Перфорация кисты с прорывом в свободную брюшную полость с развитием перитонита.
4. Сдавление соседних органов с развитием механической желтухи, стеноза желудка, кишечной непроходимости и др.

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в фазе септической секвестрации

I Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита

Клинической формой острого деструктивного панкреатита в фазе септической секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является панкреатический абсцесс (ПА) или инфицированный панкреонекроз (ИП) — гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространённости.

Критерии ПА и ГНПП:

1 Клинико-лабораторные проявления гнойного очага:

1.1 Прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОДП.

Сила рекомендаций «С»

1.2 Островоспалительные маркеры (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие «С»-реактивный белок, прокальцитонин и др.).

Сила рекомендаций «С»

1.3 КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).

Сила рекомендаций «С»

1.4 Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигльной пункции.

Сила рекомендаций «С»

В случае, когда методами п. 1.3 и 1.4 не удаётся выявить признаки инфицирования, решение о наличии у пациентов гнойных осложнений и показаний к оперативному лечению принимается на основании лабораторно-клинического минимума (п. 1.1).

Сила рекомендаций «D»

II Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита

1. При гнойных осложнениях ОДП показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как традиционными, так и миниинвазивными методами.

Сила рекомендаций «С»

2. При решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита) следует отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам (дренирование под УЗ-наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора «Мини-ассистент» и др.). При неэффективности миниинвазивного дренирования операцией выбора является санационная лапаротомия с некрсеквестрэктомией. Внебрюшинные доступы являются предпочтительными для дренирования. Оптимальными сроками выполнения первой санационной лапаротомии с некрсеквестрэктомией являются 4–5-я недели заболевания. При развитии осложнений, которые невозможно купировать с помощью миниинвазивных вмешательств, необходимо выполнять лапаротомию с некрсеквестрэктомией.

Сила рекомендаций «С»

3. После операции у подавляющего большинства больных формируется наружный панкреатический свищ, который после купирования воспалительного процесса лечится консервативно и закрывается самостоятельно в среднем за 2–4 месяца. Стойкий панкреатический свищ, не закрывающийся более чем за 6 месяцев, как правило, связан с крупными протоками поджелудочной железы. Он подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

Сила рекомендаций «С»

4. В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:
- 4.1 Парентеральная или энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца) при невозможности перорального питания.
Сила рекомендаций «С»
- 4.2 Системная антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибактериального препарата зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений.
Сила рекомендаций «В»
- 4.3 Иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей.
Сила рекомендаций «D»

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кащенко В. А., Петров В. П.

*Клиническая больница № 122 им Л. Г. Соколова ФМБА России
Кафедра факультетской хирургии СПбГУ, Санкт-Петербург*

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак устойчиво занимает одно из ведущих мест после рака легких и молочной железы [2, 4, 14]. Операции на ободочной кишке стали самыми распространенными в деятельности онкологических отделений абдоминальной хирургии, что находится в соответствии с тенденциями мировых онкологических регистров.

С введением в качестве стандарта хирургического лечения рака прямой кишки тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ), предложенной проф. R. J. Heald более 20 лет назад, результаты лечения данной патологии были значительно улучшены [8, 14]. Онкологическая стандартизация операций на прямой кишке в варианте ТМЭ привела к тому, что 5-летняя выживаемость при прогностически исходно менее благоприятном раке прямой кишки оказалась выше таковой при раке ободочной кишки. При этом рекомендации по лечению рака ободочной кишки продолжительное время незаслуженно игнорировались.

В отношении стандартов хирургической резекции ободочной кишки обычно руководствуются критериями типовых операций в зависимости от локализации опухоли [2].

Операции, объем которых отличается от типовых операций, принято обозначать как сегментарные резекции ободочной кишки [10, 15].

Использование типовых операций в большей степени основывается на принципах кровоснабжения кишки. Подразумевается, что лигирование основных сосудов сопровождается лимфодиссекцией в соответствующих бассейнах. При этом не существует четких рекомендаций, на каком уровне производить лигирование и какие лимфатические узлы должны быть удалены. Кроме того, уровень лимфодиссекции может отличаться от уровня лигирования сосудов [3]. Еще одна особенность типовых операций — удаление большой протяженности ободочной кишки, в то время как, по данным Y. Hashiguchi et al. (2011), отступ от края опухоли 5 см обеспечивает 97,5% вероятность отсутствия метастатического поражения параколических лимфатических узлов [7]. В проспективном рандомизированном исследовании Rouffet F. et al. (1994) выживаемость пациентов после левосторонней гемиколэктомии не отличалась от таковой после сегментарных резекций левых отделов ободочной кишки [13].

Другое направление стандартизации операций при раке ободочной кишки связано с регламентацией лимфодиссекции. Одним из критериев лимфодиссекции является определение минимального количества исследуемых лимфатических узлов. H. M. Parsons et al. (2011), проанализировав результаты лечения более чем 80 000 пациентов, показали увеличение выживаемости в группе больных, у которых было исследовано более 12 лимфатических узлов по сравнению с больными с меньшим количеством исследованных лимфатических узлов [12]. В литературе рассматриваются два основных механизма улучшения результатов лечения вследствие выполнения более объемных лимфодиссекций: увеличение точности послеоперационного стадирования (феномен миграции стадии) и удаление потенциальных источников опухолевой диссеминации [9, 11]. Многие национальные рекомендации регламентируют минимальное количество исследуемых лимфатических узлов [6, 10, 11, 14]. Однако количество исследуемых лимфатических узлов — ретроспективное событие, зависящее не только от хирургической

техники, но и от работы патоморфолога [14]. Именно поэтому построение практических рекомендаций на основании ретроспективной оценки количественных характеристик лимфодиссекции — методологически не вполне правильный путь.

В более углубленном развитии стандартизации онкологических операций при раке ободочной кишки можно выделить два направления — «немецкое» и «японское».

В Германии N. West и W. Hoenberger популяризовали концепцию полной мезоколонэктомии (complete mesocolic excision — CME) с центральным лигированием сосудов (central vascular ligation — CVL) [9, 16–18]. Авторы предложили экстраполировать подход R. J. Heald на операции при раке ободочной кишки. Первый компонент стандартизации — мезоколонэктомия (CME). Учитывая, что мезоколон покрыта с обеих сторон висцеральной фасцией, в ходе операции производится диссекция вдоль эмбриональных плоскостей с отделением висцеральной фасции от париетальной. Таким образом, авторы обозначают корректную мезоколическую плоскость диссекции (высокое качество мезоколонэктомии). Основные критерии соответствия данной техники: гладкая серозная оболочка (висцеральная фасция). Недостаточное соблюдение методики CME отражается в дефектах висцеральной фации на удаленном препарате. Поверхностные дефекты, не достигающие собственного мышечного слоя брыжейки, определяют как интрамезоколическую плоскость диссекции (средний уровень качества мезоколонэктомии). При многочисленных повреждениях собственного мышечного слоя плоскость диссекции обозначают как *muscularis propria plane*, что соответствует минимальному уровню качества мезоколонэктомии.

Второй компонент «немецкой» стандартизации — центральное лигирование соответствующей васкулярной ножки (CVL), обеспечивает максимальный объем удаления регионарных лимфатических узлов.

Многое из техники CME + CVL не является новым. Для левосторонней локализации опухоли «немецкий» подход во многом воспроизводит принципы классической левосторонней гемиколэктомии. Для правосторонних локализаций опухоли авторы из Эрлангена дополнительно предлагают скелетировать верхнюю брыжеечную вену, широко мобилизовывать двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы, а также проводить диссекцию в бассейне правых желудочно-сальниковых сосудов и ствола Генле. Однако главное значение техники CME + CVL — стандартизация этапов операции и хорошая воспроизводимость методики в руках других авторов [18].

В 2010 году N. West et al. сравнили результаты резекций ободочной кишки с мезоколонэктомией (CME + CVL), выполненных в клинике г. Эрланген (Германия), с результатами стандартных резекций, выполненных в клинике г. Лидс (Великобритания) [16]. Авторы показали, что «немецкая» техника позволяет получить удаленный препарат с достоверно более высокими параметрами «качества»: расстояние от опухоли до уровня перевязки магистрального сосуда, длина удаленной части кишки, площадь удаленной брыжейки и количество исследованных лимфатических узлов. На основании полученных данных N. West et al. (2010) предположили, что разработанные «немецкие» стандарты оперирования и достижение более «качественных» параметров удаленных препаратов объясняют более высокие показатели 5-летней выживаемости больных, оперированных в г. Эрланген.

Наиболее детально и методологически выверено к проблеме стандартизации оперативной техники при раке ободочной кишки подошли японские хирурги. Традиционно для японского изложения практические рекомендации сформулированы в виде 2 частей: рекомендации по классификации [10] и собственно практические рекомендации по лечению [15].

Первая часть включает общие принципы классификации, правила описания и документирования патологических изменений, рекомендации по стадированию. Отдельный раздел представлен японской классификацией лимфатических узлов.

В соответствие с японской классификацией все лимфатические узлы пронумерованы трехзначными цифрами.

Первая цифра — принадлежность к толстой кишке — обозначается как «2».

Вторая цифра чаще всего обозначает анатомическую область, соответствующую васкулярной ножке (подвздошно-ободочная артерия — 0, правая ободочная артерия — 1, средняя ободочная артерия — 2, левая ободочная — 3, сигмовидные — 4, прямокишечные — 5).

Третья цифра — степень удаленности от кишки: 1 — эпиколические и параколические лимфоузлы, 2 — мезоколические (интермедиальные) лимфоузлы, 3 — апикальные, или главные, лимфоузлы. Причем 1, 2 и 3 группы лимфатических узлов соответствуют уровням лимфодиссекции D1, D2, D3. При описании пресакральных лимфатических узлов в качестве последней цифры используют «0» (270, 280), а для паховых — «2» (292).

Принципы нумерации ряда лимфатических узлов отличаются от описанного выше правила. Нумерация лимфатических узлов «Классификации колоректального рака» пересекается с таковой «Классификации рака желудка» (JCGC): наблюдается совпадение по последним цифрам. Лимфатические узлы верхней брыжеечной артерии в колоректальной хирургии обозначаются как 214. В японской классификации рака желудка (JCGC) верхние мезентериальные узлы обозначаются как 14a и 14v для основания верхней брыжеечной артерии и вены соответственно (рис. 1). Аналогичные параллели можно провести для лимфатических узлов номер 216 — парааортальные (16 группа по JCGC), 206 — инфрапилорические (6 группа по JCGC), 204 — желудочно-сальниковые (4 группа по JCGC), 210 — лимфатические узлы ворот селезенки (10 группа по JCGC).

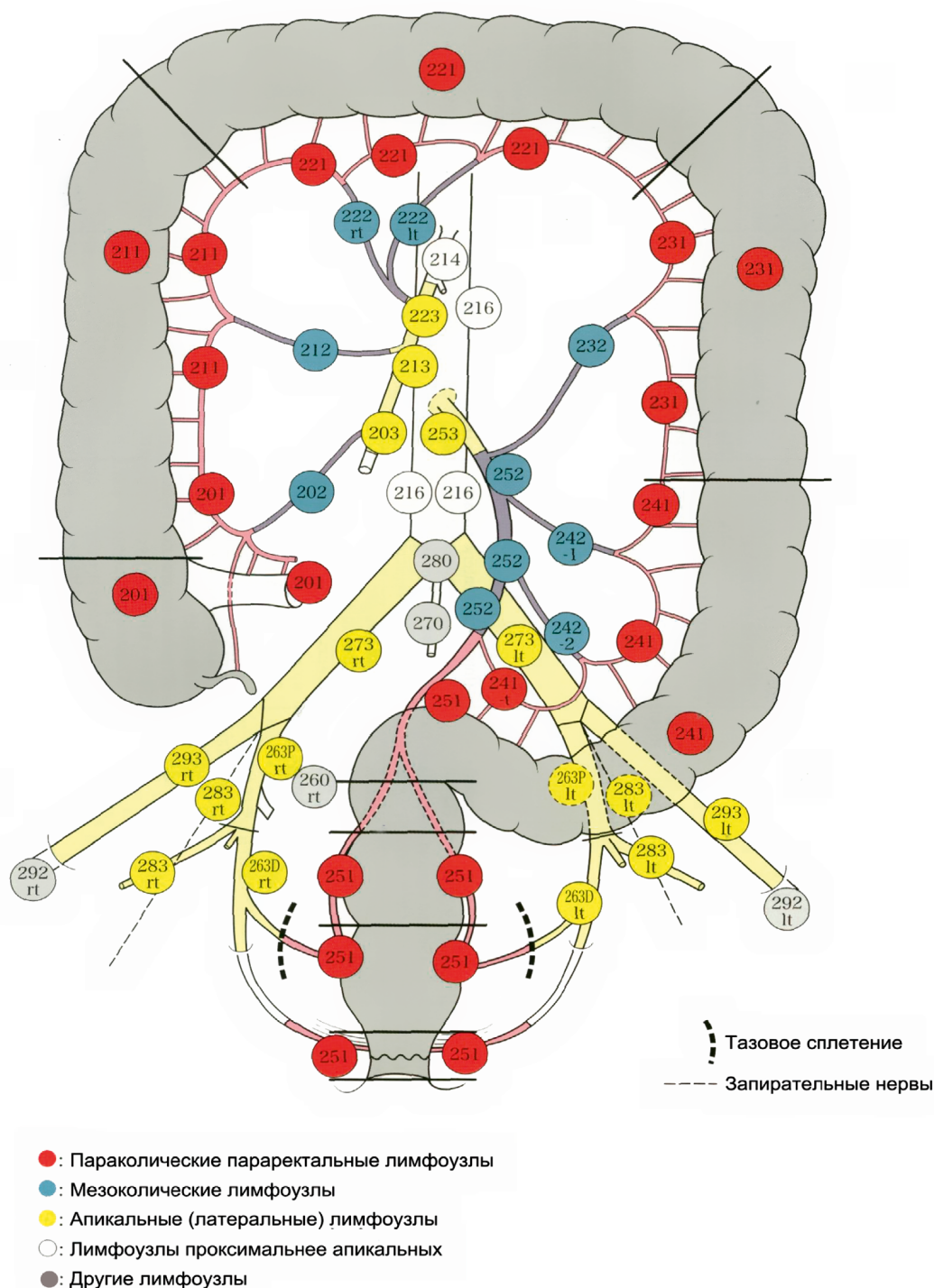


Рис. 1. Японская классификация регионарных лимфатических узлов ободочной и прямой кишки [10] (с разрешения комитета JSCCR)

В соответствии с уровнем удаляемых лимфатических узлов выделяют следующие объемы лимфодиссекции:

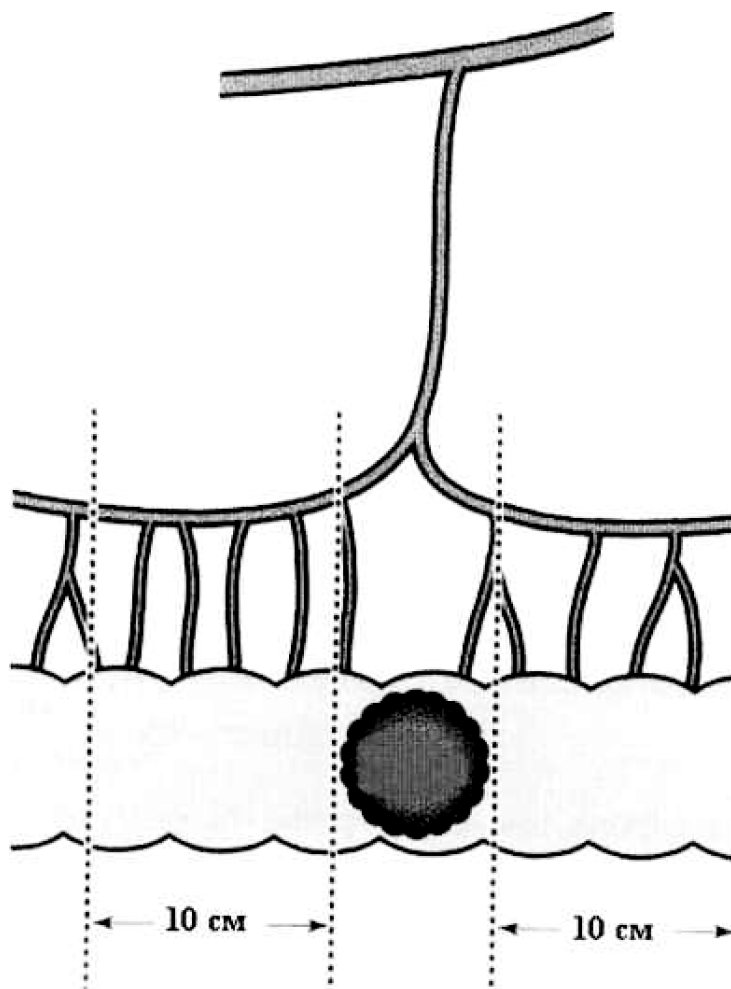
- D1 — удаление эпиколических и параколических лимфатических узлов;
- D2 — D1 и удаление мезоколических лимфатических узлов;
- D3 — D2 и удаление апикальных лимфатических узлов.

Предоперационное TNM-стадирование позволяет осуществить дифференцированный подход к выбору объема лимфодиссекции. Главным аргументом в пользу расширения лимфодиссекции с категории D2 до D3 являются клинические данные о поражении регионарных лимфатических узлов (cN+).

При клинически N-негативных стадиях объем лимфодиссекции определяется глубиной инвазии опухоли (категория cT). При cT1 рекомендуется лимфодиссекция D2. При инвазии опухоли в мышечный слой (cT2) допустима лимфодиссекция D2, но рекомендуется лимфодиссекция D3, так как, по данным японских регистров, при данной стадии появляется значимая вероятность поражения апикальных лимфатических узлов. Диагностика cT3 и cT4 требует обязательной лимфодиссекции D3. Очевидно, что такой дифференцированный подход требует специализированной предоперационной оценки патологических изменений, выявляемых в ходе лучевых и эндоскопических исследований.

Кроме объема лимфодиссекции в вертикальном направлении (D1–D3) японские рекомендации четко регламентируют протяженность лимфодиссекции параколических лимфатических узлов в горизонтальном направлении — длина основания треугольника, вершиной которого является точка перевязки магистрального сосуда. С определенными оговорками протяженность лимфодиссекции обычно совпадает с минимальными отступами резекционного края кишки в обе стороны от опухоли.

— опухоль в проекции васкулярной ножки — обе — дистальная и проксимальная — линии лимфодиссекции на расстоянии не менее 10 см от края опухоли (рис. 2).



**Рис. 2. Протяженность диссекции параколических лимфатических узлов при локализации опухоли в проекции сосудистой ножки (горизонтальная лимфодиссекция) [10]
(с разрешения комитета JSCCR)**

В случае если на расстоянии ближе 10 см от края опухоли проецируется продолжение одной или двух (с обеих сторон) лимфоваскулярных ножек, необходимо дополнительно отступить от последних еще 5 см (рис. 3, 4).

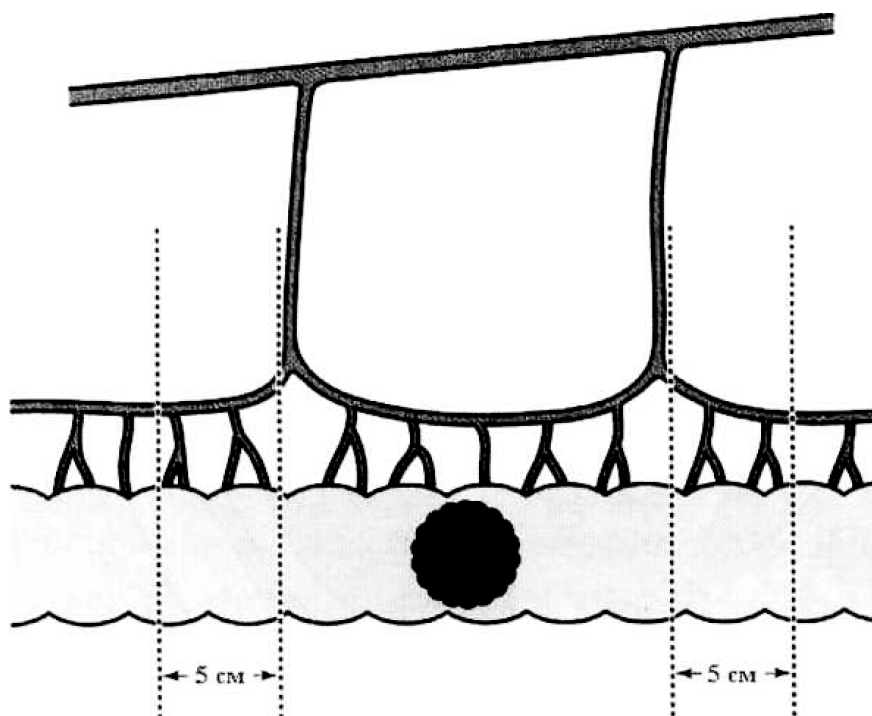


Рис. 3. Протяженность диссекции параколических лимфатических узлов (горизонтальной лимфодиссекции) при локализации опухоли эквидистанционно проекций сосудистых ножек [10] (с разрешения комитета JSCCR)

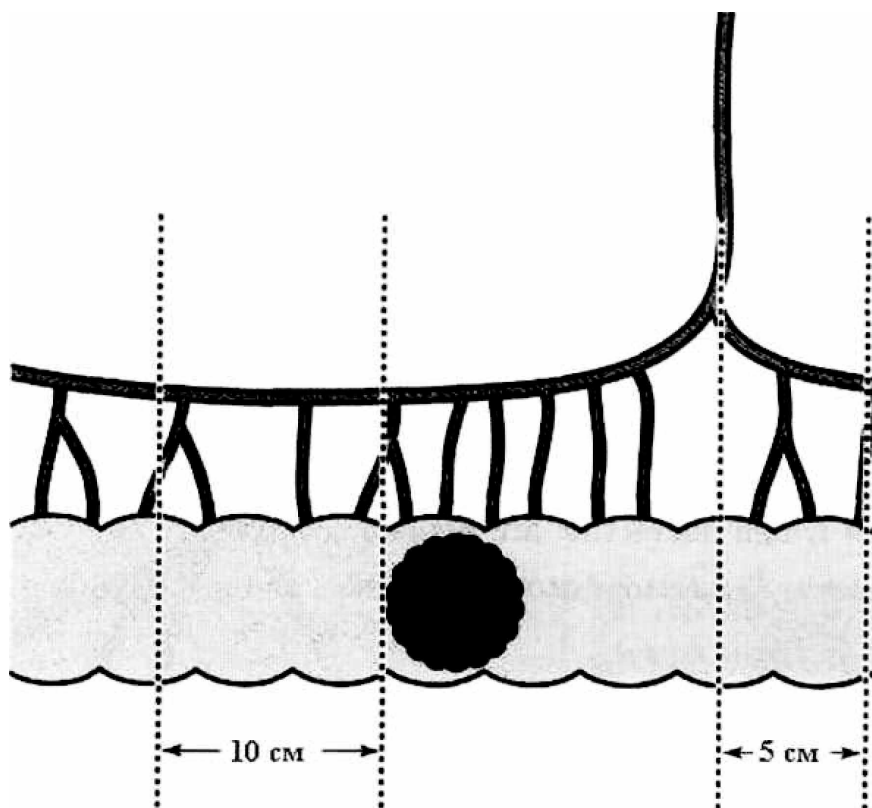


Рис. 4. Протяженность диссекции параколических лимфатических узлов (горизонтальной лимфодиссекции) при локализации опухоли в стороне от проекции сосудистой ножки [10] (с разрешения комитета JSCCR)

Таким образом, в соответствии с японскими рекомендациями, площадь треугольника брыжейки ободочной кишки, из которой осуществляется выделение лимфатических узлов для гистологического исследования, сокращается по сравнению с «немецкими» правилами, где лимфатические узлы выделяются из всего удаленного препарата. Эти различия были детально проанализированы в работе N. West et al. (2012), в которой авторы фактически сравнили «японскую» и «немецкую» техники операций на ободочной кишке [17]. В результате исследования было показано, что «немецкая» техника (СМЕ + CVL) обеспечивает получение достоверно большего объема брыжейки ободочной кишки и общего количества оцениваемых лимфатических узлов. Однако «качественные» параметры, которые косвенно характеризуют «онкологический радикализм» (количество позитивных лимфатических узлов, мезоколическая плоскость диссекции) оказались сопоставимы. Таким образом, оба подхода обеспечивают равнозначный качественный потенциал «онкологического радикализма». Достигается этот результат разными методическими приемами: «немецкий» — за счет стандартизации удаления брыжейки ободочной кишки, а «японский» — за счет четкой регламентации лимфодиссекции.

Дальнейшее совершенствование японского методологического подхода к описанию оперативной техники привело к появлению терминов вертикальная и горизонтальная лимфодиссекция [7]. Определение горизонтальной лимфодиссекции предусматривает следующую классификацию эпиколических и параколических лимфатических узлов.

NT — лимфатические узлы в зоне опухоли.

N1 — лимфатические узлы, расположенные до 5 см от края опухоли (N10 — в проксимальном направлении, N1A — в дистальном направлении).

N2 — лимфатические узлы, расположенные на расстоянии от 5 до 10 см от края опухоли (N20 — в проксимальном направлении, N2A — в дистальном направлении).

Горизонтальная лимфодиссекция H0 — удаление N1A и N10 лимфатических узлов.

Горизонтальная лимфодиссекция H1 — удаление N2A и N10 или N1A и N20 лимфатических узлов.

Горизонтальная лимфодиссекция H2 — удаление N2A и N20 лимфатических узлов.

Вертикальная лимфодиссекция обозначается как V0–V2 и соответствует удалению эпиколических (V0), промежуточных (V1) и апикальных или основных (V2) лимфатических узлов. Таким образом, V0–V2 соответствует лимфодиссекции D1–D3.

Комбинация категории H и V определяет следующие варианты лимфодиссекции: HV0, H0V1, H1V1, H2V1, H0V2, H1V2, H2V2.

Авторы делают вывод, что V1–V2 лимфодиссекция значительно отличается от V0 лимфодиссекции с точки зрения выживаемости, в то время как достоверных различий между V1 и V2 лимфодиссекцией в общей популяции нет. При этом авторы обращают внимание на тенденцию к улучшению выживаемости в группе Duke C при выполнении V2 вертикальной лимфодиссекции (удаление апикальных лимфатических узлов), что соответствует D3 общей лимфодиссекции.

В заключение работы необходимо еще раз подчеркнуть, что в развитии хирургии рака ободочной кишки сформировалась устойчивая тенденция в направлении стандартизации техники операций. Различные хирургические школы используют разные методические приемы для описания ключевых элементов унификации. Работа российской школы колоректальной хирургии и активность отечественных авторов в обобщении основных мировых тенденций хирургии рака ободочной кишки создали предпосылки для разработки отечественных рекомендаций [1–3, 5]. В дальнейшем российское онкохирургическое сообщество должно определить вектор развития отечественной системы стандартизации оперативных вмешательств при раке ободочной кишки.

Литература

1. Петров В. П., Орлова Р. В., Кащенко В. А. и соавт. Рак ободочной кишки: практические рекомендации. — СПб.: Макс-Дизайн, 2012. — 38 с.
2. Симонов Н. Н., Правосудов И. В., Гуляев А. В. и соавт. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С. 14–18.
3. Царьков П. В., Кравченко А. Ю., Тулина И. А. и др. Скелетизация нижней брыжеечной артерии с параортальной лимфаденэктомией в лечении рака левой половины ободочной кишки // РЖГТК. — 2012. — № 2. — С. 60–70.

4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные заболевания в России в 2011 году. — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2013. — 289 с.
5. Шельгин Ю. А., Воробьев Г. И., Фролов С. А. Техника лапароскопических операций при раке толстой кишки // Практическая онкология. — 2005. — № 2. — С. 81–91.
6. Guidelines for the Management of Colorectal Cancer 3rd edition. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. — 2007. — 117 p.
7. Hashiguchi Y., Hase K., Ueno H. et al. Optimal margins and lymphadenectomy in colonic cancer surgery // Br J Surgery. — 2011. — Vol. 98. — P. 1171–1178.
8. Heald R. J., Ryall R. D. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer // Lancet. — 1986. — Vol. 1. — P. 1479–1482.
9. Hohenberger W., Weber K., Matzel K. et al. Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation — technical notes and outcome // Colorectal Disease. — 2009. — Vol. 11. — P. 354–364.
10. Japanese Classification of Colorectal Carcinoma. — Kanehara & Co., Ltd., Tokyo. — 2009. — 90 p.
11. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colorectal Cancer Screening. V. I. 2010.
12. Parsons H. M., Tuttle T. M., Kuntz K. M. et al. Association between lymph node evaluation for colon cancer and node positivity over the past 20 years // JAMA. — 2011. — Vol. 306. — P. 1089–1097.
13. Rouffet F., Hay J. M., Vacher B. et al. Curative resection for left colonic carcinoma: hemicolectomy vs. segmental colectomy. A prospective, controlled, multicenter trial // French Association for Surgical Research. Dis. Colon Rectum. — 1994. — Vol. 37. — P. 651–659.
14. Smith A. J., Driman D. K., Spithoff K. et al. Guideline for optimization of colorectal cancer surgery and pathology // J Surg Oncology. — 2010. — Vol. 101. — P. 5–12.
15. Watanabe T., Itabashi M., Shimada Y. et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer // J Clin Oncology. — 2012. — Vol. 17. — P. 1–29.
16. West N. P., Hohenberger W., Weber K. et al. Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces an oncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon // J Clin Oncology. — 2010. — Vol. 28. — P. 272–278.
17. West N. P., Kobayashi H., Takahashi K. et al. Understanding optimal colonic cancer surgery: comparison of Japanese D3 resection and European complete mesocolic excision with central vascular ligation // J Clin Oncology. — 2012. — Vol. 30. — P. 1763–1769.
18. West N. P., Sutton K. M., Ingeholm P. et al. Improving the quality of colon cancer surgery through a surgical education program // Dis. Colon Rectum. — 2010. — Vol. 53. — P. 1594–1603.

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ
В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Шляпников С. А., Батыршин И. М.
НИИСП им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

«Терапия отрицательным давлением» представляет собой метод лечения острых и хронических ран с использованием вакуума. Метод включает применение контролируемого давления ниже атмосферного в локальной среде раны с помощью герметичной раневой повязки, соединенной с вакуумным насосом.

II. КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ:

1. Защитная неадгезивная мембрана.
2. Пена, губка
3. Покровная пленка, инцизная пленка

4. Порт
5. Аппарат для создания технического вакуума в ране
6. Контейнер для сбора экссудата

III. ЭФФЕКТЫ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ТЕРАПИЕЙ:

1. Удаление избыточного экссудата, бактерий, токсинов, раневого детрита, цитокинов, что в значительной степени снижает степень выраженности эндогенной интоксикации. Ряд исследователей отмечает резкое снижение уровня бактериальной контаминации брюшной полости после применения терапии отрицательным давлением уже на 4–5-е сутки.
2. Обеспечивает надежную защиту от вторичной инфекции, в абдоминальной хирургии — является одной из ключевых задач при лечении третичного перитонита.
3. Профилактика и лечение компартмент-синдрома
4. Быстрый, эффективный и атравматичный доступ при secondlook или этапных релапаротомиях.

IV. ПОКАЗАНИЯ:

А. Имеющие доказательную базу

1. Лапаростома, сформированная вследствие:
 - Инфекционно-воспалительный процесс в области лапаротомной раны (тотальное нагноение; дефект передней брюшной стенки после некрэктомии краев раны)
 - Абдоминальный компартмент-синдром
 - Контроль над первичным инфекционным очагом, отсутствие убежденности в объеме выполненного оперативного вмешательства — потребность в secondlook.

Б. В стадии изучения

1. «Damage control» при тяжелой травме органов брюшной полости
2. Разлитой перитонит, осложненный тяжелым сепсисом и/или септическим шоком

V. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

1. Аллергическая реакция на компоненты системы, напрямую контактирующие с пациентом
2. Неисследованные свищи
3. Неубедительный гемостаз в ране
4. Злокачественное новообразование
5. Не санированный гнойный очаг в ране, не выполненная в полном объеме некрэктомия — наличие некротических масс в ране.

VI. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:

1. При применении в абдоминальной хирургии — исключить прямой контакт губки с внутренними органами, анастомозами, кровеносными сосудами, нервами. Обязательно использование защитной неадгезивной мембраны.
2. У пациентов имеющих высокий риск кровотечения вне зависимости от применения NPWT:
 - Использование NPWT при наличии инфекционного процесса в области сосудисто-нервных пучков, особенно в зоне сосудистых анастомозов, трансплантатов
 - У больных подвергшихся воздействию радиации
 - У пациентов получающих антикоагулянты или антиагреганты
 - У пациентов после массивных гемотрансфузий и находящихся на хроническом диализе.

ВАЖНО: Если активное кровотечение началось внезапно в течение процедуры, а также визуально определяется алая кровь в дренажах или канистре необходимо немедленно прекратить проведение терапии, предпринять меры по остановке кровотечения. Компоненты системы NPWT не могут быть использованы для предотвращения, минимизации и остановки кровотечения. Также не рекомендуется применять канистры для сбора экссудата большой емкости (800–1000 мл) у больных с высоким риском кровотечения.

VII. ПРЕКРАЩЕНИЕ ТЕРАПИИ:

1. Достигнут ожидаемый терапевтический эффект — возможен перевод на традиционные методы ведения раны, наложены вторичные швы, снизилась экссудация раны, уменьшилась площадь раневого дефекта, произошло приживление кожного трансплантата. В абдоминальной хирургии, кроме вышеперечисленного в отношении лапаротомной раны — нормализация внутрибрюшного давления, отсутствие дальнейшей необходимости в контроле первичного очага (отсутствие показаний к программируемым релапаротомиям).

2. Выраженный болевой синдром.
3. Отказ от терапии, психическое состояние пациента.

VIII. ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ:

1. Магнитно-резонансная, компьютерная томография. Можно оставлять перевязочный материал в ране при проведении МРТ, КТ, предполагая возобновить проведение процедуры не позднее, чем через 2 часа.

ВАЖНО: У отдельных производителей предлагается губка, содержащая серебро — может влиять на качество изображения.

2. Гипербарическая оксигенация. Никогда не применяйте систему отрицательного давления в гипербарической камере. Система не предназначена для таких условий.

IX. ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ:

1. Подготовка к установке:

- Выполнение бакпосевов и мазков-отпечатков для обеспечения этиотропной антибактериальной терапии при ее необходимости.
- Хирургическая обработка лапаротомной раны с удалением некрозов.
- Удаление инородных тел и других перевязочных материалов из раны.
- Тщательный гемостаз.
- Удаление дренажей, если они установлены в свободную брюшную полость, в случае если дренажи установлены в пространства, не сообщающиеся со свободной брюшной полостью, например забрюшинно, удалять их не требуется.
- Отверстия от дренажей в брюшной стенке можно ушить с целью герметизации, со стороны брюшной полости. В этом случае возможны перевязки и стандартный уход за этой категорией ран со стороны передней брюшной стенки. Второй вариант — установка в дренажное отверстие на всю толщу губки с целью распространения терапевтического эффекта отрицательного давления на мягкие ткани. В этом случае рана должна быть герметизирована снаружи покровной пленкой, а сама губка должна соприкоснуться на достаточной площади с основным массивом губки.
- Необходимо беречь большой сальник. Сальник можно использовать с целью ограничения анастомозов, ушитых острых язв от отрицательного давления.
- По возможности исключить воздействие отрицательного давления на анастомозы и ушитые язвы путем погружения скомпрометированных участков под другие органы и ткани (укрывание энтеро-энтероанастомоза между двумя другими петлями тонкой кишки или сальником).

2. Этапы (компоненты системы):

Защитная пленка, Abdominal Dressing:

- Препятствует адгезии внутренних органов между собой и париетальной брюшиной
- Защищает внутренние органы от адгезии других компонентов перевязочной системы — губки.
- За счет горизонтального тока между слоями пленки — дренирует отлогие области брюшной полости. С целью профилактики формирования отграниченных скоплений жидкости в отлогих местах рекомендуется прокладывать пленку до всех отлогих мест.
- Стома со стороны брюшной полости также укрывается защитной пленкой. С этой целью возможно рассечение пленки и последующее «укрывание» краями.

Губка, пена:

- Нарезается и кроится за пределами лапаротомной раны с целью профилактики попадания отдельных мелких частиц губки в брюшную полость. Губка может быть нарезана отдельными кусочками — главное их контакт между собой и портом системы на достаточной площади. Плотный контакт между собой — достаточен. Потребности в фиксации отдельных кусков между собой шовным материалом не требуется.
- Укладывается только на защитную пленку. Прямой контакт с внутренними органами недопустим
- Количество отдельных кусков рекомендуется указывать в операционных протоколах.
- Края лапаротомной раны должны соприкоснуться с губкой на всю толщину. Отсутствие контакта отдельной области — отсутствие эффекта NPWT на данном участке. Не следует подшивать края губки к краям раны — это только дополнительно травмирует края раны. Также не следует укладывать губку непосредственно на незащищенную кожу — это вызывает мацерацию.

Покровная пленка, инцизная пленка:

- Задача — герметизация системы. Перед наложением рекомендуется обезжирить спиртосодержащей жидкостью кожу и тщательно высушить. Также следует удалить волосяной покров.
- В случае если в зону фиксации пленки попадает поверхностная рана, не сообщающаяся с брюшной полостью — рекомендуется прорезать пленку над раной и осуществлять уход за раной отдельно.

Порт:

- Устанавливается на прорезанное технологическое окно в покровной пленке непосредственно на губку.
- Рекомендуется устанавливать в проекции максимально активного гнойного процесса брюшной полости или в проекции возможной несостоятельности — это исключает горизонтальный ток патологического отделяемого по брюшной полости.

Насос для создания технического вакуума.

- Существуют аппараты различных технических характеристик и дизайна у различных производителей.
- Рекомендуется тщательно ознакомиться с инструкциями производителя. Особенно внимательно отнестись к системам звуковой и цветовой индикации.

Система в целом:

- Смена системы каждые 48–72 часа.
- Следить за герметичностью системы (края покровной пленки, места ранее нанесенных ран с целью постановки дренажей, стомы)
- Контроль за бесперебойной работой аппарата NPWT -остановка аппарата, создающего вакуум более чем на 2 часа не допустима (контроль заряда аккумулятора, своевременная смена контейнера для сбора эксудата)
- Режим работы аппарата постоянный. Отрицательное давление — 125 мм рт. ст.

ВАЖНО: Следить за гидробалансом и степенью дегидратации пациентов (в том числе уровень белка плазмы крови).

Х. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ NPWT В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ:

1. Острые язвы
2. Кровотечения
3. Стойкий парез ЖКТ
4. Гипотермия
5. Грыжи

Закрытие брюшной полости:

- В большинстве случаев открытое ведение брюшной полости способствует формированию вентральных грыж. Первичное фасциальное закрытие менее вероятно.
- Отсутствие целостности передней брюшной стенки приводит к стойкому сокращению косых мышц, что в свою очередь приводит к «латерализации» краев лапаротомной раны. Решение — этапная дерматензия в аппаратах внешней фиксации.
- В случае если диастаз сохраняется — возможно проведение аутодермопластики непосредственно на внутренние органы после формирования фиксированной эвентрации.

РАЗДЕЛ 3

**КОЛОПРОКТОЛОГИЯ
И ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ТЕСТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Васильев С. В., Дудка В. В., Попов Д. Е.,
Седнев А. В., Смирнова Е. В., Васильев А. С.*

*ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова,
Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии;
СПБГБУЗ «Городская больница № 9». Санкт-Петербург. Россия*

Актуальность.

В последние годы колоректальный рак (КРР) занимает в структуре онкологической заболеваемости лидирующие позиции, как в Европе, так и в России. Повсеместно отмечается рост впервые зарегистрированных случаев заболевания, среди которых по-прежнему высоким остается количество запущенных форм злокачественных новообразований толстой кишки.

Выявляемость КРР на ранних стадиях резко повышает эффективность лечения и, тем самым, показатели выживаемости.

Материалы и методы.

С 2008 года в городском центре колопроктологии Санкт-Петербурга ведётся работа по определению и сравнению эффективности различных лабораторных методик выявления КРР на ранних стадиях с целью включения в скрининговые программы. Первой методикой, которая была введена в исследование, был копрологический тест Tumor M2-PK in stool, предполагающий определение опухолевой пируваткиназы. Этот тест основан на принципе иммуноферментного анализа (ИФА) с применением моноклональных антител, специфичных к димерной изоформе TU M2-PK. В исследованиях используется набор реактивов фирмы “Schebo-Biotech” (Германия). Копрологический тест для определения опухолевой пируваткиназы было предложено пройти 4 000 пациентам, все они обратились на прием к проктологу с различными жалобами и подходили по критериям отбора для скринингового обследования.

Второй методикой, включенной в исследовательскую работу, был тест для определения скрытой крови в кале “Colon View Hb and Hb/Ht” фирмы Biohit (Финляндия). С ноября 2013 года в нашей клинике было предложено пройти эти тесты 560 слушателям лекций, посвященных профилактике рака толстой кишки. Методика основана на чувствительной и специфичной иммунохимической реакции обнаружения человеческого интактного гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового (Hb/Ht) комплекса в образцах стула с помощью тест полосок. Для диагностики кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта специфично определение свободного гемоглобина, а при кровотечении из верхних отделов положительно реагирует комплекс гемоглобин/гаптоглобин. Данный тест не предусматривает соблюдения диеты, проводится в течение 3-х последовательных дней. Тест специфичен и чувствителен к человеческому гемоглобину, не дает перекрестных реакций с гемоглобином кур, свиней, коров и лошадей.

Параллельно с иммунохроматографическим тестом всем обследуемым было предложено пройти и биохимический тест на основе гваяковой смолы Hemoccult SENSEA, который стал третьей методикой, включённой в исследование.

Результаты.

При анализе данных в ходе исследования была отмечена высокая чувствительность метода, 93%, а это значит, что у больных с ранее выявленным колоректальным раком тест определения опухолевой пируваткиназы в основном был истинноположительным. Также мы отметили, что при референсных значениях от 0 до 4,7 Ед/мл, результат значений в диапазоне от 10,0 до 48,0 Ед/мл был более характерен для наличия у больных злокачественной опухоли. В то время как для значений от 4,7 до 10,0 Ед/мл, по нашим данным, характерным было наличие воспалительных процессов в кишке или доброкачественных новообразований, таких как аденоматозные полипы или ворсинчатые опухоли.

Среди прошедших тест для определения скрытой крови в кале по методике “Colon View Hb and Hb/Ht” у 134 пациентов он оказался положительным. На предварительном этапе мы отметили хороший результат чувствительности теста, — 87%, что в значительной степени превосходит чувствительность биохимической реакции Hemoccult SENSEA. К сожалению, лишь 72 пациента с положительными результатами согласились пройти эндоскопическое обследование толстой кишки. В 71% случаев были выявлены полипы различной локализации. В 7% — малигнизированные ворсинчатые

новообразования правосторонней локализации. В 13% случаев патологии при выполнении колоноскопии не выявлено.

Заключение.

Колоректальный рак относится к числу тех злокачественных заболеваний, в отношении которых могут и должны применяться профилактические мероприятия.

Поиск эффективных тестов для выявления предраковых заболеваний и ранних форм колоректального рака — важная составляющая в организации процесса скрининга.

Комбинация тестов для диагностики опухолевого процесса может быть рекомендована как первая ступень скрининговой программы.

С внедрением современных скрининговых методик ожидается увеличение доли пациентов с ранними формами колоректального рака.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С. В., Попов Д. Е., Семёнов А. В.

ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,

*Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность.

В настоящее время одной из важных и до конца нерешённых проблем в онкологии является рак прямой кишки, а в хирургии — кишечная непроходимость, занимающая одно из первых мест в структуре осложнённых форм этого заболевания. Использование комплексного подхода в лечении рака прямой кишки, по мнению ряда авторов, позволяют улучшить основные онкологические и функциональные показатели.

Цель исследования.

Улучшение результатов лечения больных раком прямой кишки, осложнённым кишечной непроходимостью.

Материалы и методы.

Сравнительному анализу подверглись данные о 154 больных с обтурирующими формами рака прямой кишки, которые были оперированы в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2005 по 2013 год.

Критерии включения в исследование больных основной и контрольной группы: нарушение кишечной проходимости (компенсированная/субкомпенсированная кишечная непроходимость); лица обоих полов без ограничения возраста; локализация обтурирующей опухоли в средне- или нижнеампулярном отделе прямой кишки; морфологический диагноз — аденокарцинома разной степени дифференцировки; отсутствие отдалённых метастазов ($T_{3-4}N_{0-2}M_0$, stage II–III); отсутствие противопоказаний для проведения предоперационной химиолучевой терапии.

Схема комбинированного лечения больных основной группы (n=75):

а) лапароскопически-ассистированная разгрузочная колостомия или стентирование опухолевого стеноза;

б) неоадьювантная химиолучевая терапия (РОД 2 Гр, СОД 46–60 Гр, XELODA);

в) радикальная операция: низкая передняя резекция прямой кишки + превентивная колостомия (n=47), операция Гартмана (n=21), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (n=7).

Всем больным контрольной группы (n=79) выполнены радикальные хирургические вмешательства без проведения неоадьювантной химиолучевой терапии: низкая передняя резекция прямой кишки + превентивная колостомия (n=5), операция Гартмана (n=62), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (n=12).

Результаты.

У больных из основной группы достоверно чаще ($p<0,05$) были выполнены первичные сфинктеросохраняющие операции с первичным восстановлением кишечной проходимости. Частота ранних послеоперационных осложнений выше у больных контрольной группы ($p>0,05$). У 5 (6,6%) больных из

основной группы развились тяжёлые поздние осложнения, связанные с радиационным (постлучевым) некрозом периоперационных тканей. Спустя 12 месяцев наблюдения у больных, перенесших первично-восстановительные оперативные вмешательства, нами отмечены более высокие показатели качества жизни и меньшее число поздних осложнений, при сравнительном анализе с пациентами, операция у которых завершилась формированием колостомы ($p < 0,05$). Показатель общей 5-ти летней выживаемости у больных основной группы составил 83%, у контрольной группы пациентов — 55%. Безрецидивная выживаемость больных основной группы приближается к 92%, в то время как этот показатель у контрольной группы пациентов составил 64%.

Заключение.

У больных obturiruyushim раком прямой кишки целесообразно применять комплексное лечение с целью улучшения непосредственных и отдалённых функциональных и онкологических результатов. Декомпрессия толстой кишки (колостомия, стентирование) на первом этапе лечения больных obturiruyushim раком толстой кишки позволяет использовать весь комплекс дооперационных методов диагностики, направленных на более точное стадирование заболевания и составления схемы комплексного лечения в соответствии с общепринятым мультидисциплинарным подходом. В ряде случаев, применение предоперационной химиолучевой терапии сопряжено с определённым риском развития тяжёлых поздних радиационных повреждений периоперационных тканей.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ
АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ
РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Вологдин А. А.

Кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии

*Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка Министерства обороны РФ,
Москва*

Несмотря на существенный прогресс в клинической онкологии в последние годы, за хирургическим методом сохраняется ведущая роль в лечении больных раком ободочной кишки (РОК): у 75% больных опухоли могут быть удалены хирургически. Однако при этом около 30% больных умирают в течение первого года наблюдения, а 5-летняя выживаемость при РОК после выполнения клинически радикальных операций составляет в среднем 60% (Моисеенко В. М., Орлова Р. В., 2004; Riethmuller G. et al., 1994; Figueredo A. et al., 1997). Наиболее частой причиной смерти больных являются отдалённые метастазы (в печень, лёгкие, канцероматоз), которые диагностируются в различные сроки после операции, но в большинстве наблюдений — в первые два года (Haller D. G. et al., 2011). У 40% больных, несмотря на радикальное удаление злокачественной опухоли ободочной кишки с соблюдением всех онкологических принципов, регистрируется рецидив заболевания. Это означает, что к моменту выявления первичной опухоли у многих больных процесс метастазирования опухоли начался давно и уже имеются отдалённые микрометастазы, которые не всегда можно выявить с помощью современных методов исследования.

Высокая вероятность наличия отдалённых метастазов у многих больных первичным раком ободочной кишки позволяет заключить, что достаточно часто заболевание является уже системным к моменту хирургического лечения. Из этого можно сделать важный практический вывод, что для адекватного лечения этих больных недостаточно выполнения только оперативного вмешательства. Необходимо дополнительное системное лечение (Моисеенко В. М., Орлова Р. В., 2004).

Адьювантная химиотерапия — лекарственная терапия, направленная на уничтожение отдалённых микрометастазов с целью увеличения безрецидивной и общей выживаемости больных.

Необходимость дополнения операции системным адьювантным лечением стала очевидной ещё в 50-е годы, однако активно она начала применяться фактически только в 90-е годы XX столетия.

Основные этапы истории адьювантного лечения рака ободочной кишки можно представить следующим образом:

– 50-е годы XX века — эмбихин и ТиоТЭФ. Эмбихин (азотистый иприт) фактически является первым синтезированным химическим соединением, давшим реальную эффективность в качестве противоопухолевого средства. Следует отметить, что аналог эмбихина — серосодержащее горчичное масло (сернистый иприт) — был синтезирован ещё в 1954 году; в 1887 году была обнаружена его биологическая активность, проявляющаяся кожно-нарывным эффектом (Корман Д. Б., 2006);

– 60–70-е годы — операция + 5-фторурацил (5-ФУ);

– 80-е годы — операция + 5-ФУ + лейковорин (фолиниевая кислота);

– 1994 год — операция + моноклональные антитела (показана высокая эффективность) при стадии Duke's C (III стадия рака);

– 1995 год — операция + комбинация 5-ФУ и лейковорина признана стандартной в Европе при стадии Duke's C (III стадия рака);

– 1996 год — было показано, что комбинация 5-ФУ + левамизол и 5-ФУ + лейковорин в адьювантном режиме после операции имеют близкую эффективность при Duke's C (III стадия рака);

– 1996 год — показана высокая эффективность вакцинотерапии при стадии Duke's C;

– 2003 год — добавление оксалиплатина к 5-ФУ улучшает результаты адьювантной химиотерапии;

– 2007 год — появление перорального фторпиримидина капецитабина (кселода), включённого в схему химиотерапии XELOX, по сравнению со стандартным режимом 5-ФУ + лейковорин, позволило повысить эффективность лечения;

– 2009 год — добавление к схеме ХТ 5-ФУ + лейковорин иринотекана не показало повышение эффективности лечения по сравнению со стандартным режимом 5-ФУ + лейковорин, однако при этом доказана высокая эффективность при метастатическом колоректальном раке (КРР);

– 2012 год — признано целесообразным использование таргетных препаратов (бевацизумаба, цетуксимаба) в адьювантном режиме после радикальной операции по сравнению со стандартными режимами FOLFOX4, XELOX, 5-ФУ + лейковорин, однако при этом доказана высокая эффективность при метастатическом колоректальном раке (КРР) (Копп М. В., Королёва И. А., 2013);

– в 2012 году опубликовано руководство ESMO (Европейское общество медицинской онкологии по лечению колоректального рака), где сформулированы алгоритмы лечения КРР при различных клинических ситуациях, в том числе отражены аспекты адьювантного лечения: адьювантная ХТ при III стадии КРР должна назначаться всем больным, не имеющим противопоказаний, при II стадии — только больным группы высокого риска. Наиболее активными комбинациями ХТ признаны FOLFOX и XELOX, в случае развития нейротоксичности после нескольких циклов целесообразно отменить оксалиплатин и продолжить 5-ФУ + ЛВ или капецитабин (кселода);

– в 2013 году — рекомендации RUSSCO (профессиональное общество онкологов-химиотерапевтов) — проведение адьювантной ХТ после радикальной операции всем больным III стадией КРР, при II стадии — только при наличии факторов высокого риска рецидива и отсутствии микросателлитной нестабильности (MSI). В адьювантной терапии колоректального рака не должны применяться иринотекан и моноклональные антитела, в частности, бевацизумаб и цетуксимаб, включение которых в режимы ХТ по данным рандомизированных исследований не приводит к улучшению показателей выживаемости (Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO), 2013; Копп М. В., Королёва И. А., 2013).

Заключение

Таким образом, история адьювантной химиотерапии рака ободочной кишки прошла долгий и тернистый путь от использования эмбихина, ТиоТЭФа и 5-фторурацила в монорежиме после операции до использования современных комбинированных схем химиотерапии после радикальных оперативных вмешательств с целью увеличения безрецидивной и общей выживаемости больных. Адьювантная химиотерапия при раке толстой кишки в настоящее время является стандартом лечения с использованием новых лекарств. Адьювантная химиотерапия сегодня назначается обязательно всем больным раком ободочной кишки III стадии и II стадии с факторами высокого риска рецидива при отсутствии микросателлитной нестабильности (MSI) и противопоказаний.

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА (ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ)

Вологдин А. А.

Кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии

*Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка Министерства обороны РФ,
Москва*

На XXX конгрессе французских хирургов 5 октября 1921 года выступил с кратким сообщением хирург из Парижа Н. Hartman о выполненных им двух операциях — резекциях пораженного опухолью сегмента толстой кишки. (Биограф. справка: *Генри Чарльз Альберт Антуан Гартман (1860–1952) — выдающийся французский хирург, доктор медицины, профессор, член Французской академии de Médecine.*) В октябре 1925 года на XXXIV конгрессе французских хирургов Н. Hartman сделал сообщение о семи подобных операциях. На первом этапе у этих больных была наложена колостома в связи с развитием обтурационной толстокишечной непроходимости. Более подробно эту операцию описал в 1927 году ученик Гартмана Sourault, который впервые назвал ее операцией Гартмана. Авторы считали показанием к этому вмешательству наличие неосложненного рака, а также доброкачественных поражений толстой кишки, поэтому в дальнейшем удаляли опухоль в первый этап. Гартман выполнял операцию через полулунный разрез в левой подвздошной области и выводил одностольный анус в верхнем углу этого разреза. Sourault допускал применение срединной лапаротомии с выведением ануса через отдельный разрез в левой подвздошной области. Авторы рекомендовали два варианта обработки дистальной культи: при «низкой» культе прямой кишки ее ушивали и погружали под тазовую брюшину. Если оставалась «высокая» культя прямой кишки или культи сигмовидной кишки, то ее после ушивания оставляли в брюшной полости.

Однако следует отметить, что идея удаления части толстой кишки без восстановления проходимости ее была высказана английским хирургом Lockhart-Mummery еще в 1908 году. В России операцию Гартмана по поводу рака толстой кишки в 1929 году выполнил Н. Н. Петров, который называл ее операцией Коффи-Гартмана (1929), или одномоментной чрезбрюшинной операцией по Гартману (1939). В отечественной литературе эта операция имеет различные названия, причем одни хирурги относят ее к экстирпации, другие — к резекции толстой кишки. По мнению В. П. Петрова (1982), описанное вмешательство следует называть «резекция прямой кишки по Гартману», или «резекция сигмовидной кишки по Гартману»; определение «внутрибрюшная» можно опустить, так как резекцию сигмовидной кишки можно выполнить только через брюшную полость, а резекцию прямой кишки хотя и можно произвести из внебрюшного доступа, но указание «по Гартману» означает доступ через брюшную полость (Петров В. П., 1982).

Среди положительных моментов данного оперативного вмешательства следует отметить следующее: удаление опухоли на первом этапе; устранение причин осложнений опухолевого процесса (острая обтурационная кишечная непроходимость, перфорация опухоли); сохранение дистального сегмента толстой кишки, необходимого впоследствии для выполнения реконструктивной операции — восстановления непрерывности кишечной трубки; малая травматичность и достаточный радикализм.

Применительно к современным онкологическим требованиям в колоректальной хирургии, операция Гартмана выполняется по методике с соблюдением необходимых условий абластики в одномоментной резекции дистального отдела сигмовидной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки с опухолью с перевязкой и пересечением основных кровеносных сосудов и адекватной лимфодиссекцией. Дистальный отдел прямой кишки ушивается наглухо и погружается в малый таз с последующим восстановлением тазовой брюшины над погружённой культёй прямой кишки, на этом же этапе формируется одностольная колостома в левой половине брюшной стенки, как правило, в левой подвздошной области. Выполнение операции в указанном объёме соответствует требованиям онкологического радикализма. Основной недостаток этой операции — наличие колостомы. По данным Г. И. Воробьёва (1994), показаниями для выполнения операции Гартмана в онкологии в настоящее время являются: стенозирующая опухоль прямой и сигмовидной кишки, сопровождающаяся кишечной непроходимостью, распространённая опухоль этого отдела кишки с отдалёнными метастазами, перфорация сигмовидной кишки с распадающейся опухолью при резекции этой кишки, когда наложение анастомоза не представляется возможным из-за технических трудностей, при общем тяжёлом состоянии больного, при сопутствующих заболеваниях и у боль-

ных старческого возраста. Операция производится под общей анестезией в положении больного на спине.

Операция Гартмана входит в современные стандарты и клинические рекомендации по лечению осложнённого рака прямой и сигмовидной кишки (Клинические рекомендации по лечению колоректального рака. — 3-е изд. (2007) / Под ред. проф. Ю. А. Барсукова, 2011; Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 627н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II–III стадии (хирургическое лечение)»).

Заключение.

Операция Гартмана, несмотря на более чем 90-летнюю историю, является радикальной операцией, отвечает всем современным онкологическим принципам лечения осложнённого рака сигмовидной и прямой кишки. Вклад Н. Hartman в становление и развитие хирургического лечения рака ободочной кишки имеет большую историческую (для истории медицины), научную и практическую ценность.

ОПЕРАЦИЯ МИКУЛИЧА (ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ)

Вологдин А. А.

Кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии

*Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка Министерства обороны РФ,
Москва*

В 1893 году Jan Mikulicz-Radecki (биограф. справка: *Ян (Йоханн) фон Микулич-Радецкий (1850–1905) — выдающийся польско-австрийский хирург, профессор Кёнигсбергского и Бреславльского университетов, ученик Т. Бильрота. Разрабатывал способы оперативного лечения заболеваний желудка и кишечника, эндемичного зоба, методы асептики и антисептики; предложил ряд хирургических инструментов; ввёл в клинику методы исследования пищевода и желудка — эзофагоскопию и гастроскопию (1881); описал (1892) двустороннее поражение слюнных и слёзных желёз — болезнь Микулича)* произвел «экстериоризацию» (от *лат. exterioг* — наружный, внешний — означает переход действия из внутреннего во внешний план) и отложенную хирургическую резекцию рака поперечной ободочной кишки. Микулич один из первых понял принципиальное значение двухэтапной операции и, опираясь на единичные наблюдения своих предшественников, выработал свой способ, который значительно снизил летальность после операций на ободочной кишке. Считая в то время этот способ одним из главных достижений в области колоректальной хирургии, Микулич возвёл двухэтапную резекцию толстой кишки в метод. Эта методика, опубликованная Микуличем в 1902 году, используется до сих пор с разнообразными модификациями для лечения осложнённого кишечной непроходимостью рака ободочной кишки, заворота кишок, осложнённого дивертикулёза толстой кишки, некротизирующего энтероколита. Методика, с модификациями, стала известна как операция Paul-Mikulicz или Bloch-Mikulicz (Oscar Thorvald Bloch, 1847–1926).

Операция Микулича — это способ двухэтапной резекции ободочной кишки с формированием двухствольной колостомы на первом этапе, закрытие колостомы и восстановление кишечной проходимости на втором этапе. Особенности операции, предложенной Микуличем, состоят в следующем: участок с опухолью мобилизуют, клиновидно иссекают брыжейку, приводящую и отводящую петли ободочной кишки, отступя на 3–4 см от опухоли, сшивают между собой на расстоянии 6–10 см так, чтобы между ними не попала брыжейка. Далее восстанавливают целостность брыжейки. Через отдельный разрез передней брюшной стенки петлю кишки с опухолью выводят за пределы брюшной полости. На месте выхода соединённые между собой в виде двустволки приводящий и отводящий отрезки кишки фиксируют к париетальной брюшине, при этом не менее половины шпоры остаётся в брюшной полости. Через 2–3 дня выведенную петлю кишки с опухолью отсекают, оставляя небольшой участок кишки над кожей. Отводящую часть кишки завязывают толстой лигатурой, а в приводящий конец вводят и фиксируют трубку для отведения кишечного содержимого. На 10–14-й день накладывают раздавливающий шпору зажим. Закрытие свища может затянуться на несколько месяцев из-за повторных вмешательств для его закрытия.

Применительно к современным онкологическим требованиям в колоректальной хирургии, операция Микулича в том виде, в котором она была предложена автором, не применяется. В настоящее время в свете современных онкологических требований операция выполняется по изменённой методике с соблюдением необходимых условий абластики и одномоментной резекцией поражённого опухолью сегмента толстой кишки с перевязкой и пересечением основных кровеносных сосудов и адекватной лимфодиссекцией, на этом же этапе формируется двуствольная раздельная колостома, как правило, в левой подвздошной области. Отличие операции Микулича от обычной резекции по поводу рака заключается в отказе от первичного анастомоза и в формировании двуствольной колостомы. Выполнение операции в указанном объёме соответствует требованиям онкологического радикализма и позволяет надеяться на стойкое выздоровление и возможность проведения в дальнейшем реконструктивно-восстановительного этапа лечения. Основной недостаток этой операции — наличие колостомы. По данным Г. И. Воробьёва (1994), показаниями для выполнения операции Микулича в настоящее время являются: осложнённый рак левой половины ободочной кишки, осложнённый дивертикулёз сигмовидной кишки, заворот сигмовидной кишки, осложнённый некрозом её стенки, осложнённый рак сигмовидной кишки у ослабленных больных, то есть патологическое изменение левой половины ободочной кишки, требующее хирургического лечения, когда формирование первичного анастомоза представляет чрезвычайный риск. Операция производится под общей анестезией в положении больного на спине.

Заключение

Операция Микулича, несмотря на более чем 110-летнюю историю, в современной модификации является радикальной, отвечает всем современным онкологическим принципам лечения осложнённого рака ободочной кишки. Вклад J. Mikulicz в становление и развитие хирургического лечения рака ободочной кишки имеет большую историческую (для истории медицины), научную и практическую ценность.

ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Воробей А. В.¹, Махмудов А. М.¹, Тихон В. К.³, Сенкевич О. И.³, Новаковская С. А.²

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования

² Институт физиологии НАН Беларуси

³ Минская областная клиническая больница

Ключевые слова: *Болезнь Гиршпрунга, интерстициальные клетки Кахаля (ИКК), субтотальная колэктомия, цекорезевуарноанальный анастомоз.*

Вступление.

Болезнь Гиршпрунга у взрослых является относительно редкой патологией, которая проявляется развитием рефрактерных запоров. Ключевой фактор в развитии болезни это врожденное нарушение иннервации дистальных отделов толстой кишки. Проявление клинических признаков болезни во взрослом состоянии связано с декомпенсацией функции толстой кишки, время наступления которой зависит от протяженности зоны аганглиоза или гипоганглиоза, и эффективности консервативных методов терапии. Диагностика основывается на клинической картине хронических нарастающих запоров, данных рентгенконтрастного исследования толстой кишки, аноректальной манометрии, гистохимическом исследовании биоптата прямой кишки. Дифференциальный диагноз болезни Гиршпрунга у взрослых требует индивидуального подхода, комплексной оценки клинических симптомов и данных рентгенконтрастного исследования, манометрии, гистохимического исследования, выполнения биопсии. Термин «болезнь Гиршпрунга взрослых» используется в отношении пациентов старше 10 лет с подтвержденным диагнозом БГ.

Оперативное лечение заболевания основано на удалении функционально недостаточного аганглионарного участка толстой кишки и вышележащего мегаколона. К недостаткам наиболее часто применяемых методов хирургического лечения можно отнести: повреждение тазовых нервов и сфинктеров прямой кишки при операции Свенсона, сложность выполнения демукозации культи прямой кишки у взрослых при операции Соаве и анальная инконтиненция после нее; при операции Дюамеля — сохранение зоны аганглиоза, задержка каловых масс в культе прямой кишки, несо-

стоятельность и структура терминологического анастомоза, повреждение внутреннего анального сфинктера.

Материалы и методы.

76 взрослых пациентов с БГ оперировано за последние 40 лет (с 1974 по 2014 г.) на базе кафедры хирургии БелМАПО в Минской областной клинической больнице. В зависимости от вида выполненной операции пациенты были разделены на три группы сравнения. В первую группу были включены 34 пациента, лечившихся в нашей клинике в период с 1973 по 2001 гг. В этой группе выполняли одноэтапные колоректальные или колоанальные анастомозы — операции типа Свенсона, Стейта, Соаве.

Во вторую группу были включены 16 пациентов, находившихся на лечении в период с 2002 по 2008 годы. В этой группе хирургическое лечение было разделено на 2 этапа: низкая передняя резекция прямой кишки с концевой колостомией на первом этапе и колоанальный анастомоз на втором. С целью обоснования адекватного объема резекции были выполнены морфологическое (окраска микропрепаратов гематоксилин-эозином, по Нисслию и трихромом по Массону), иммуногистохимическое (оценка количественного распределения пейсмекеров моторики кишки — интерстициальных клеток Кахала (ИКК) в стенке толстой кишки в норме и при БГ у взрослых с помощью моноклональных антител к CD 117), электронно-микроскопическое исследование нейросплетений Мейснера и Ауэрбаха, ИКК во всех анатомических отделах толстой кишки. С 2008 года 26 пациентов оперировано по разработанной в клинике новой методике (патент Респ. Беларусь № 16871): субтотальная колэктомия, мезорэктумэктомия, аппендэктомия, аппаратный цекорезервуарно-анальный анастомоз с превентивной проксимальной илеостомией при необходимости (основная группа, 2008–2014 г.). В одном случае эта операция была выполнена лапароскопически.

Результаты и обсуждение.

Анализ морфологических исследований выявил наличие гипоганглиоза у 63,4% и аганглиоза — у 36,6% оперированных пациентов. При морфологических исследованиях, электронной микроскопии и иммуногистохимическом окрашивании гистологических срезов удаленной толстой кишки взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга в зоне гипо-аганглиоза, мегаколона и внешне не измененных отделов ободочной кишки было оценено состояние межмышечного, подслизистого нервных сплетений, а также морфологическая структура и количество ИКК. В ИКК, являющихся пейсмекерами перистальтики толстой кишки, развиваются грубые структурно-функциональные изменения как в зоне гипоаганглиоза, так и в проксимальных отделах толстой кишки. Они зависят от длительности заболевания и выраженности колостазы.

В нашем исследовании было выявлено, что в норме наблюдается почти равномерное распределение ИКК в подслизистом ($56,4 \pm 7$), циркулярном ($66,8 \pm 7$) и продольном мышечном ($55,8 \pm 9,3$) слоях всех анатомических отделов толстой кишки, а при БГ количество ИКК в дистальных отделах толстой кишки значительно ниже ($2,6-15,8$) чем в её проксимальных отделах ($9,4-37,0$) и в несколько раз снижено по сравнению со здоровой толстой кишкой ($p_{\text{Mann-Whitney}} < 0,05$).

В I группе несостоятельность колоректо- и колоанальных анастомозов выявлена у 6 (17,6%) пациентов, из них 2 (5,9%) умерли от перитонита. Во II группе несостоятельность швов с развитием летальных исходов отмечена у 2 (12,5%) пациентов.

В раннем послеоперационном периоде осложнения в основной группе обнаружены у 4 (15,4%) пациентов. Несостоятельность швов цекорезервуарно-анального анастомоза у одного (3,8%) из двух больных осложнилась развитием перитонита, что потребовало релапаротомии, санации, дренирования брюшной полости и формирования петлевой илеостомы. Через 1,5 месяца после выздоровления стома была закрыта из местного разреза без срединной лапаротомии. У второго пациента несостоятельность швов анастомоза была зарегистрирована несмотря на наличие превентивной петлевой илеостомы. Сформировавшийся гнойный затек в области анастомоза был дренирован параректально. Последующая ирригация гнойной полости привела к ликвидации данного осложнения и позволила закрыть превентивную илеостому. Летальных исходов в этой группе не было.

При исследовании отдаленных функциональных результатов оценивались эректильная функция (шкала МИЭФ), функция анального сфинктера (шкала Векснер).

Уровень эректильной дисфункции в основной группе снизился с 36,8% в ретроспективных группах до 4,6%, уровень анальной инконтиненции с 25,6% до 4,8% соответственно.

Оценка качества жизни до и после операции с использованием опросника SF 36 v.2. показало статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение по всем шкалам опросника SF 36 v.2.

Выводы.

Болезнь Гиршпрунга у взрослых обусловлена не только врожденным отсутствием или недоразвитием ганглиозных клеток в Ауэрбаховом и Мейснеровом сплетениях толстой кишки, но и приобретенной деструкцией ИКК в проксимальных отделах. Предложенный новый вид хирургического лечения позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, способствует раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

**ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ
ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

*Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шарапов Г. Н.,
Айрапетян А. Т., Быховец И. В.*

*Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, г. Красногорск
ГКА им. Маймонида, Москва*

Задача исследования.

Изучить изменения уровня молекулярно-биологических маркеров РЭА, СА 19–9, щелочной фосфатазы и их прогностическую значимость при хирургическом лечении злокачественных новообразований брюшной полости. Клинический материал охватывает исследование, проведенное в 1996–2007 годах 175 пациентам, находившимся на лечении в ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ по поводу распространенного колоректального рака.

В процессе исследований мы изучали уровень молекулярно-биологических онкомаркеров в сыворотке крови пациентов — раково-эмбионального антигена (РЭА), карбогидратного ракового антигена 19–9 (СА 19–9) и вторичного онкомаркера (неспецифического характера) щелочной фосфатазы (ЩФ) в предоперационный период и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам: Группа I — 40 человек (22,8%), радикальные операции (РО) с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); Группа II — 42 человека (24,1%), циторедуктивные вмешательства (ЦО), с использованием ВГХТ; Группа III — 45 человек (25,7%), которым были проведены (РО) без применения ВГХТ. Группа IV — 48 человек (27,4%) (ЦО) без применения ВГХТ.

Проводя анализ содержания СА–19–9 в сыворотке крови, нам не удалось найти статистически значимое подтверждение зависимости между объемом опухолевой массы и количественным уровнем маркера в крови. Изменения РЭА мы наблюдали у 65,3% пациентов IV группы за 3–9 месяцев до клинической манифестации симптомов рецидива, что является достаточно высоким прогностическим критерием в выборе дальнейшей тактики лечения и основанием для проведения повторных «second look» операций.

Динамика изменений показателей РЭА во II и IV группах пациентов после ЦО отличалась от аналогичных показателей в I и в III группах: так, через месяц после проведения оперативного вмешательства уровень маркера в крови у пациентов II группы составил $4,2 \pm 2,2$ нм/мл, что в 15 раз ниже, по сравнению с исходными значениями до начала лечения. У больных IV группы значение \sum_{mar} в данный период времени составило $9,3 \pm 3,1$ нм/мл. В дальнейшем мы наблюдали достоверное снижение показателей у пациентов II группы в течение всего исследуемого периода. Указанные данные свидетельствуют в пользу ЦО, выполненных с применением ВГХТ. Низкие уровни РЭА подтверждают наличие факта длительной и стойкой стабилизации патологического процесса. У 21 пациента (45,7%) II группы отмечали повышение уровня РЭА, что свидетельствовало о рецидиве (как правило, канцероматозе брюшины) рака и необходимости выполнения повторных ЦО. Вместе с тем, проведенное нами ранговое распределение маркеров по уровню диагностической значимости показало, что концентрация в крови СА–19–9 по своим диагностическим возможностям стоит на втором месте по важности после РЭА.

Таким образом, рассмотренные клинико-лабораторные аспекты диагностики ранних и поздних рецидивов рака у исследуемого контингента, позволили сделать вывод о высокой диагностической значимости онкомаркеров — РЭА, СА–19–9, также фермента ЩФ в определении дальнейшей тактики в комплексном лечении раковой болезни пациентов.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАКОВОЙ БОЛЕЗНИ

*Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шаранов Г. Н.,
Быховец И. В., Турлай Д. М.*

*ФГМУ Медицинский центр при Спецстрое России, Москва
Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, Красногорск*

Цель исследования.

Оценить состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с поздними стадиями колоректального рака в пред- и послеоперационный периоды оперативных вмешательств с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ).

Задача исследования.

Изучить степень влияния ВГХТ на параметры клеточного, гуморального и неспецифического иммунитета и оценить характер иммунологических изменений при различных видах оперативного вмешательства.

В исследовании участвовало 148 человек, находившихся на лечении в ЦВКГ им. А. А. Вишневого с 1996 года по 2007 годы по поводу распространенного колоректального рака. I группа — 36 человек (24,3%), которым были проведены радикальные операции (РО) с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). II группа — 40 человек (27,0%), после циторедуктивных вмешательств (ЦО), также с использованием ВГХТ. III группа — 37 человек (25,0%), РО без применения ВГХТ, группа IV — 35 человек (23,7%) ЦО без применения ВГХТ. Подтверждением данного положения является достоверное увеличение показателя Ea-РОК ($p < 0,05$) в I группе в ранний послеоперационный период в 1,6 и 3,0 раза, а во II группе в 2,5 и 4,5 раза соответственно по сравнению с исходными значениями. Аналогичные изменения мы наблюдали со стороны субпопуляций Т-лимфоцитов: так активность Т-киллеров в I группе на 4–7 сутки после операции возросла в 1,2 раза, а на 11–14 сутки — в 2,0 раза по сравнению с дооперационным уровнем. Аналогично во II группе показатели возросли в 1,5 и 1,7 раза. Соответственно возрос иммунорегуляторный индекс, интегральный показатель которого для пациентов I и II групп соответствовал значению 1,3 (нижняя граница нормы). Отсутствие непосредственных факторов угнетения цитотоксических реакций, продуцируемых опухолевыми клетками, способствует восстановлению функций иммунологического надзора в полном объеме, а низкий процент осложнений при ВГХТ, включая и инфекционные, обеспечивает целенаправленное воздействие Т-клеточного звена иммунитета на соответствующие субстраты в специфических клетках-мишенях.

Максимальная циторедукция при распространенном колоректальном раке способствует активизации иммунных реакций, в первую очередь клеточного иммунитета. Повышение абсолютного числа натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов является мощным дополнительным фактором в борьбе с опухолью, наряду с циторедукцией и химиотерапией.

Достоверно установленные значения сниженных показателей Т-клеточной активности в поздние сроки наблюдений подтверждаются клиническими и гистоморфологическими исследованиями: у 37 пациентов III группы (25%) и 35 пациентов IV группы (23,7%) в период от 6 до 12 месяцев развивался рецидив рака, в 52,4% случаев сопровождающийся канцероматозом брюшины.

Вывод.

Метод ВГХТ оказывает непосредственное положительное влияние на иммунные процессы в организме и способствует нормализации иммунных показателей, особенно в позднем послеоперационном периоде. Уменьшение объема опухолевой массы и ВГХТ способствует увеличению удельного веса пролиферирующих клеток, улучшению клеточного распределения кислорода, снижению активности Т-супрессоров и количества резистентных клонов, деблокируют иммунную систему и активируют иммунный ответ.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ

Гайдукевич И. В., Китаев А. В., Шарапов Г. Н.,

Быховец И. В., Айрапетян А. Т.

*ЦВКГ им А. А. Вишневого, ГКА им. Маймонида,
ЦВГ ФГМУ «Мед. центр при Спецстрое России», Москва*

При проведении стандартных биохимических исследований у пациентов с распространенным колоректальным раком, мы обнаружили интересный феномен, связанный с изменением уровня щелочной фосфатазы, который коррелировал с формой и распространенностью патологического процесса и изменялся в зависимости от наличия или отсутствия метастатического поражения.

Нередко увеличенный уровень энзима является единственным признаком прогрессирования злокачественного процесса.

В исследование включено 239 человек находившихся на лечении в ЦВКГ им. А. А. Вишневого с 1996 по 2007 г.г. по поводу распространенного колоректального рака. Высокий уровень концентрации ЩФ в крови до начала лечения зафиксирован у всех пациентов и составил в среднем 207 ± 8.1 нмоль/л. В послеоперационном периоде уровень ЩФ был снижен до нормальных значений практически у исследуемых пациентов. В последующем при возникновении рецидива заболевания (139 больных) в сроки от 3 до 12 месяцев у всех этих больных мы отмечали всплеск активности фермента. При прогрессировании раковой болезни человека повышение уровня ЩФ нами отмечено $1,5 \pm 0,5$ месяца раньше, чем повышение уровня РЭА, СА-19-9. В терминальной стадии заболевания уровень ЩФ повышался у всех больных более 1000 нмоль/л.

Рассмотрим вариант ферментативной активности в кишечечно-ректальном гомогенате на примере внутриклеточной энзимной регуляции при использовании высокотемпературных факторов. Известно, что по принципу компартментализации, или приуроченности, внутриклеточно наибольший процент ЩФ сосредоточен в цитоплазматических мембранах клеток.

Воздействие на ткани высокой температурной реакцией в момент проведения ВГХТ вызывает деструкцию клеточных структур, и в первую очередь клеточных мембран. В этом случае патологическая гиперферментемия обусловлена разрушением клеток и персистенцией фермента в свободную кровь.

Однако этот механизм не объясняет характера повышения уровня ЩФ при вторичном метастазировании. По нашему мнению, основу данного явления составляет усиление внутриклеточной каталитической активности ферментных систем, проявляющееся при высоком уровне клеточных митозов, характерных для развития метастазов.

Именно пролиферативная активность раковых клеток вызывает рост каталитических реакций, в первую очередь — окислительного фосфорилирования, что в свою очередь влияет на биосинтез энзимов. Учитывая общее влияние опухолевого процесса на систему гомеостаза в целом, а также тот факт, что высокая митотическая активность опухолевых клеток сопровождается метаболическими нарушениями, и в частности, повышенной проницаемостью биологических мембран (за счет усиления ионного транспорта Na^+ и K^+), способствующей высвобождению биологически-активных субстратов, гиперферментемия щелочной фосфатазы при рецидивах колоректального рака является абсолютно закономерным явлением.

Таким образом, использование ЩФ в качестве неспецифического маркера вторичного канцероматоза или рецидива рака с клинической точки зрения совершенно оправдано и разумно. Более того, мы установили, что у определенной части пациентов уровень ЩФ находился во взаимосвязи с клеточной дифференцировкой опухоли — чем ниже степень дифференциации, тем выше уровень ЩФ, тем выраженнее степень раковой агрессии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ БПЭ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО НА БОКУ

Забелин М. В.¹, Васильченко М. И.², Сидоров Д. Б.¹, Пильх М. Д.¹, Сафонов А. С.¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», Балашиха;

² Городская клиническая больница № 50, Москва

Введение.

Хирургическое вмешательство остается основным компонентом, определяющим результативность лечения КРР. Развитие хирургии КРР привело не только к уменьшению частоты местного рецидивирования, но также к увеличению доли сфинктерсохраняющих операций. Однако, несмотря на это, до 35% пациентов с РПК подлежат оперативному лечению в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. При этом традиционная методика не может ответить всем требованиям в связи с высокой частотой местных рецидивов, непреднамеренной перфорацией стенки прямой кишки и наличием положительной циркулярной границы. Преодолением вышеуказанных проблем является внедрение в онкохирургическую практику экстралеваторной БПЭ.

Цель.

Описать технические аспекты экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с положением пациента на боку, оценить непосредственные результаты и возможные преимущества.

Материал и методы.

С октября 2013 по май 2014 года экстралеваторная БПЭ с положением пациента на боку выполнена у 8 больных с нижнеампулярным раком прямой кишки. В состав вошли 5 мужчин и 3 женщины. Средний возраст больных составил 62,3 года. Согласно классификации TNM, III стадия заболевания была установлена 8 больным. Критерий T 3 наблюдался в 8 случаях. Критерий N1 — в 6 случаях, в остальных — N2. Критерий M0 — во всех случаях. По гистологическому типу опухоли аденокарцинома G2 — у 6 больных, аденокарцинома G3 — у 2.

Результаты.

Интраоперационных осложнений не отмечено. Длительность операции в среднем составила 235,9 ± 40,2 мин. Операционная кровопотеря в среднем 215,2 ± 80,4 мл. Интраоперационная гемотрансфузия ни в одном случае не потребовалась, как и не было перфорации кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во всех случаях заживление промежностной раны протекало первичным натяжением. При гистологическом исследовании ни в одном из препаратов не выявлена положительная циркулярная граница резекции.

Заключение.

Предварительная оценка экстралеваторной техники выполнения БПЭ прямой кишки с положением пациента на боку позволяет констатировать преимущества доступа сбоку при выполнении промежностного этапа, за счёт хорошей экспозиции, лучший контроль радикальности и гемостаза, что проявляется в отсутствии случаев интраоперационной непреднамеренной перфорации кишки и положительной циркулярной границы резекции. В целом проблема хирургического лечения нижнеампулярного рака прямой кишки далека от своего окончательного решения и требует дальнейшего тщательного изучения и объективной оценки всех технических и тактических подходов в свете отдаленных результатов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Зубарев П. Н., Ивануса С. Я., Литвинов О. А., Алентьев С. А.,
Лазуткин М. В., Абраменков Д. П.*

*ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ
(кафедра общей хирургии), г. Санкт-Петербург*

Цель исследования.

Оптимизация тактики комбинированного лечения больных местно-распространенным раком прямой кишки с применением неоадьювантной регионарной химиотерапии в зависимости от локализации опухоли в прямой кишке.

Методы.

В клинике общей хирургии ВМедА в 2004 году предложен новый способ неоадьювантной регионарной химиотерапии в комбинированном лечении больных раком прямой кишки в виде эндовазкулярной масляной химиоэмболизации верхней прямокишечной артерии (ЭМХЭВПА). В исследовании использованы результаты лечения 36 больных местно-распространенным раком прямой кишки. По степени распространения опухоли больные распределились следующим образом: II стадия (Dukes B) — 13 больных, III стадия (Dukes C) — 23 больных. У 8 пациентов опухоль располагалась в нижеампулярном, у 11 — в среднеампулярном и у 17 больных — в вышеампулярном отделах прямой кишки.

ЭМХЭВПА (оксалиплатин 100 мг в сверхжидком липиодоле 6–8 мл) осуществляли за 3 суток до операции. Эмболизацию осуществляли до полной редукции кровотока. Осложнений, связанных с редукцией кровотока в бассейне верхней прямокишечной артерии, выявлено не было.

Выполнено определение концентрации платины в ткани опухоли, параректальной клетчатке и лимфоузлах при локализации опухоли в ниже-, средне- и вышеампулярном отделах прямой кишки после ЭМХЭВПА. Также измерена концентрация платины в периферической крови больных данной группы. Кровь для определения концентрации платины получали из локтевой вены ежедневно в течение двух недель после ЭМХЭВПА. Объем отобранной сыворотки крови составлял 1 мл. Ткани для исследования получали из удаленного во время операции макропрепарата. При этом масса навески составляла 1 гр. Далее опухолевые ткани подвергали гомогенизации с помощью физических и химических методов. Определение платины в тканях и сыворотке крови выполняли методом масс-спектрометрии на спектрометре ICP-MS X Series фирмы Thermo Elemental (США).

Результаты.

Наибольшая концентрация платины (8,7 мкг/г) определялась при локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки. Значительно ниже концентрация платины была при локализации опухоли в вышеампулярном отделе — 3,09 мкг/г и 1,87 мкг/г при ее локализации в нижеампулярном отделе. Концентрация платины в параректальных лимфоузлах составила: 0,99 мкг/г при локализации опухоли в вышеампулярном, 1,05 мкг/г — в среднеампулярном и 0,69 мкг/г — в нижеампулярном отделах прямой кишки. В параректальной клетчатке концентрация платины составила: 0,3 мкг/г при локализации опухоли в вышеампулярном, 1,08 мкг/г — в среднеампулярном и 0,51 мкг/г — в нижеампулярном отделах прямой кишки.

В периферической крови отмечалось резкое нарастание концентрации платины в первые сутки после ЭМХЭВПА до 2,09 мкг/мл. В течение последующих трех суток концентрация платины постепенно снижалась до 0,12 мкг/мл. С четвертых до тринадцатых суток определялись небольшие концентрации платины 0,05–1,1 мкг/мл. На 14 сутки и далее платина в плазме крови не определялась.

Выводы.

Проведенное исследование показало наибольшую эффективность ЭМХЭВПА при локализации опухоли в средне- и вышеампулярном отделах прямой кишки. Показано наличие помимо регионарного еще и пролонгированного системного действия оксалиплатина в периферической крови больных раком прямой кишки после неоадьювантной регионарной химиотерапии в виде ЭМХЭВПА. Исходя из распределения концентрации платины в периферической крови, оптимальный срок проведения оперативного вмешательства — третьи сутки после ЭМХЭВПА.

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Китаев А. В., Петров В. П., Костиков Ю. А., Воронова Е. И.

ЦВКГ им. А. А. Вишневецкого, ГКА им. Маймонида, Москва

МАТИ-РГТУ им. К. Э. Циолковского, Москва.

Работа посвящена использованию статистических моделей прогнозирования переносимости оперативных вмешательств с применением внутриволокнистой гипертермической химиотерапии (ВГХТ) и разработке на их основе компьютерной системы поддержки принятия решений по определению показаний и противопоказаний к выполнению и переносимости операций у больных злокачественными новообразованиями на основании объективных данных показателей гомеостаза пациента. Данная методика позволяет с достаточно высокой точностью спрогнозировать переносимость планируемого оперативного вмешательства, длительность безрецидивного периода, срок и качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Повышение эффективности лечения больных, страдающих злокачественными новообразованиями органов брюшной полости и таза, является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Определение значимости различных показателей иммунитета, клинических и биологических показателей гомеостаза и прогнозирование течения раковой болезни человека позволит существенно уменьшить долю поздно диагностируемых рецидивов заболевания. В последнее время наблюдается активизация научных исследований по поиску методик комплексной циторедуктивной хирургии и применение цитостатических препаратов, а также физических методов лечения, одним из которых является интраоперационная локальная гипертермическая химиотерапия.

С помощью статистических методов была изучена степень влияния ВГХТ на параметры иммунитета и получена оценка характера иммунологических изменений при различных видах оперативного вмешательства. Методами бинарной логистической регрессии и дискриминантного анализа был рассчитан прогноз переносимости операции — вероятность выживания пациента. На основе метода множественной регрессии были получены алгоритмы расчета продолжительности жизни пациентов после операции и длительность безрецидивного периода. Исследования, основанные на факторном анализе, показали, что основными факторами, влияющими на прогноз безрецидивного периода и срока жизни являются морфологическая структура опухоли, объем циторедукции, суммарные показатели иммунитета и онкомаркеров. Перитонеальный индекс рака, пол и возраст пациента не оказывают существенного влияния на эти показатели.

Таким образом, внедрение в лечебную практику предлагаемых компьютерных систем и статистических моделей прогнозирования позволяет лечащим врачам объективно оценить показатели гомеостаза, переносимость планируемых оперативных вмешательств, более точно прогнозировать течение раковой болезни и вероятность развития рецидива заболевания, а также продолжительность и качество жизни пациентов.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Турлай Д. М.

Медицинский центр при Спецстрое России,

ГКА им. Маймонида, факультет социальной медицины, Москва.

Спаечная болезнь брюшины (СББ) — широко известное и часто встречаемое тяжелое заболевание, как правило, у пациентов молодого и трудоспособного возраста, стремящихся вести активный образ жизни. Актуальность спаечной болезни брюшины в настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнений. Эта проблема по-прежнему постоянно привлекает внимание хирургов, кардинального ее решения, несмотря на усилия современной науки и техники, до сих пор не найдено. По нашему мнению, поиск методов профилактики и лечения СББ должен быть направлен на патогенетические механизмы адгезивных процессов.

Цель.

Изучить антиадгезивные свойства 5-FU при формировании спаечного процесса органов брюшной полости у лабораторных животных.

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена на 60 взрослых белых крысах линии Vistar, весом 200–240 г. Все животные были разделены на 5 групп. Первая группа (10 крыс): интактный контроль. 50-ти животным под эфирным наркозом проводилась срединная лапаротомия. СББ моделировалась несколькими способами: 1 группа (10 крыс) иссечением париетальной брюшины передней брюшной стенки, 2. обработка париетальной и висцеральной брюшины 96% р-ром этилового спирта, 3. высушивание воздухом при температуре 24–26°C в течение 10 мин. тонкой и толстой кишок, 4,5 комбинация указанных способов. Рана брюшной стенки ушивалась наглухо. Животным трех опытных групп (по 10 крыс в каждой) во время операции с 1 по 5 сутки в послеоперационном периоде внутрибрюшинно вводилось 5 мл 5% раствора глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м² поверхности тела. В первой группе раствор вводился только интраоперационно, второй группе интраоперационно и на 1,2 сутки, третьей группе интраоперационно 1–5-е сутки после операции. 20 животных — контрольная группа (5 FU не вводился). Отмечена летальность в контрольной группе (6 крысы — 4, 7, 12 сутки), при аутопсии причина смерти: спаечная кишечная непроходимость, перитонит. На втором этапе, через 14 суток, производилась релапаротомия и разделение спаек с использованием микрохирургической техники под увеличением операционного микроскопа (ОМ-2) различными способами. Распространенность спаечного процесса оценивалось по этажам брюшной полости. В контрольной группе обнаружен спаечный процесс у всех животных, разной степени выраженности с деформацией брыжейки у 40% крыс. В 1-й опытной группе спаечный процесс с деформацией брыжейки тонкой кишки развился у 40% крыс. Во 2-й опытной группе — отмечены единичные межкисечные спайки и деформация брыжейки тонкой кишки у 40% крыс. 3-я опытная гр. — то же только у двух крыс (20%). Также оценивался неоангиогенез в брюшине у оперированных крыс, отмечена минимальная инъецированность висцеральной и париетальной брюшины сосудами у 2-й и 3-й группы. 28 крыс с выявленным спаечным процессом взяты на 2-й этап исследования. 14 крыс — оперированный контроль (после релапаратомии и адгезиолизиса). Другие 14 крыс — опытная группа, которой произведена процедура внутрибрюшинного введения 5 мл раствора 5% глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м² поверхности тела интраоперационно и в послеоперационном периоде на протяжении 1–4 суток. Животные выводились из эксперимента на 28 сутки путем передозировки эфирного наркоза и подвергались аутопсии. Выраженность спаечного процесса оценивалась визуально. У всех животных контрольной группы выявлен спаечный процесс разной степени выраженности. В опытной серии СПБП был наименее выраженным, отмечена только видимая умеренная деформация брыжейки.

Результат.

Таким образом, обнаружен статистически достоверный противоспаечный эффект 5-FU в опытных группах, при 3-х — 5-ти кратном введении раствора ($p < 0,05$).

Выводы.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что инстиляция внутрибрюшинно большого объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.

**НАРУШЕНИЯ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
И ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Китаев А. В., Петров В. П., Айрапетян А. Т., Вихрев С. В., Куликов В. А., Гасанов А. Г.

*ЦВКГ им А. А. Вишневого, ГКА им. Маймонида,
ЦВГ ФГМУ «Мед. центр при Спецстрое России», Москва*

Роль анестезиологической и хирургической защиты пациента в профилактике нарушения терморегуляции во время оперативных вмешательств на органах брюшной полости нередко недооценивается.

Цель исследования — оценить влияние нарушений терморегуляции организма пациента при проведении длительных операций на органах брюшной полости в условиях общей комбинирован-

ной анестезии с ИВЛ на количество осложнений и исходы заболевания в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы.

В исследование включены 516 пациентов, находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А. Вишневого и ЦВГ «Спецстроя России» в 2005–2013 годах по поводу распространенного колоректального рака, в возрасте 45–75 лет, риск ASA — II–III. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам:

Первую опытную группу (группа I) составили лица в количестве 270 человек (52,3%), которым были проведены операции с применением физических и медикаментозных методов терморегуляции; вторую контрольную группу (группа II) составили лица в количестве 246 человек (47,7%), которым были проведены оперативные вмешательства без применения физических методов терморегуляции.

В процессе исследований изучались изменения температуры тела (Т) пациентов в динамике в течение всего оперативного вмешательства. Измерения Т проводились в 5 зонах: наружное ухо, подмышечная впадина, брюшная полость, пищевод и прямая кишка.

Сравнивались оперативные вмешательства продолжительностью от 2 до 5 и более часов. Все оперативные вмешательства осуществлялись из срединного лапаротомного доступа в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ. Всем пациентам интраоперационно проводились физические методы согревания. Температура воздуха в операционной 24–26°C. ИВЛ — аппаратом Blease-Focus, с системой согревания газовой смеси.

Адекватность анестезиологического пособия оценивалась по наличию периоперационных критических инцидентов (ПКИ): 1) нестабильность гемодинамики (СДД 100–130, ЧСС 100–140); 2) снижения сатурации (SpO₂ ниже 95%); 3) эпизоды интраоперационного пробуждения; 4) послеоперационный озноб; 5) послеоперационные когнитивные расстройства.

Температура тела фиксировалась в течение всего периода оперативного вмешательства и первые сутки послеоперационного периода. В I группе были следующие результаты: Т в среднем ухе и п/м впадине (начало, середина, конец операции) — 36,5±0,2–36,2±0,1–36,3±0,2; в пищеводе, брюшной полости и прямой кишке 37,5±0,3–35,8±0,2–35,6±0,1. В среднем ухе и подмышечной впадине отмечается достаточно ровная динамика Т с небольшой тенденцией к незначительному снижению. А в пищеводе и прямой кишке отмечена тенденция к повышению Т, что свидетельствует об оптимизации микроциркуляции вследствие адекватности анестезиологической защиты.

Во 2 группе динамика изменения Т была следующей: Т в среднем ухе и п/м впадине: 34,5±0,2–33,1±0,3–34,8±0,2, в пищеводе и прямой кишке: 35,4±0,4–33,4±0,2–33,4±0,4. Необходимо подчеркнуть, что завершающий этап операции сопровождался пониженной Т, несмотря на принимаемые меры по ее повышению. В I группе мы не наблюдали осложнений со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Основной объем осложнений во II группе приходился на обострения дисциркуляторной энцефалопатии (23,9%), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы составили 22,4% и желудочно-кишечного тракта 20,9%. Доля инфекционных осложнений составила 7,9%, осложнения дыхательной системы составили 5,3%. На несостоятельность межкишечных анастомозов и ретракцию стом приходилось 14,5%.

В процессе исследований мы не отмечали высокого уровня инфекционных осложнений у лиц I группы. Кроме того, количество осложнений общесоматического характера в I группе было снижено, по сравнению со II группой. По нашему мнению, основополагающим фактором этого является собственно метод физической коррекции температурного режима организма в течение всего периода времени оперативного вмешательства, что является одним из ключевых моментов в профилактике инфекционных и гемодинамических осложнений.

Общая летальность исследуемого контингента составила 48 человек (9,3%), из них в I группе — 13 пациентов (4,8%), во II группе — 12 человек (14,3%).

Согласно полученным данным, одним из частых видов послеоперационных осложнений при проведении расширенных многочасовых операций на органах брюшной полости (особенно у пациентов контрольных групп) является развитие послеоперационной дисциркуляторной энцефалопатии. Известно, что общая площадь брюшины в целом соизмерима с площадью кожных покровов тела, поэтому полостная операция посредством широкой лапаротомии является одной из основных причин массивных теплопотерь, приводящих к гипоксии мозга, как ответной реакции организма на снижение общей температуры тела.

Применяемые в анестезиологической практике миорелаксанты, анестетики и другие специальные средства провоцируют развитие метаболических нарушений, заключающихся в снижении процессов терморегуляции, приводящих к вторичному спазму сосудов, и как следствие, также к гипоксии мозга.

По нашему опыту, даже при использовании стандартных физических согревающих процедур, не всегда удается поддерживать общую температуру тела выше 35°C. Чувство сильного озноба после прекращения действия миорелаксантов при выходе больного из наркоза — «обычное явление» раннего послеоперационного периода, принимаемое реаниматологами как неизбежные издержки операции, в действительности же является проявлением общей гипотермии тела.

Выводы:

1) Интраоперационные изменения T тела пациента могут служить дополнительным критерием адекватности проводимого анестезиологического пособия.

2) Неадекватная общая анестезия без эпидуральной защиты, вызывая активизацию БАВ, приводит к нарушению тонуса сосудов микроциркуляторного русла, повреждая физиологические механизмы терморегуляции.

3) Снижение внутренней и наружной (кожной) температуры тела ниже 3°–4°C практически всегда приводит к развитию в раннем послеоперационном периоде как воспалительных, так и соматических осложнений.

4) Снижение внутренней и наружной температуры тела ниже 6°C является критической и приводит, к сожалению часто, к трагического исходу заболевания в ближайшем послеоперационном периоде.

ТАЗОВЫЙ ПРОЛАПС. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ.

Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Овчаренко Д. А., Муслимов М. И., Родионов Д. А.

ФГМУ Медицинский центр при Спецстрое России, Москва

ГКА им. Маймонида, Москва

Тазовый пролапс (синдром опущения тазового дна) стал привлекать пристальное внимание врачей различных специальностей только последние несколько лет. В настоящее время опущение тазового дна у мужчин можно с уверенностью рассматривать как проявление геморроя и ректоцеле различных степеней. По данным различных авторов распространенность геморроя 120 человек на 10000 населения с преобладанием смешанной формы. Удельный вес в структуре проктологических заболеваний от 34 до 41%. Наличие тазового пролапса и ректоцеле у мужчин довольно точно определяется с помощью дефекографии. Геморрой 2–4 стадии часто сопровождается наличием ректоцеле 1–3 степени, что подтверждают исследования зарубежных и отечественных авторов. Так же отмечено, что в отдаленном послеоперационном периоде после общепринятых геморроидэктомий (Миллиган-Морган, Фергюсон и т. д.) у 80% пациентов сохранялись жалобы на чувство «инородного тела» в области ануса и затрудненный акт дефекации. Многие авторы при синдроме опущения тазового дна отмечают частое сочетание патологических состояний. Так выпадение прямой кишки в 70–80% случаев сочетается с ректоцеле. Выпадение внутренних геморроидальных узлов происходит за счет патологической подвижности слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки. В мире предложено около 250 вариантов оперативного лечения геморроя, что отражает попытки найти идеальную операцию, сопровождающуюся минимальными осложнениями и хорошими функциональными и клиническими результатами, минимальным сроком лечения и реабилитации. В нашей стране и за рубежом большинство колопроктологов выполняют геморроидэктомию в различных модификациях в основе которой лежит удаление трех основных групп геморроидальных узлов. До настоящего времени окончательно не определен наиболее радикальный и патофизиологический способ геморроидэктомии с сохранением функций замыкательного аппарата прямой кишки. Слизисто-подслизистая резекция прямой кишки не решает вопрос о наружных геморроидальных узлах, из-за разности кровоснабжения.

В исследование включено 71 пациент (мужчины), находившихся на лечении в ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» в 2000–2011 гг. по поводу геморроя смешанной формы 2–4 стадий. Их возраст варьировал от 19 до 61 года. Средний возраст составил 44 год. Больных с II стадией геморроя было 8 (11,3%), III стадией — 42 (59,2%), IV стадией — 21 (29,5%). Первая

группа составила 34 (69%) пациента, оперированных по методу Лонго с иссечением наружных геморроидальных узлов. Вторая группа — 37 (31%) пациентов оперированы по методу Миллигана — Моргана в модификации № 2 ГНЦ колопроктологии. Наличие тазового пролапса во всех случаях диагностировано с помощью дефекографии, сфинктерометрии и тонометрии запирающего аппарата прямой кишки.

Из сопутствующих заболеваний выявлены: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка, варикозная болезнь нижних конечностей, остеохондроз позвоночника различных степеней выраженности, хронический простатит, полипы толстой кишки, анальные трещины. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией на уровне L₂–L₃. Для выполнения слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки использовали аппараты РРН-01, РРН-03. Среднее время продолжительности операции 18–25 минут. Всем пациентам оперативное вмешательство дополнялось иссечением наружных геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах. Средняя длительность послеоперационного периода составила 4,1 дня. Осложнения: У двух больных в первые сутки послеоперационного периода отмечалась задержка мочи, связанная с наличием хронического простатита и аденомы простаты. Выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде зафиксирован у одного больного, что мы связываем с близким расположением линии механического шва (1,0 см) к внутреннему отверстию анального канала. Во всех случаях в послеоперационном периоде применялись ненаркотические анальгетики, как правило, один раз в сутки на ночь. Средняя длительность применения ненаркотических анальгетиков составила 3,3 дня. При обследовании в послеоперационном периоде во всех случаях после комбинированного хирургического лечения отмечено исчезновение симптомов, связанных с затруднением акта дефекации. В контрольной группе среднее время продолжительности операции была 46 минут. Средняя длительность послеоперационного периода составила 7,6 дней. Среди ранних послеоперационных осложнений следует отметить выраженный болевой синдром у всех исследуемых, который потребовал назначение наркотических анальгетиков 3–5 раз в сутки в среднем 4,3 дня и ненаркотических — 3,6 дня (всего 7,9 дня). У 11 (29,7%) пациентов отмечена задержка мочеиспускания от 1 до 3 суток.

Выводы.

1. Преимуществами операции геморроидопексии с иссечением наружных узлов являются: небольшая продолжительность; сохранение целостности слизистой оболочки анального канала с ее рецепторами, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде; быстрое восстановление активного образа жизни и работоспособности;

2. Операция геморроидопексия (резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки) с иссечением наружных геморроидальных узлов направлена на коррекцию (ликвидацию) всех признаков тазового пролапса, и, кроме того, её можно признать радикальным хирургическим методом лечения геморроя.

ТАЗОВЫЙ ПРОЛАПС У МУЖЧИН

Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Овчаренко Д. А., Тельнова В. Н.

ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» г. Химки,

ЦВКГ им. Вишневского В. В., МУЗГБ № 1 г. Калининград

Тазовый пролапс — синдром слабости тазового дна (ССТД), синдром опущения промежности) стал привлекать пристальное внимание врачей различных специальностей только последние несколько лет. ССТД впервые описали Parks A.G и соавторы в 1966 г., наблюдая больных с выпадением прямой кишки. Этот синдром, по наблюдениям автора, встречается относительно часто и описывается авторами только у женщин. По данным наших исследований у подавляющего числа пациентов-мужчин страдающих геморроем 2–4 стадий диагностируется тазовый пролапс сопровождающийся передним или задним ректоцеле различной степени выраженности. По-нашему мнению, обязательным исследованием при ССТД должны стать дефекография, КТ и МР томография органов малого таза.

Цель исследования:

Изучение проявления тазового пролапса у мужчин. Разработка радикального, патогенетически обоснованного хирургического лечения синдрома слабости тазового дна (ССТД) у мужчин.

По-нашему мнению, геморрой и ректоцеле различной степени выраженности, можно с уверенностью рассматривать как проявление ССТД у мужчин. Нами отмечено, что в отдаленном послеоперационном периоде после общепринятых геморроидэктомий (Миллиган-Морган, Фергюсон и др.) у пациентов с 3–4 стадиями геморроя сохранялись жалобы на чувство «инородного тела» в области ануса и двухэтапный акт дефекации. В нашей стране и за рубежом большинство колопроктологов выполняют геморроидэктомию в различных модификациях в основе, которой лежит удаление трех основных групп геморроидальных узлов, при этом не решается вопрос о наличии избытка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. До настоящего времени окончательно не определен наиболее радикальный и патофизиологический способ лечения геморроя с сохранением функций замыкательного аппарата прямой кишки и ликвидации основного заболевания — ССТД и сопровождающего его ректоцеле.

Материалы и методы:

Нами проведен ретроспективный анализ пациентов лечившихся в ЦВКГ им. А. А. Вишневецкого, МУЗ больнице № 1 г. Калининграда и ФГУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2002 по 2011 г.г. по поводу геморроя. Слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки (операция Лонго) при лечении пролапса у мужчин выполнена в 190 случаях, в возрасте от 18 до 74 лет. Средний возраст составил — 44,7 года. Больных с II стадией геморроя было 37 (28,9%), III стадией — 53 (41,4%), IV стадией — 38 (29,7%). Наличие тазового пролапса и ректоцеле во всех случаях диагностировалось при дефекографии и МРТ- дефекографии, тонометрии запирающего аппарата прямой кишки. Все оперативные вмешательства выполнялись под спинномозговой анестезией аппаратами РРН-01,03. Операция геморродопексии дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов

Результаты:

В отдаленном периоде у 10 пациентов, оперированных в начальный период освоения методики однократно в сроки от месяца до 36 месяцев после операции отмечены тромбозы наружных геморроидальных узлов. Во всех случаях тромбоз развился на фоне чрезмерного употребления алкоголя или употребления острой пищи, и операция Лонго не дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов. У трех пациентов — на 8,12 и 28 сутки после операции возникло профузное кровотечение в зоне механического шва на 3 и 7 часах, потребовавшее прошивания кровоточащего сосуда и связанное, по нашему мнению, с самостоятельным приемом слабительных препаратов. В послеоперационном периоде от 1 года до 3 лет прослежено 58 пациентов. 23 пациентам проведено контрольное обследование, включающее дефекографию, ректоскопию. Пяти пациентам мы были вынуждены удалить часть скоб по линии механического шва, в связи с выраженным болевым синдромом, в сроки до 35 суток после операции, что позволило значительно уменьшить болевой синдром (во всех этих случаях механический шов располагался в непосредственной близости от зубчатой линии (1,0–1,5 см). Все пациенты отмечают исчезновение ранее беспокоивших их клинических проявлений геморроя: боли, выделение крови при дефекации, выпадение внутренних узлов и не испытывают какого либо дискомфорта в повседневной жизни. При наружном осмотре промежности и исследовании прямой кишки: внутренние узлы значительно уменьшились в размерах, находятся выше зубчатой линии, линия анастомоза шириной не более 2 мм, мягкая, подвижная, располагается выше внутреннего отверстия анального канала на 2–3 см, при визуальном и пальпаторном осмотре с трудом различима. При контрольной дефекографии, МРТ-дефекографии — признаков имеющегося ранее ректоцеле, «скольжения» и «инвагинации» слизистой прямой кишки не отмечается. 48 (82,8%) пациентов отмечают улучшение самого процесса дефекации — нет чувства инородного тела после дефекации, акт дефекации ежедневный однократный.

Выводы:

1. Наш опыт выполнения операции геморродопексии (резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки) с иссечением наружных геморроидальных узлов у 190 пациентов позволяет считать её радикальным методом хирургического лечения геморроя.

2. Геморрой 3–4 стадий, у мужчин, как правило, является клиническим проявлением тазового пролапса, то есть выпадение внутренних геморроидальных узлов происходит за счет смещения слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки вместе с внутренними геморроидальными узлами за пределы наружного отверстия анального канала.

ПРИНЦИПЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДИКИ FAST TRACK В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Климов А. С., Лебедева Н. Н.

*Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России,
Кафедра факультетской хирургии СПбГУ, Санкт-Петербург*

За последние десятилетия отмечен колоссальный прогресс в отдельных разделах клинической медицины. Бурное развитие технологий, применяемых всё активнее в хирургии, позволило снизить травматичность непосредственно самих вмешательств. При этом использование современного анестезиологического пособия способно значительно расширить объёмы выполняемых оперативных вмешательств, без увеличения послеоперационной летальности. Длительное время данные достижения использовались одновременно, но по отдельности. Однако начиная с конца 90-х годов различные авторы начали суммировать достижения отдельных клинических дисциплин. Появившаяся концепция Fast Track аккумулировала в себе отдельные методы и способы курации пациента в пред-, интра- и пост-операционном периодах.

Данная концепция позволила сократить количество осложнений и продолжительность госпитализации, а в ряде случаев перевести манипуляцию в амбулаторную сеть.

Недавние исследования демонстрируют расширение использования данных протоколов в различных областях хирургии, где раньше такое казалось невозможным.

Одним из основных авторов и популяризаторов Fast Track является Henrik Kehlet. В своих работах Н. Kehlet указывает на возможность ускорения периода восстановления пациентов после оперативных вмешательств в более короткие сроки, в сравнении с «классическим» подходом к курации хирургических пациентов. К важной составляющей предоперационной подготовки относится информирование пациентов о планируемом вмешательстве с целью минимизации эмоционального стресса, возникающего перед операцией. Отказ от обязательного механического очищения кишечника при операциях на толстой кишке также рассматривается возможным. В интраоперационном периоде одной из основных целей является максимально возможное уменьшение наносимой хирургической травмы, что может достигаться как при лапароскопических техниках оперирования, так и при «открытых» вмешательствах, осуществляемых при выполнении не только продольного, но поперечного лапаротомного доступа. К схожим результатам пришли Basse et. al. сравнивавшие сроки восстановления пациентов колопроктологического профиля, оперированных лапароскопически или открытым способом. Обе группы пациентов проходили период реабилитации в соответствии с положениями Fast Track и показали схожие результаты. Также важным среди интраоперационных факторов является уровень кровопотери и гемотрансфузии во время операции. В работах ряда авторов отмечается возрастание риска инфекционных и не инфекционных осложнений. При этом среди пациентов, которым колопроктологические операции выполнялись в связи с онкологическим заболеванием, отмечалось повышение риска рецидива опухолевого процесса. В послеоперационном периоде адекватное обезболивание, ранняя мобилизация и соответствующая потребностям нутритивная поддержка позволяют пациентам в сокращённые сроки восстановиться после оперативного вмешательства.

Последовательные шаги концепции Fast Track позволяют снизить уровень осложнений и сроки госпитализации пациентов колопроктологической клиники. Таким образом, целесообразно рассмотрение возможности более широкого внедрения данных подходов в клиническую практику отечественного здравоохранения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Коновалов С. В., Синенченко Г. И., Гайдук С. С.

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Наиболее эффективным видом хирургической реабилитации колостомированных больных после огнестрельных ранений толстой кишки является устранение колостомы и восстановление непрерывности толстой кишки.

Мы располагаем сведениями о 46 из 70 раненых с огнестрельными ранениями живота и таза (65,7%), которым выполнены различные виды оперативных вмешательств по ликвидации временной колостомы и восстановлению непрерывности толстой кишки.

Основными видами оперативных вмешательств были: устранение колостомы с наложением анастомоза 3/4 по А. В. Мельникову (36,9%), восстановление непрерывности толстой кишки с наложением толстотолстокишечного анастомоза после операции типа Гартмана (28,3%), резекция кишки с петлевой колостомой и наложение толстотолстокишечного анастомоза (19,6%). Внебрюшинное ушивание дефекта стенки толстой кишки и устранение илеостомы с наложением илеотрансверзоанастомоза выполнялись реже — соответственно, в 8,7 и 6,5% случаев. Сроки выполнения восстановительных операций колебались от 26 суток до 7 месяцев после наложения колостомы, составляя в среднем $48,5 \pm 6,2$ сут. При этом 24 раненым (52,2%) непрерывность толстой кишки была восстановлена до выписки из госпиталя, а 22 — при повторной госпитализации в стационар. У 5 больных (10,8%) имело место нагноение раны в области ушитой колостомы. Летальных исходов среди оперированных не было.

Таким образом, по нашим данным, хирургическую реабилитацию колостомированных больных после огнестрельных ранений толстой кишки можно проводить в ранние сроки, до выписки из стационара, так как большая часть раненых нуждается в операциях по устранению петлевых и пристеночных колостом. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции типа Гартмана целесообразно выполнять в окружных, главных и центральных военных госпиталях, где имеются соответствующие условия и специалисты для проведения таких операций.

ЛЕЧЕНИЕ РАНЕННЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЦВКГ им. А. А. ВИШНЕВСКОГО

*Лазарев Г. В., Петров В. П., Фокин Ю. Н.,
Зуев В. К., Китаев А. В., Леонов С. В.*

*ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России,
Красногорск*

Актуальность.

В вооруженных конфликтах последних десятилетий при огнестрельных проникающих ранениях живота повреждения толстой кишки составляют до 68,9%. Высокий уровень послеоперационной летальности (до 49,5%), а также большое число послеоперационных осложнений (до 83,1%) объясняют необходимость детального изучения этой проблемы, оптимизации системы оказания помощи на этапах медицинской эвакуации раненым в живот с повреждением толстой кишки.

Цель работы.

Совершенствование хирургической тактики при огнестрельных ранениях толстой кишки в вооруженных конфликтах.

Материал и методы.

Проведен анализ и изучен опыт работы колопроктологического центра ЦВКГ им. А. А. Вишневого при поступлении пострадавших из районов вооруженного конфликта.

Огнестрельные ранения живота и таза среди поступивших в ЦВКГ им. А. А. Вишневого были у 112 человек. Из них ранения ободочной кишки имелись у 43,8%, прямой — у 20,5% пострадавших. В структуре огнестрельных ранений толстой кишки преобладали пулевые ранения — 63,0%. Более чем у половины пострадавших имелись сочетанные повреждения. Из них ранение тонкой кишки было у 43,0% пострадавших, селезенки — 11,1%, печени — 8,3%, желудка — 2,8%, мочевого пузыря — 5,6%, почек — 1,4%. Все раненые — военнослужащие молодого возраста. Более 70,0% пострадавших поступило в сроки свыше 8 суток с момента ранения, причем почти половина из них, пройдя 3 этапа и более.

Результаты.

Все раненые были оперированы на предыдущих этапах. Большая их часть поступила в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Почти у 80% раненых с повреждением ободочной кишки выявлены различные осложнения: от прогрессирующего огнестрельного перитонита до анаэробной неклостридиальной инфекции. В половине случаев потребовалось выполнение неотложных оперативных вмешательств, 70% которых были выполнены в первые трое суток. Выздоровело — 45 (91,8%), умерло — 4 (8,2%) раненых. Причинами смерти были: перитонит, АНКИ, пневмония — 1, перитонит, флегмона забрюшинного пространства — 1, перитонит — 1, дистресс-синдром, отек легких — 1.

Огнестрельные ранения прямой кишки встретились у 23 раненых. Из них у 16 (69,6%) выявлены 20 различных осложнений, которые потребовали оперативного пособия: при внебрюшинных ранениях прямой кишки 87,0% операций выполнены по поводу гнойно-септических осложнений, а при внутрибрюшинных ранениях преобладали вмешательства по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. В последующем в плановом порядке почти 40,0% раненых выполнено восстановление непрерывности толстой кишки, а каждому третьему (34,8%) — пластические операции на прямой кишке с транспозицией мышечных комплексов. Результаты лечения раненых с повреждением прямой кишки более благоприятными оказались при внебрюшинных повреждениях прямой кишки — все они выздоровели. Умерли двое раненых с внутрибрюшинными повреждениями прямой кишки. Причина смерти в одном случае — сепсис при анаэробной неклостридиальной инфекции и — раневое истощение, осложнения со стороны легких в другом.

Впервые в практике восстановительных операций при обширных незаживающих дефектах ампулярной части прямой кишки, расположенной внебрюшинно, разрушении ее запирающего аппарата мы использовали фрагмент большой ягодичной мышцы или нежную мышцу бедра с сохраненным нервно-сосудистым пучком.

Выявлены основные организационные дефекты в работе лечебных учреждений в зоне вооруженного конфликта: расширение объема оперативных вмешательств в МОСН; не в полной мере был использован опыт организации хирургической помощи и лечения раненых, накопленный в афганской войне; отсутствие на этапе квалифицированной хирургической помощи хирургов, имеющих практическую подготовку по колопроктологии.

При оказании медицинской помощи чаще всего имели место поздняя госпитализация (как с поля боя, так и из полковых медицинских пунктов), поздняя диагностика повреждений толстой кишки, нераспознанные осложнения, дефекты хирургического лечения (ушивание ран толстой кишки без наложения разгрузочной стомы; необоснованное завышение объема операции; невыполнение при лапаротомии ревизии внебрюшинных отделов ободочной и прямой кишок, интубации кишечника; технические ошибки при наложении кишечных стом).

Заключение.

- Проблема совершенствования системы оказания хирургической помощи при огнестрельных ранениях толстой кишки в вооруженных конфликтах должна решаться на основе оптимизации как организационных, так и клинических аспектов военно-полевой хирургии.

- Опыт оказания медицинской помощи раненым в локальных войнах и вооруженных конфликтах последних лет свидетельствует о том, что чем раньше им оказывается специализированная медицинская помощь, тем лучше исходы.

- Использованный нами способ пластического замещения дефекта прямой кишки в отличие от известных методов позволяет одномоментно закрыть дефект кишки, удалить рубцы промежности, купировать остеомиелит костей таза (крестца). При этом значительно улучшаются функциональные результаты, сокращается продолжительность реабилитации пострадавших.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА: ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ИЛИ СТАНДАРТИЗАЦИЯ?

Лебедева Н. Н., Бескровный Е. Г.

*Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России,
Кафедра факультетской хирургии СПбГУ, Санкт-Петербург*

Воспалительные заболевания кишечника в настоящее время представляют собой одну из нерешенных проблем как в гастроэнтерологии, так и в хирургии. Отсутствие полного понимания этиологии и патогенеза не дает возможности врачам полностью вылечить пациента от данной патологии. Одной из нерешенных проблем в лечении воспалительных заболеваний кишечника является терапия болезни Крона (БК). Сегодня, в связи с широким распространением современных диагностических методов, постановка диагноза не вызывает затруднений, но дальнейшая тактика ведения пациента сложна и всегда должна быть индивидуальна.

Чтобы составить полноценную картину о локализации, протяженности поражения и активности процесса, могут быть использованы следующие тесты и диагностические процедуры.

1. Клинический анализ крови — для оценки уровня гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, СОЭ.
2. Биохимический анализ крови — оценка уровня С-реактивного белка и ферментов печени и поджелудочной железы.
3. Анализ кала на кальпротектин — отражает активность воспалительного процесса в слизистой оболочке кишки.
4. Рентген с пассажем бария — определение локализации стриктуры и ее протяженности, наличие свищевых ходов на всем протяжении тонкой и толстой кишки.
5. Ирригоскопия — диагностика стриктуры и свищевых ходов толстой кишки.
6. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией (и эндоскопической ультрасонографией) — определение очагов поражения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта с дальнейшим гистологическим исследованием биоптатов.
7. Колоноскопия с биопсией (и эндоскопической ультрасонографией) — определение очагов поражения на всем протяжении толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки с дальнейшим гистологическим исследованием биоптатов и возможностью определения глубины поражения кишечной стенки.
8. Видеокапсульная эндоскопия — новая методика осмотра тонкой кишки и выявления очагов поражения, но с отсутствием возможности взятия материала на гистологическое исследование.
9. Энтероскопия — метод осмотра тонкой кишки с возможностью точной локализации процесса и взятием материала на гистологическое исследование.
10. Гидро-МРТ — новая методика, которая с помощью двойного контрастирования определяет локализацию процесса, глубину поражения стенки, протяженность стриктуры и наличие свищевых ходов.

После прохождения всех необходимых диагностических манипуляций врач формулирует основной диагноз с учетом локализации, протяженности процесса, выраженности воспалительных изменений и наличием или отсутствием внекишечных системных проявлений. К последним могут относиться: кожные проявления (узловая эритема, гангренозная пиодермия и т. д.), поражения суставов (артриты, сакроилеиты и т. д.), воспалительные заболевания глаз (склерит, эписклерит, иридоциклит), заболевания печени и желчевыводящих путей (первичный склерозирующий холангит, аутоиммунный гепатит и т. д.), васкулит, амилоидоз, остеопороз и т. д.

На основании установленного диагноза начинается подбор медикаментозной терапии. Каждый случай заболевания болезнью Крона индивидуален, и пока в настоящее время нет четких стандартов, которые можно было бы применить ко всем пациентам. Болезнь Крона — это та патология, которая требует максимального индивидуального подхода к пациенту при назначении терапии. Обязательно необходимо взаимопонимание между врачом и пациентом, полное осознание пациентом всей серьезности проблемы, необходимости выполнения всех врачебных назначений и прохождения регулярных осмотров даже в стадии стойкой ремиссии. Цель лечения заключается в том, чтобы вызвать длительную стойкую ремиссию и подобрать постоянную эффективную поддерживающую терапию.

Согласно данным последнего европейского консенсуса, определены группы препаратов с доказанной эффективностью и сформулированы основные рекомендации по их применению. Этими группами препаратов являются: препараты 5-аминосалициловой кислоты, иммуномодуляторы, глюкокортикостероидные гормоны и антицитокиновые препараты.

1. Лечение в зависимости от локализации и активности БК

Лечение БК илеоцекальной зоны с низкой активностью. У таких пациентов предпочтительно лечение будесонидом в дозе 9 мг/сут. Эффективность месалазина ограничена. Антибиотики не рекомендуются. В некоторых случаях пациенты не получают терапию, но находятся под наблюдением.

Лечение БК илеоцекальной зоны с умеренной активностью. В случае БК илеоцекальной локализации с умеренной активностью препаратами выбора являются топические кортикостероиды (будесонид в дозе 9 мг/сут) или системные кортикостероиды. В случае септических осложнений возможно применение антибиотикотерапии.

Лечение БК илеоцекальной зоны с высокой активностью. Лечение БК илеоцекальной локализации с высокой активностью следует начинать с системных кортикостероидов. В случае рецидива заболевания показано добавление иммуносупрессантов (азатиоприна/6-меркаптопурина), а в случае их непереносимости — метотрексата. Назначение инфликсимаба рассматривается дополнительно при стероидорезистентности или рефрактерности к иммуномодуляторам или при их непереносимости.

Лечение БК с локализацией в толстой кишке. При БК толстой кишки могут быть назначены сульфасалазин (в случае низкой активности) или системные кортикостероиды. В случае рецидива заболевания следует добавлять азатиоприн/6-меркаптопурин или при их непереносимости метотрексат. Назначение инфликсимаба рассматривается при стероидорезистентности или рефрактерности к иммуномодуляторам или при их непереносимости. Местное лечение назначается при дистальной локализации БК.

Распространенная БК тонкокишечной локализации. При распространенной тонкокишечной локализации БК в случае умеренной или высокой активности назначаются системные кортикостероиды. Рекомендуется азатиоприн/6-меркаптопурин или в случае их непереносимости или резистентности к ним метотрексат. Одновременно рекомендуется нутритивная поддержка. Лечение инфликсимабом рассматривается дополнительно, если нет ответа на предыдущую терапию.

Лечение БК пищевода и гастродуоденальной зоны. При поражении пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки назначают ингибиторы протонной помпы, при необходимости, в сочетании с системными кортикостероидами и азатиоприном/6-меркаптопурином или в случае их непереносимости метотрексатом. Инфликсимаб рассматривается как альтернатива при рефрактерности к другим видам лечения. При симптомах непроходимости показаны дилатационные и хирургические методы лечения.

2. Лечение в зависимости от характера течения БК

Лечение рецидива в сравнении с новыми случаями (впервые выявленной нелеченой). Лечение рецидива лучше всего начинать с той же схемы, которая оказала действие в первый раз, но должны приниматься во внимание и другие факторы: мнение пациента (по поводу побочных эффектов, необходимости достижения быстрого результата, комфортности и т. д.), время наступления рецидива, частота рецидивов, фоновая терапия (например, если рецидив возникает во время приема азатиоприна), приверженность пациента к терапии.

Лечение раннего рецидива БК. Пациентам с ранним рецидивом БК (< 3 месяцев) лечение лучше всего начинать с иммуномодуляторов.

Лечение стероидозависимой БК. Пациентам со стероидозависимой БК следует назначать азатиоприн/6-меркаптопурин, в случае их непереносимости или неэффективности — метотрексат. При отсутствии ответа на проводимое лечение рассматривается вопрос применения инфликсимаба или хирургические методы.

Лечение стероидорезистентной БК. При стероидорезистентной БК назначаются азатиоприн/6-меркаптопурин, в случае их непереносимости или неэффективности — метотрексат. При неэффективности иммуномодуляторов или если требуется быстрый ответ, в отсутствие септических осложнений дополнительно показан инфликсимаб, обсуждается хирургическое лечение.

Болезнь Крона склонна к развитию осложнений. Чаще всего осложнения возникают у пациентов с тяжелым течением заболевания, и сталкиваться с ними приходится хирургу. К таким осложнениям относятся: свищи наружные и внутренние, анальные трещины, абсцессы различных локализаций, перфорация стенки кишечника, кровотечение, обусловленное глубоким изъязвлением и разрушением стенки крупного кровеносного сосуда, острая токсическая дилатация толстой кишки, стриктуры, приводящие к развитию острой кишечной непроходимости.

Хирургического лечения болезни Крона не существует. Хирурги, могут только лишь помочь справиться с осложнениями, возникшими у пациента, то есть выполнить такие операции, как: резекция суженного участка кишки, вскрытие и дренирование абсцесса, остановка кровотечения, иссечение свища и т. д. Но в это же время пациент обязательно должен наблюдаться гастроэнтерологом. У пациентов с болезнью Крона очень важна совместная скоординированная работа гастроэнтерологов и хирургов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Леонов С. В., Гилевский С. Г., Неживов Р. Н., Лазарев Г. В.,
Швец Е. В., Долгих Р. Н.*

*ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого»
Минобороны России, Красногорск*

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки является одним из наиболее распространенных патологических состояний современной индустриальной цивилизации и выявляется у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 населения старше 80 лет. Дивертикулярная болезнь и её осложнения служат причиной 41% всех случаев экстренной госпитализации по поводу заболеваний толстой кишки. Экстренному хирургическому вмешательству подвергаются от 10 до 30% из числа лиц, госпитализированных в стационар с острыми воспалительными осложнениями.

Материал и методы.

С 2002 по 2013 год в колопроктологическом центре 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого находились на лечении 417 пациентов с дивертикулярной болезнью. Оперировано 88 (21,1%) пациентов, из них 56 (63,6%) мужчин, 32 (33,4%) женщины. Возраст больных варьировал от 35 лет до 81 года.

69 (87,4%) пациентов оперированы по поводу осложненной дивертикулярной болезни (48 (69,5%) мужчин, 21 (30,5%) женщин). В 6 (8,6%) случаях осложнением явился дивертикулит, в 8 (11,5%) — околокишечный инфильтрат, в 5 (7,2%) — околокишечный абсцесс, в 50 (72,7%) — перфорация дивертикула с развитием перитонита.

6 (6,8%) пациентам с дивертикулитом или инфильтратом без признаков перфорации дивертикула, но с высоким риском рецидива заболевания, проведен комплекс консервативных мероприятий, направленных на купирование воспаления, и в последующем, через 10–14 дней, при положительном эффекте, им выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного анастомоза. 8 (9,0%) пациентам операции такого же объема выполнены в «холодном» периоде через 3–6 месяцев. Послеоперационное осложнение в этих группах у одной пациентки — лигатурные свищи.

Из 69 пациентов, оперированных по поводу осложненной дивертикулярной болезни, 67 (97,1%) выполнена резекция пораженного участка ободочной кишки (резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия) по типу операции Гартмана, 2 (3,9%) пациентам — выведение петли сигмовидной кишки с перфорацией на переднюю брюшную стенку.

Послеоперационные осложнения отмечены у 9 (13,0%) пациентов: в 2 случаях — эвентерация, в 2 — нагноение операционной раны, в 2 — острый инфаркт миокарда, в 1 — острая задержка мочи, потребовавшая установки эпицистостомы, в 1 — несостоятельность ушитой дистальной культы сигмовидной кишки, в 1 — острое нарушение мозгового кровообращения, 2 (2,9%) случая закончились летальным исходом.

9 (10,2%) (8 женщин и 1 мужчина) пациентов были оперированы по поводу неосложненной дивертикулярной болезни с выраженным болевым синдромом, им в плановом порядке выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного трансверзо-ректоанастомоза. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений.

Восстановительные операции в группе оперированных у нас пациентов выполнены 45 (65,2%) пациентам в срок от 4 до 12 месяцев после основной операции, послеоперационные осложнения составили 12,4%, в основном за счет нагноения раны в области стомы.

Выводы.

Больным с неосложненной дивертикулярной болезнью, имеющим высокий риск возникновения осложнений, необходимо проводить плановое оперативное лечение: резекцию пораженного участка с наложением первичного анастомоза. Больным с дивертикулярной болезнью, осложненной дивертикулитом или инфильтратом без перфорации дивертикула, после купирования воспаления, целесообразно выполнять резекцию пораженного участка ободочной кишки с наложением первичного анастомоза по возможности в «холодном» периоде. Больным дивертикулярной болезнью, осложненной дивертикулитом, инфильтратом с признаками абсцедирования или перфорации, необходимо проводить двухэтапное оперативное лечение: первым этапом выполнять резекцию пораженного участка ободочной кишки по типу операции Гартмана с последующим выполнением восстановительной операции.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Муслимов М. И., Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Муслимов В. И.
ФГУ ЦВКГ им. А. А. Вишневого, МО РФ, г. Красногорск,
ГКА им. Маймонида, Москва*

Ключевые слова: рак, прямая кишка, толстокишечный резервуар, неосфинктер.

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальность. Кроме этого огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В. Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводимой в полость малого таза ободочной или тонкой кишки.

Цель исследования.

Разработать и обосновать новую технически доступную технологию формирования толстокишечного резервуара и запирающего аппарата низведённой в промежность толстой кишки.

Задачи исследования.

Улучшить функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки. Оценить функциональную способность вновь сформированного кишечного резервуара и его неосфинктера.

Материал и методы.

Всего обследовано 15 больных, оперированных по поводу рака средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки в 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2004 по 2008 г. 8 из них выполнена низкая чрезбрюшная резекция, 7 — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Все операции выполнялись с тотальной мезоректумэктомией. При чрезбрюшных резекциях накладывались аппаратные (циркулярный степлер “СДН — 33”) анастомозы «конец в конец». В 4-х случаях операция дополнялась наложением превентивной трансверзостомы, в одном — илеостомы по Торнболлу. Экстирпации прямой кишки заканчивались формированием промежностной стомы с формированием неосфинктера из серозно-мышечной оболочки низведённой в промежностную рану ободочной кишки путем создания двойного её инвагината. Методика формирования резервуара заключалась в продольном рассечении толстой кишки по противобрыжеечной тени, отступив 3–5 см от анастомоза (верхнего края неосфинктера), с последующим ушиванием образованной раны в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с несостоятельностью швов в области анастомоза и в зоне формирования резервуара не отмечалось. Исследование резервуарной функции проводилось с помощью ирригографии, дефекографии, балонной проктографии.

Результаты.

Через год было проведено обследование пациентов. Чрезбрюшная резекция прямой кишки: у 3 человек самостоятельный стул был 2–3 раза в сутки, у 5 — требовалось применение очистительных клизм 1 раз в 2–3 дня. Брюшно-промежностная экстирпация: у 4 пациентов управляемый стул был 2–3 раза в сутки, у 2 — требовалось применение очистительных клизм 2–3 раза в неделю, у одного пациента-мужчины в последующем наложена двустольная трансверзостома.

Выводы.

При применении нашей методики формирования толстокишечного резервуара и создание неосфинктера из серозно-мышечной оболочки дистальной культы низведённой в промежность ободочной кишки отмечается достоверное снижение проявления синдрома «низкой резекции», а также позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию пациентов и качество их жизни.

ДИАСТАТИЧЕСКАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПОРАЖЕННОЙ РАКОМ

Перегудов С. И., Синенченко Г. И.

*Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И. И. Джанелидзе*

В России за последние 20 лет рак толстой кишки переместился с шестого на четвертое место, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы, при этом наиболее часто (в 70% случаев) поражаются сигмовидная и прямая кишки. Несмотря на совершенствование методов диагностики колоректального рака среди впервые выявленных больных у 70–90% встречаются осложненные формы заболевания. Наибольшие трудности в диагностике и выборе объема оперативного вмешательства вызывает такая осложненная форма заболевания, как диастатическая перфорация толстой кишки. По данным литературы, диастатические разрывы встречаются в 4% случаев осложнённого колоректального рака. Послеоперационная летальность при этом достигает 54%. Причиной возникновения диастатической перфорации толстой кишки является повышение давления в «замкнутом» пространстве между вызывающей непроходимость опухолью толстой кишки и анатомически целостной баугиниевой заслонкой, что приводит к нарушению гемомикроциркуляции в стенке кишки, усилению пролиферации условно-патогенных микроорганизмов и механическому перерастяжению кишечной стенки, что вызывает ее разрыв. Считается, что для возникновения этого осложнения диаметр толстой кишки должен превышать 12 см.

Цель исследования — изучить особенности клинических проявлений и способов диагностики супрастенотических диастатических разрывов толстой кишки при опухолевой толстокишечной непроходимости, определить необходимый объем оперативного вмешательства.

В основу работы положен ретроспективный анализ историй болезни и собственные наблюдения за 58 пациентами в возрасте от 50 до 90 лет, оперированными по поводу опухоли толстой кишки, осложненной диастатической перфорацией, находившихся на лечении в СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе за 5 лет. Мужчин было 32, женщин — 26. Средний возраст больных составил 74 года, в том числе мужского пола — 73,9, женского — 74,4 года. Самому молодому пациенту было 50 лет, самому пожилому — 92 года. Длительность заболевания достигла 27 суток.

В большинстве случаев диастатическая перфорация локализовалась вблизи опухоли в сигмовидной кишке или на протяжении в слепой кишке (по 18 случаев). Гораздо реже наблюдались полные диастатические разрывы поперечной ободочной кишок (у 6 больных), восходящей и нисходящей ободочной кишок (по 4 случая), печеночного (у 3) и селезеночного (у 1) изгибов ободочной кишки. Множественные разрывы разных отделов толстой кишки отмечены у 4 больных.

У 23 больных констатирована IV стадия опухолевого процесса (отдаленные метастазы) и у остальных 35 — III стадия. По гистологической структуре 12 удаленных опухолей относились к умеренно дифференцированным аденокарциномам, 5 — к высокодифференцированным и 4 — к низкодифференцированным.

38 больных имели мангемский индекс 30 и более, то есть прогнозируемая летальность в этой группе составляла 100%. Лишь пятеро пациентов с индексом менее 20 имели шанс благополучно перенести операцию.

Для определения риска выполнения неотложного оперативного пособия при колоректальном раке использовали шкалу CTES, предложенную F. Ceriati и соавт. (2002). В соответствии с ней все больные диастатическими разрывами толстой кишки относятся к группам среднего (22 пациента) и высокого (36 пациентов) рисков развития летального исхода и послеоперационных осложнений. При этом 31 из 45 больных с полными диастатическими разрывами ободочной кишки имели индекс CTES больше 12, в связи с чем, по мнению F. Ceriati и соавт. (2002), им рекомендован минимальный объем хирургического пособия. Большинство (8 из 13) пациентов с неполными диастатическими разрывами имели диапазон индекса от 4 до 12, им рекомендовано удаление опухоли с выведением колостомы.

Местный перитонит наблюдался лишь у 12 больных. Разлитой перитонит обнаружен у 46 пациентов, при этом у 8 — в реактивной фазе, 34 — в токсической и 4 — в терминальной.

Радикальные и циторедуктивные операции выполнены 27 больным, различные варианты колостомии применены у 31 пациента. Чаще всего производилось выведение колостомы (28 случаев) или операция типа Гартмана (12 случаев). Гемиколэктомия слева выполнена 7 больным, справа — 2. 6

пациентам сделана субтотальная колэктомия. Илеотрансверзостомия, ушивание разрыва или операция Микулича выполнены 3 больным.

Места разрывов удалены вместе с опухолью у 11 больных, у остальных — ушиты, в том числе экстраперитонизированы — у 5, выведены в виде колостомы — у 13. 32 больным выполнена назогастроинтестинальная интубация. Все оперативные вмешательства сопровождались санацией и дренированием брюшной полости.

Умерли после операции 37 из 58 пациентов (средний возраст их превысил 78 лет). Основная причина смерти — интоксикация на фоне гнойных осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Принципиального внимания заслуживает рассмотрение исходов операций в зависимости от тяжести перитонита. При местном перитоните выполнено 6 радикальных операций, при этом все выжили. В реактивной фазе разлитого перитонита опухоль удалена у 6 пациентов, из них умерло 4, в токсической — 14 (умерло 9), в терминальной фазе внутрибрюшной инфекции безуспешно оперирован один больной. После выполнения симптоматических операций умерли все больные и при местном перитоните, и при терминальной фазе внутрибрюшной инфекции; также умерли в первые 3 суток после операции большинство (14 из 20) пациентов в токсической фазе перитонита. Также не получено достоверных различий при анализе исходов симптоматических операций в зависимости от стадии заболевания.

Исходя из полученных результатов, вытекает вывод, что если при местном перитоните выполнение радикальной операции сопровождается благоприятным результатом и её выполнение оправданно и необходимо, то на фоне терминальной стадии перитонита подобных вмешательств следует избегать. В то же время, достоверных различий в исходах радикальных и циторедуктивных операций в токсической и реактивной фазах перитонита нами не выявлено, поэтому хирургическая тактика в данной ситуации должна определяться ещё и другими критериями, такими как тяжесть общего состояния пациента, местная распространённость опухолевого процесса и наличие отдалённых метастазов, развитие эндотоксического шока и т. д. Использование симптоматических операций при диастатических разрывах ободочной кишки на фоне опухолевой толстокишечной непроходимости в подавляющем большинстве случаев приводит к неблагоприятному непосредственному результату хирургического вмешательства. Поэтому опухоль, вызвавшую кишечную непроходимость, необходимо удалять во всех случаях, когда технически это выполнимо, за исключением ситуаций, когда диагностируются канцероматоз брюшины, терминальная фаза внутрибрюшной инфекции или эндотоксический шок, поскольку ни один больной с этими осложнениями не перенёс какого-либо вида оперативного лечения.

Таким образом, супрастенотические диастатические разрывы толстой кишки требуют дифференцированной хирургической тактики, которая в настоящее время не определена. По нашему мнению, перфорированные участки следует, по возможности, удалять вместе с опухолью или экстраперитонизировать с выведением разгрузочной колостомы.

ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ И МЕЗОТЕЛИЙ БРЮШИНЫ

Петров В. П., Китаев А. В., Выренков Ю. Е.

*Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, Красногорск
ГКА им. Маймонида, Российская медицинская академия последипломного обучения РАМН, Москва,*

Одной из основных причин неэффективности хирургического лечения является диссеминация и имплантация раковых клеток по висцеральной и париетальной брюшине в послеоперационном периоде.

Цель исследования:

Оценить структурные изменения при локальном гипертермическом воздействии ($t^0 > 42^{\circ}\text{C}$) в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов.

Материалы и методы.

В исследование включены 25 человек, находившиеся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А. А. Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутриполостной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Анализ гистологической структуры

опухолей показал, что доля аденокарцином составила более 90%, причем низкодифференцированные, умеренно- и высокодифференцированные аденокарциномы встречались соответственно в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4% соответственно. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и ВГХТ. На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных узлов наблюдается в гипогастральном отделе (≥ 10 мм) и меньшая (≤ 5 мм) — в эпигастральной области. Поэтому, по-нашему мнению, перитонэктомия при наличии канцероматозных очагов в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани.

Таким образом, внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Петров В. П., Китаев А. В., Айрапетян А. Т., Турлай Д. М.

*Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, Красногорск
ГКА им. Маймонида, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», Москва*

Низкий процент адгезивных процессов либо полное их отсутствие в брюшной полости мы наблюдали при выполнении повторных оперативных вмешательств по поводу злокачественных новообразований ЖКТ с применением внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). Опыта применения 5-фторурацила (5-FU) для уменьшения адгезивных процессов в брюшной полости в доступной литературе нами не найдено, но имеются сообщения об успешном применении 5-FU для уменьшения процессов рубцевания в офтальмологии, нейрохирургии и пластической хирургии.

Цель исследования:

Провести ретроспективный анализ антиадгезивного действия 5-FU при операциях на органах брюшной полости по поводу злокачественных новообразований с применением в раннем послеоперационном периоде локальной пролонгированной внутрибрюшной химиотерапии (ЛПВХ).

Материал и методы.

В исследование включены 145 пациентов, оперированных ранее по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и малого таза, находившихся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А. А. Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» в 1996–2009 гг. Мужчин было — 74 (51,1%), женщин — 71 (48,9%). Все пациенты были разделены на 4 группы: группа I — 34 (23,5%) человека, составили пациенты, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ (5-FU), и в последующем выполнялись повторные циторедуктивные операции (Second look-1,2,3 и более), во время которых кроме распространенности злокачественного процесса оценивался также качественный и количественный характер спайкообразования; группа II — 28 (19,3%) пациентов, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ 5-FU однократно, группа III — 33 (22,7%) пациента, которым после радикальных и циторедуктивных операций без ЛПВХ 5-FU выполнялись повторные операции. Группа IV — 50 (34,5%) пациентов, которым были проведены повторные операции без применения метода

ЛПВХ 5-FU однократно. В возрасте 20–28 лет — 3 человек (2,1%), 30–39 лет было 11 человек (7,6%), 40–49 лет — 19 человека (13,1%), 50–59 лет — 45 человек (31,0%); 60–69 лет — 41 пациент (28,3%), старше 70 лет — 26 человек (17,9%). Всем пациентам опытных групп в послеоперационном периоде от 1 до 5 суток проводилась ЛПВХ раствором 5-FU по разработанной нами методике. Нами отмечено отсутствие спаечных процессов на висцеральной и париетальной брюшине, и, кроме того, полная репарация париетальной брюшины после перитонэктомии в I группе, несмотря на кратность выполняемых оперативных вмешательств. При обследовании I и II групп в отдаленном послеоперационном периоде у всех пациентов также отмечено отсутствие признаков адгезиогенеза в брюшной полости. У больных без применения ЛПВХ (5-FU) признаки спаечной болезни брюшины наблюдали в 56% случаев.

Результаты и обсуждение.

Таким образом, кроме основного противоопухолевого свойства ЛПВХ выявлен и достоверно подтвержден противоспаечный эффект р-ра 5-FU.

Выводы.

Таким образом, помимо основного цитостатического эффекта, инстилляционная внутрибрюшинно достаточного объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (ВГХТ)

Петров В. П., Китаев А. В.

ЦВКГ им А. А. Вишневого, ГКА им. Маймонида, Москва

Несмотря на улучшение методов диагностики, среди впервые выявленных больных колоректальным раком преобладают поздние формы. В основу наших разработок положен принцип интраоперационной антибластики, обуславливающий снижение уровня обсемененности внутрибрюшного пространства опухолевыми агентами и уменьшение абсолютного числа митозов раковых клеток.

В исследование включено 859 пациентов, находившихся на лечении в колопроктологическом центре госпиталя с апреля 1996 по 2010 годы. Мужчин было — 60,0%, женщин — 40,0%. Из них пациентов старше 60 лет было около 56%.

Исследуемый контингент больных был распределен на 4 группы по видам оперативных вмешательств: I группа — 264 человека (30,7%) — радикальные операции с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); II группа — 76 человек (8,5%) — циторедуктивные оперативные вмешательства также с использованием ВГХТ; III группа — 346 человек (40,3%) — радикальные операции без гипертермической химиотерапии и IV группа — 173 человек (20,1%) — циторедуктивные операции также без применения ВГХТ. Группы больных сопоставимы по распространенности опухолевого процесса, возрасту и полу.

Из 859 больных у 610 выполнены радикальные операции, в том числе у 264 (I группа) с применением ВГХТ. 249 пациентам проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, в то числе 76 (II группа) с применением ВГХТ.

Послеоперационная летальность составила 94 (11,0%), из них в I группе радикальных операций с ВГХТ — 12 (4,5%), во II группе циторедуктивных операций также с ВГХТ — 8 (10,5%), в III группе радикальных операций без ВГХТ — 44 (12,7%) и в IV группе циторедуктивных операций также без ВГХТ — 26 (15,6%).

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что рецидив колоректального рака в течение 3-х лет во всех группах диагностирован у 128 человек. В I группе (радикальные операции с ВГХТ) до 14 месяцев рецидив не был отмечен. В сроки от 14 до 36 месяцев рецидив развился у 46 (17,4%) больных, в виде внебрюшинных метастазов рака. Следует отметить, что канцероматоз брюшины ни у одного из этих пациентов не был зафиксирован.

Во II группе (циторедуктивные операции с ВГХТ) рецидивы начали наблюдаться после 6 месяцев. Всего они были у 294 пациента (54%), все эти больные оперированы повторно. Срок возникновения

рецидивов колебался от 6 до 30 месяцев. При этом 16 больным были выполнены повторные циторедуктивные операции с использованием ВГХТ, а 5 больным такие операции были проведены трижды, а двум пациенткам — пятикратно. При повторных оперативных вмешательствах мы отметили три важные особенности:

первая: новые очаги рака были единичные, небольших размеров;

вторая: оставленные при ранее выполненных операциях по разным причинам очаги канцероматоза размерами до 5 мм (при муцинозных аденокарциномах до 10 мм) полностью регрессировали и были замещены рубцовой тканью;

третья: в брюшной полости мы не наблюдали спаечного процесса.

В III группе (радикальных операций без ВГХТ) прогрессирование заболевания наблюдалось у 84,9% пациентов, при этом у 145 (42%) из них обнаружен канцероматоз брюшины. В IV контрольной группе (циторедуктивные операции без ВГХТ) рецидив диагностирован у 158 (89,7% случаев). Рецидивы возникали в сроки от 3 до 24 месяцев.

Анализ продолжительности жизни показал, что фактическая 5-летняя выживаемость при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием гипертермической химиотерапии в I группе составила 66,5%, что в 6,9 раза превышает показатели контрольной III группы (9,7%). А при проведении циторедуктивных операций 5-летняя продолжительность жизни во II группе больных (с ВГХТ) составила почти 22%, что в 2,4 раза выше чем в IV группе (без ВГХТ) — 9,1%.

Кроме фактической выживаемости пациентов мы использовали и методику оценки актуариальной выживаемости. Расчеты актуариальной выживаемости выполнены по Cutler-Ederer (1958), а также по методике С. М. Волкова (1998), которая широко применяется в онкологическом научном центре им. Н. Н. Блохина. На основании данных актуариальной выживаемости нами были получены следующие показатели для исследуемых и контрольных групп. У больных, которым были выполнены радикальные операции 5-летняя актуариальная выживаемость составила: в I группе с ВГХТ — 55,0%, в III группе без ВГХТ — 5,4%.

У больных, перенесших циторедуктивные операции, 5-летняя теоретическая выживаемость была следующей: во II группе с ВГХТ — 40,3%, в IV группе только 6,1%. Достоверность показателей подтверждена Лог ранк тестом (Log rank test).

Сравнительный анализ фактической и актуариальной выживаемости показал, что показатели 5-летней выживаемости при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (I группа) в 6,9 раза превышают показатели контрольной группы (III группа), а при проведении циторедуктивных операций — в 2,4 раза (II и IV группы).

Применение внутрибрюшной гипертермической химиотерапией увеличивает безрецидивный период в среднем в 2 раза.

Вывод.

Таким образом, метод внутрибрюшной гипертермической химиотерапии обладает высокой клинической эффективностью и способствует увеличению безрецидивного периода и продолжительности жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Петров В. П., Китаев А. В., Гасанов А. Г., Вихрев С. В.

*ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» Минобороны России,
Красногорск;*

Государственная классическая академия им. Маймонида;

ЦВГ ФГМУ «Медицинский центр при Министерстве Обороны России», Москва

Роль анестезиологической и хирургической защиты пациента в профилактике нарушения терморегуляции во время оперативных вмешательств на органах брюшной полости нередко недооценивается.

Цель исследования.

Оценить влияние нарушений терморегуляции организма пациента при проведении длительных операций на органах брюшной полости в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ на количество осложнений и исходы заболевания в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы

В исследование включены 516 пациентов, находившихся на лечении в ЦВКГ им. А. А. Вишневецкого и ЦВГ Спецстроя России в 2005–2012 годах по поводу распространенного колоректального рака, в возрасте 45–75 лет, риск ASA — II–III. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам.

Первую опытную группу (группа I) составили лица в количестве 270 человек (52,3%), которым были проведены операции с применением физических и медикаментозных методов терморегуляции; вторую контрольную группу (группа II) составили лица в количестве 246 человек (47,7%), которым были проведены оперативные вмешательства без применения физических методов терморегуляции.

В процессе исследований изучались изменения температуры тела (Т) пациентов в динамике в течение всего оперативного вмешательства. Измерения Т проводились в 5 зонах: наружное ухо, подмышечная впадина, брюшная полость, пищевод и прямая кишка.

Сравнивались оперативные вмешательства продолжительностью от 2 до 5 часов и более. Все операции осуществлялись из срединного лапаротомного доступа в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ. Температура воздуха в операционной — 24–26 °С. ИВЛ — аппаратом Blease-Focus, с системой согревания газовой смеси.

Адекватность анестезиологического пособия оценивалась по наличию периоперационных критических инцидентов (ПКИ): 1) нестабильность гемодинамики (СДД 100–130, ЧСС 100–140); 2) снижения сатурации (SpO_2 ниже 95%); 3) эпизоды интраоперационного пробуждения; 4) послеоперационный озноб; 5) послеоперационные когнитивные расстройства.

Температура тела фиксировалась в течение всего периода оперативного вмешательства и первые сутки послеоперационного периода. В I группе были следующие результаты: Т в среднем ухе и п/м впадине (начало, середина, конец операции) — $36,5 \pm 0,2$ – $36,2 \pm 0,1$ – $36,3 \pm 0,2$; в пищеводе, брюшной полости и прямой кишке $37,5 \pm 0,3$ – $35,8 \pm 0,2$ – $35,6 \pm 0,1$. В среднем ухе и подмышечной впадине отмечается достаточно ровная динамика Т с небольшой тенденцией к незначительному снижению. А в пищеводе и прямой кишке отмечена тенденция к повышению Т, что свидетельствует об оптимизации микроциркуляции вследствие адекватности анестезиологической защиты.

Во II группе динамика изменения Т была следующей: Т в среднем ухе и п/м впадине: $34,5 \pm 0,2$ – $33,1 \pm 0,3$ – $34,8 \pm 0,2$, в пищеводе и прямой кишке: $35,4 \pm 0,4$ – $33,4 \pm 0,2$ – $33,4 \pm 0,4$. Необходимо подчеркнуть, что завершающий этап операции сопровождался пониженной Т, несмотря на принимаемые меры по ее повышению.

В I группе мы не наблюдали осложнений со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Основной объем осложнений во II группе приходился на обострения дисциркуляторной энцефалопатии (23,9%), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы составили 22,4% и желудочно-кишечного тракта — 20,9%. Доля инфекционных осложнений составила 7,9%, осложнения дыхательной системы — 5,3%. На несостоятельность межкишечных анастомозов и стом приходилось 14,5%.

В процессе исследований мы не отмечали высокого уровня инфекционных осложнений у лиц I группы. Кроме того, количество осложнений общесоматического характера в I группе было снижено по сравнению со II группой. По нашему мнению, основополагающим фактором этого является собственно метод физической коррекции температурного режима организма в течение всего периода времени оперативного вмешательства, что является одним из ключевых моментов в профилактике инфекционных и гемодинамических осложнений.

Общая летальность исследуемого контингента составила 48 человек (9,3%), из них в I группе — 13 пациентов (4,8%), во II группе — 35 (14,3%).

Согласно полученным данным, одним из частых видов послеоперационных осложнений при проведении расширенных многочасовых операций на органах брюшной полости (у пациентов контрольной группы) является развитие послеоперационной дисциркуляторной энцефалопатии. Известно, что общая площадь брюшины в целом соизмерима с площадью кожных покровов тела, поэтому полостная операция посредством широкой лапаротомии является одной из основных причин массивных теплопотерь, приводящих к гипоксии мозга, как ответной реакции организма на снижение общей температуры тела.

Применяемые в анестезиологической практике миорелаксанты, анестетики и другие специальные средства способствуют развитию метаболических нарушений, заключающихся в снижении процессов терморегуляции, приводящих к вторичному спазму сосудов и, как следствие, также к гипоксии мозга.

По нашему опыту, даже при использовании стандартных физических согревающих процедур не всегда удастся поддерживать общую температуру тела выше 35 °С. Чувство сильного озноба после прекращения действия миорелаксантов при выходе больного из наркоза — «обычное явление» раннего послеоперационного периода, принимаемое реаниматологами как неизбежные издержки операции, в действительности же является проявлением общей гипотермии тела.

Выводы.

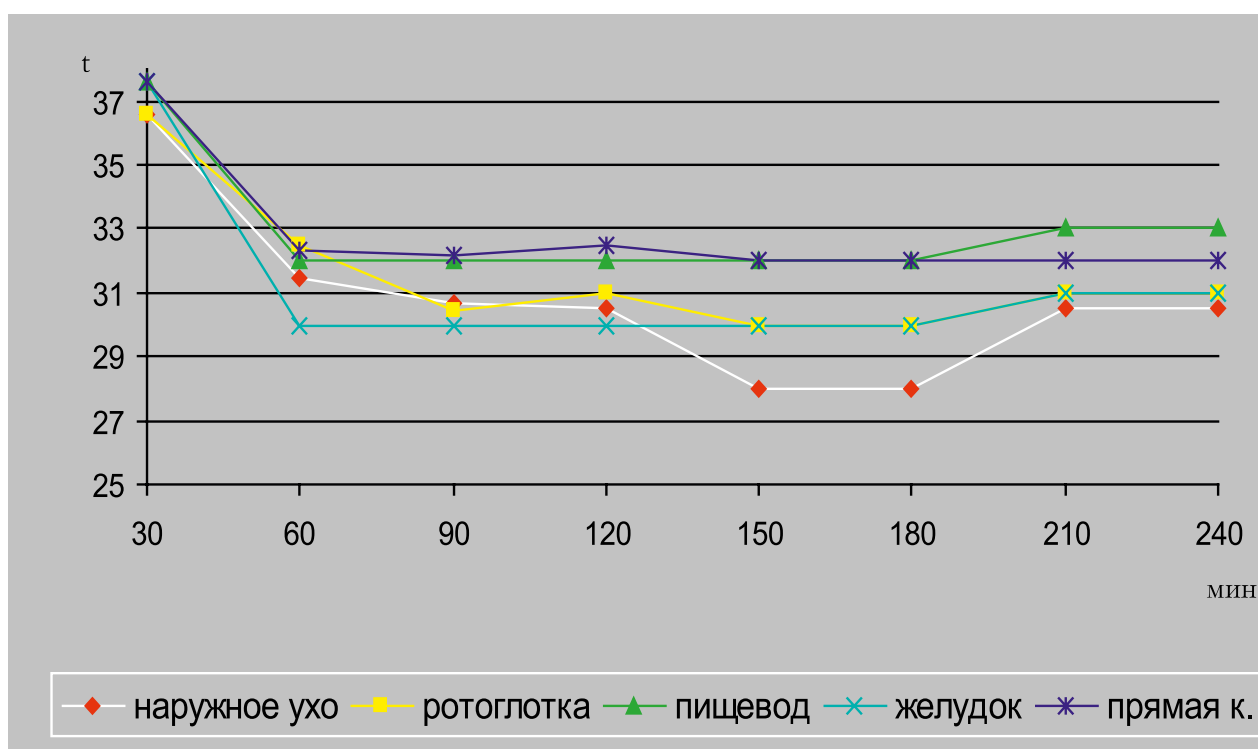
1. Интраоперационные изменения T тела пациента могут служить дополнительным критерием адекватности проводимого анестезиологического пособия.

2. Неадекватная общая анестезия без эпидуральной защиты, вызывая активизацию БАВ, приводит к нарушению тонуса сосудов микроциркуляторного русла, повреждая физиологические механизмы терморегуляции.

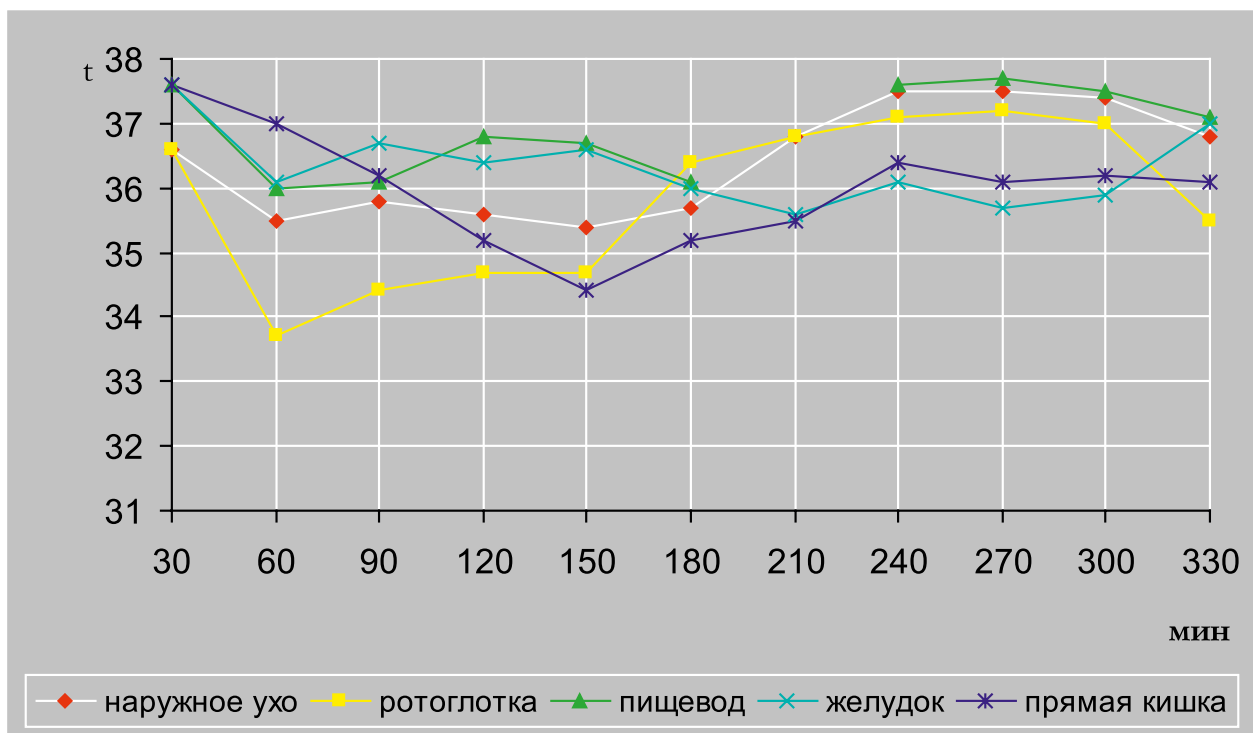
3. Снижение внутренней и наружной (кожной) температуры тела ниже 3–4 °С практически всегда приводит к развитию в раннем послеоперационном периоде как воспалительных, так и соматических осложнений.

4. Снижение внутренней и наружной температуры тела ниже 6 °С является критической и приводит, как правило, к трагического исходу заболевания в ближайшем послеоперационном периоде.

Динамика изменения температуры тела при проведении операций без использования физических методов согревания



Динамика изменения температуры тела при проведении операций с использованием физических методов согревания



КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ И ПОКАЗАНИЯ К ЦИТОРЕДУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Петров В. П., Китаев А. В.

Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого.

Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва

В отечественной и зарубежной литературе нет единого мнения в определении терминов паллиативность и циторедукция, подчас они противоречивы. Применяемая нами классификация хирургических операций, основанная на определении тактических подходов к оперативному вмешательству, соответствует следующим клиническим критериям: **радикальная операция (РО)** — полное удаление ракового очага, ограниченного только местным распространением и регионарным метастазированием; **циторедуктивная операция (ЦО)** — удаление первичного или рецидивного опухолевого очага с визуальным полным или частичным удалением отдаленных метастазов и обязательным применением дополнительных методов лечения в пред-, интра- и послеоперационном периодах; **паллиативная операция (ПО)** — операция, направленная на удаление первичного или вторичного опухолевого очага, проводимая с целью предотвращения или профилактики осложнений заболевания и улучшения качества жизни больного; **симптоматическая операция (СО)** — операция, направленная на предотвращение или профилактику осложнений заболевания и улучшение качества жизни больного без удаления опухолевых очагов.

Для оценки степени распространенности ракового процесса по брюшине необходимо учитывать не только наличие, но и размеры канцероматозных узлов на висцеральной и париетальной брюшине. P. Sugarbaker (1998) предложил оценивать распространенности канцероматоза по перитонеальному индексу рака (Peritoneal cancer index — PCI). Степень поражения брюшины канцероматозом по методике P. Sugarbaker оценивается по 4-бальной системе от 0 до 3 условных ед..

Нами был предложен собственный вариант деления висцеральной и париетальной брюшины на зоны, общепринятые в отечественной хирургической практике и соответствующие анатомическим областям брюшной полости

Важное значение имеет определение степени полноты циторедукции (CC—Completeness of cytoreduction), которая определяется не только по наличию оставшихся канцероматозных узлов, но и по их размерам. Причем наша оценка степени полноты циторедукции канцероматоза отличается от предложения P. Sugarbaker (1998)

Таблица 1.

Показатели полноты циторедукции

Показатель полноты циторедукции (CC)	Размеры оставленных канцероматозных узлов (мм)	
	P.Sugarbaker (1998)	Петров В.П., Китаев А.В. (2005)
CC-0	Отсутствуют	Отсутствуют
CC-1	< 2,5	< 5,0
CC-2	От 2,5 до 25	От 5,0 до 10,0
CC-3	> 25	> 10,0

Она основана на полученных нами данных о прямом и опосредованном цитотоксическом воздействии гипертермической химиотерапии на опухолевые узлы. Предложенная классификация полноты циторедукции P. Sugarbaker в отношении степеней CC-2 и CC-3 (от 2,5 и более 25,0 мм) на наш взгляд представлена слишком широким диапазоном оставляемых очагов рака. После проведения внутрибрюшной гипертермической химиотерапии нами выполнялись морфологические исследования пораженных и интактных участков брюшины, и при этом было установлено, что митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 5 мм от поверхности. В клетках более глубоких слоев (до 10 мм) обнаружено снижение пролиферации почти в 2 раза. Кроме того, при проведении повторных циторедуктивных оперативных вмешательств, мы установили, что оставленные при первичных операциях канцероматозные бляшки размерами до 10 мм полностью замещены рубцовой тканью. Это свидетельствует о том, что непосредственное гипертермическое воздействие при температуре 43–44°C на канцероматозные узлы размерами до 5 мм вызывает их деструкцию, а цитотоксические агенты приводят к апоптозу очагов опухоли размерами до 10 мм. Поэтому мы считаем, что наша схема определения полноты циторедукции более четко позволяет оценить эффективность проведенного лечения.

Критерием целесообразности оперативных вмешательств при распространенном канцероматозе органов брюшной полости послужил проведенный нами анализ данных перитонеального индекса рака у пациентов, умерших в раннем послеоперационном периоде. Он составил в среднем $28,8 \pm 1,8$. Следовательно, PCI может служить определенным критерием возможности выполнения циторедуктивных операций с благоприятным исходом, при этом максимальное значение его не должно превышать 27 у.е.

Проведенные нами исследования, основанные на факторном анализе, показали, что прогноз успешности оперативного лечения зависит в первую очередь от полноты циторедукции и морфологического строения опухоли, а перитонеальный индекс рака (ПИР) имеет второстепенное значение до его критического уровня — 27 усл.ед. и не влияет на прогноз оперативного вмешательства, длительность безрецидивного периода и срок жизни пациентов. Целесообразность выполнения циторедукции с применением ВГХТ в объеме менее CC-1, т.е. с оставлением очагов канцероматоза более 10 мм вызывает сомнения, а выполнение циторедукции в объеме CC-3 проводить нецелесообразно.

На основании исследований различных объемов циторедукции при различных степенях дифференциации злокачественных образований органов брюшной полости можно сделать вывод, что наиболее эффективно проводить циторедуктивные оперативные вмешательства без применения метода ВГХТ в объеме полноты циторедукции CC-0; целесообразность выполнения циторедукции в объеме CC-1 вызывает сомнение, а проведение циторедуктивных вмешательств в объеме CC-2 и CC-3 неэффективно.

Таким образом, распространенность канцероматоза брюшины необходимо оценивать по перитонеальному индексу рака. Наиболее чувствительны к высокотемпературному воздействию муцинозные и низкодифференцированные формы злокачественных новообразований.

Выводы:

1. Проводить циторедуктивные оперативные вмешательства без применения метода ВГХТ эффективно в объеме полноты циторедукции СС-0; целесообразность выполнения циторедукции в объеме СС-1 вызывает сомнение, а оставление крупных раковых очагов бесперспективно.
2. Принятие решения о целесообразности выполнения циторедуктивного вмешательства с применением ВГХТ должно основываться на возможности выполнения редукции опухолевых очагов в объеме не менее СС-1.
3. Предельно допустимым уровнем распространенности канцероматоза брюшины для проведения циторедуктивных оперативных вмешательств с ВГХТ является перитонеальный индекс рака (ПИР) до 27 условных единиц.
4. При наличии отдаленных резектабельных метастазов рака и стабильном состоянии пациента допустимо проведение этапных циторедуктивных оперативных вмешательств.

ВЛИЯНИЕ КОЛОСТОМИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ВБД ПРИ ОТКН ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Сафонов А. С.¹, Забелин М. В.¹, Домарев Л. В.²

¹ ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», Балашиха;

² Городская клиническая больница № 50, Москва

Введение.

Острая кишечная непроходимость способствует повышению внутрибрюшного давления и развитию синдрома внутрибрюшной гипертензии. Увеличение числа больных пожилого и старческого возраста, наличие сопутствующей патологии и повышение внутрибрюшного давления способствуют высокому риску развития интра- и послеоперационных осложнений.

Цель.

Сравнить клиническую эффективность и влияние на ВБД колостомии и эндоскопического стентирования толстой кишки при ОТКН опухолевого генеза.

Материал и методы.

2 группы больных по 18 и 20 пациентов соответственно. Средний возраст больных — 69,4 года. Уровень обструкции — левые отделы толстой кишки. У всех больных отмечается наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы или имеются тяжелые метаболические нарушения.

В 1-й группе (8 женщин/10 мужчин) выполнялось стентирование саморасширяющимися стентами. Среднее время постановки стента — 47,5 минуты. Среднее ВБД — 18 см вод. ст. до постановки стента. Среднее ВБД через 6 часов после постановки стента — 14, через 12 часов — 10, через 18 часов — 8 см вод. ст.

Во 2-й группе (9 женщин/11 мужчин) выполнялась колостомия. Среднее время операции — 36 минут. Среднее ВБД — 20 см вод. ст. до операции. Среднее ВБД через 6 часов после операции — 18, через 12 часов — 18, через 18 часов — 16, через 24 часа — 16 см вод. ст.

Технический и клинический успех в обеих группах — 100%.

Результаты.

В 2 группах был достигнут стопроцентный клинический и технический успех. Постановка стента и выполнение колостомии у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией при ОТКН являются весьма безопасными и эффективными методиками. Однако у стомированных больных ВБД остается высоким, что может вызвать развитие СИАГ, что нельзя сказать о больных со стентами, у которых в течение суток нормализуется ВБД, что предотвращает развитие СИАГ.

Заключение.

Эндоскопическое стентирование является весьма эффективным и безопасным методом лечения больных ОТКН пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, нормализует ВБД и предотвращает развитие СИАГ.

**РОЛЬ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ
ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Семёнов А. В., Васильев С. В., Попов Д. Е.

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова
Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии*

Актуальность.

У больных раком толстой кишки, зачастую, имеет место белково-энергетическая недостаточность, развивающаяся на фоне алиментарного дефицита и развития синдрома мальабсорбции. Расширенно-комбинированные операции, характерные для современной онкоколопроктологии, характеризуются особой травматичностью и также приводят к значительному усилению катаболических процессов в послеоперационном периоде. В комплексном лечении онкологических больных с целью профилактики развития ранних послеоперационных осложнений большое значение придаётся использованию энтеральной нутриционной поддержки.

Цель исследования.

Улучшение результатов лечения больных раком толстой кишки.

Материалы и методы.

Исследованию подверглись данные о лечении 112 больных раком толстой кишки, оперированных в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2013 по 2014 г. Все пациенты были структурированы в статистически однородные, репрезентативные группы: основная (n=52) и контрольная (n=60). Всем больным были выполнены открытые сфинктеросохраняющие операции с формированием внутриабдоминальных первичных толстокишечных анастомозов: правосторонняя гемиколэктомия (n=24), левосторонняя гемиколэктомия (n=18), резекция сигмовидной кишки (n=12), передняя аппаратная резекция прямой кишки (n=58). Все пациенты с первых суток послеоперационного периода получали необходимый, рассчитанный индивидуально, суточный калораж при помощи парентеральных энергетических растворов, а также обычного питания. Дизайн исследования заключался в использовании у больных основной группы в качестве дополнительного раннего энтерального питания специализированной питательной смеси (сипинг со 2-х по 14-е сутки — Nutridrink Compact Fibre (125мл³ = 900 ккал/сутки)). Всем пациентам проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика.

Результаты.

Показатель средней длительности пребывания больных основной группы в стационаре составил 9,8 к/дней, в то время как этот показатель у контрольной группы — 13,2 к/дня. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 5 (9,6%) больных основной и у 9 (15%) пациентов контрольной группы. У 4 (6,7%) больных из контрольной группы возникла несостоятельность анастомоза: один больной после левосторонней гемиколэктомии был повторно оперирован — выполнено разобщение анастомоза и формирование проксимальной колостомы; у 2 больных после передней резекции прямой кишки объём повторного вмешательства — разгрузочная колостомия. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена нами у 1 (1,9%) больного после низкой резекции прямой кишки. Наличие превентивной колостомы, в данном случае, сделало возможным купирование воспалительных явлений, связанных с несостоятельностью анастомоза, при помощи местного консервативного лечения.

Заключение.

Исследование показало преимущества использования ранней дополнительной энтеральной поддержки у онкоколопроктологических больных, перенесших сфинктеросохраняющие первично-восстановительные хирургические вмешательства: снижение частоты ранних послеоперационных осложнений, длительности пребывания больных в стационаре, а также уменьшение затрат на лечение и реабилитацию.

ОПЕРАЦИЯ ТИПА ГАРТМАНА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Семионкин Е. И., Куликов Е. П., Трушин С. Н.,
Огорельцев А. Ю., Балашова Т. В.*

Рязань

Несмотря на расширение показаний к сфинктеросохраняющим операциям с первичным анастомозом при раке прямой кишки, в ряде случаев операция типа Гартмана (далее операция Гартмана) остается операцией выбора.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 больных с раком прямой кишки, которым была проведена операция Гартмана.

Средний возраст пациентов — 68 лет. По локализации опухоли: у 30% больных было низкое расположение опухоли (ниже 10 см от зубчатой линии).

По стадиям опухолевого процесса: больных с первой стадией не отмечено, вторая стадия — у 20%, третья — у 50%, четвертая — у 30% пациентов. Инфильтрация стенки кишки (критерий Т по системе TNM) у 40% больных — T₃, у 60% — T₄.

По гистологической структуре опухоли: у всех больных была аденокарцинома.

Тяжелая сопутствующая патология наблюдалась у 96% больных, опухоль больших размеров — у 40 (80%) пациентов, почти у трети опухоль была в стадии перфорации или предперфорации, наличие частичной кишечной непроходимости отмечалось у 29 пациентов (58%).

Анемия, требующая переливания крови, — у 30 больных (60%).

Экстренные и срочные операции проведены у 20% больных. Технические трудности во время операции отмечались у 60% больных, что было связано с трудностью выделения кишки с опухолью. Средний койко-день составил 25,4.

Умерло двое пациентов пожилого возраста от инфаркта миокарда в послеоперационном периоде.

Заключение

Операция Гартмана является одной из операций выбора у больных с раком прямой кишки, особенно у пожилых, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, опухолях больших размеров, при перфорации или распаде опухоли, при низком расположении опухоли, наличии кишечной непроходимости.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Синенченко Г. И., Коновалов С. В., Гайдук С. С.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

По материалам оказания медицинской помощи при ограниченных военных конфликтах последних лет, от 40 до 90% раненых с огнестрельными повреждениями толстой кишки нуждаются в наложении колостомы. При этом у каждого второго раненого после операции наблюдаются различные осложнения в области колостомы, которые требуют хирургической коррекции, удлиняют сроки лечения, а в некоторых случаях приводят к неблагоприятным исходам.

В настоящей работе приводятся сведения о лечении 92 раненых, поступивших на этап специализированной хирургической помощи в госпиталь I эшелона при проведении контртеррористической операции на Северном Кавказе. Огнестрельные ранения живота получили 73 пострадавших, огнестрельные ранения таза — 19. Множественные и сочетанные ранения составили 67,3%. По локализации повреждения первое место заняли ранения поперечной ободочной кишки, второе — прямой, третье — сигмовидной, затем — восходящей ободочной, нисходящей ободочной и слепой кишок.

Объем оперативного вмешательства зависел от многих факторов: состояния раненого; величины кровопотери и тяжести шока; локализации и обширности повреждения кишки; фазы перитонита; наличия сочетанных повреждений и др. 92 раненым выполнены 105 операций, которые завершились следующим образом: резекция поврежденного участка толстой кишки с формированием одноствольной терминальной колостомы (операция типа Гартмана) — у 20 пострадавших;

выведение повреждённого участка кишки по типу двухствольной петлевой колостомы — у 16; ушивание раны толстой кишки с наложением проксимальной колостомы — у 15; хирургическая обработка раны кишки с наложением двух-трёхрядных швов — у 11; правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом — у 10; двухствольная петлевая сигмостомия с дренированием параректальной клетчатки — у 9; правосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной терминальной илеостомы — у 5; экстраперитонизация ушитого участка толстой кишки — у 3; правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и одноствольной трансверзостомой — у 2; резекция толстой кишки с ушиванием проксимального и дистального концов кишки (хирургическая тактика damage control) — у одного раненого.

В раннем послеоперационном периоде у 18 стомированных больных (25,7%) развились осложнения, связанные с наложением кишечных стом. Околостомный дерматит развился у 5 пациентов с илеостомой и у 6 колостомированных больных. Частичное нагноение швов колостомы отмечено в 4 случаях. Наиболее грозными осложнениями колостомии являлись частичный некроз терминальной одноствольной сигмостомы, ретракция колостомы с прогрессированием перитонита, острая кишечная непроходимость вследствие ущемления петли тонкой кишки между переднебоковой стенкой живота и выведенной сигмовидной кишкой. Последние два осложнения потребовали выполнения неотложных операций.

Таким образом, по нашим данным, при огнестрельных ранениях живота и таза с повреждением толстой кишки у 76% раненых операции заканчиваются наложением колостом (илеостом) или экстраперитонизацией ушитой части толстой кишки. Ранние осложнения колостомы развиваются в 25% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Назаров В.А., Федотов Д.Ю.
ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»
Москва.*

Актуальность

Осложненные формы колоректального рака представляют одну из актуальнейших проблем в неотложной хирургии. Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных технологий в колопроктологии, их частота по-прежнему остается весьма значительной и составляет 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет. Это неблагоприятно сказывается в первую очередь на непосредственных результатах лечения, т.к. частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%.

Материалы и методы

В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и хирургического лечения 226 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака при их сочетании, в период с 2008 по 2013 гг. в клиниках «НМХЦ им Н.И. Пирогова». Мужчин было 120 (53,1%), женщин — 106 (46,9%) в возрасте от 30 до 89 лет.

Результаты

Острая obturационная толстокишечная непроходимость (n=97 (42,9%)) являлась самым частым осложнением рака ободочной кишки. В послеоперационном периоде осложнения развились у 13 (13,4%) больных и были представлены: острой сердечной недостаточностью (n=4), гнойно-септическими осложнениями (n=6), тромбоэмболией легочной артерии (n=1), пневмонией (n=2), при этом несостоятельности швов илеотрансверзоанастомоза не наблюдали. Умерли после операции 4 (4,1%) пациента, из них 2 от прогрессирующей раковой интоксикации, 1 от ТЭЛА и 1 от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего перитонита.

Параканкротные воспалительные процессы, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,6% (n=51). Послеоперационные осложнения (нагноение ран, парез кишечника, пневмония) отмечены в 62,5%, в группе пациентов, оперированных в ургентном порядке. Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса, метастазы в регионарных лимфатических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов. Чаше увеличение регионарных

лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции.

Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у 43 (19%) больных. Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке. Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений (n=21 (48,8%)), в основном гнойно-септического характера, и летальных исходов (n=8 (18,6%)) на фоне прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности.

Кишечные кровотечения явились нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 35 (15,5%) больных с профузными (n=13 (37,1%)) и рецидивирующими (n=22 (62,9%)) кровотечениями из опухолей толстой кишки. Послеоперационные осложнения имели место у двух пациентов (1 — инфаркт миокарда, 1 — пневмония), без летальных исходов.

Наиболее тяжелую группу пациентов (n=27) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. У 15 из них отмечено сочетание острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, у 12 больных острая кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли (8 пациентов), в 4 случаях с образованием «диастатических» дилатационных перфораций стенки кишки. Несмотря на выполнение экстренных оперативных вмешательств, результаты лечения в этой группе пациентов оказались наименее эффективными: осложнения составили 52,4%, летальность — 25,1% на фоне полиорганной недостаточности и прогрессирования перитонита.

Вторую наиболее тяжелую группу больных (n=31) составили пациенты, которым потребовалось выполнение расширенных резекций толстой кишки из-за распространения и врастания опухоли в тонкую кишку или наличия синхронных опухолей. В этой группе больных послеоперационные осложнения составили 49,7%, причем в основном за счет тяжелой сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), а летальность — 9% (у 2 больных — инфаркт миокарда, у 1 пациента — ТЭЛА).

Заключение

Применение современных методов обследования, позволяет у большинства больных (91,4%) с осложненными формами рака толстой кишки диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, но и связанные с ним осложнения. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

РАЗДЕЛ 4

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**ПРОФИЛАКТИКА
ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ**

*Акимов В. П., Тоидзе В. В., Творогов Д. А.,
Баталов И. Х., Калинин Е. Ю.*

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Одним из наиболее грозных осложнений после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке является острый панкреатит (ОП), который по литературным данным встречается у 3–15% оперированных, причем в структуре послеоперационной летальности достигает 9–13%.

Целью работы является изучение причин развития послеоперационного ОП при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, а также методов его предупреждения.

Материал и методы.

Изучены причины развития послеоперационного панкреатита после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке за последние 25 лет на клинических базах кафедры хирургии им. Н. Д. Монастырского СЗГМУ им. И. И. Мечникова в клинической больнице № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России и Александровской больнице. Проанализированы результаты 1255 операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, из них по поводу язвенной болезни желудка — 551, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 624, дивертикулов желудка и двенадцатиперстной кишки — 37, других доброкачественных заболеваний — 43. В 1192 случаях была выполнена резекция желудка в пяти модификациях (Бильрот-I, Бильрот-II, пилоросохраняющая резекция желудка, Ру, реконструктивные операции) и в 63 — селективная проксимальная ваготомия.

Результаты.

Из 1255 пациентов ОП в раннем послеоперационном периоде выявлен у 102 (8,12%), причем деструктивные формы — у 15 (1,2%), из них 8 скончались. При всем разнообразии выполненных операций основные причины развития панкреатита можно разделить на 3 группы: I — морфологические — хронический панкреатит, пенетрация язвы в поджелудочную железу и гепатопанкреатодуоденальную связку, дивертикулы двенадцатиперстной кишки, особенно препапиллярные, перидуоденит; II — функциональные — хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) (обычно является причиной панкреатита в позднем периоде); III — ятрогенные — травматизация поджелудочной железы и протоковой системы, парапанкреатическая гематома.

Профилактика послеоперационного панкреатита должна складываться из трех моментов:

- 1) на дооперационном этапе — выявление ХНДП, степени пенетрации язвы по данным эндоскопической гастрографии желудка, состояние панкреато-билиарной протоковой системы;
- 2) выбор оптимального способа операции на основании комплексного дооперационного обследования;
- 3) техника операции, а также пред- и интраоперационная медикаментозная терапия.

Выводы.

Профилактика острого послеоперационного панкреатита при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке основана на выявлении и учете при выборе способа вмешательства морфологических и функциональных предрасполагающих факторов, а также адекватной техники операции, пред- и интраоперационной медикаментозной терапии.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**Вологдин А. А.**

*Кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии
Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка
Министерства обороны РФ, Москва*

Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. В настоящее время в структуре экстренной абдоминальной патологии острый аппендицит составляет — 50–70%. Быстрое развитие деструктивных процессов в червеобразном отростке и возникновение осложнений требует оказания экстренной хирургической помощи в максимально ранние сроки от начала заболевания. Такова современная тактика лечения острого аппендицита, но так было не всегда.

История лечения этого заболевания прошла долгий и тернистый путь. В течение многих веков червеобразному отростку не отводили подобающей роли в патологии брюшной полости.

Основные этапы истории лечения острого аппендицита можно представить следующим образом.

I этап — зарождение диагностики и лечения острого аппендицита: от древнейших времён до 80-х годов XIX столетия. В этот период понятие «острый аппендицит» отсутствовало, причиной заболевания являлись «псоиты», «тифлиты», «перитифлиты». Лечение заболевания проводили консервативно. В случае возникновения гнойника в правой подвздошной области производили его вскрытие без удаления червеобразного отростка.

II этап — зарождение оперативного лечения острого аппендицита: от 80-х годов XIX столетия до начала XX века. Выяснено значение воспаления червеобразного отростка как причины перитонита. В 1886 году предложен термин «аппендицит», стали выполнять аппендэктомии при разлитом перитоните и аппендикулярных гнойниках. Термин «аппендицит» ввел профессор патологической анатомии Гарвардского университета Реджинальд Фитц (Fitz R., 1886).

III этап — становление оперативного лечения острого аппендицита: первая четверть XX века. В этот период были разработаны вопросы этиологии, патогенеза, патологической анатомии, клиники острого аппендицита. Доказана необходимость оперативного лечения острого аппендицита, однако при этом аппендэктомию выполняли в первые 24–48 часов от начала заболевания; позднее этого срока оперировали больных только по поводу осложнений.

IV этап — активное широкое внедрение оперативного лечения в клиническую практику: вторая четверть XX века до 80-х годов XX столетия. В этот период принято важное положение: экстренная операция при остром аппендиците выполняется во все сроки от начала заболевания и при всех его формах, кроме хорошо отграниченного плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования. Данное положение было рассмотрено и утверждено на заседании Ленинградской городской и областной конференции, созванной в 1934 году Институтом скорой медицинской помощи по инициативе выдающегося хирурга профессора Ю. Ю. Джанелидзе, на которой была принята резолюция о необходимости ранней операции при всех стадиях ОА. Большое значение в изучении проблем острого аппендицита имела III Всесоюзная конференция хирургов и травматологов 13–15 декабря 1967 года (г. Воронеж), которая дала твёрдые установки о сохранении активной хирургической тактики в лечении острого аппендицита независимо от формы ОА и сроков от начала заболевания, которые по праву стали руководством для всех отечественных хирургов.

V этап — внедрение лапароскопических технологий в хирургию, возникновение и внедрение эндохирургического лечения острого аппендицита: с 80-годов XX столетия по настоящее время. Для этого периода характерно внедрение высоких инновационных технологий в медицину, использование лапароскопической техники в абдоминальной хирургии. В 1983 году — выполнение К. Semm первой лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ). Сформулированы основные показания и противопоказания для выполнения ЛАЭ, разработана техника операции, широкое внедрение в повседневную хирургическую практику.

Заключение.

Таким образом, история лечения острого аппендицита прошла долгий и тернистый путь от вскрытия гнойников в правой подвздошной области без удаления аппендикулярного отростка до выполнения экстренной аппендэктомии в максимально ранние сроки от начала заболевания с использованием лапароскопической техники. Принципиальные установки лечения острого аппендицита, выработанные 80 лет тому назад по инициативе профессора Ю. Ю. Джанелидзе, сохранились в основных чертах до настоящего времени.

ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

Вологдин А. А., Бабский В. И.

Кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии

Кафедра хирургии усовершенствования врачей

*Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка Министерства обороны РФ,
Москва*

Задача исследования.

Выработать рациональную лечебную тактику в определении объема и содержания лечебных мероприятий у больных с первичной лимфомой желудка.

Материал и методы.

Проанализированы результаты лечения 48 больных с первичными неходжкинскими лимфомами желудка с 1999 по 2010 год. Мужчин было 40 (83,3%), женщин — 8 (16,7%). Возраст больных составил от 21 до 62 лет, средний — 46 лет. По классификации Лугано (1993), I стадия выявлена у 14 (29,1%), III стадия — у 7 (14,6%), II стадия — у 11 (23%), IIE стадия — у 10 (20,8%), IV стадия — у 6 (12,5%) больных. Во всех случаях В-симптомов не выявлено. В зависимости от морфологии у 24 (50%) больных верифицирована MALT-лимфома высокой степени злокачественности, у 15 (31,2%) — MALT-лимфома низкой степени злокачественности, у 9 (18,8%) — диффузная крупноклеточная лимфома. Следует отметить трудности морфологической диагностики лимфом желудка, до операции лишь в двух случаях при гастробиопсии заподозрено лимфопролиферативное заболевание, во всех остальных случаях патоморфологом по данным биопсии давались заключения: анаплазированный рак, аденокарцинома, недифференцированный рак, злокачественная опухоль. Иммуногистохимическое исследование опухоли проведено у 8 (16,7%) больных, во всех случаях верифицирована В-клеточная лимфома.

Использовали четыре варианта терапии: комплексное лечение (оперативное вмешательство с последующей лучевой (ЛТ) и химиотерапией (ХТ)) — у 18 (37,5%) больных, только хирургическое лечение — у 15 (31,2%), комбинированное лечение — у 9 (18,8%), из них: хирургическое лечение с послеоперационной химиотерапией — у 6 (12,5%), хирургическое лечение с последующей лучевой терапией — у 3 (6,3%); только химиотерапия — у 6 (12,5%) больных.

Объем хирургических вмешательств: гастрэктомия — у 13 (31%) больных, субтотальная резекция желудка — у 24 (57,1), комбинированные операции — у 5 (11,9%), из них: у 2 (4,8%) — экстирпация желудка с резекцией поперечной ободочной кишки единым блоком, у 2 (4,8%) — экстирпация желудка с резекцией хвоста поджелудочной железы, у 1 (2,3%) больного — экстирпация желудка с резекцией левой доли печени. По неотложным показаниям хирургическое лечение выполнено у 7 (16,7%) больных, из них по поводу перфорации опухоли желудка — у 3 (7,1%), желудочного кровотечения — у 4 (9,6%).

Лучевая терапия проводилась у 21 (43,7%) больного в виде дистанционной гамма-терапии дробно-протяженным методом. Разовая очаговая доза — 1,5–2 Гр, суммарная — 30–36 Гр.

Полихимиотерапия назначалась в обычных дозировках и режимах введения, от 3 до 8 курсов получили 30 (62,5%) больных: по схеме — СНОР — 24, R-СНОР — 6.

Результаты.

Независимо от метода лечения ремиссии были достигнуты у большинства больных — 43 (89,6%), из них полные — у 39 (81,3%). Безрецидивная 5-летняя выживаемость после хирургического лечения составила 58%, а после комбинированного и комплексного — 56%. Однако следует отметить, что только хирургическое лечение проводилось у больных с MALT-лимфомой низкой степени злокачественности I и II стадии, а комбинированная и комплексная терапия — у больных с диффузной В-крупноклеточной и MALT-лимфомой высокой степени злокачественности III, II2, IIE и IV стадиями. Общая 5-летняя выживаемость у больных I и II стадии составила 76%, IV стадии — 5%.

Заключение

Основным методом лечения неходжкинских лимфом желудка является комбинированная и комплексная терапия. Хирургическое лечение в самостоятельном виде может быть использовано лишь при I стадии лимфомы низкой степени злокачественности.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Зубарев П. Н., Кочетков А. В., Шершень Д. П., Бояринов Д. Ю.
ФГКОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ,
кафедра общей хирургии, Санкт-Петербург

Еще в недавнем прошлом летальность при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляла 10–19%, достигая при рецидивах 40–50%, особенно у пожилых пациентов. Широкое внедрение новых методов эндоскопического гемостаза и современной антацидной терапии позволили добиться эффективности эндоскопического гемостаза сегодня в 92–96% случаях, снижения оперативной активности до уровня 8–10%, а летальности почти в 2 раза.

Клиника располагает всем арсеналом современных методов эндоскопического гемостаза. Проведен анализ лечения 280 больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного за последние 10 лет: в 215 случаях — кровотечение было эрозивно-язвенного генеза, в 65 — при портальной гипертензии.

При эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечениях основную группу составили 141 (65,9%) пациент с кровотечением Forrest Ia и Ib, в 20 (9%) случаях — Forrest Ia или Ib, что потребовало применения методов эндоскопического гемостаза, у остальных — Forrest III.

Для остановки кровотечения нами индивидуально использованы как изолированные методы эндоскопического гемостаза, так и их комбинации, в сочетании с полным спектром гемостатической и противоязвенной терапии. По нашему опыту, при продолжающемся кровотечении необходим комбинированный гемостаз или клипирование видимого сосуда. В случаях Forrest Ia и Ib могут применяться как изолированные, так и комбинированные методы. Летальных исходов было 2.

Важным является контрольное эндоскопическое исследование через 6–12 часов, с коррекцией гемостаза при необходимости. Чем выше риск кровотечения, тем срок до контрольного эндоскопического исследования должен быть меньше. Это позволило снизить оперативную активность до 5% в настоящее время, без летальных исходов за последние 5 лет.

В клинике за последние 10 лет проходил лечение 131 пациент с декомпенсированными формами цирроза печени, варикозно расширенными венами пищевода 3–4 степени. По неотложным показаниям с целью остановки продолжающегося кровотечения из вен пищевода эндоскопическое лигирование применялось в 46 (70%) случаях, в 19 (30%) наблюдениях данная методика использована в отсроченном порядке после временного гемостаза зондом-обтуратором.

Из 65 пациентов с циррозом печени, варикозно расширенными венами пищевода осложненными кровотечением класс В и С по классификации Child-Pugh установлен у 86% пациентов. Рецидив кровотечения в раннем послеоперационном периоде (до выписки из стационара) развился у 12 человек. Летальный исход из них в 4 случаях (все класс С). Рецидив кровотечения в отдаленном периоде развился у 26% (17 пациентов).

Отличительной особенностью эндоскопического гемостаза у последней из изученных групп больных является то, что из апробированных методов, включая интравазальное и экстравазальное ведение препаратов, клипирование, лигирование вен, безусловный приоритет имеет лигирование.

Таким образом, на сегодняшний день современная гибкая эндоскопия с возможностью индивидуального выбора методов гемостаза в сочетании с медикаментозной терапией позволяют более чем в 90% случаев избежать травматичных оперативных вмешательств при язвенно-эрозивных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При портальных кровотечениях основным методом гемостаза является лигирование вен пищевода, в ряде случаев как первый этап лечения, до подготовки к порто-кавальным шунтирующим операциям.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ЛЕЧЕНИИ АРРОЗИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Ивануса С. Я., Зубарев П. Н., Лазуткин М. В., Алентьев С. А.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с аррозионными кровотечениями на фоне воспалительных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ).

Задачи исследования: оценить результаты рентгеноэндоваскулярного гемостаза при аррозионных кровотечениях у больных с воспалительных заболеваний ПЖ.

Материалы и методы.

В клинике общей хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в период с 2007 по 2014 год 18 пациентам с воспалительными заболеваниями ПЖ, была выполнена диагностическая рентгеноангиография. Показаниями к ангиографии являлись клинические признаки желудочно-кишечного или внутрибрюшного кровотечения, при невозможности локализации источника эндоскопически, данные анамнеза, указывающие на наличие рецидивирующих скрытых кровотечений неясного генеза у больных хроническим панкреатитом. Показания к выполнению эндоваскулярного гемостаза были выявлены у 9 пациентов.

Полученные результаты.

Эндоваскулярная эмболизация артериальных сосудов выполнена 9 пациентам с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы. У 2 пациентов выполнена эмболизация селезеночной артерии при продолжающемся аррозионном кровотечении. В одном случае причиной повреждения сосудистой стенки явилось развитие деструктивного панкреатита культи ПЖ на 8-е сутки после выполнения гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки ПЖ. Кровотечение было остановлено путем установки спирали по типу Джиан-Турко в ствол селезеночной артерии. В одном случае выполнена тотальная эмболизация ствола селезеночной артерии при кровотечении из селезеночной артерии в просвет панкреатикоэнтероанастомоза. У 7 больных эндоваскулярные вмешательства были направлены на профилактику кровотечений. В 2 случаях выявлена постнекротическая псевдоаневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии, что послужило показанием к выполнению эмболизации ствола артериального сосуда. У 5 пациентов, находящихся на обследовании и лечении по поводу хронического панкреатита, осложненного формированием кист поджелудочной железы, при ультрасонографии и КТ было выявлено наличие крупной артериальной ветви в стенке кисты. Во всех случаях псевдокисты локализовались в проекции головки поджелудочной железы. Учитывая риск развития аррозионного кровотечения в полость кисты, а также с целью предоперационной подготовки к чрескожному пункционному дренированию пациентам выполнена эндоваскулярная эмболизация ветвей желудочнодвенадцатиперстной артерии.

В послеоперационном периоде осложнение развилось у одного больного. Тотальная эмболизация ствола селезеночной артерии гистоакрилом привела к развитию на 4 сутки обширного инфаркта селезенки с абсцедированием, что повлекло за собой выполнение спленэктомии. Летальности в послеоперационном периоде в отдаленные сроки зафиксировано не было.

Заключение.

Представленные данные демонстрируют эффективность эндоваскулярных технологий в диагностике, профилактике и лечении аррозионных кровотечений у пациентов с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями поджелудочной железы.

АППАРАТНЫЕ СПОСОБЫ ДЕТОКСИКАЦИИ ЛИМФЫ

Карандин В. И.¹, Рожков А. Г.², Петров В. П.², Нагаев В. М.²

¹ НИЦ РМАПО Росздрава, Москва;

² ФГБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневецкого Минобороны России», г. Красногорск

Цель работы.

Современный подход в вопросах детоксикации центральной лимфы должен включать использование новых аппаратных технологий по вопросам фильтрации и сорбции.

Материал и методы.

Проблемы трудоемких ручных сорбционных способов детоксикации лимфы нами решены путем использования полифункционального аппарата ультрафильтрации и сорбции лимфы АЛУС-02 «Новатор» с 2000 года. Аппарат позволяет осуществлять ультра- и лимфофильтрацию, лимфаферез, лимфосорбцию, каскадную избирательную ультрафильтрацию лимфы, совмещение ультра- или лимфофильтрации и сорбции, иммуносорбцию. Он работает на специально созданных для него одноразовых стерильных расходных материалах (магистраль, накопители) круглосуточно, в непрерывном режиме, по замкнутому контуру, адаптирован для работы с любыми типами мембран фирм Fresenius, Gambro, Althin, Фребор и др., а также с различными сорбентами. В качестве дилюэнта для исходной лимфы применяем физиологический раствор или гемофильтрационный раствор HF-23, HF-41 фирмы Fresenius, которые обеспечивают разведение лимфы, извлечение токсических веществ и выполняют функцию электролитно-восполняющего раствора, поддерживающего осмотическое равновесие.

Результаты.

К настоящему времени мы располагаем опытом успешной аппаратной детоксикации лимфы у 401 больного с различными заболеваниями.

Выбор способа аппаратной детоксикации лимфы определяется степенью токсичности лимфы, общими лабораторными показателями и состоянием больного. Принцип ультрафильтрации (фильтрации) основан на создании дилюции (разведения) исходной лимфы с последующим многократным пропусканием ее через мембранный фильтр с выведением токсичного фильтрата. Аппаратная лимфосорбция включает проточный или рециркуляционный способы. При проточном способе лимфа из контейнера сбора дозированно перемещается в контейнер возврата и далее капельно (проточно) пропускается через сорбционную колонку. Усиление степени очищения лимфы достигается увеличением объема сорбента или применением многократной рециркуляции лимфы через сорбционную колонку (рециркуляционный способ). Одновременная последовательная ультрафильтрация (фильтрация) и сорбция лимфы объединяет эти способы в последовательный ряд. Очищенная лимфа дозированно возвращается больному в одну из магистральных вен.

Заключение.

Аппаратная детоксикация лимфы в корне меняет сложившееся ранее представление о весьма затратном, трудоемком, не всегда эффективном способе очищения лимфы с помощью сорбционных углей и ставит этот метод в ряд наиболее прогрессивных современных медицинских технологий.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ NPWT В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Кащенко В. А., Светликов А. В., Тоидзе В. В., Горбачёв В. Н., Васюкова Е. Л., Шаповалов А. С.

Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова

Кафедра факультетской хирургии СПбГУ

Технология NPWT является инновационным подходом в лечении ран местным отрицательным давлением. Используемый нами, аппарат для вакуумной терапии ран вырабатывает контролируемое отрицательное давление постоянной величины, применяемое на раневую поверхность. Лечение отрицательным давлением — это современная методика лечения ран, которая приводит к ускорению их заживления и позволяет успешно лечить раны, оптимизируя течение раневого процесса. Вакуумная терапия ран имеет широкий диапазон показаний к применению в сосудистой хирургии — это острые и хронические раны, пролежни, диабетические/нейропатические язвы, венозные и артериальные язвы, язвы при васкулитах.

Эффекты вакуум-терапии можно разделить по следующим направлениям:

1. Активное удаление избыточного раневого отделяемого, в том числе веществ, замедляющих заживление раны (например, матриксные металлопротеиназы и продукты их распада).

2. Сохранение влажной раневой среды, стимулирующей ангиогенез, усиливающей фибринолиз и способствующей функционированию факторов роста.

3. Ускорение снижения бактериальной обсемененности тканей раны.

4. Снижение локального интерстициального отека тканей, снижение межклеточного давления, усиление местного лимфообращения и транскапиллярного транспорта, что в результате улучшает раневую среду и питание тканей и увеличивает скорость формирования грануляционной ткани, а улучшение перфузии раневого ложа дополнительно способствует деконтаминации раны.

5. Усиление местного кровообращения.

6. Деформация тканевого ложа. Стенки открытых пор губки прикрепляются к раневому ложу, в то время как внутренняя часть пор не входит в соприкосновение с раной. Таким образом, за счет локального отрицательного давления происходит растяжение и деформация ткани раневого ложа. Это вызывает деформацию клеток вакуумируемых тканей и стимулирует миграцию и пролиферацию клеток.

7. Уменьшение площади раны. Прямое воздействие отрицательного давления на дно и края раны в условиях внешней изоляции оказывает постоянный эффект в отношении краев раны, способствуя ее стяжению. Этот эффект напрямую снижает размеры раны, независимо от интенсивности клеточной пролиферации.

8. Раневая гипоксия. Прямое воздействие вакуума на раневое ложе приводит к локальному снижению парциального давления кислорода в ране, однако это стимулирует формирование новых сосудов и дальнейшее улучшение качества грануляционной ткани. Тем самым в итоге обеспечивается усиление тканевой оксигенации.

9. Сокращение затрат. Вакуум-повязки накладываются бесценно на длительный срок (в среднем от 3 до 7 суток), что позволяет даже в первую фазу раневого процесса обходиться без перевязок, экономия перевязочных средств, препараты местного действия, а также силы и время медицинского персонала.

10. Профилактика внутрибольничных инфекций. Длительное отсутствие перевязок у стационарного больного, а значит, и контакта раны с инструментом и воздухом лечебного учреждения, руками медицинского персонала снижает риск контаминации раневой поверхности госпитальными штаммами микроорганизмов.

11. Усиление эффекта медикаментозного лечения. В условиях усиления местного крово- и лимфообращения и транскапиллярного транспорта, улучшения перфузии раневого ложа повышается и концентрация в тканях раны вводимых парентерально и перорально лекарственных средств, что также повышает общую эффективность лечения.

На отделении сосудистой и эндоваскулярной хирургии Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова прослежены результаты лечения 27 пациентов с значительными дефектами кожных покровов вследствие венозной и артериальной недостаточности. По нашему опыту наблюдалось значительно ускорение заживления ран. Однако, необходимо отметить, что крайне важным условием успеха является достаточное кровоснабжение раневых дефектов. Это потребовало предварительной реваскуляризации конечностей (с помощью шунтирования или ангиопластики).

Представляем также 2 клинических случая нашего первого опыта лечения внутрибрюшной инфекции у пациентов с использованием технологии NPWT.

Пациент 46 лет, перенёс дистальную гастрэктомию по поводу двух постбульбарных язв, осложнённых субкомпенсированным стенозом и пенетрацией в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку. Ранний послеоперационный период осложнился развитием острого деструктивного панкреатита с гнойными осложнениями. Пациент перенёс релапаротомию с некрэктомией и холедохостомией. На последующих санационных релапаротомиях использовалась технология NPWT. Органы брюшной полости покрываются специальной дренажной плёнкой с установкой её между петлями кишки. Дренажная плёнка позволяет дренировать всю брюшную полость за счёт своей капиллярной структуры. Затем рана передней брюшной стенки тампонируется абдоминальной пеной, дренируется, герметично фиксируется плёнкой и подсоединяется к аппарату Suprasorb CNP. Длительность терапии с использованием вакуумного дренирования составила 15 дней с интервалом 48–72 часа. После успешного лечения перитонита образовалась гранулирующая постлапаростомическая рана размерами 18x15 см, которая впоследствии была закрыта биологическим имплантом Пермакол.

Пациент 56 лет, перенёс гастрэктомию по поводу аденокарциномы желудка. На 5 сутки отмечено поступление до 400 мл содержимого с примесью желчи и высоким уровнем амилазы по подпечёночному дренажу без явлений разлитого перитонита. С целью лечения несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки капиллярный дренаж подсоединён к системе вакуумного дренирования, что позволило избежать релапаротомии и успешно вылечить осложнение в течение 11 суток вакуумного дренирования.

Таким образом, первый опыт использования управляемого отрицательного давления в абдоминальной и сосудистой хирургии позволил продемонстрировать обнадеживающие возможности технологии NPWT в лечении наиболее тяжёлой категории больных с обширными ранами, трофическими язвами конечностей, перитонитом различного генеза и несостоятельностью швов органов в послеоперационном периоде.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Переходов С. Н., Васильченко М. И.

Городская клиническая больница № 50, Москва

Актуальность.

В ГКБ № 50 ежегодно выполняется более 12 000 хирургических вмешательств, из них высокотехнологическая медицинская помощь оказывается в 20%.

Основными хирургическими направлениями являются абдоминальная и торакальная хирургия, урология и урогинекология, гинекология и оториноларингология. Традиционные методы оперативной хирургии сопряжены с высоким риском послеоперационных осложнений, последствиями длительного наркоза, а также необходимостью длительного восстановительного лечения. Применение высокотехнологических методов диагностики и лечения в хирургической практике активно используется как для оказания помощи плановым пациентам, так и при экстренных госпитализациях.

Цель работы.

Целью работы является оптимизация применения высокотехнологических методов диагностики и лечения в хирургической практике многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Методы.

Среди высокотехнологических методов хирургической помощи применяются лапароскопические и малоинвазивные вмешательства, УЗИ и рентген — ассистированные вмешательства, эндоскопические методы диагностики и лечения, робот-ассистированные операции. В плане диагностики круглосуточно используется весь арсенал мультиспиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ультразвуковых исследований.

За последние годы количество выполненных лапароскопических и малоинвазивных вмешательств в хирургии в ГКБ № 50 выросло более чем вдвое (в 2010 году — 745, в 2011-м — 1359, в 2012-м — 1563, в 2013 году — 1652). Среди высокотехнологических оперативных пособий с применением лапароскопических и миниинвазивных доступов в хирургии выполняются следующие вмешательства: передняя резекция прямой кишки, гемиколэктомия, экстирпация прямой кишки, адреналэктомия, фундопликация по Ниссену и Тоупе, герниопластика вентральных грыж. Высокие хирургические технологии в урологии используются при выполнении роботической простатэктомии, роботического уретеронеоанастомоза и роботической резекции почки при помощи хирургической роботической системы Da Vinci S. Кроме того, в настоящее время в клинике широко распространено применение высокотехнологических методов лечения мочекаменной болезни: бездренажная перкутанная нефролитотрипсия, микроперкутанная нефролитотрипсия, лазерная контактная литотрипсия. В гинекологии высокотехнологические хирургические технологии применяются при выполнении лапароскопическим методом операции Вертгейма, сетчатых имплантов. В оториноларингологии выполняются малоинвазивные вмешательства с использованием высоких технологий: метод эндоларингеальной эндоскопической хирургии при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях гортани, метод эндоскопической синусохирургии при полипозных риносинуситах.

Заключение.

Применение высокотехнологических методов хирургической помощи в многопрофильном стационаре имеет следующие преимущества:

- 1) сокращение времени уточнения диагноза и выбора метода оперативного лечения у ургентных пациентов;
- 2) минимизация инфекционных осложнений у пациента, а также инфицирования самого оператора;
- 3) возможность выполнения манипуляций с помощью минимально травматичных доступов малого размера;
- 4) возможность выполнения оперативных пособий с сохранением сосудисто-нервных пучков и соответствующих физиологических функций;
- 5) уменьшение интраоперационной травматизации и кровопотери;
- 6) сокращение послеоперационного реабилитационного периода и соответственно койко-дня госпитализации;
- 7) улучшение качества жизни пациента после оперативного лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Переходов С. Н., Васильченко М. И., Лесовик В. С.
Городская клиническая больница № 50, Москва*

В нашем стационаре пациенты с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка составляют 34,8% общего числа больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

Эндоскопическое склерозирование выполнено 52 пациентам. Лечебную эндоскопию рассматривали как элемент комплексного лечения и применяли: 1) в экстренном порядке с целью достижения гемостаза и при остановившемся кровотечении; 2) в плановом порядке. С целью остановки продолжающегося кровотечения эндоскопическая склерооблитерация проведена у 18 больных, при неустойчивом гемостазе после распускания манжет зонда-обтуратора — у 16, в отдаленном послеоперационном периоде — у 11, с целью профилактики рецидива геморрагии — у 7. При плановом склерозировании вен пищевода использовали интравазальное введение раствора этоксисклерола в общей дозе не более 5 мл. На одно введение — до 2 мл раствора. Проводили от 2 до 4 сеансов склеротерапии. Интравазальный метод применяли при продолжающемся или остановленном кровотечении из вен желудка при видимом дефекте вены с целью достижения гемостаза и проведения подготовки перед операцией по срочным показаниям в течение 2 суток после госпитализации.

Частота первичного гемостаза при продолжающемся кровотечении составила 78% (14 пациентов). У 1 больного неэффективность склеротерапии заключалась в возникновении рецидива кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка, еще у 1 — из ВРВ пищевода. В течение 3 месяцев после проведения эндоскопического воздействия при продолжающемся кровотечении и неустойчивом гемостазе — у 34 больных, рецидивы кровотечения развились у 4 (11,7%). Это были пациенты с декомпенсированным циррозом печени, которым оперативное вмешательство не выполнялось. Из 7 больных после эндоскопического склерозирования с целью профилактики рецидив рецидив развился у 1 (14,2%). Рецидивы кровотечения, развившиеся после эндоскопической склерооблитерации в послеоперационном периоде у пациентов, подвергнутых азигопортальному разобщению, наблюдались у 2 (18,1%).

Таким образом, интравазальное эндоскопическое склерозирование является достаточно эффективным методом при кровотечениях из расширенных вен пищевода и желудка.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО РУ

*Петров В. П., Долгих Р. Н., Бадуров Б. Ш., Хабурзания А. К., Быков А. Н.
ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» Минобороны России,
Красногорск*

На основании большого клинического материала (более 800 больных) проведена сравнительная оценка непосредственных и отдаленных (свыше 10 лет) результатов резекций желудка по Бильрот-II и по Ру (396 и 335 операций соответственно). Достоверно установлены преимущества резекции желуд-

ка по Ру перед резекцией по Бильрот-II. В частности, заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в культю желудка после операции по Ру происходит реже, чем после резекции по Бильрот-II (22,1 и 66,6% соответственно). Именно по этой причине после резекции желудка по Ру воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка развиваются в 5 раз реже, эрозивно-язвенные поражения — в 3 раза, а опухоли — в 6 раз реже, чем после резекции по Бильрот-II.

Второй особенностью резекции желудка по Ру является так называемый антидемпинговый эффект Ру анастомозов. Связано это с порционно-замедленным характером эвакуации, который определяется стойким ослаблением моторной функции отводящей петли тонкой кишки вследствие отключения ее от дуоденального водителя ритма во время пересечения. Так, после резекции желудка по Ру среднее время эвакуации из культи желудка составило $53 \pm 6,2$ мин, а после резекции по Бильрот-II — $27,4 \pm 5,2$ мин.

Третьей особенностью резекции желудка по Ру является отсутствие дуоденальной гипертензии. Соответственно, в раннем послеоперационном периоде ниже риск развития такого осложнения, как несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, а в поздние сроки после операции — ниже риск развития холестатических изменений в панкреатобилиарной системе.

Недостатки резекции по Ру (эвакуаторные нарушения в раннем послеоперационном периоде и эрозивно-язвенные поражения) легко устраняются увеличением объема резекции (оставлением культи желудка небольших размеров) и выполнением дополнительной стволовой ваготомии.

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ РАННИХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

Раскатова Е. В., Китаев А. В., Парастаева С. В., Сероваткина М. В.

МУЗ «Ногинская центральная районная больница», Ногинск

Цель.

Оптимизация методов профилактики раневых осложнений после ненатяжной пластики передней брюшной стенки при осложненных ущемленных грыжах.

Материал и методы.

Исследование основано на анализе результатов лечения 67 больных с осложненными ущемленными грыжами, которые находились на стационарном лечении в 2011–2013 гг. Мужчин — 39 (58%), женщин — 28 (42%). Средний возраст — $61,2 \pm 3$ года. Распределение больных в зависимости от локализации грыжи: паховая грыжа — 32 (48%), пупочная грыжа — 27 (40%), послеоперационная центральная грыжа (ПОВГ) — 8 (12%). Среднее время госпитализации с момента ущемления составило $22,4 \pm 7,2$ часа.

Оперативные вмешательства производились в экстренном порядке, среднее время предоперационного периода составило $3,5 \pm 1,5$ часа. В 12 (18%) случаях произведена резекция нежизнеспособного сальника и тонкой кишки, резекция некротизированного участка тонкой кишки — в 8 (12%) случаях, резекция ободочной кишки — у 3 (5%) пациентов. Интраоперационная декомпрессия кишечника произведена у 41 (61%) пациента. У 65 (97%) пациентов при пластике использовались макропористые монофиламентные полипропиленовые имплантаты (ParietenePPL, Prolene, Surgipro™), что вызывает активный ангиогенез и выраженную реакцию фибробластов и служит каркасом для прорастания соединительной ткани.

При пластике ущемленных паховых грыж был использован способ I. Lichtenstein. При операциях по поводу ущемленной пупочной грыжи и ПОВГ у 22 (33%) пациентов применена sub-lay пластика, у 8 (12%) — реконструктивные методы пластики с ретромускулярным расположением синтетического имплантата и полным сопоставлением прямых мышц живота. Коррекция передней брюшной стенки с сохранением заданного диастаза прямых мышц выполнена 4 (6%) пациентам с ПОВГ (при величине грыжевых ворот более 10–15 см (W3–W4). В 1 случае (2%) больной с ПОВГ и флегмоной грыжевого мешка выполнена корригирующая пластика с использованием кожного аллотрасплантата.

При выполнении ненатяжной герниопластики с резекцией ущемленного участка кишки после фиксации синтетического имплантата инфильтрационно обкалывалась линия фиксирующих швов раствором антисептика из расчета 0,5 мл на 1 см² (патент на изобретение RU 2500359C1 от 10.12.2013).

Оперативные вмешательства завершались вакуумным дренированием надсеточного пространства по Редону и дренированием подкожной клетчатки двухпросветным дренажем ТММК № 8. Дренажи удалялись на 3-и сутки после операции, после УЗ контроля мягких тканей брюшной стенки в зоне нахождения пластического материала.

Результаты.

Раневые осложнения при использовании ненатяжной пластики отмечены у 8 (12%) пациентов, среди осложнений чаще всего формировалась серома — 4 (6%) случая, что потребовало однократной пункции. Инфильтрат в области послеоперационной раны наблюдался у 3 (5%) пациентов после резекции участка кишки. Нагноение подкожно-жировой клетчатки — в 1 (2%) случае у больной с флегмоной грыжевого мешка.

В раннем послеоперационном периоде в 34 (51%) случаях при УЗИ мониторинге мягких тканей передней брюшной стенки диагностированы клинически незначимые жидкостные скопления от 0,1 до 1,5 см, регресс которых отмечался к выписке больного из стационара. Это объясняется, как и в плановой хирургии, обширной мобилизацией тканей передней брюшной стенки с нарушением лимфопроводного дренажа и особенностями тканевой реакции на инородное тело.

Отторжения синтетического имплантата и последующего его удаления ни в одном наблюдении не потребовалось.

В послеоперационном периоде умерло 2 (3%) пациента, причиной смерти явилось позднее обращение пациентов за помощью и развитие декомпенсации сопутствующей патологии в послеоперационном периоде.

Выводы.

Ненатяжная герниопластика с использованием современных синтетических имплантатов не увеличивает частоту ранних местных раневых осложнений и является методом выбора при хирургическом лечении пациентов с осложненными ущемленными грыжами. Применение методов профилактики гнойно-воспалительных осложнений интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде позволяют выполнять ненатяжную пластику при резекции участка кишки.

ИНВАГИНАЦИОННЫЙ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫЙ И ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЙ АНАСТОМОЗЫ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

Рожков А. Г.¹, Долгих Р. Н.¹, Карандин В. И.²

¹ ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России, Красногорск;

² НИЦ «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава», Москва

За 46 лет существования ФГБУ им А. А. Вишневого в хирургических отделениях этого учреждения выполнено 785 гастрэктомий и проксимальных резекций желудка по поводу рака, из них у 742 больных — с наложением инвагинационных пищеводных анастомозов и только у 42 — с применением неинвагинационных пищеводных анастомозов. Первые операции на желудке с использованием инвагинационных пищеводных анастомозов начали выполняться в госпитале в 1972 году. Преимущества выполнения таких операций стали настолько очевидными, что в течение одного года они полностью вытеснили применение в клинике других видов пищеводных анастомозов.

Среди известных видов инвагинационных анастомозов мы отдаем предпочтение модификации, предложенной К. Н. Цацаниди в 1963 году, но внесли в технику формирования этого анастомоза ряд усовершенствований. В 1989 году нами впервые был сформирован инвагинационный пищеводный анастомоз с помощью сшивающего аппарата фирмы AutoSuture корпорации Covidien. В настоящем сообщении представлен анализ результатов применения инвагинационных пищеводных анастомозов за последние 15 лет (с января 1999 года по декабрь 2012 года). За этот период по поводу рака желудка оперировано 325 больных, из них у 315 (96,9%) выполнена гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза и межкишечного анастомоза по Ру и у 10 (3,1%) — проксимальная резекция желудка с пищеводно-желудочным анастомозом. В 12 (3,8%) случаях инвагинационный пищеводно-кишечный анастомоз сформирован с помощью сшивающих аппаратов.

Несостоятельность швов анастомоза возникла у 2 (0,6%) больных после выполнения гастрэктомии. В обоих случаях произошло прорезывание одной из лигатур наружного ряда швов с образованием небольшого дефекта в стенке пищевода. У обоих больных дефекты в стенке пищевода закрылись самостоятельно после длительного дренирования брюшной полости (до 15 дней).

Умерло после операции от различных осложнений 11 (3,4%) больных. Все случаи послеоперационной летальности не связаны с осложнениями со стороны пищеводных анастомозов. Высокая надежность инвагинационных анастомозов в предупреждении несостоятельности швов объясняется особенностями их конструкции — тесным прилеганием серозной оболочки тонкой кишки (или культы желудка) к адвентиции пищевода на протяжении 2,5–3,0 см и таким же расстоянием между линиями внутренних и наружных швов анастомоза.

Помимо высокой механической прочности инвагинационные анастомозы обладают рядом замечательных функциональных свойств. Важнейшими среди них являются надежные рефлюксные свойства анастомоза и порционный характер прохождения пищи. Они обеспечиваются функцией важных структурных образований анастомоза-клапана и мышечного жома. Оба элемента образуются из инвагината в результате происходящих в его тканях в послеоперационном периоде морфологических изменений.

Наибольшие морфологические изменения претерпевает концевая часть инвагината. Вначале воспалительно-деструктивные процессы в тканях, а затем склероз приводят к атрофии всех слоев этой части инвагината. Она истончается, уплотняется, специфичность тканей здесь в значительной степени утрачивается вследствие массивного их замещения волокнистой соединительной тканью.

В основании инвагината, напротив, морфологические изменения тканей минимальные, отмечают только признаки хронического воспаления в поверхностных слоях (слизистых оболочках пищевода и кишки). Все слои стенок пищевода и кишки (желудка) в этой части инвагината хорошо выражены и практически ничем не отличаются от обычного строения этих органов.

Средняя часть инвагината по выраженности морфологических изменений является как бы постепенным переходом от концевой части к основанию.

И в пищеводно-кишечном, и в пищеводно-желудочном анастомозах характер изменений одинаковый. Он зависит от преимущественного воздействия следующих факторов: травмы на ткани разных частей инвагината, особенностей техники формирования инвагинационного анастомоза (более значительной мобилизации концов анастомозирующих органов), сдавления тканей шовным материалом, действия пептического и инфекционного агентов. В результате наиболее глубокая перестройка тканей происходит в концевой части инвагината, где больше выражена ишемия тканей.

Выраженный мышечный массив проксимального отдела инвагината, представленный мышечными оболочками пищевода и кишки (желудка), обладает четко проявляемой двигательной активностью: здесь хорошо прослеживаются как тонические, так и перистальтические сокращения. Мышечный массив проксимальной части инвагината функционально выполняет роль мышечного жома, а подвижные средняя и дистальная части инвагината — роль клапана в анастомозе.

При КТ-исследовании анастомоза установлено, что створки клапана вне акта глотания всегда находятся в тесном соприкосновении друг с другом и разделяют просвет пищевода от просвета кишки (культы желудка). Через 3–6 месяцев после операции, по мере расширения просвета пищевода над анастомозом и отводящей петли кишки, в подклапанном пространстве образуется газовый пузырь. Однако в основном смыкание створок клапана осуществляется за счет тонического сокращения мышечных элементов жома. Этим объясняется, что клапан всегда имеет форму воронки: створки его неравномерно изогнуты в сторону продольной оси анастомоза с наибольшей кривизной изгиба в проксимальных отделах.

Жом анастомоза контролирует порционный характер эвакуации. В период прохождения перистальтической волны происходит максимальное сокращение жома, которое полностью перекрывает просвет анастомоза. После прохождения перистальтической волны жом расслабляется, и через раскрытый анастомоз проходит очередная порция пищи. Продолжительность задержки пищи перед очередным раскрытием анастомоза через 3–6 месяцев после операции составляет 15–20 секунд.

У 57 (17,5%) больных выявлены осложнения, сопровождающиеся нарушением функции анастомоза: острый первичный анастомозит, спазм анастомоза, рефлюкс-эзофагит, рубцовая стриктура и демпинг-синдром.

Острый первичный анастомозит развился у 12 (3,7%) больных. Характерной особенностью анастомозита инвагинационного соустья являлось быстрое и почти всегда полное (у 9 из 12 больных) нарушение проходимости соустья, что связано с выраженным отеком и воспалительной инфильтрацией инвагината. В ряде случаев (у 3 из 12 больных) анастомозит заканчивался частичным или полным

разрушением инвагината, и тогда возникали другие осложнения (рефлюкс-эзофагит, рубцовый стеноз). Считаем, что основные причины развития анастомозита связаны с нарушениями техники операции.

Спазм анастомоза встречался чаще других осложнений у 5,9% (19 больных) оперированных. Установлены два фактора, определенно влияющих на частоту возникновения спазмов: длина инвагината и способ мобилизации петли тонкой кишки для наложения анастомоза. Вероятность развития спазмов при длине инвагината более 2,5 см значительно возрастала. Пересечение хотя бы одной радиальной, мезентериальной артерии при мобилизации тонкой кишки уменьшало частоту и интенсивность спазмов. Нарушение эвакуации в момент возникновения спазма проявлялось полным прекращением поступления контрастной массы через анастомоз в интервале от 40–50 секунд до 2–4 минут, ее скоплением в пищеводе, усилением перистальтических сокращений пищевода. Длительность течения осложнения была различной: от 4–6 недель до 3–4 месяцев. Лечение консервативное (диета, спазмолитики, ганглиоблокаторы, дилатация анастомоза).

Рефлюкс-эзофагит выявлен у 4 (1,2%) больных. У 3 из них известны причины, приведшие к разрушению клапанного аппарата анастомоза: в 1 случае — частичная дезинвагинация анастомоза, в 2 — острый анастомозит. Одновременно с потерей арефлюксных свойств анастомоз частично утрачивал свойства порционной эвакуации пищи, что свидетельствовало о недостаточности жома. У 3 больных рефлюкс-эзофагит был легкой степени, у 1 — средней тяжести. Всем больным проводилось консервативное лечение.

Рубцовую стриктуру инвагинационного анастомоза наблюдали у 15 (4,6%) больных. Наиболее частыми причинами возникновения осложнения были хронический воспалительный процесс, поддерживаемый секвестрировавшими лигатурами и образованием грануляций, и острый анастомозит. Стриктура всегда формировалась в пределах инвагината, стенки анастомоза в стриктуру не вовлекались. Это обстоятельство повлияло на лечебную тактику: были расширены показания к бужированию, которое с успехом применялось и при лечении стриктур III степени.

Демпинг-синдром у больных с инвагинационным анастомозом встречался редко (в 2,1% — 7 больных). У всех больных с этим осложнением имелось нарушение функции клапанного и жомного механизма замыкания. Клиника демпинг-синдрома была скудной, и по мере увеличения времени с момента операции выраженность клинических симптомов уменьшалась.

Итак, инвагинационный пищеводно-кишечный и пищеводно-желудочный анастомозы, помимо высокой механической прочности, обладают замечательными функциональными свойствами, обеспечивающими более физиологические параметры пассажа пищи из пищевода в анастомозирующий с ним орган (тощая кишка, культи желудка). Эти свойства обеспечиваются замыкательным механизмом инвагинационного анастомоза, важнейшими структурными элементами которого являются клапан и мышечный жом.

СОЧЕТАННАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ ЛИМФЫ И КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Рожков А. Г.¹, Карандин В. И.², Нагаев Р. М.¹, Домникова А. А.¹

¹ ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» Минобороны России, Красногорск;

² НИЦ «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава», Москва

Цель исследования.

Показать эффективность применения сочетанной экстракорпоральной детоксикации лимфы и крови в разные периоды развития эндотоксикоза при остром панкреатите (ОП).

Материал и методы.

Аналізу подвергнуты результаты лечения 166 больных с тяжелым течением ОП. Среди них были 120 (72,3%) мужчин и 46 (27,4%) женщин. Средний возраст больных составил $49,6 \pm 4,3$ года. Все больные по возрасту, половому признаку, тяжести панкреатита, сопутствующим заболеваниям распределены на 3 равные группы. Больные I (контрольной) группы ($n = 59$) получали только традиционное (базисное) лечение; больным II группы ($n = 66$), кроме базисного лечения, с первых дней поступления проводилась детоксикация лимфы; больным III группы ($n = 41$) при нарастании токсемии постоянно проводимую детоксикацию лимфы дополняли детоксикацией крови.

Эффективность применяемых методов детоксикации оценивалась по динамике клинической картины и исходу заболевания, изменению в процессе лечения лабораторных показателей и некоторых интегральных клинико-лабораторных критериев.

Результаты.

У больных I группы средний уровень МСМ на 5-й день лечения снизился на 11,1%, на 10-й день — на 44,3% по сравнению с исходными показателями, в то время как у больных II группы — на 22,8 и 52,7%, а у больных III группы — на 42,2 и 57,5% соответственно.

У больных I группы на 5-й день лечения критерий АРАСНЕ II возрос на 32% по сравнению с исходным показателем, а выраженность ПОН — в 3 раза, а у больных II группы критерий АРАСНЕ II возрос только на 3% и выраженность ПОН в 2 раза. И только у больных III группы критерий АРАСНЕ II на 5-й день лечения уменьшился на 12,8% при меньшей выраженности ПОН по сравнению с больными II группы. К 10-му дню лечения показатель АРАСНЕ II во всех группах был ниже исходных величин, а выраженность ПОН осталась достаточно высокой только у больных I группы.

Применение экстракорпоральной детоксикации лимфы и крови привело к изменению сроков выполнения операций. При практически одинаковой оперативной активности во всех группах (71,2; 68,6; 70,7%) в ранние сроки оперированы: в I группе — 71,4%, во II — 42,2%, в III — 41,4%; в отдаленные сроки: 28,6; 57,8; 58,6% соответственно.

Общая летальность среди больных I группы составила 47,5%, II — 16,7, III — 12,2%, а среднее число осложнений на одного больного соответственно: 1,85; 1,22 и 1,03.

Заключение.

Применение экстракорпоральных методов детоксикации лимфы и крови позволило значительно улучшить результаты лечения тяжелых форм ОП. При этом детоксикацию лимфы следует применять в качестве основного метода с первых дней поступления больного в стационар, а детоксикацию крови — дополнительно у больных с хронической органной недостаточностью или в случаях быстрого нарастания токсемии.

НЕУТОЧНЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ-ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Сишкова Е. А., Солоницын Е. Г., Распереза Д. В., Лобач С. М., Титов А. Н.,
Бескровный Е. Г., Лебедева Н. Е.*

*Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова
кафедра факультетской хирургии СПбГУ*

Желудочно-кишечные кровотечения — одна из серьезных и актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии. Не являясь, по сути, самостоятельной нозологией, а лишь осложненным течением целого ряда заболеваний как собственно пищеварительного тракта, так и других органов и систем, кровотечения традиционно считаются зоной ответственности хирургов.

Продолжительное время эндоскопия имела весьма узкое применение, что было связано как с достаточно низкой информативностью, так и высокой травматичностью метода и опасностью развития осложнений. Лишь со второй половины XX столетия, после изобретения и начала промышленного производства оптико-волоконных систем, стало возможным использование гибких эндоскопов. Это явилось эндоскопической революцией и привело не только к точной визуальной диагностике причин и источников кровотечения в пищеводе, желудке, 12-перстной кишке, толстой кишке, а также к возможности выполнения лечебных пособий с помощью эндоскопического инструментария.

Тонкая кишка, вместе с тем, долгое время оставалась для врачей «terra incognita», эндоскопический осмотр ее был возможен лишь в условиях открытой брюшной полости (что сразу значительно повышало агрессивность и инвазивность методики, несмотря на высокую диагностическую ценность), а плановая диагностика оставалась неразрешимой задачей. Сообщения о заболеваниях этого отдела пищеварительного тракта носили немногочисленный характер. Как правило, речь шла об осложненном течении и экстренной лапаротомии, либо случайных находках во время аутопсии. Между тем, несмотря на значительные успехи эндоскопии, а также развитие лучевой диагностики, оставалась немалая часть пациентов (по данным разных авторов, а также в разных возрастных группах от 5 до 20% среди всех случаев желудочно-кишечных кровотечений), у которых источник, при наличии клинических и лабо-

раторных признаков, так и не был найден. Это даже привело к формированию термина — «Неуточненные желудочно-кишечные кровотечения». Лечение этой категории пациентов было сложным: тактика сводилась, зачастую, к принципу «по ситуации» с большим уклоном в консервативное русло, а операции выполнялись, как правило, по экстренным показаниям и носили нецеленаправленный характер, на фоне клинической картины продолжающегося либо кишечного кровотечения, либо при развитии других хирургических осложнений (чаще, кишечной непроходимости или перитонита).

«Помощь» неожиданно пришла из военного ведомства. Сотрудник министерства обороны Израиля механик Gavriel Iddan работал над созданием систем электрооптической визуализации для боевых ракет. В 1981 г. во время своего отпуска он занялся давно интересовавшей его смежной проблемой создания изображения внутренних органов при медицинском исследовании. В 1988 г. вместе со своим коллегой Paul Swain он начал разработку беспроводной эндовидеосистемы (по типу «мини-ракеты»), которая, при проглатывании и по мере естественного продвижения по пищеварительной трубке, передавала изображение на наружное принимающее устройство. Только в январе 1999 г., после преодоления целого ряда технических трудностей, связанных с размером устройства, мощностью передатчика и батареи, качеством транслируемой картинке, была представлена первая работающая модель эндовидеокапсулы. В октябре того же года P. Swain впервые испытал ее на себе. А в 2001 г. были представлены результаты клинических испытаний устройства *in vivo* и получены положительные отзывы. В России данная методика появилась в 2002 г. и постепенно начала внедряться в клиническую практику.

Диагностическая ценность видеокапсульной энтероскопии достигает 90%, что приближает ее к интраоперационной энтероскопии. Преимущества метода: малые размеры капсулы (11×26 мм) и отсутствие каких-либо субъективных неприятных ощущений во время исследования, возможность осмотра большей части желудочно-кишечного тракта (начиная с пищевода и до начальных отделов толстой кишки) в его естественном состоянии (без инсуффляции воздуха, травматизации эндоскопом и соответствующим инструментарием). В настоящее время в мире используются эндовидеокапсулы фирм Given Imaging (Израиль), Olympus (Япония), Miro-Sam (Корея) и ОМОН (Китай). Продолжительность исследования от 4 до 8 часов (капсула продвигается по кишечнику за счет перистальтики и выводится естественным путем), видеозапись идет со скоростью от 2 до 6 кадров в секунду. Эндокапсула одноразовая, ее специальная полимерная оболочка устойчива к воздействию пищеварительных соков и агрессивной среды ЖКТ. Так называемый «индикатор кровотечения» автоматически маркирует кадры с подозрительным изображением, локализатор позволяет определить нахождение устройства в каждый конкретный момент времени. К недостаткам (или, скорее, ограничениям) методики можно отнести отсутствие возможности выполнения биопсии (и, в связи с этим, проблемы в дифференциации добро- и злокачественных новообразований), затруднение в точной локализации найденной патологии (особенно, при различных нарушениях пассажа по кишке), ограничение визуализации в случаях недостаточной подготовки к исследованию. При стенозах и опухолях возможна задержка видеокапсулы в тонкой кишке, что может существенно изменить тактику лечения пациента (вплоть до экстренной операции).

Этих недостатков лишена методика одно- или двухбаллонной энтероскопии, которая является инвазивным методом. Суть ее заключается в использовании длинного эндоскопа (более 200 см), на дистальном конце которого имеется один или два баллона, сдувая и раздувая которые осуществляется продвижение тубуса и осмотр просвета кишки по принципу «push-and-pull». Исследование проводится как трансорально, так и трансанально. Эндоскоп также имеет стандартный инструментальный канал, позволяющий проводить практически весь объем лечебно-диагностических (оперативных) манипуляций. Исследование проводится под внутривенной анестезией с сохранением спонтанного дыхания, также используется медикаментозное подавление перистальтики. Диагностическая ценность баллонной энтероскопии достигает 95–97%, что также приближает ее к интраоперационной диагностике.

Использование новых эндоскопических методов диагностики позволило раскрыть «черный ящик» гастроэнтерологии. Оказалось, что заболевания тонкой кишки (в т.ч. опухолевые), выступающие в качестве источников неуточненных кровотечений, имеют место достаточно часто, чтобы об этой проблеме можно было говорить. В возрастной группе 80 лет и старше встречаемость кровотечений из тонкой кишки доходит до 70 случаев на 100 тыс. человек. В большинстве своем, это сосудистые заболевания (ангиодисплазии, флэбэктазии, артериовенозные мальформации), новообразования (доброкачественные, злокачественные, а также вторичные поражения, которые по данным M. Pennazio встречаются даже чаще первичных опухолей). Реже встречаются язвы и афты тонкой кишки, а также дивертикулы (в т.ч. дивертикул Меккеля), осложненные кровотечением. Надо сказать, что с внедрением новых методов эндоскопической диагностики тонкой кишки отмечается рост заболеваемости опухолями тонкой

кишки, что некоторые авторы связывают именно со своевременной диагностикой и повышением выявляемости.

Таким образом, арсенал современного многопрофильного стационара своевременной и достоверной диагностики заболеваний некогда самой недоступной части пищеварительной трубки — тонкой кишки. Можно надеяться, что более широкое внедрение в клиническую практику, а также экономические механизмы приведут к снижению их стоимости. Баллонная и видеокапсульная энтероскопии должны стать рутинными способами планового обследования и дополнительными методами диагностики кровотечений, которые еще недавно считались неуточненными.

КОРРЕКЦИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПЕРФТОРАНОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ханевич М.Д.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»;

ФГБУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России», Санкт-Петербург

Имеется ряд оперативных вмешательств у онкологических больных, при которых интраоперационная кровопотеря является неизбежной. К ним относятся: различные виды гемигепатэктомий или сегменториентированных резекций печени; операции на поджелудочной железе в виде панкреатэктомии или панкреатодуоденальных резекций; экстирпация прямой кишки, полная или неполная эвисцерация органов малого таза; нефрэктомии с удалением тромбов из нижней полой вены; удаление гигантских сарком мягких тканей конечностей, туловища и забрюшинного пространства. Основными методами коррекции интраоперационной кровопотери являются: забор и реинфузия крови аппаратом Cell Saver 5+ (Haemonetics, USA), инфузионная терапия с включением в её состав компонентов крови и искусственных переносчиков кислорода.

Среди искусственных переносчиков кислорода наиболее эффективным оказалось применение перфторана. Проведенные экспериментальные клинические исследования показали, что перфторан при интраоперационной кровопотере выполняет следующие функции: роль пассивного переносчика кислорода и углекислого газа в зависимости от перепадов парциального давления соответствующего газа; роль усилителя потока газов за счёт увеличения тока крови в микрососудистом русле; вследствие диссоциации эритроцитов микрочастицами перфторана увеличивается возможность оставшихся клеток максимально эффективно выполнять газотранспортную функцию; создание дополнительной ёмкости для насыщения газов крови в плазме.

Нами накоплен опыт применения перфторана для коррекции интраоперационной кровопотери у 256 больных. Было установлено, что с помощью инфузий перфторана удаётся уменьшить объёмы трансфузий донорских компонентов крови, снизить риск послеоперационных тромбоэмболических и вероятность воспалительно-гнойных осложнений, сократить сроки пребывания пациента в стационаре и осуществить профилактику осложнений и декомпенсации функций органов и систем организма при хронических заболеваниях, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Тем не менее, имеется и ряд условий, которые следует учитывать при инфузиях перфторана. В первую очередь это касается увеличения кровоточивости тканей операционной зоны, что удлиняет продолжительность хирургического вмешательства и требует дополнительных мер для надёжности гемостатического эффекта. Увеличивается риск возникновения кровотечения у больных с такими заболеваниями, как язвенная болезнь, при возникновении острых эрозий и язв ЖКТ, хронический цистит, геморрой и др. Кроме того, требуется необходимость повышения подачи кислорода в дыхательный контур во время операции. Поэтому разработаны и внедрены в клиническую практику следующие условия инфузии перфторана.

1. Инфузии перфторана следует проводить во время хирургического вмешательства, контролируя гемостаз и темп кровотечения. При продолжающемся кровотечении или возникших коагулопатиях переливание перфторана может увеличить темп и объём кровопотери.

2. Газотранспортный эффект эмульсии в наибольшей степени может быть достигнут у больных, находящихся на ИВЛ с максимальным содержанием кислорода в газовой смеси.

3. Добиться адекватного лечебного воздействия перфторана возможно при использовании от 250 до 800 мл (3,5–8,0 мл на килограмм массы тела) эмульсии, инфузируя её в магистральные сосуды венозной системы. Значительного улучшения эффекта от внутриаортальных или внутриаортальных введений установлено не было.

4. У больных с тяжёлой и критической степенью кровопотери возможен отказ от переливания эритроцитных сред во время хирургического вмешательства. По показаниям эритроцитная взвесь может быть перелита в послеоперационном периоде. При этом объёмы гемотрансфузий уменьшаются в 1,5–2 раза.

5. Наиболее выраженный и устойчивый лечебный эффект от инфузии перфторана установлен при тяжёлых степенях кровопотери. Чем тяжелее кровопотеря, тем более ожидаемо положительное лечебное действие перфторана.

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юдин В. А.^{1,2}, Савкин И. Д.¹

¹ Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова;

² ГБУ РО Областная клиническая больница, Рязань

Резюме.

Наблюдались 24 пациента с лимфедемой конечностей, которых разделили на 3 группы по методу лечения. В первой группе применялась комплексная консервативная терапия. Пациентам второй группы проводилось наложение лимфовенозного анастомоза. У пациентов третьей группы была выполнена субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке. По результатам оценки лечения, субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке, выполненная у пациентов третьей группы, показала наилучший клинический эффект по сравнению с пациентами других групп данного наблюдения.

Ключевые слова: лимфедема, лимфотропная лимфокинетическая терапия.

Введение.

На сегодняшний день по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 300 млн. людей страдают от лимфатических отеков различной этиологии. В России статистика лимфедем не ведется, но, опираясь на данные ВОЗ, Ассоциация лимфологов России полагает, что число больных лимфедемой в нашей стране составляет порядка 10 млн. человек. У детей лимфедема возникает, как правило, в результате порока развития лимфатических сосудов и узлов. Среди взрослых преобладают больные с лимфедемой, возникшей вследствие лечения онкологического заболевания, например, после радикального лечения рака груди лимфедема возникает, по разным данным, в 40–80% случаев [3]. В связи с тем, что лимфедема — прогрессирующее заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии может привести к полной инвалидизации больного, значение ее ранней диагностики и лечения трудно переоценить. Социальная значимость лечения лимфедемы объясняется также тем, что 96% больных — люди трудоспособного возраста, и поэтому реально существует проблема реабилитации больных, страдающих данным заболеванием. E. Alliot et al. (1997) указывают на необходимость учитывать качество жизни больных лимфедемой, изучать не только медицинские, но и психологические, и социальные аспекты; подчеркивают роль активного сотрудничества врача с пациентом. Такое сотрудничество при данном заболевании должно быть длительным, если не постоянным. Крайне важным является и создание системы обучения самих пациентов борьбе с собственным недугом [4].

Цель работы.

Оценить эффективность хирургического лечения лимфедемы конечностей методом субфасциальной аутодермопластики дезэпителизованными лоскутами на ножке.

Материал и методы.

В исследование были включены 24 пациента с лимфедемой конечностей, которые в свою очередь были разделены на 3 группы.

Первая группа — 18 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия, включающая: метаболическую, лимфотропную лимфокинетическую терапию (Рационализаторское предложение № 1 от 18 ноября 2013 года), назначение флавоноидов, ферментных препаратов, физиотерапию, массаж, ношение компрессионного трикотажа.

Вторая группа — 4 пациента, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза.

Третья группа — 2 пациента, которым по показаниям была выполнена субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке (Рационализаторское предложение № 4 от 23 декабря 2013 года). По медиальной поверхности на границе нижней трети и средней трети голени выкраивается лоскут кожи длиной 10 см, дезэпителизованный предварительно до появления «капель росы» с сохранением сосудистой ножки. Далее в зоне основания лоскута выполнено перфорационное окно в фасции голени диаметром адаптационно поперечнику лоскута. Лоскут имплантирован под фасцию и закреплен адаптационными швами на коже. На контралатеральной стороне на границе средней и верхней трети голени аналогичным образом формируется кожный лоскут с выполнением последовательных этапов, как и в первом случае. В качестве предоперационной подготовки пациентам второй и третьей групп проводилась лимфотропная лимфокинетическая терапия — путем подкожного введения в межпальцевые промежутки пораженной конечности одновременно с помощью двух инсулиновых шприцев раствора гепарина в дозе 2500 ЕД в первом шприце и суспензии гидрокортизона в дозе 25 мг во втором шприце. Схема введения выглядела следующим образом: в первый день гидрокортизон вводили в 1 межпальцевой промежуток, гепарин в 2 межпальцевой промежуток соответственно. Во второй день в 3 межпальцевой промежуток вводили гидрокортизон и в 4 межпальцевой промежуток гепарин. На третий день очередность введения менялась. Курс лечения составил 10 дней. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения объема конечностей и проведения пробы Мак-Клюра Олдрича в начале и через 6 месяцев после лечения. Сущность пробы Мак-Клюра Олдрича сводится к обнаружению повышенной гидрофильности тканей. Для ее проведения необходимо на симметричных участках нижних конечностей в области средней трети тыльной поверхности стоп и средней трети передней поверхности голени внутрикожно ввести 0,2 мл физиологического раствора хлорида натрия, формируя волдырь. При нормальной гидрофильности тканей волдырь рассасывается не ранее чем через 40–45 минут; если гидрофильность тканей повышена, срок рассасывания волдыря резко сокращается до 10–15 минут. При наличии в местах проведения пробы трофических изменений (трофическая язва, выраженный гиперкератоз, множественные сливающиеся лимфоциты) физиологический раствор хлорида натрия вводился дистальнее или проксимальнее пораженного участка в неизмененные ткани.

Результаты.

В результате проведенного лечения 16 пациентов первой группы отмечали клиническое улучшение состояния, у 9 из них объем конечностей уменьшился не более чем на 0,5 см, у 7 пациентов объем конечностей уменьшился от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациентов объем конечностей не изменился. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 15 пациентов первой группы были положительны, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 5 минут и более по сравнению с исходным. У 3 пациентов время рассасывания не изменилось. У 4 пациентов второй группы наблюдалось значительное улучшение общего состояния, у 3 из них объем конечностей уменьшился на 1,5 см и более. У 1 пациента объем конечностей уменьшился на 1–1,5 см. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у пациентов 2-й группы были с положительной динамикой, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 10 минут и более. Пациенты 3-й группы также отмечали значительное улучшение общего состояния, объем конечностей у них уменьшился на 2 см и более. Длительность рассасывания волдыря при проведении пробы Мак-Клюра Олдрича увеличилась на 15 минут и более.

Обсуждение.

В целом успех лечения лимфедемы зависит от ранней ее диагностики и соответственно раннего применения комплекса профилактических и лечебных, консервативных в первую очередь мероприятий, направленных на снижение накопления тканевой жидкости и лимфы в подкожной клетчатке, сохранение и поддержание на функционально активном уровне интактных лимфатических сосудов. Стратегия лечения лимфедемы конечностей сегодня направлена на достижение стойкого положительного эффекта и улучшение качества жизни пациента. Не стоит забывать, что на настоящем этапе развития клинической лимфологии основополагающим является разумный баланс между хирургическими способами лечения и консервативной терапией [1]. Идея отведения лимфы от пораженных лимфостазом тканей в глубжележащие принадлежит Ланцу. По этой методике создавалось коллатеральное лимфообращение в связи с оттоком лимфы от подкожных лимфатических сосудов в межмышечные, периостальные и костномозговые, при этом предполагалось, что утолщенная широкая фасция бедра или голени является основным барьером для оттока из поверхностных лимфатических сосудов в глубокие. Чтобы преодолеть это препятствие, Ланц делал разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции по всей

наружной поверхности бедра и тупым путем между мышцами проникал до кости, широко отслаивая надкостницу. В верхней, средней и нижней трети бедра после трепанации кости до костномозгового канала в него вводились узкие полоски широкой фасции бедра, которые фиксировались к периосту. Фасция ушивалась, по многочисленным отверстиям в ней обеспечивали отток лимфы из кожи и подкожной клетчатки в мышцы. Однако практически эта операция, как показали отдаленные результаты, не решила проблему оперативного лечения слоновости, так как полоски фасции подвергались рубцовому изменению, а отверстия в кости обызвествлялись и быстро закрывались. В. А. Оппель производил разрезы на наружной поверхности бедра, на передненаружной и задней поверхности голени; выкраивая языкообразные лоскуты подкожной клетчатки из обоих краев раны, внедрял их под фасцию. Данная операция также не получила распространения и была оставлена из-за неудовлетворительных отдаленных результатов [2]. Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке выполняется с целью создания пассивного оттока из лимфатических капилляров собственно кожи под фасциальное пространство конечности с расчетом отсроченного формирования лимфатических коммуникаций, что обеспечит снижение давления в лимфатическом коллекторе. Кроме того, данный метод имеет ряд преимуществ:

- отсутствие специальной предоперационной подготовки;
- местная анестезия;
- небольшой по сравнению с другими модификациями объем вмешательства;
- относительная техническая простота исполнения;
- относительная косметичность операции;
- размер выкраиваемых лоскутов 10×2 см;
- короткий реабилитационный период.

Противопоказаниями к данному методу лечения могут стать:

- 1) лимфедема в стадии слоновости;
- 2) лимфедема в стадии постоянного плотного отека с начинающимися признаками фиброза подкожно-жировой клетчатки;
- 3) наличие острого рожистого воспаления на пораженной конечности;
- 4) инфицированные трофические изменения кожи и подкожно-жировой клетчатки пораженной конечности: язвы, эрозии, экзема, мацерации.

Заключение.

Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке является эффективным способом хирургического лечения лимфедемы конечностей и может рассматриваться как операция выбора практикующими хирургами при наличии показаний к оперативному лечению лимфедемы конечностей.

Список литературы

1. *Бородин Ю. И.* Руководство по клинической лимфологии / Ю. И. Бородин, М. С. Любарский, В. В. Морозов. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. — 208 с.
2. *Горшков С. З.* Слоновость конечностей и наружных половых органов / С. З. Горшков, Х. А. Мусалатов. — М.: Медицина, 2002. — 208 с.
3. *Макарова В. С.* Лечение лимфедемы: настоящее и будущее / В. С. Макарова, А. В. Епанчинцева, И. Г. Макаров // Вестник лимфологии. — 2011. — № 3. — С. 4–12.
4. Проблемы теоретической и практической флебологии / Под ред. проф. Ю. И. Ухова, проф. Б. И. Хубутии // Сб. научн. тр. — Т. 79. — Рязань, 1983. — С. 33–35.
5. Хирургическая лимфология / Л. В. Поташов [и др.]. — СПб.: Изд-во СПбГЭТУ «ЛЭТИ», 2002. — 273 с.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абраменков Д. П. 56
 Айрапетян А. Т. 52, 54, 57, 58, 60, 61, 69, 72
 Акимов В. П. 86
 Алентьев С. А. 56, 90

Б

Бабский В. И. 88
 Багненко С. Ф. 24
 Бадуров Б. Ш. 94
 Балашова Т. В. 81
 Баталов И. Х. 86
 Батыршин И. М. 38
 Бескровный Е. Г. 66, 99
 Бояринов Д. Ю. 89
 Быков А. Н. 94
 Быхолец И. В. 52, 53, 54

В

Васильев А. С. 44
 Васильев С. В. 44, 45, 80
 Васильченко М. И. 55, 93, 94
 Васюкова Е. Л. 91
 Вихрев С. В. 58, 74
 Вологдин А. А. 46, 48, 49, 87, 88
 Воробей А. В. 50
 Воронова Е. И. 57
 Выренков Ю. Е. 71

Г

Гайдукевич И. В. 52, 53, 54
 Гайдук С. С. 64, 81
 Гасанов А. Г. 58, 74
 Гилевский С. Г. 68
 Гольцов В. Р. 24
 Горбачёв В. Н. 91

Д

Долгих Р. Н. 68, 94, 96
 Домарев Л. В. 79
 Домникова А. А. 98
 Дудка В. В. 44

З

Забелин М. В. 55, 79
 Зубарев П. Н. 56, 89, 90
 Зуев В. К. 64

И

Ивануса С. Я. 56, 90

К

Калинин Е. Ю. 86
 Карандин В. И. 91, 96, 98
 Кащенко В. А. 32, 91
 Китаев А. В. 52, 53, 54, 57, 58, 60, 61, 64, 69, 71, 72, 73, 74, 77, 95
 Климов А. С. 63
 Коновалов С. В. 64, 81
 Костиков Ю. А. 57
 Кохан Е. П. 7
 Кочетков А. В. 89
 Куликов В. А. 58
 Куликов Е. П. 81

Л

Лазарев Г. В. 64, 68
 Лазуткин М. В. 56, 90
 Лебедева Н. Е. 99
 Лебедева Н. Н. 63, 66
 Левчук А. Л. 82
 Леонов С. В. 64, 68
 Лесовик В. С. 94
 Литвинов О. А. 56
 Лобач С. М. 99

М

Махмудов А. М. 50
 Муслимов В. И. 69
 Муслимов М. И. 60, 69

Н

Нагаев В. М. 91
 Нагаев Р. М. 98
 Назаров В. А. 82
 Неживов Р. Н. 68
 Новаковская С. А. 50

О

Овчаренко Д. А. 60
 Овчаренко Д. А. 61
 Огорельцев А. Ю. 81

П

Парастаева С. В. 95
Перегудов С. И. 70
Переходов С. Н. 93, 94
Петров В. П. 12, 32, 57, 58, 64, 71, 72, 73, 74, 77,
91, 94
Пильх М. Д. 55
Попов Д. Е. 44, 45, 80

Р

Раскатова Е. В. 95
Распереза Д. В. 99
Родионов Д. А. 60
Рожков А. Г. 91, 96, 98

С

Савкин И. Д. 102
Сафонов А. С. 55, 79
Светликов А. В. 91
Седнев А. В. 44
Семёнов А. В. 45, 80
Семионкин Е. И. 81
Сенкевич О. И. 50
Сероваткина М. В. 95
Сидоров Д. Б. 55
Синенченко Г. И. 64, 70, 81
Сишкова Е. А. 99
Смирнова Е. В. 44
Солоницын Е. Г. 99
Стойко Ю. М. 82

Т

Творогов Д. А. 86
Тельнова В. Н. 61
Титов А. Н. 99
Тихон В. К. 50
Тоидзе В. В. 86, 91
Трушин С. Н. 81
Турлай Д. М. 53, 57, 72

Ф

Федотов Д. Ю. 82
Фокин Ю. Н. 64

Х

Хабурзания А. К. 94
Ханевич М. Д. 101

Ш

Шаповалов А. С. 91
Шарапов Г. Н. 52, 53, 54
Швец Е. В. 68
Шевченко Ю. Л. 82
Шершень Д. П. 89
Шляпников С. А. 38

Ю

Юдин В. А. 21, 102