Том 15 4 (43) декабрь '2012 / Декабрь '2012



Основатель НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета Минздрава России профессор Г. К. Жерлов (2005 г.)

Панкреатическая недостаточность после хирургических вмешательств на органах пищеварения (с. 46)

Издатели номера











(2002–2012 .)

2 2002

2006 . —

2008 . —

2009 .— II

2010 . —

36 : 8 , 28

64

11

2006–2008»

200/ 2012

3500 , 1500



Вопросы реконструктивной и пластической Том 15, № 4 (43) декабрь 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ:

ЗАО «Сибирская микрохирургия»

ПРИ УЧАСТИИ:

АНО НИИ микрохирургии

ГБОУ ВПО Сибирского государственного медицинского университета Минздрава России

Научно-исследовательского института гастроэнтерологии при СибГМУ

Межрегионального Общества Кистевых Хирургов — Кистевой группы

ФГАОУ ВПО Белгородского государственного национального исследовательского университета

Хирург — человек, которому пациент дает огромную взятку в виде желчного пузыря (желудка, кишечника, поджелудочной железы и т. д.), рассчитывая на то, что хирург возьмет на себя ответственность за последствия.

Генри Менкен, американский критик и публицист

Журнал зарегистрирован в Министерстве по делам печати, телерадиовещания и средств массовой коммуникации РФ Св-во ПИ № 77-9259 от 22.06.2001

Выходит 4 раза в год

Издается на средства спонсоров и рекламодателей

Территория распространения: Российская Федерация, страны СНГ

Подписной индекс в агентстве «Роспечать» — 36751

РИНЦ (Договор № 09-12/08)

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция от 17.06.2011 г.).

На обложке:

1-я с.: Основатель НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета Минздрава России профессор Г.К. Жерлов (2005 г.). 3-я с.: Трудовые будни НИИ гастроэнтерологи им. Г.К. Жерлова СибГМУ.

4-я с.: Коллектив НИИ гастроэнтерологии (2002 г.). Коллектив НИИ гастроэнтерологи им. Г. К. Жерлова (2012 г.).

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

В. Ф. Байтингер, профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

К. В. Селянинов, канд. мед. наук

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР НОМЕРА:

А. П. Кошель, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ю. И. Бородин, академик РАМН

Г. Ц. Дамбаев, член-корреспондент РАМН

С. В. Логвинов, профессор

В. К. Пашков, профессор

А. А. Сотников, профессор

В. И. Тихонов, профессор

В. В. Юркевич, профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Massimo Ceruso (Италия)

Isao Koshima (Япония)

Wayne A. Morrison (Австралия)

Dragos Pieptu (Румыния)

К. Г. Абалмасов, профессор (Москва)

А.А. Воробьев, профессор (Волгоград)

В. Г. Голубев, профессор (Москва)

И.О.Голубев, профессор (Москва)

С. С. Дыдыкин, профессор (Москва)

А. Ю. Кочиш, профессор (Санкт-Петербург)

Н. В. Островский, профессор (Саратов)

А. Г. Пухов, профессор (Челябинск)

К.П. Пшениснов, профессор (Ярославль)

Н. Ф. Фомин, профессор (Санкт-Петербург)

И.В. Шведовченко, профессор (Санкт-Петербург)

А. И. Шевела, профессор (Новосибирск)

ГРУППА РАЗРАБОТКИ И ВЫПУСКА:

Технический редактор Е. Н. Коварж Дизайнер С. А. Сидоров

Корректура и перевод Н. А. Суханова

Формат $60\times84/8$. Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,99. Заказ 877. Тираж 1000 экз. Подписано в печать 10.12.2012 Отпечатано ООО «Дельтаплан» 634041, г. Томск, ул. Тверская, 81.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Тел.: (3822) 64-53-78, 53-26-30, тел./факс (3822) 64-57-53; сайт: http://microsurgeryinstitute.com e-mail: microhirurgia@yandex.ru

Ежеквартальный научно-практический медицинский журнал «ВОПРОСЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ»

Журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» — это единственный в $P\Phi$ научно-практический рецензируемый журнал, издаваемый специалистами в области клинической и экспериментальной хирургии и клинической анатомии. Журнал пропагандирует современную хирургическую идеологию, а именно — идеологию реконструктивной и пластической (восстановительной) хирургии во всех известных сегодня хирургических направлениях.

С 2010 года журнал является официальным печатным органом Межрегионального Общества Кистевых Хирургов — Кистевой группы.

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций На соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция от $17.06.2011 \, \mathrm{r.}$).

Журнал основан в 2001 году, зарегистрирован в Министерстве по делам печати, телерадиовещания и средств массовой коммуникации РФ. Свидетельство ПИ № 77-9259 от 22.06.2001 г.

ISSN: 1814-1471.

Выходит 4 раза в год. Тираж — 1000 экземпляров.

Территория распространения: Российская Федерация, страны СНГ.

Подписной индекс в каталоге агентства «Роспечать»: 36751.

Web-сайт и электронная версия:

www.microsurgeryinstitute.com

e-mail: microhirurgia@yandex.ru

Журнал входит в базу данных РИНЦ РУНЭБ

(http://www.elibrary.ru).

Главный редактор: Заслуженный врач РФ, президент единственного в России АНО НИИ микрохирургии, заведующий кафедрой пластической хирургии с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО Сибирского государственного медицинского университета Минздравсоцразвития России, доктор медицинских наук, профессор **В. Ф. Байтингер**.

Основные рубрики журнала:

- Слово редактора
- Пластическая хирургия
- Клиническая анатомия
- Экспериментальная хирургия
- Новые технологии
- В помощь практическому врачу
- Менеджмент в медицине
- История медицины
- Информация
- Юбилеи

Объем статьи: оригинальные статьи, обзоры, лекции — 10—12 страниц; историко-медицинские статьи — 5—6 страниц; краткие сообщения, заметки из практики — 3—4 страницы машинописного текста.

Авторы публикуют свои материалы бесплатно, авторский гонорар не выплачивается.



Редакционная коллегия приглашает к сотрудничеству всех, кто заинтересован в развитии хирургии и медицинской науки в целом!

Вопросы реконструктивной и пластической Том 15, № 4 (43) декабрь 2012

Выпуск посвящен актуальным вопросам абдоминальной хирургии

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

| Слово редактора4 | From the editor4 |
|---|---|
| ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ | PLASTIC SURGERY |
| Жерлов Г.К., Кошель А.П. Реконструктивно-пластическая | Zherlov G. K., Koshel A. P. Reconstructive-plastic surgery |
| хирургия органов пищеварения5 | of digestive organs5 |
| Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С., Панкратов И.В. | Žherlov G. K., Koshel A. P., Klokov S. S., Pankratov I. V. |
| Выбор способа пластики при низком раке прямой кишки 11 | The selection of plasty method in low rectal cancer 11 |
| НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ | NEW TECNOLOGIES |
| Афанасьев С.Г., Старцева Ж.А., Тарасова А.С., | Afanasyev S. G., Startseva Zh. A., Tarasova A. S., |
| Усова А.В., Авдеев С.В., Савосина С.И. | Ousova A. V., Avdeyev S. V., Savosina S. I. |
| Новые сфинктерсохраняющие технологии | New sphincter-saving technologies |
| в лечении рака прямой кишки | in the treatment of rectal cancer |
| Боцула О.Н., Дамбаев Г.Ц., Соловьев М.М., Попов А.М. | Botsula O. N., Dambayev G. Ts., Solovyev M. M., Popov A. M. |
| Способ формирования компрессионного | Method of the compression enteric |
| тонкокишечного анастомоза | anastomosis forming |
| Карась Р.С., Карпович А.В. Сравнительный анализ | Karas R. S., Karpovich A. V. Comparative analysis |
| эффективности автономной электростимуляции | of the efficacy of autonomous electrostimulation |
| и медикаментозного лечения гастроэзофагеальной | and therapeutic treatment of gastroesophageal |
| рефлюксной болезни | reflux disease |
| Кемеров С.В., Степин Д.А. Современные подходы | Kemerov S. V., Stepin D. A. Contemporary approaches |
| и средства лечения абдоминального сепсиса | and means for abdominal sepsis and purulent |
| и гнойного перитонита | peritonitis treatment |
| Рудая Н. С. Хроническая эрозия желудка: | Roudaya N. S. Chronic erosion of the stomach: |
| новый взгляд на лечение | a new view on the treatment |
| В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ | AID TO THE PHYSICIAN |
| Губергриц Н.Б. Панкреатическая недостаточность после | Gubergrits N.B. Pancreatic insufficiency |
| хирургических вмешательств на органах пищеварения 46 | after surgical procedures on digestive organs46 |
| Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Маевский Е.И. | Zherlov G. K., Koshel A. P., Vorobyov V. M., Maevski E. I. |
| Выбор тактики лечения у больных с гастродуоденальными | Selection of treatment strategy in patients having |
| кровотечениями язвенной этиологии | gastroduodenal bleedings of ulcerous etiology 54 |
| Кошель А. П., Клоков С. С., Миронова Е. Б. | Koshel A. P., Klokov S. S., Mironova Ye.B. Diagnosis |
| Диагностика и лечение рака поджелудочной железы 60 | and treatment of pancreatic cancer |
| Кошевой А. П., Кошель А. П., Чирков Д. Н., Шелко О.А., | Koshevoy A. P., Koshel A. P., Chirkov D. N., Shelko O. A., |
| Эгенбаев Р. Т., Кудайбергенов Т.И. Эндоскопическая | Egenbayev R. T., Koudaibergenov T.I. Endoscopic prevention |
| профилактика рецидивов кровотечений из варикозных | of recurrent bleedings from varicose veins |
| вен пищевода и желудка: проблемы и перспективы 66 | of esophagus and stomach: problems and perspectives 66 |
| Куртсеитов Н. Э., Дамбаев Г. Ц., Кошель А. П., Разаренова | Kurtseitov N. Ye., Dambayev G. Ts., Koshel A. P., |
| Т.Г., Вусик А.Н., Соловьев М.М., Неделя О.А. Моторная | Rasarenova T. G., Vousik A. N., Solovyov M. M., Nedelya O. A. |
| функция желчного пузыря у пациентов после | Motoric function of the gallbladder |
| редуоденизации | in patients after reduodenisation |
| ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ | HISTORY OF MEDICINE76 |
| ИНФОРМАЦИЯ | INFORMATION |

ДОРОГОЙ ЧИТАТЕЛЬ!



До настоящего времени практически повсеместно эффективность хирургического лечения продолжают оценивать на основании таких показателей как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие ранних послеоперационных осложнений, а в случае онкологического заболевания — продолжительность безрецидивной и общей выживаемости. Иными словами, уделяя большое внимание «количеству жизни», врачи порой не учитывают тот факт, что для человека часто имеет значение не «радикальность» выполненной операции и динамика клинико-лабораторных показателей, а степень удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах, говоря по-другому — «качество жизни».

На протяжении многих лет работая практическим хирургом, а потом и директором созданного им НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, Георгий Кириллович Жерлов разрабатывал и внедрял в клиническую практику новые способы диагностики и лечения больных с заболеваниями пищеварительной системы. Результаты

экспериментальных и клинических исследований показали состоятельность сформированных искусственных «жомов» и «сфинктеров» во все сроки наблюдения.

Однако в основе подхода Г.К. Жерлова к лечению больных с проблемами органов пищеварительной системы лежит не только техническая модель формирования того или иного сфинктера. Одной из ведущих составляющих методологии Г.К. Жерлова является индивидуальный подход к каждому пациенту, обеспечение его полного физического и душевного комфорта. Именно профессионализм и внимание персонала (от санитарочки до заведующего отделением) закладывают основу благоприятного течения не только раннего, но и отдаленного послеоперационного периодов. Именно этим в первую очередь и отличается коллектив НИИ гастроэнтерологии, созданного талантливым ученым, хирургом и организатором Георгием Кирилловичем Жерловым.

В этом номере журнала мы представляем результаты наиболее актуальных исследований, проводимых в НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова, а также результаты работы наших сотрудников. Отдельно хочется обратить внимание на работу Н.Б. Губергриц из Украины, члена Совета международной ассоциации панкреатологов, которая посвящена проблеме восстановления пациентов после тяжелейших операций на поджелудочной железе. Совместная работа наших сотрудников и коллег из Киргизии открывает новые возможности склеротерапии в профилактике грозного осложнения портальной гипертензии — кровотечения из варикозных вен пищевода. Профессор С. Г. Афанасьев с соавт. из Томского НИИ онкологии СО РАМН представили интересный материал о влиянии лучевой терапии на возможность выполнения сфинктеросохраняющей операции при раке прямой кишки. Все эти и другие работы, представленные в журнале, объединяет одно — стремление сохранить для пациента максимально возможно высокий уровень качества жизни.

С уважением, профессор А. П. Кошель директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ им. Г. К. Жерлова

Г.К.Жерлов, А.П.Кошель

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

G. K. Zherlov, A. P. Koshel

RECONSTRUCTIVE-PLASTIC SURGERY OF DIGESTIVE ORGANS

НИИ гастроэнтерологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © Жерлов Г.К., Кошель А.П.

В статье рассмотрены вопросы реконструкции кишечной трубки после хирургического лечения заболеваний органов пищеварения. Продемонстрированы результаты экспериментального исследования, подтверждающие принципиальную возможность формирования искусственных «сфинктеров». Использование разработанных методик на практике показало, что на протяжении всего срока наблюдения (до 27 лет) сформированные искусственные сфинктероподобные образования сохраняют свою форму и функцию, обеспечивая высокий уровень качества жизни и низкий процент инвалидизации.

Ключевые слова: хирургия желудочно-кишечного тракта, реконструктивная хирургия, сфинктеры желудочно-кишечного тракта.

The article is discussing issues of reconstruction of the intestinal tube after surgical treatment of digestive diseases. Experimental study results confirmed the possibility of forming artificial «sphincters». Use of the methods in practice showed that throughout the period of observation (up to 27 years), the formed artificial «sphincters» maintain their shape and function providing high level of quality of life and low percentage of disability.

Key words: gastrointestinal surgery, reconstructive surgery, sphincters of gastrointestinal tract.

УДК 616.3-089.844

ВВЕДЕНИЕ

Сфинктерный аппарат пищеварительного тракта обычно расценивается как «преодолимое» препятствие, которое призвано, с одной стороны, регулировать переход содержимого в нижележащие отделы, а с другой — препятствовать патологическому рефлюксу из нижележащих отделов кишечной трубки в вышележащие.

Исходя из сказанного, любое нарушение структуры или функции сфинктера неизбежно ведет к неконтролируемому сбросу (демпинг) содержимого из вышележащих отделов в нижележащие и/или к противоестественному забросу содержимого в обратном направлении (рефлюкс). Отсюда понятна важность сфинктерных аппаратов в организме, ибо они контролируют направление перемещения в пределах полых органов пищи, продуктов экскреторной актив-ности желез, мочи, кала и пр.

Именно наличие сфинктерного аппарата кишечной трубки создает условие для существования того неповторимого различия содержимого, которое мы наблюдаем в смежных отделах кишечной трубки. Порой весьма значительные различия по кислотности среды, внутриполостному давлению, набору ферментов, наличию и характеру микробной флоры и т.п. в организме здорового человека обусловлены именно наличием тех самых особых анатомических конструкций, которые и называются сфинктерами.

Нарушение работы сфинктерного аппарата является ведущим этиопатогенетическим фактором в развитии более чем 30 заболеваний органов пищеварения (эзофагит, гастрит, язвенная болезнь, холангит и пр.). Более того, сегодня можно считать доказанной ведущую роль, например, гастроэзофагеального рефлюкса в генезе рака пищевода и кардии.

Обеспечивая постоянство внутренней среды, сфинктеры защищают слизистую оболочку одного отдела кишечной трубки от повреждающего действия агрессивного для него содержимого другого отдела. При этом среди главных

интегральных звеньев желудочно-кишечного тракта мы выделяем следующие, наиболее важные в функциональном плане, сфинктеры: глоточно-пищеводный, кардиальный, пилорический, Баугиниева заслонка, анальный жом, а также фатеров сосочек. Именно разрушение или удаление этих функционально активных образований ведет к возникновению ретроградного патологического потока содержимого из нижележащих отделов пищеварительной трубки в вышележащие. В дальнейшем в проксимальных участках происходит развитие выраженных воспалительно-деструктивных изменений, проявляющихся как клинически, так и при инструментальном исследовании.

С другой стороны, к сожалению, не во всех случаях существование того или иного сфинктера подтверждено морфологически. Все это привело к неопределенности самого понятия «сфинктер».

Во 2-м томе «Теоретической анатомии» П. Ф. Лесгафт [5] так описывал строение и функцию сфинктеров трубчатых органов: «Смотря по степени накопления содержимого, стенки утолщаются вследствие развития поперечного мышечного слоя трубки... По мере накопления содержимого мышцы стенок растягиваются, раздражаются, а суммированным раздражением они начинают сокращаться и прогонять содержимое к выходной части...»

Не ставя перед собой целью сравнение различных определений понятия «сфинктер», заметим лишь, что, по нашему мнению, наиболее оптимальным является определение, данное томскими морфологами Ф.Ф. Саксом и В.Ф. Байтингером [7]. Согласно их определению, «сфинктер пищеварительной системы — это скопление циркулярно расположенных мышечных элементов стенки пищеварительной трубки с наличием дилятаторных структур, расположенных в переходном ее участке, которое выполняет антирефлюксную функцию и обладает функциональной автономией».

Таким образом, любое вмешательство в зоне сфинктеров существенно влияет на дальнейший процесс пассажа содержимого в данном отделе полого органа.

Первые операции на органах пищеварения имели основной целью сохранение жизни больного путем устранения патологического очага и обеспечения непрерывности пищеварительного тракта — свободной проходимости содержимого из одного отдела в другой. При этом, как правило, в меньшей степени рассматривались вопросы дальнейшей жизни пациента и, в частности,

ее качество. По мере накопления отдаленных результатов хирурги стали отмечать, что у определенной части пациентов в различные сроки после операции возникают тяжелые функциональные, а порой и органические расстройства, которые не только вызывают невыносимые страдания у пациента, но и в некоторых случаях сами становятся причиной летального исхода.

Расширение объема хирургических операций вкупе с увеличением сроков наблюдения за пациентами, особенно после операций по поводу рака, поставили перед хирургами вопрос о сохранении качества жизни. В конце второй половины XX века появляется множество работ, ставящих своей целью восстановление формы и функции удаленных органов пищеварительной трубки. Создаются целые научные школы, основной задачей которых является решение проблемы качества жизни оперированных больных. В первую очередь следует отметить таких основоположников функциональной хирургической гастроэнтерологии, как Я. Д. Витебский и В. И. Оноприев.

В основе идеологии функциональной хирургической гастроэнтерологии лежит не только спасение жизни больного, что по определению является первой задачей любого лечения, но наравне с ней обозначается задача, направленная на создание для пациента максимально комфортных условий дальнейшего проживания, его социальная и трудовая реабилитация.

Исходя из предложенной концепции, если на данном участке кишечной трубки существовал клапан, его необходимо восстановить, в противном случае невозможно сохранить физиологический механизм пассажа содержимого, обеспечить различие рН, внутрипросветного давления и ряда других показателей, специфичных для разных отделов органов пищеварения здорового человека. Следовательно, сегодня функциональная хирургическая гастроэнтерология — это, прежде всего, новые хирургические технологии органосохраняющего и органовосстанавливающего (органомоделирующего) лечения, выбор которых основывается на высокоточной диагностике и прецизионной технике.

На протяжении многих лет в клинике НИИ гастроэнтерологии под руководством Γ . К. Жерлова разрабатывались и продолжают разрабатываться и внедряться в практику новые способы пластического замещения удаленных или разрушенных болезнью органов системы пищеварения.

Основываясь на представленной выше концепции функциональной хирургической гастроэнтерологии, считаем, что в основе профилактики целого ряда тяжелых осложнений хирургического лечения заболеваний органов пищеварения лежит пластическое замещение резецированных или разрушенных сфинктеров и резервуаров.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сегодня в НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России при операциях на органах пищеварения широко применяются следующие модели искусственных сфинктеров:

- 1) глоточно-пищеводный (после удаления и пластики пищевода);
- 2) кардиальный (проксимальная резекция желудка);
- 3) пилорический (дистальная резекция желудка);
- 4) фатеров сосочек (панкреатодуоденальная резекция, операции на внепеченочных желчных протоках и дуоденуме);
- 5) баугиниева заслонка (после правосторонней гемиколэктомии);
- 6) анальный жом (экстирпация прямой кишки, интерсфинктерная резекция) [1—3, 6].
- В анатомическом плане искусственный «сфинктер» представляет собой мышечный жом и (или) инвагинационный клапан.

Формируемый мышечный жом состоит из дубликатуры серозно-мышечной оболочки на проксимальном участке кишечной трубки, участвующей в формировании анастомоза. Для этого после отсечения патологически измененного органа мышечная оболочка орального конца кишечной трубки по линии резекции циркулярно рассекается до подслизистого слоя. За счет сокращения мышечной оболочки оголяется подслизистый слой на протяжении до 10—15 мм, после чего хирург рассекает соединительнотканные волокна между подслизистым и мышечным слоями стенки кишечной трубки на протяжении 10—12 мм. Гладкая мышца, отсепарованная от соединительнотканной основы подслизистого слоя и лишенная второй точки фиксации (по малой кривизне), сокращается до первоначальной длины покоя, и дальнейшее ее сокращение невозможно. С целью создания оптимального тонуса будущего искусственного жома отсепарованная серозно-мышечная оболочка заворачивается кверху и в состоянии умеренного натяжения (как по длине, так и по ширине) по свободному краю подшивается к серозной оболочке, завершая формирование мышечного жома.

Для создания инвагинационного клапана (например, в тонкой кишке) используется следующий прием. Кишка мобилизуется путем пристеночного перевязывания и пересечения 3 сосудов второго порядка. Протяженность мобилизованного участка кишки составляет 3—4 см, на середине этого участка циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. По проксимальному и дистальному краям мобилизованного участка слизистая оболочка рассекается эллипсовидно до брыжеечного края, что позволяет удлинить мобилизованный участок кишки, подлежащий в дальнейшем инвагинации, на 1—1,5 см за счет противобрыжеечного края, исключить возможность сужения отводящей кишки в области формируемого клапана. На самый верхний и самый нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки накладываются отдельные узловые швы. Формирование клапана производится путем завязывания швов и погружения стенки кишки диссектором.

Прежде чем новая методика формирования искусственного сфинктера будет применена в клинике, она проходит апробацию в эксперименте, где оцениваются не только техническая сложность операции, возможные осложнения в раннем послеоперационном периоде, но и изучаются отдаленные результаты. Проводятся клиническая и инструментальная оценки функции вновь сформированного сфинктера, определяются вероятность возникновения функциональных нарушений, динамика морфологических изменений со стороны участка кишечной трубки, подвергшегося трансформации.

Проведенное в эксперименте изучение морфологической картины области мышечного жома показало наличие последовательных фаз развития раневого асептического воспаления и репаративной регенерации и свидетельствовало об отсутствии дистрофических и дегенеративных изменений в гладкомышечной ткани жома, а также о восстановлении иннервации. Так, например, через год после формирования мышечного жома на желудке, в стенке последнего имелось большое количество ганглиев как в мышечном, так и подслизистом сплетениях. Подавляющее большинство из них характеризовалось наличием неодинакового количества нейронов I—II типов по Догелю. Нервные клетки имели умеренную величину, звездчатую форму и большое количество отростков.

Равномерное распределение и значительное содержание нисслевского вещества в нейронах межмышечного сплетения сочеталось с высокой

активностью НАДН-тетразолий редуктазы и Γ -6-ФДГ в описываемых структурах, а также неисчерченных мышечных клеток циркулярного и продольного мышечных слоев сформированного жома.

Несомненно, любое, даже самое замечательное, экспериментальное исследование только тогда имеет ценность, когда его можно применить на практике, а полученные результаты в клинике сопоставимы с теоретическими пред-посылками.

Данная идеология органосохраняющего и органомоделирующего хирургического лечения заболеваний органов пищеварительной системы применяется уже более 30 лет. За это время накоплен богатый клинический материал по всем аспектам влияния вновь сформированных сфинктеров на количество и, что немаловажно, качество жизни оперированных больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Рамки журнальной статьи не дают возможности подробно остановиться на всех методиках, разработанных в клинике. Поэтому позволим себе остановиться на результатах клинического применения наиболее часто применяемых органомоделирующих операций.

Изучение качества жизни пациентов в различные сроки после операции является одним из ключевых показателей функциональной составляющей хирургического вмешательства. С целью объективного подтверждения уровня качества жизни пациентов мы использовали специфический опросник — гастроинтестинальный индекс для хирургических больных (GIQLI), — созданный специальной международной комиссией и специфичный для гастроинтестинальной хирургии.

Представлены результаты опросов 259 пациентов, оперированных с использованием новых хирургических технологий в сроки от одного года после операции и более мы сравнивали 3 группы пациентов: основная группа (n = 143), группа сравнения (n = 116), группа контроля (n = 50). Все три группы были близки по возрастно-половому составу. По результатам опроса гастроинтестинальный индекс (Γ И) в основной группе составил 127 баллов, в группе контроля — 136 баллов, а среди пациентов с язвенной болезнью — всего 101 балл.

При сравнении пациентов с язвенной болезнью и оперированных пациентов были выявлены достоверные отличия по общему ГИ и по

категориям: общее субъективное восприятие своего здоровья, психическое состояние, физическое состояние и социальное функционирование. При этом у больных гастродуоденальными язвами качество жизни было значительно ниже такового группы контроля.

Таким образом, можно заключить, что применение новых хирургических технологий в лечении язвенной болезни желудка полностью оправдало себя, снижения качества жизни больных, связанных с выполнением оперативного вмешательства, не выявлено.

Для объективной оценки состояния формируемого искусственного «пилоруса» использовали как рутинные (рентгеноскопия, эндоскопия), так и современные (эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография, мультипараметрическая система Polygraf ID) методы диагностики.

Результаты исследования демонстрируют сохранение формы и функции вновь созданного «пилоруса» во все сроки наблюдения (от 3 мес. до 27 лет) после операции.

В последние годы увеличилось число пациентов со злокачественными новообразованиями прямой кишки. До недавнего времени эти операции часто заканчивались выведением anus preter naturalis или формированием «прямых» сигморектальных анастомозов, что неизбежно приводило к возникновению проблем не только физического, но и социально-психологического плана, приводя больного к глубокой инвалидности. Возникающие явления анальной инконтиненции, неконтролируемое, непроизвольное отхождение стула и газов из колостомы приводило практически к полной социальной и психологической дезадаптации пациента, который уже не только не мог выполнять свою работу, но и становился «проблемным» в окружающем его социуме. Пациенты — а в значительном числе это люди активного, трудоспособного возраста — вынуждены вести замкнутый образ жизни, зачастую они просто становятся привязанными к дому.

Единственным способом помочь таким больным является широкое внедрение сфинктеросохраняющих (там, где это возможно) операций либо разработка новых способов формирования «управляемых» колостом.

В нашей клинике разработана методика формирования функционально-активной колостомы, способной не только сдерживать неконтролируемый сброс каловых масс, но и «сигнализирующей» хозяину о приближающемся акте дефекации.

Всего по данной методике прооперировано 56 пациентов. При обследованиях пациентов в различные сроки после операции выявилось, что опорожнение колостомы у большинства из них было многомоментным актом (2—4 приема) с частотой 1—2, реже 3—4 раза в сут. и продолжительностью от 15 до 40 мин с обязательным позывом. Причем субъективные ощущения, предшествующие процессу опорожнения колостомы, наблюдались в среднем за 10-20 мин до дефекации и представляли собой чувство тяжести и распирания в проекции наружного конца стомы у 87,5 % или элементы кишечной колики у 12,5 % больных. Практически все пациенты владели навыком произвольного удержания кишечного содержимого. Путем напряжения мышц передней брюшной стенки при возникновении предвестников близящейся дефекации пациент мог задержать (на 1,5—2 мин) опорожнение колостомы. Эта способность была наиболее развита у 29,4 % больных и составила 10—15 мин. В быту калоприемником не пользовались 53,8 % пациентов, мотивируя данный факт достаточным контролем за опорожнением стомы. Эти больные легко ориентировались во времени опорожнения, что позволяло им вовремя удаляться в туалет для осуществления акта дефекации.

Учитывая тот факт, что непроизвольное тоническое сокращение искусственного сфинктера ведет к накоплению кала в забрюшинном резервуаре, можно предположить, что при этом возникает опосредованное растяжение париетальной брюшины, контактирующей со стенкой резервуара из-за его увеличения. Растяжение же париетальной брюшины, иннервированной соматическими афферентными волокнами, способными точно локализовать точку приложения механического агента (участка, подверженного растяжению), воспринимается пациентом как субъективные ощущения тяжести, дискомфорта или распирания, иногда кишечной колики в проекции стомы. Ежедневные регулярные ощущения, предшествующие опорожнению стомы, представляют для больного определенную закономерность (условный рефлекс) и воспринимаются им как позыв на дефекацию.

Подтверждением данной гипотезы стала оценка ассоциативной связи резервуарно-удерживающей колостомы и коры головного мозга с помощью электроэнцефалографии. В ответ на увеличение баллона, введенного в резервуар ниже запирательного механизма колостомы, в коре головного мозга определялись различной величины электропотенциалы. Это обстоятельство позволило установить пороговую чувствительность, объем кишечного резервуара, вызывающий позыв, максимально переносимый объем и время адаптации. Закономерным стало выявление прямой зависимости между величиной резервуара и электрической активностью коры головного мозга. Необходимо отметить достоверно низкую электрическую активность коры у больных с «классической» колостомой при использовании тех же объемов баллона, что и у пациентов с резервуарно-удерживающей стомой в модификации Г.К. Жерлова.

выводы

Таким образом, использование на практике новых принципов пластической реконструкции у пациентов с заболеваниями органов пищеварительной системы становится еще одним шагом на пути улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения этой сложной категории больных, обеспечивая высокий уровень качества жизни при безусловном сохранении ее продолжительности. Полученные в ходе исследований результаты наглядно демонстрируют органическую и функциональную состоятельность формируемых искусственных сфинктероподобных образований во все сроки наблюдения, что позволяет по мере возможности сохранить на должном уровне сложную систему пищеварения, обеспечив контролируемый пассаж пищи и надежную профилактику ретроградного ее заброса с развитием тяжелых форм пострезекционных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Жерлов Г. К., Дамбаев Г. Ц. Резекция желудка с искусственным жомом в области анастомоза в хирургии гастродуоденальных язв. ТГУ, 1994. 150 с.
- 2. Жерлов Г. К., Баширов С. Р. Резервуарные и сфинктеромоделирующие технологии в хирургии рака прямой кишки. — Новосибирск : «Наука», 2008. — 228 с.
- 3. Жерлов Г.К. Основы функциональной хирургической гастроэнтерологии : Практ. руководство для врачей. Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2009. 274 с.
 - 4. Колесников Л. Л. Сфинктерный аппарат человека. СПб : Спец
Лит, 2000. 184 с.

- 5. Лесгафт П. Ф. Избранные труды по анатомии. М.: Медицина, 1968. 372 с.
- 6. Оперированный желудок. Анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования / Под ред. Г. К. Жерлова, А. П. Кошеля. Новосибирск : «Наука», 2002. 240 с.
- 7. Сакс Ф. Ф., Байтингер В. Ф. Определение понятия «сфинктер пищеварительной системы» // Сфинктеры пищеварительного тракта. Томск : Изд-во Сиб. мед. ун-та, 1994. С. 11—13.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Жерлов Г. К. — д-р мед наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, первый директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ Минзарава России, г. Северск.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Контакты:

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56-42-65 e-mail: apk@gastro.tomsk.ru





Индия аннулировала патент Pfizer на лекарство от рака

Патентное ведомство Индии аннулировало патент Pfizer на противоопухолевый препарат «Сутент» (Sutent, sunitinib), применяющийся при лечении рака почек и печени. Об этом сообщает Agence France-Presse.

Решение об аннулировании патента было вынесено после обращения в ведомство индийских фармацевтических компаний Cipla и Natco Pharma, в числе прочего занимающихся производством непатентованных препаратов (дженериков).

Согласно индийскому законодательству, лекарственный препарат не может быть запатентован, если не доказано, что он является инновационным и обладает большой эффективностью. «Я пришла к заключению, что заявленное в патенте изобретение таковым не является и, следовательно, не может быть запатентовано», — прокомментировала свое решение представитель патентного ведомства Ниланджана Мукхерджи (Nilanjana Mukherjee).

Представители фармацевтического гиганта таким решением возмущены. По их мнению, это «подрывает права обладателей интеллектуальной собственности на территории Индии» и вызывает много вопросов. Компания намерена защищать свой патент и оспаривать аннулирующее его постановление.

С компанией Cipla в сентябре 2012 года судился еще один фармацевтический гигант — Roche. Суд отклонил иск швейцарской фирмы о нарушении патентных прав в отношении противоопухолевого лекарственного средства Tarceva (erlotinib), который индийская компания производит под именем Erlocip несмотря на действующий патент. По мнению суда, в данном случае права на интеллектуальную собственность не нарушены. В числе прочих, свои препараты в Индии пытаются защитить компании Bayer AG и Novartis.

http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/05/nopatent/

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, С.С. Клоков, И.В. Панкратов

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПРИ НИЗКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

G. K. Žherlov, A. P. Koshel, S. S. Klokov, I. V. Pankratov

THE SELECTION OF PLASTY METHOD IN LOW RECTAL CANCER

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С., Панкратов И.В.

Проведен анализ результатов клинического применения нового способа низкой передней резекции прямой кишки с формированием искусственной «ампулы» у 74 пациентов. При использовании новой методики осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 14,9 % пациентов. Средний послеоперационный койко-день составил 10,9±1,7 сут., средние сроки временной утраты трудоспособности после операции — 68,3±9,53 сут. Результаты сравнительного анализа качества жизни больных (SF-36) и состояния держания кала (Wexner score) показали преимущество разработанной операции по сравнению с общепринятой методикой низкой передней резекции прямой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, низкая передняя резекция, кишечный резервуар, качество жизни.

The analysis of results of clinical using new method of low anterior resection of the rectum with forming artificial «ampule» in 74 patients is performed. While using new method, complications early after the surgery were revealed in 14.9 % of patients. Mean duration of the bed-day was 10.9 ± 1.7 days, mean duration of working ability loss after the surgery was 68.3 ± 9.53 days. Comparative analysis results of patients quality life (SF-36) and holding stool condition (Wexner score) revealed advantages of the surgery designed by us over standard method of rectal low anterior resection.

Key words: rectal cancer, low anterior resection, rectal reservoir, quality of life.

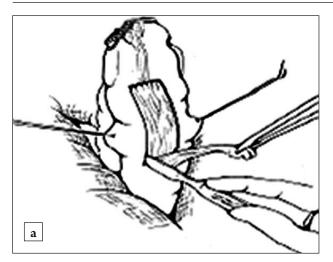
УДК 616.351-006.6-089.844-035

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основоположников хирургического лечения рака прямой кишки можно считать Ernest Miles, который впервые в 1908 г. описал чрезбрюшинную резекцию прямой кишки [4]. С тех пор и до настоящего времени хирургическое вмешательство остается методом выбора в лечении большинства пациентов с опухолями, локализованными в прямой кишке. Следует признать, что если техническая сторона удаления опухоли, можно сказать, в основном решена, то вопрос качества дальнейшей жизни больного остается открытым. Это связано в первую очередь с развитием так называемого синдрома «low anterior resection» или синдрома «низкой передней резекции», который проявляется частыми императивными позывами к дефекации, недержанием кала, многомоментным опорожнением и чувством неполной эвакуации [2, 3]. С целью нормализации резервуарной и моторной функций после низкой передней резекции предложено большое количество способов формирования резервуара из толстой кишки [1, 7, 8]. Вместе с тем, до настоящего времени функциональные результаты этих операций (особенно в отдаленные сроки) остаются не всегда удовлетворительными, снижая качество жизни оперированных больных [1].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей клинике под руководством Г. К. Жерлова в 2001 г. разработана оригинальная методика формирования толстокишечного резервуара при низкой передней резекции прямой кишки (Патент РФ № 2302827 от 20.07.2007 г.).



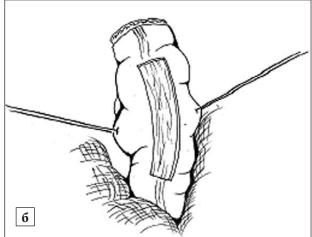


Рис. 1а, б. Этап операции: подготовка к формированию резервуара (пояснение в тексте)

Методика операции была неоднократно описана в журнальных статьях и монографиях, поэтому ниже мы позволим себе остановиться только на основных моментах выполнения операции.

Обязательным этапом операции у онкологических больных является лимфодиссекция в основании a. mesenterica inferior и перевязка верхней прямокишечной артерии у места ее отхождения. При этом удаляются лимфатические узлы, которые являются коллекторами лимфооттока от верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Лирообразным разрезом рассекается париетальная брюшина спереди от прямой кишки. После этого проводится мобилизация прямой кишки в объеме тотальной мезоректумэктомии. Выполнение мезоректумэктомии при раке средней и нижней третей прямой кишки позволило значительно сократить процент местного рецидива опухоли, особенно при выполнении сфинктеросохраняющей резекции, что подтверждается нашими данными и данными литературы [5, 6].

Затем приступают к формированию колоректального анастомоза. Выше места будущего соустья на 20—30 мм по противобрыжеечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 50—55 мм и шириной 15—18 мм без вскрытия просвета кишки (рис. 1а, б). Образованную площадку, лишенную серозно-мышечной оболочки, сшивают в поперечном направлении узловыми швами (рис. 2а, б), после чего формируется «ректосигмоидный переход».

Сформированную таким образом конструкцию низводят в полость малого таза. В области задней полуокружности сигмовидной и прямой кишок накладывают узловые серозно-мышечные швы. Свободные от мышечной оболочки

подслизистые основы обеих кишок восстанавливают непрерывным подслизистым кетгутовым швом. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина малого таза восстанавливается над областью сформированного толстокишечного резервуара (рис. 3). Операция завершается дренированием полости малого таза через забрюшинный доступ двумя силиконовыми трубками.

С 2001 по 2011 гг. низкая передняя резекция прямой кишки с формированием кишечного резервуара в собственной модификации в нашей клинике была выполнена у 74 пациентов в возрасте от 45 до 73 лет (табл. 1).

Показанием для выполнения операции во всех случая служил рак прямой кишки с локализацией опухоли в средне- и нижнеампулярном отделах $(10\pm2.7~{\rm cm}~{\rm or}~{\rm ahyca}).$

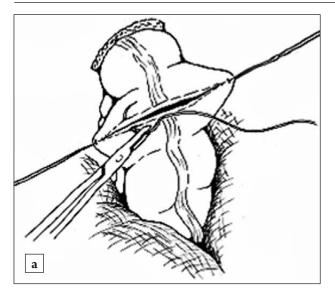
Таблица 1 Распределение оперированных больных по полу и возрасту

| | | Возраст (лет) | | | |
|---------|----|---------------|-------|-------|--|
| | n | 41—50 | 51—60 | 61—70 | |
| Мужчины | 46 | 7 | 29 | 10 | |
| Женщины | 28 | 3 | 16 | 9 | |
| Всего | 74 | 10 | 45 | 19 | |

Стадию процесса определяли по классификации TNM (табл. 2).

После операции пациенты по показаниям получали химиотерапию в адъювантном режиме.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 11 (14,9 %) пациентов: 6 случаев — нагноения послеоперационных



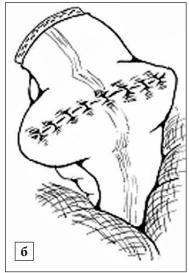


Рис. 2а, б. Этап операции: процесс формирования резервуара (пояснение в тексте)

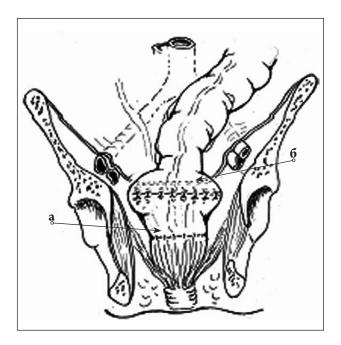


Рис. 3. Окончательный вид сформированного кишечного резервуара: а — колоректальнй анастомоз, б — резервуар

швов, 2 случая послеоперационного плеврита и 3 случая мочевой инфекции на фоне длительной катетеризации мочевого пузыря.

Среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило 10,9±1,7 сут., средние сроки временной утраты трудоспособности после операции — 68,3±9,53 сут., средний послеоперационный период — 49,4±2,3 мес., причем общий интервал составил от 24 до 74 мес.

В течение 6 мес. после операции от прогрессирования опухоли умерло 2 пациента, один пациент в указанные сроки умер от прогрессирования ишемической болезни сердца.

В представленном наблюдении обобщены данные медицинских записей и результат прямого общения с пациентами.

В ближайшем и отделенном послеоперационном периодах все пациенты проходили комплексное обследование, которое включало лабораторные и инструментальные методы исследования.

При изучении порогового и максимально переносимого объемов, путем введения в прямую кишку на определенную глубину тонкостенного баллона и последующего заполнения его теплой жидкостью, пользовались следующими показателями (все объемы измерялись в миллилитрах):

Таблица 2 Распределение оперированных больных по полу и стадии опухолевого процесса

| | n | Стадии опухолевого процесса | | | | | |
|---------|----|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | n | $T_1N_0M_0$ | $T_2N_0M_0$ | $T_2N_1M_0$ | $T_3N_0M_0$ | $T_3N_1M_0$ | $T_4N_1M_0$ |
| Мужчины | 46 | 0 | 6 | 9 | 9 | 18 | 4 |
| Женщины | 28 | 1 | 2 | 6 | 9 | 7 | 3 |
| Всего | 74 | 1 | 8 | 15 | 18 | 25 | 7 |

| | | Сроки наблюдения, мес. | | | |
|-------------------------------|-----------|------------------------|-------------|-------------|--|
| | 1,5—3 | 6—12 | 24 | 36—50 | |
| Пороговый объем | 27,2 ±4,3 | 46,5 ±2,3* | 59,6 ±2,3* | 66,3 ±2,9 | |
| Объем дефекации | 65,4 ±3,2 | 103,7 ±4,2* | 122,9 ±3,8 | 131,7 ±5,1* | |
| Максимально переносимый объем | 87.9 ±4.2 | 125.8 ±5.9* | 149.7 ±7.9* | 162.7 ±6.6* | |

Таблица 3 Показатели объемов кишечного резервуара в различные сроки после операции, мл

- *p < 0,01 по сравнению с предыдущими.
- 1) пороговый объем (ПО) объем, при котором пациент начинает ощущать заполнение прямой кишки;
- 2) объем дефекации $(O\Delta)$ объем, при котором у пациента появляется позыв на дефекацию;
- 3) максимально переносимый объем (МПО) — объем, при котором пациент ощущает императивный позыв на дефекацию.

В таблице 3 представлены сводные показатели объемов прямой кишки у пациентов в различные сроки наблюдения.

Математическая обработка полученных данных проведена на ПК с помощью программы обработки данных «Биостатистика». Достоверность различных средних арифметических величин определяли по абсолютному показателю точности (Р) по таблице процентных точек распределения Стьюдента в зависимости от коэффициента достоверности (t) и числа степеней свободы (n). На основании t по таблице Стьюдента определялась вероятность различия (р). Различие считалось достоверным при р ≤ 0,05, т. е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла более 95 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя полученные результаты, хорошо видно, что уже через 6 мес. после операции отмечается увеличение всех показателей объемов прямой кишки. Наличие разницы в объеме дефекации и максимально переносимом объеме (от 20 до 30 мл) свидетельствует о большей растяжимости стенки кишки в области «искусственной ампулы» у пациентов, оперированных по разработанной методике.

При рентгенологическом исследовании в сроки от 6 мес. и более, выше колоректального анастомоза во всех наблюдениях отмечается расширение просвета кишечного резервуара до 4,36—6,8 см (m = $5,1\pm0,7$ см), стенки кишки ровные, эластичные, свободно расправляются при введении контрастной массы (рис. 4).

Поскольку одним из основных клинических проявлений «синдрома низкой передней резекции» является недержание кала, наличие императивных позывов и так далее, большой интерес вызывает изучение именно функции держания кала в непосредственной оценке самим пациентом. При этом степень инконтиненции рассматривалась только в качестве клинического критерия и оценивалась по шкале Wexner'a (Wexner score) [9].

Изучение степени анальной инконтиненции было проведено у 44 пациентов после низкой

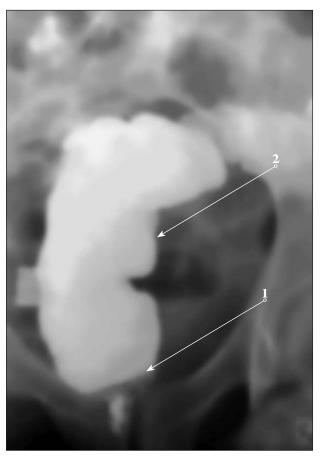


Рис. 4. Больной Ф., 12 мес. после операции (проктография): 1 — линия колоректального анастомоза; 2 — толстокишечный резервуар

Таблица 4
Пациенты, принявшие участие в изучении качества жизни после операции на прямой кишке

Сроки после операции (мес.) N 1,5—3 | 6—12 24 36—60 Основная 41 41 41 39 32 группа Контрольная 20 20 20 18 16 группа Здоровые 14 волонтеры

1 4 Таблица 5 Показатели Wexner score в разные сроки после операции у пациентов основной группы и группы сравнения

| | Сроки после операции (мес.) | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|--|
| | 1,5—3 | 6—12 | 24 | 36—60 | |
| Основная группа | 12,1±2,1 | 9,3±1,9 | 5,4±1,1* | 4,8±0,7* | |
| Контрольная группа | 13,3±0,7 | 11,3±0,3 | 11,2±0,4 | 10,2±1,5 | |
| Здоровые волонтеры | 1,2±0,01 | | | | |

^{*}p < 0.01.

передней резекции с формированием «новой ампулы» прямой кишки (основная группа). В ходе исследования из него были исключены 3 пациента в связи с генерализацией процесса в сроки от 6 до 18 мес. после операции и один пациент, умерший от прогрессирования ишемической болезни сердца.

Для сравнения полученных результатов аналогичное исследование было проведено у 20 пациентов после низкой передней резекции с «прямым» колоректальным анастомозом без формирования резервуара (группа контроля).

Были взяты также результаты исследования 14 здоровых волонтеров, которые были сходны с основной и контрольной группами по полу и возрасту.

Сводные данные о пациентах, принявших участие в исследовании, приведены в таблице 4.

Основными жалобами у пациентов после низкой передней резекции прямой кишки в основной и контрольной группах в ранние сроки после операции были недержание жидкого кала и газов. Все это неизбежно требовало изменения образа жизни, ограничивало их трудовую и социальную реабилитацию.

Значительное улучшение состояния держания кала в обеих группах происходило в течение первого года после операции, но наиболее заметные изменения отмечены у пациентов с искусственно «ампулой» (основная группа). По истечении года и более после операции, за счет включения в работу резервуара, происходила адаптация организма к возникшей ситуации, и уже через 2 года разница в уровне держания кала у пациентов с кишечным резервуаром и контрольной группы становится достоверной (табл. 5).

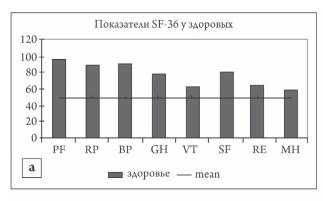
В сроки от 3 до 5 лет после операции показатели держания кала у пациентов основной группы и группы контроля по шкале Wexner'a приближались к нормальным показателям, составляя соответственно $4,6\pm0,4$ и $3,1\pm0,5$ балла.

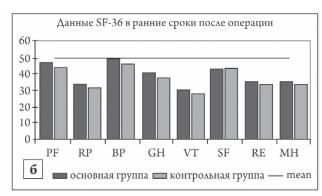
Результаты изучения функции держания кала у больных после низкой передней резекции с помощью шкалы Wexner'a показало, что сформированная искусственная «ампула» прямой кишки способствует профилактике анальной инконтиненции как ведущего симптома синдрома «low anterior resection».

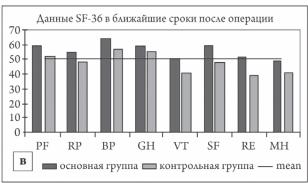
Оценивая качество жизни по опроснику SF-36 [10, 11], мы также отметили снижение показателей уровня качества жизни в ранние сроки после операции, что обусловлено как непосредственно операционной травмой, так и возникшими новыми анатомофизиологическими взаимоотношениями. Однако динамическое наблюдение за пациентами в ближайшие и отдаленные сроки после операции демонстрирует рост качества жизни в обеих группах (рис. 5 а—г).

Анализ приведенных графиков выявил, что уже в ближайшем послеоперационном периоде показатели качества жизни в основной группе приближаются к средним значениям по всем категориям вопросов. Причем данное различие сохраняется и в отдаленном послеоперационном периоде, что свидетельствует о положительном влиянии операции по разработанной методике на качество жизни оперированных больных в сравнении со «стандартной» операцией.

Низкие показатели МН (Mental Health — психическое здоровье) и VT (ViTality — жизненная активность) в основной группе можно объяснить характером патологического процесса, приведшего к операции. Вместе с тем, сравнительно высокие показатели шкалы RP (Role-Physical Functioning — ролевое функционирование) и SF (Social Functioning — социальное функционирование) свидетельствуют о восстановлении







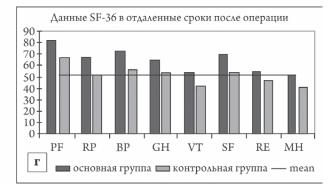


Рис 5. Показатели качества жизни по SF-36: а — здоровые волонтеры; б — ранние сроки после операции; в — ближайшие сроки после операции; г — отдаленные сроки после операции

физического и социального состояний пациента, что благоприятно сказывается на его повседневной деятельности.

Сравнение показателей Wexner score и SF-36 позволяет нам еще раз сделать вывод о том, что значительную роль в уровне качества жизни во все сроки после операции низкой передней резекции прямой кишки играет состояние держания кала. Так, если в ранние сроки после операции отмечаются выраженные проявления инконтиненции, то и данные SF-36 указывают на снижение качества жизни и, напротив, когда в отдаленном послеоперационном периоде происходит восстановление резервуарной функции прямой кишки, уровень качества жизни по SF-36 повышается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, разработанный способ завершения операции низкой передней резекции прямой кишки, направленный на восстановление ее резервуарной функции и профилактику синдрома «низкой передней резекции», позволяет значительно повысить уровень качества жизни больных, особенно в отдаленном послеоперационном периоде, в первую очередь за счет снижения проявлений анальной инконтиненции. Несмотря на то, что новый метод реконструкции прямой кишки технически несколько сложнее, данное исследование наглядно продемонстрировало, что он может быть адекватной альтернативой профилактике синдрома «низкой передней резекции».

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др. Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций сформированием J-образного резервуара // Хирургия. 2000. N° 6. C. 41 47.
- 2. Одарюк Т. С., Покровский Г. А., Царьков П. В. и др. Результаты интерсфинктерной резекции при низком раке прямой кишки // Проблемы колопроктологии. М., 2000. Вып. 17. С. 364—367.
 - 3. Яицкий Н. А., Седов В. М., Васильев С. В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 374 с.
- 4. Brennan D. J., Moynagh M., Brannigan A. E. et al. Routine Mobilization of the Splenic Flexure is not Necessary During Anterior Resection for Rectal Cancer // Dis. Colon Rectum. 2006. Vol. 50. P. 1—6

- 5. Cecil T.D., Sexton R., Moran B.J. et al. Total mesorectal excision results in low local recurrence rates in lymph node-positive rectal cancer // Dis. Colon Rectum. 2004. Vol. 47. P. 1145—1150.
- 6. Heald R. J., Moran B. J., Ryall R. D. et al. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978—1997 // Arch. Surg. 1998. Vol. 133. P. 894—899.
- 7. Mette O., John C. Giver J-pouch ved lav anterior resection ror Rectumcancer bedre funktionelt resultat? // Ugeskr. Laeger. 1998. Vol. 160, №22. P. 3198—3202.
- 8. Sato H., Maeda K., Hanai T. et al. Modified Double-Stapling Technique in Low Anterior Resection for Lower Rectal Carcinoma // Surg Today. 2006. Vol. 36. P. 30—36.
- 9. Vaizey C.J., Carapeti E., Cahill J.A. et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems // Gut. 1999. Vol. 44. P. 77—80.
- 10. Ware J. E. Jr., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med Care. 1992. Vol. 30. P. 473—483.
- 11. Ware J. E. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Жерлов Г. К. — д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, первый директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Клоков С. С. — канд. мед. наук, зам. директора по лечебной работе НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Панкратов И. В. — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Контакты:

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56-42-65 e-mail: apk@gastro.tomsk.ru С. Г. Афанасьев, Ж. А. Старцева, А. С. Тарасова, А. В. Усова, С. В. Авдеев, С. И. Савосина

НОВЫЕ СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

S. G. Afanasyev, Zh. A. Startseva, A. S. Tarasova, A. V. Ousova, S. V. Avdeyev, S. I. Savosina

NEW SPHINCTER-SAVING TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER

ФГБУ НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

© С.Г. Афанасьев, Ж.А. Старцева, А.С. Тарасова, А.В. Усова, С.В. Авдеев, С.И. Савосина

Проведена оценка непосредственной эффективности предоперационной лучевой терапии (Λ T) рака прямой кишки II—III стадии с радиосенсибилизацией капецитабином в суточной дозе 1650 мг/м² в дни облучения. Комбинированное лечение получил 31 пациент, из них 19 пациентам проведена дистанционная Λ T расщепленным курсом в дозе 60 Гр, 12 — сочетанное (дистанционное + внутриполостное) облучение, СОД 56 Гр по изоэффекту. Частота полных регрессий первичной опухоли составила 35,5 %, радикальные сфинтерсохраняющие вмешательства выполнены 90 % оперированных больных. Полученные результаты позволяют расценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод лечения.

Ключевые слова: рак прямой кишки, предоперационная лучевая терапия, радиосенсибилизация, сфинктерсохраняющие медицинские технологии.

The direct efficacy of preoperative radial therapy of II—III stage rectal cancer with radiosensibilization of capecitabin in the daily dose of 1650 mg/m^2 is assesssed. Combined treatment was performed in 31 patients. Rate of complete regressions of primary tumor 35,5 %, radical sphincter-saving interventions were performed in 90 % of operated on patients. The results obtained allow to consider the developed program as an effective and safe treatment method.

Key words: rectal cancer, preoperative radial therapy, radiosensibilization, sphincter-saving technologies.

УДК 616.351-006.6-089.844:611.352

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения рака прямой кишки (РПК) в последние десятилетия находится в центре внимания. Основной причиной этого является неуклонный мировой рост заболеваемости РПК, сопровождающийся высоким уровнем смертности [6, 10, 13, 14, 23]. Аналогичная ситуация наблюдается и в Российской Федерации, где заболеваемость РПК за 10 лет возросла практически в 1,5 раза, с 60,4 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 87,9 на 100 тыс. в 2011 г. Уровень летальности за этот период имеет тенденцию к снижению, хотя остается достаточно значительным — 35,1 и 27,7 на 100 тыс. населения соответственно [1, 12].

В современных условиях основной целью лечения больных РПК является полное

выздоровление с сохранением функции управляемой дефекации, что требует применения мультидисциплинарного подхода, сочетающего существующие методы противоопухолевого воздействия. С этих позиций особую трудность представляет лечение больных с опухолевым поражением нижнеампулярного отдела прямой кишки, на долю которого приходится до 44,7 % всех случаев РПК [5, 7, 8, 22]. При данной локализации опухолевого процесса долгое время операцией выбора являлась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. В последние годы этот метод хирургического лечения лишился статуса «золотого стандарта», уступив место сфинктерсохраняющим технологиям. Расширению показаний к выполнению органосохраняющих операций при «низких» опухолях прямой кишки способствовала разработка комбинированных методов лечения с использованием неоадъювантных режимов лучевой и лекарственной терапии [2, 4, 18, 19]. Чаще всего предпочтение отдается предоперационной лучевой терапии (ЛТ), место которой в комбинированном лечении РПК определено достаточно четко. Одним из наиболее важных эффектов предоперационного облучения является способность девитализировать клетки опухоли и тем самым снизить вероятность диссеминации жизнеспособных клеток во время операции. Считается, что до операции клетки опухоли более оксигенированы, и значит, более чувствительны к воздействию ионизирующего излучения, чем после операции [9, 15].

До конца не решенным остаётся вопрос о выборе способа фракционирования и суммарной дозы предоперационного облучения. В литературе достаточно острой остается полемика между сторонниками «коротких» и «длинных» курсов неоадъювантной лучевой терапии при РПК. Авторы, отстаивающие первую точку зрения, приводят данные о том, что использование короткого курса ЛТ с суммарной дозой 25 Гр приводит не только к снижению частоты местных рецидивов, но и к улучшению 5-летней выживаемости | 20, 21 |. Вместе с тем, несомненным преимуществом предоперационной лучевой терапии является уменьшение размеров первичной опухоли, что расширяет показания к выполнению сфинктерсохраняющих операций. Однако эффект при коротких курсах ЛТ с оперативным вмешательством в ранние сроки после завершения облучения не успевает реализоваться [9, 11, 16, 17 |.

Поэтому большинство исследователей с целью максимального уменьшения размеров опухоли применяют пролонгированный курс лучевой/химиолучевой терапии суммарной дозой не менее 40 Гр с последующим отсроченным хирургическим вмешательством. Данная методика позволяет добиться уменьшения размеров опухоли, что в ряде случаев повышает резектабельность и создает более благоприятные условия для сохранения сфинктерного аппарата прямой кишки [16, 20, 21].

Вместе с тем, стремление увеличить разовую и/или суммарную очаговую дозу облучения может привести к увеличению количества местных лучевых реакций, что негативно сказывается на результатах хирургического этапа комбинированного лечения [2, 16]. Для усиления эффекта облучения и улучшения непосредственных результатов неоадъювантной лучевой терапии используются

различные методики. Во-первых, применение радиомодификаторов, преследующих цель максимально снизить радиорезистентность гипоксических опухолевых клеток, что способствует выполнению большего числа сфинктерсохраняющих операций, а в ряде случаев позволяет добиться полной регрессии первичной опухоли 3, 4, 17]. Во-вторых, различные методики подведения облучения, в частности, внутриполостной ЛТ, которая позволяет снизить лучевую нагрузку на смежные «критические» органы. По данным мировой литературы, опыт применения сочетанной лучевой терапии на фоне радиосенсибилизаторов при лечении «низких» раков прямой кишки представлен недостаточно. Кроме того, нет общепризнанных рекомендаций по выбору вида модификатора. Наиболее часто используют локальную СВЧ-гипертермию, электронно-акцепторные соединения, гипергликемию, ряд цитостатиков (5-фторурацил, капецитабин и др.), а также их сочетания [2, 9, 16, 20]. С этих позиций крайне привлекательным является туморактивируемый препарат капецитабин, имеющий низкую и хорошо контролируемую токсичность, а также возможность применения в амбулаторных условиях.

В ФГБУ НИИ онкологии СО РАМН разработан оригинальный метод комбинированного лечения больных раком прямой кишки с использованием сочетанного курса предоперационной лучевой терапии (дистанционное + внутриполостное облучения) на фоне приема капецитабина в радиосенсибилизирующей дозировке (патент РФ № 2447941 от 20.04.12, приоритет от 25.10.10).

Целью настоящего исследования является оценка непосредственной эффективности метода комбинированного лечения РПК, определение возможности выполнения сфинктерсохраняющих операций в условиях сочетанной предоперационной лучевой терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

В исследование включен 31 пациент (24 (77,4%) мужчины и 7 (22,6%) женщин) с морфологически подтвержденным диагнозом: рак прямой кишки II—III стадии $(T_{2-4}N_{0-1}M_0)$. Во всех случаях морфологический вариант заболевания— аденокарцинома с различной степенью дифференцировки. Средний возраст пациентов составил 60 лет. В большинстве случаев диагностировано поражение нижнеампулярного

отдела прямой кишки — у 20 (64,5 %) пациентов, среднеампулярного отдела — у 5 (16,1 %), сочетанное поражение 2 сегментов прямой кишки — у 6 (19,4 %), в том числе средне- и нижнеампулярного — у 4 (12,9 %), средне- и верхнеампулярного отделов — у 2 (6,5 %). Учитывая исходную локализацию и/или распространенность первичной опухоли, в большинстве случаев операцией выбора являлась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (БПЭПК).

На первом этапе во всех случаях проводилась дистанционная гамма-терапия в стандартном режиме фракционирования дозы: РОД 2,0 Гр, кратность 5 раз в неделю, на фоне радиосенсибилизации капецитабином в дозе 825 мг/м² два раза в сут. в дни проведения лучевой терапии до СОД 40,0 Гр. Дозиметрическое планирование проводилось с использованием спиральной компьютерной томографии (СКТ) в системе дозиметрического планирования Хіо. Лучевую терапию проводили на гамма-терапевтическом аппарате Theratron Equinox методом четырехпольного статического облучения. Клинический объем мишени включал первичную опухоль, а также регионарные лимфатические узлы первого порядка. После планового перерыва (14 дней) осуществлялась оценка эффекта лечения, по результатам которой определялась дальнейшая тактика. При стабилизации или прогрессировании процесса выполнялся хирургический этап, при частичной регрессии продолжалась неоадъювантная терапия.

На втором этапе предоперационной терапии 12 (38,7 %) пациентов с локализацией опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки получили внутриполостное облучение на гамма-терапевтическом аппарате MultiSourse HDR в режиме: РОД 3,0 Гр, кратность — 2 раза в неделю до СОД 16,0 Гр по изоэффекту. Дозиметрическое планирование осуществлялось с помощью системы HDR. Источник последовательно перемещался по катетеру с шагом 5 или 10 мм. Максимальное число активных позиций в аппликаторе составляло 15, что позволяло широко варьировать размеры облучаемой мишени при проведении дальнейшего дозиметрического планирования с оптимизацией дозного распределения в условиях фракционированного облучения. Необходимую топометрическую информацию получали с помощью СКТ, что обеспечивало отчетливую визуализацию всего объема опухолевого поражения стенки кишки, распространения опухолевой инфильтрации на соседние органы и особенности топографического расположения соседних органов (мочевой пузырь, матка, яичники, предстательная железа). В дни облучения пациенты получали капецитабин в дозе 825 мг/м^2 два раза в сутки.

При локализации опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки, невозможности установить аппликатор в просвет прямой кишки либо отказе больного от внутриполостного облучения дистанционная гамма-терапия продолжалась в стандартном режиме до СОД 60,0 Гр на фоне приема капецитабина в дозе 825 мг/м² два раза в сут. в дни облучения. По данной схеме лечение получили 19 (61,3 %) пациентов.

Оценка эффективности проведенной химиолучевой терапии проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ (данные эндоскопического исследования, СКТ, магнитнорезонансной томографии и эндоультрасонографии). При регистрации полной морфологически верифицированной регрессии первичной опухоли больные без проведения хирургического вмешательства находились под динамическим наблюдением. При частичной регрессии операция проводилась через 6—8 нед. после окончания химиолучевой терапии. Анестезиологическое пособие: мультимодальная анестезия, сочетающая эндотрахеальный наркоз севораном с продленной эпидуральной анестезией по методике G. Niemi, H. Breivik.

Полученные данные обрабатывались с использованием стандартных пакетов программ статистического анализа Statistica 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В период проведения химиолучевой терапии все пациенты удовлетворительно переносили назначенный курс, во всех случаях завершена предоперационная лучевая терапия в запланированном объеме. Острые местные лучевые реакции в виде ректита наблюдались у 6 (19,4 %) из 31 пациента: у 4 (12,9 %) — лучевой ректит легкой степени по шкале RTOG/EORTC (1995 г.), у 2 (6,5 %) — средней степени выраженности. Все случаи были связаны с проведением внутриполостной лучевой терапии. В 1 (3,2 %) случае при наружном облучении отмечались явления лучевого цистита, которые потребовали лекарственной коррекции после завершения радикального курса химиолучевой терапии.

При окончательной оценке результатов сочетанной химиолучевой терапии с внутриполостным облучением, выполненной через 6 нед

после завершения облучения, у 5 (41,7 %) из 12 пациентов наблюдалась полная, морфологически подтвержденная регрессия опухоли, этим больным хирургический этап не выполнялся. При динамическом наблюдении в течение 12 мес. признаков продолженного роста опухоли также отмечено не было. У остальных 7 (58,3 %) пациентов из этой подгруппы зафиксирован эффект в виде частичной регрессии более 50 %, что потребовало хирургического лечения. При этом вместо первоначально планировавшейся органоуносящей радикальной операции в объеме БПЭПК 6 (50 %) больным выполнены сфинктерсохраняющие операции (3 низких передних резекций, 2 брюшно-анальные резекции, 1 трансанальное иссечение остаточной опухоли). В 1 (8,3 %) случае в связи с обширной опухолевой инвазией в параректальную клетчатку пришлось выполнить брюшнопромежностное иссечение прямой кишки. Этот пациент погиб через 6 мес. после оперативного лечения из-за метастатического поражения печени, остальные наблюдаются более 12 мес. без признаков прогрессирования. Таким образом, применение химиолучевой терапии с внутриполостным облучением на фоне радиосенсибилизации капецитабином обеспечило сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки у 91,7 % больных с «низким» РПК без ущерба для радикальности лечения.

Из 19 больных, получивших предоперационное дистанционное облучение, полная морфологически подтвержденная регрессия опухоли зарегистрирована у 6 (31,6 %). Оперативное вмешательство проведено 13 (68,4 %) больным с эффектом частичной регрессии опухоли: экстирпация прямой кишки выполнена в 1 (5,3 %) случае, в остальных — сфинктерсохраняющие операции (3 низких передних резекций, 6 брюшно-анальных резекции, 3 трансанальных резекций остаточной опухоли), что составило 63,2 %. Все пациенты, завершившие комбинированное лечение в полном объеме (предоперационная химиолучевая терапия + операция) и с полной регрессией опухоли после химиолучевой терапии, наблюдаются в сроки до 12 мес. без признаков рецидива/прогрессирования заболевания.

В целом, при комбинированном лечении с использованием расщепленного курса предоперационной лучевой терапии на фоне радиосенсибилизации капецитабином в суточной дозе 1650 мг/м² в дни облучения частота полных регрессий первичной опухоли составила 35,5 %,

радикальные сфинтерсохраняющие вмешательства выполнены 18 из 20 оперированных больных, что составило 90 %. При анализе течения периоперационного периода в обеих подгруппах больных, послеоперационных осложнений, связанных с проведением химиолучевой терапии, не отмечено.

Для подтверждения эффективности разработанной технологии сфинктесохраняющего лечения «низкого» рака прямой кишки приводим клиническое наблюдение.

Пациентка Г., 63 года, с диагнозом: Рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки IIB стадия $(T_4N_0M_0)$. Гистология $(N^0 4843/10)$: умеренно дифференцированная аденокарционома. При госпитализации в торако-абдоминальное отделение ФГБУ НИИ онкологии СО РАМН 1.03.10 г. предъявляла следующие жалобы: императивные позывы к дефекации, ощущение инородного тела в прямой кишке, наличие крови в каловых массах. При эндоскопическом исследовании (05.03.10) сразу за Z-линией определялся полюс опухоли с основанием на правой полуокружности, распространяющийся до 6 см от ануса, далее опухоль циркулярно переходила на все стенки кишки, верхний полюс — на уровне 10 см от сфинктера. Заключение: опухоль средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. При СКТ органов малого таза (06.03.10): в прямой кишке на уровне нижне- и среднеампулярного отделов располагается опухоль, практически полностью суживающая просвет кишки (рис. 1). Стенки кишки равномерно утолщены на всем протяжении патологического процесса, имеется инфильтрация параректальной клетчатки. Явно увеличенных лимфоузлов не определяется. РЭА (11.03.10): 7,62 нг/мл (норма 0—5 нг/мл).

На первом этапе лечения была назначена дистанционная гамма-терапия в стандартном режиме РОД 2,0 Гр, кратность — 5 раз в неделю до СОД 40,0 Гр на фоне приема капецитабина в дозе $825 \text{ мг/м}^2 2$ раза в сут. в дни облучения. При контрольном обследовании (ректороманоскопия, 20.04.10): опухоль в нижнеампулярном отделе по правой полуокружности, экзофитная форма роста с признаками распада (контактная кровоточивость, фибринозные наложения), просвет кишки умеренно сужен. Нижний полюс на 1,5 см от Z-линии. Протяженность опухоли до 9 см от ануса. Левая стенка кишки свободна от опухоли. Заключение: Опухоль нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки, состояние после ХЛТ, частичная регрессия. РЭА (20.04.10): 5,62 нг/мл.



Рис. 1. СКТ органов малого таза больной Г., 63 года. Диагноз: Рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки. Состояние после начала химиолучевой терапии

На втором этапе лечения проведено 5 сеансов внутриполостной гамма-терапии РОД 3,0 Гр до СОД 16,0 Гр по изоэффекту на фоне приема капецитабина в дозе 825 мг/м² 2 раза в сут. в дни облучения. Осложнений, связанных с проведением лучевой терапии, не было. При оценке эффективности проведенной терапии, выполненной через 5 нед после завершения облучения, зафиксирована частичная регрессия процесса. По данным ректороманоскопии и компьютерной томографии (рис. 2), по правой полуокружности прямой кишки определяется остаточная опухоль протяженностью от 4 до 8 см от ануса. Левая стенка кишки свободна от опухоли. Заключение: Опухоль прямой кишки. Состояние после химиолучевой терапии, частичная регрессия.

Завершающим этапом комбинированного лечения было выполнение радикальной операции (09.07.10): низкая передняя резекция прямой кишки (ТМЕ), аорто-подвздошная лимфодиссекция, коло-анальный анастомоз сформирован с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Во время операции каких-либо осложнений, связанных с проведением неоадъювантной химио-лучевой терапии, не было. Гистология (№ 15255-304/10, операционный материал): аденокарцинома с выраженным слизеобразованием с инвазией в мышечный слой стенки кишки



Рис. 2. СКТ органов малого таза больной Г., 63 года, через 6 недель после завершения химиолучевой терапии. Диагноз: Рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки. Частичная регрессия опухоли

и параректальную клетчатку глубиной до 3 мм. Терапевтический патоморфоз III степени. Границы резекции без особенностей. В параректальных лимфоузлах — липоматоз.

В раннем и позднем послеоперационных периодах осложнений не наблюдалось. При контрольном обследовании через 24 мес. признаков местного рецидива и отдаленного метастазирования не выявлено. Функция прямой кишки — удовлетворительная. При ректороманоскопии сразу за анальным жомом определяется анастомоз, без признаков рецидива и воспаления. РЭА (24.09.12): 0,93 нг/мл.

выводы

Полученные результаты лечения больных раком прямой кишки II—III стадий с использованием расщепленного курса лучевой терапии и капецитабина в качестве радиосенсибилизатора позволяют расценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод лечения. Внутриполостное облучение может проводиться пациентам с поражением нижнеампулярного отдела прямой кишки на втором этапе предоперационной лучевой терапии. Проведение пролонгированного курса предоперационной химиолучевой терапии способствует более частому

выполнению сфинктерсохраняющих операций, отличается удовлетворительной переносимостью и не ухудшает течения хирургического этапа комбинированного лечения. Использование внутриполостного компонента предоперационного облучения приводит к увеличению частоты полных морфологически верифицированных регрессий первичной опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Аксель Е. М., Давыдов М. И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2010. Т. 23, № 3 (85). Прил. 1.
- 2. Барсуков Ю. А., Ткачев С. И., Кныш В. И. и др. Комбинированное лечение рака прямой кишки с использованием полирадиомодификации // Вопр. онкологии. 2008. Т. 54, № 3. С. 350—353.
- 3. Бутенко А. В., Разбирин В. Н. Рак прямой кишки. Современные направления и тенденции в лечении (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2011. № 6 (48). С. 83—89.
- 4. Дворниченко В.В., Афанасьев С.Г., Шелехов А.В., Москвина Н.А. Лучевая терапия в комбинированном лечении рака прямой кишки (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 1 (31). С. 72—77.
- 5. Ефетов В. М., Ефетов С. В., Черипко О. Н. Рецидивы рака прямой кишки // Онкология. 2006. Т. 8, № 2. С. 176—180.
- 6. Мартынюк В. В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология. 2000. № 1. С. 1—7.
- 7. Невольских А. А., Бердов Б. А., Неборак Ю. Т. и др. Латеральный край резекции как фактор прогноза при раке прямой кишки // Сибирский онкологический журнал. $2010. N^9 5 (41). C. 5 10.$
 - 8. Одарюк Т. С., Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А. Хирургия рака прямой кишки. М. : Дедалус, 2005. 256 с.
- 9. Правосудов И.В., Алиев И.И., Шулепов А.В. и др. Мультидисциплинарный подход к лечению больных раком прямой кишки: оценка клинического и патологического ответа у больных, получавших предоперационную химиолучевую терапию // Онкологическая колопроктология. 2012. N 1. C.7—11.
- 10. Пророков В.В., Малихов А.Г., Кныш В.И. Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой киш-ки // Практическая онкология 2002. Т. 3, № 2. С. 1—5.
- 11. Сидоров Д. В., Вашакамадзе Л. А. Современные принципы лечения рака прямой кишки // Российский онкологический журнал. 2010. № 1. С. 50—54.
- 12. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М. : Φ ГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 240 с.
- 13. Bray F., Sonkila R., Ferlay J. et al Estimates of cancer incident and mortal in Europe in 1995 // Eur. J. Cancer. 2002. Vol. 38 (1). P. 99—166
 - 14. Boyle P., Leon M. E. Epidemiology of colorectal cancer // Brit. Med. Bull. 2002. Vol. 64. P. 1—25.
- 15. Eriksen M. T., Wibe A., Haffner J. et al. Prognostic groups in 1676 patients with T_3 rectal cancer treated without preoperative radiotherapy // Dis. Colon. Rectum. 2007. Vol. 50 (2). P. 156—164.
 - 16. Glimelius B. Radiotherapy in rectal cancer // Br. Med. Bull. 2002. Vol. 64. —P. 141—157.
- 17. Gunderson L. L., Calister M., Morschke R. et al. Stratification of rectal cancer stage for selection of postoperative chemoradiotherapy: current status // Gastrointest. Cancer Res. 2008. Vol. 2 (1). P. 25—33.
- 18. Heald R.J. Surgical management of rectal cancer: a multidisciplinary approach to technical and technological advances // Br. J. Radiol. 2005. Vol. 78. P. 128—130.
- 19. Hernanz F., Gareia-Somacarrea E., Femanez F. The assessment of lymph nodes missed in mesenteric tissue after standard dissection of colorectal cancer specimens // Colorectal Dis. 2010. Vol. 12 (7 Online). E. 57—60.
- 20. Folkessen J., Birgesson H., Pahlman L. et al. Swedish rectal cancer trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate // J. Clin. Oncol. 2005. Vol. 23 (24). P. 5644—5650.
- 21. Kapiteijn E., Marijnen C.A., Nastegaal I.D. et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer // N. Engl. Med. J. 2001. Vol. 345 (9). P. 638—646.
 - 22. Ng K.-H., Morton D. Surgical treatment of colorectal cancer // Surgery. 2006. Vol. 24 (4). P. 141—145.
- 23. Pahiman L., Bohe M., Gedermark B. et al. The Svedish Rectal Cancer Registri // Br. J. Surg. 2007. Vol. 94 (10). P. 1285—1292.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Афанасьев С. Г. — д-р мед. наук, профессор, ведущий науч. сотр. торако-абдоминального отделения Φ ГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Старцева Ж. А. — д-р мед. наук, зав. отделением лучевой терапии Φ ГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Тарасова А.С. — аспирант торако-абдоминального отделения ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Усова А.В. — канд. мед. наук, науч. сотр. отделения лучевой диагностики Φ ГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Авдеев С. В. — д-р мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Савосина С.И. — аспирант отделения анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск.

Контакты:

Афанасьев Сергей Геннадьевич

634028, г. Томск, ул. Савиных, 12/1 e-mail: AfanasievSG@oncology.tomsk.ru

ЭТО ИНТЕРЕСНО



Стали известны имена лауреатов Нобелевской премии по медицине

Нобелевская премия по физиологии или медицине 2012 года присуждена Джону Гёрдону (John B. Gurdon) и Синье Яманаке (Shinya Yamanaka) «за открытие возможности перепрограммирования зрелых клеток в плюрипотентные», сообщается на сайте Нобелевских премий.

В исследованиях лауреатов было обнаружено, что зрелые, специализированные клетки могут быть перепрограммированы в незрелые клетки, способные развиться в различные ткани организма. Как отмечается в документе Нобелевской Ассамблеи Каролинского института, которая присуждает премии в этой номинации, открытие Гёрдона и Яманаки «революционизировало наше представление о развитии клеток и организмов».

Джон Гёрдон обнаружил обратимость специализации клеток в 1962 году. В эксперименте, ставшем классическим, он заменил ядро незрелой яйцеклетки лягушки на ядро из зрелой клетки эпителия кишечника. Такая модифицированная яйцеклетка развилась в нормального головастика, поскольку ДНК зрелой клетки сохранила всю информацию, необходимую для развития всех клеток и тканей лягушки.

Спустя 40 с небольшим лет, в 2006 году, Синья Яманака показал возможность перепрограммирования клеток кожи мыши в клетки, подобные незрелым эмбриональным стволовым клеткам. Оказалось, что для перепрограммирования достаточно внести во взрослые клетки всего несколько генов (сегодня они называются факторами Яманаки), в результате чего зрелые клетки превратятся в плюрипотентные стволовые клетки, т. е. незрелые клетки, способные специализироваться в клетки всех типов, присутствующих во взрослом организме. Их назвали индуцированными плюрипотентными стволовыми клетками, iPSC (induced pluripotent stem cells, iPSC).

Это прорывное, по мнению экспертов, открытие полностью перевернуло представления о развитии организма и процессе клеточной специализации. «Сейчас стало ясно, что взрослые клетки не обречены оставаться в специализированном состоянии навечно. Учебники должны быть переписаны и открыты новые области научных исследований», отмечается в решении Нобелевской Ассамблеи Каролинского института.

Перепрограммируя взрослые клетки человека в плюрипотентные, исследователи получат новые возможности для изучения природы заболеваний и создания новых методов диагностики и терапии.

Сэр Джон Гёрдон родился в 1933 году в Диппенхолле, Великобритания, учился в Оксфордском университете, в настоящее время работает в Институте Гёрдона в Кембридже.

Синья Яманака родился в 1962 в Осаке, Япония. Окончил Университет Кобе, докторскую степень получил в Университете Осаки, в 1993 году приступил к работе в Институте Глэдстона в Сан-Франциско, США, одновременно занимаясь исследованиями в японском Институте науки и технологии Нара. В настоящее время он профессор Университета Киото, который сотрудничает с Институтом Глэдстона.

http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/08/novels/

О. Н. Боцула, Г. Ц. Дамбаев, М. М. Соловьев, А. М. Попов

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

O. N. Botsula, G. Ts. Dambayev, M. M. Solovyev, A. M. Popov

METHOD OF THE COMPRESSION ENTERIC ANASTOMOSIS FORMING

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск © О.Н. Боцула, Г.Ц. Дамбаев, М.М. Соловьев, А.М. Попов

В эксперименте разработан оригинальный способ формирования компрессионного тонкокишечного анастомоза с применением никелид-титановых имплантатов. Сущность метода заключается в наложении конструкции на рассеченную до подслизистого слоя стенку кишки. Определены механическая прочность и условия несостоятельности анастомоза, сроки отторжения конструкции. Доказана возможность проведения орагносохраняющих операций на тонкой кишке и заживления анастомоза по типу первичного натяжения.

Ключевые слова: компрессионный межкишечный анастомоз, тонкий кишечник, никелид титана, несостоятельность анастомоза.

The original method of forming the compression enteric anastomosis using nikelide-titanium implants is developed in the experiment. The method consist of superposing the construction on the intestine wall cut to the submucous layer. Mechanical strength and terms of the anastomosis inconsistency, terms of the construction rejection are defined. The possibility of organ-reserving operations on a small intestine and healing of anastomosis as a primary tension is proved.

Key words: compression intestinal anastomosis, small intestine, nickelide titanium, inconsistent anastomosis.

УДК 616.341-089.86

ВВЕДЕНИЕ

Среди актуальных задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности кишечного шва, являющегося основой всей желудочно-кишечной хирургии, от качества исполнения которого зависит непосредственный исход операции и состояние пациента в послеоперационном периоде. Благодаря непрерывному совершенствованию техники операций, принципов ведения пред- и послеоперационного периодов, широкому применению антибактериальных препаратов, разработке новых видов шовного материала частота осложнений со стороны анастомоза значительно снизилась. К настоящему моменту описано более 500 способов кишечного шва [8, 11]. Несмотря на это, абсолютной надежности традиционного шва исследователи так и не смогли достичь ни в эксперименте, ни, тем более, на практике, т. е. проблема кишечного шва остается до сих пор не решенной. По литературным данным, частота несостоятельности соустья при операциях на желудке и тонкой кишке на сегодняшний день составляет 0,04—8,7 % [9, 10, 12]. В связи с этим продолжаются исследования в области кишечного шва с целью разработки более совершенных методов анастомозирования в плане надежности и функциональности.

Принципиально новое направление в соединении отрезков пищеварительной трубки имплантатами из никелида титана разработано в 80-х гт. в клинике факультетской хирургии Тюменской медицинской академии (профессор Р.В. Зиганьшин). На основе этой идеи в последующем были разработаны различные способы билиодигестивных, желудочно-кишечных, пищеводно-желудочно-кишечных, толсто-толстокишечных анастомозов [5—7]. Такая технология создания компрессионного анастомоза позволила соблюсти асептичность операции, гарантировала гемостаз, сокращала до 5—7 минут время формирования соустья.

Основные требования к сформированному соустью общеизвестны: достаточная ширина, биологическая и механическая прочность, первичная проходимость, соответствие принципам асептичности. Кроме того, наложение анастомоза должно быть легко воспроизводимым в любых условиях и доступно широкому кругу хирургов [1, 2].

Бесшовный компрессионный анастомоз, выполненный имплантатами из никелида титана, технически прост, надежен, герметичен, функционален. Преимуществом имплантатов из никелида титана является способность осуществлять дозированную компрессию в зависимости от толщины ущемленных тканей, что резко расширяет показания к их использованию. Особенности его заживления обусловливают исключение возможности кровотечения из зоны соустья, отсутствие тяжелых анастомозитов, а в отдаленном периоде — формирования рубцовых стриктур. К тому же стоимость имплантатов с памятью формы не превышает таковую современного шовного материала, что в сочетании с простотой использования и возможностью применения молодыми хирургами делает компрессионный метод на основе никелида титана наиболее эффективным [3—5].

Эти факты диктуют необходимость дальнейших разработок использования никелид-титановых имплантатов для формирования надежных межкишечных соустий при резекции тонкой и толстой кишок.

Целью данной работы было разработать и изучить в эксперименте способ формирования компрессионного тонкокишечного анастомоза с использованием материалов из сплавов никелида титана с памятью формы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве подопытных животных были выбраны беспородные собаки. По анатомическому строению, функции и физиологии пищеварительного тракта собака наиболее близка к человеку. В опыте использовались 23 беспородные собаки массой 10—15 кг. Эксперименты были выполнены в отделе экспериментальной хирургии Центральной научно-исследовательской лаборатории при ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (руководитель — д-р мед. наук, проф. А.Н. Байков), согласно этическим принципам, изложеннымх в «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей». Исследование одобрено Этическим комитетом

Сибирского государственного медицинского университета.

Эксперимент проводился в два этапа. На первом этапе из 11 используемых животных на трех была отработана техника формирования межкишечного анастомоза при помощи компрессионной конструкции. Экспериментальное обоснование способа формирования анастомоза было проведено на 8 собаках.

Формирование анастомоза проводилось путем рассечения серозно-мышечного слоя кишки до подслизистого перпендикулярно оси кишки по всей окружности. Серозно-мышечный слой отделялся от подслизистого с помощью тугого тупфера на протяжении около 10—12 мм и заворачивался в виде манжеты, край которой подшивался тремя узловыми швами к серозной оболочке. Слизисто-подслизистый слой перевязывся кетгутовой лигатурой и пересекался. Подобным образом формировалась серозно-мышечная манжета дистальнее места резекции. Таким образом, компрессионный анастомоз дополнительно был погружен в серозно-мышечную «оболочку» путем сшивания непрерывным швом серозно-мышечного слоя стенки кишки, а наложение конструкции проводили на слизисто-подслизистую основу тонкой кишки.

Для формирования анастомоза использовали компрессионное устройство, состоящее из двух витков проволоки сплава никелид титана марки TH-10, соприкасающихся в форме канцелярской скрепки, размерами 12×5 мм с температурным интервалом восстановления формы +10...+25 °C, сечением провода 1,2 мм. Изготовление и физико-техническая экспертиза конструкций проведена в Научно-исследовательском институте медицинских материалов и имплантатов с памятью формы г. Томска (директор — д-р тех. наук, профессор В. Э. Гюнтер).

Подготовка к операции, анестезиологическое пособие и ведение послеоперационного периода у всех животных были одинаковыми.

В эксперименте было сформировано 24 анастомоза. Прооперированных животных выводили из опыта в стандартные сроки на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 30-е сут. после операции.

В условиях управляемого дыхания выполняли срединную лапаротомию, осуществляя доступ в брюшную полость. В лапаротомный разрез выводили петлю тонкой кишки и приступали к резекции кишки и формированию анастомоза.

Методика формирования компрессионного анастомоза заключалась в следующем (патент РФ № 2401075 от 10.10.2010 г.): проводилась

мобилизация резецируемого участка кишки в пределах, необходимых для резекции и наложения анастомоза.

Проксимальнее места резекции рассекали серозно-мышечный слой кишки до подслизистого перпендикулярно оси кишки по всей окружности. Серозно-мышечный слой отделяли от подслизистого с помощью тугого тупфера на протяжении около 10—12 мм и заворачивали в виде манжеты, край которой подшивали тремя узловыми швами к серозной оболочке. Слизисто-подслизистый слой перевязывали кетгутовой лигатурой и отсекали. Подобным образом выделяли серозно-мышечную манжету с пересечением слизисто-подслизистого слоя дистальнее места резекции (рис. 1). Формирование серозномышечной манжеты обеспечивает богатую васкуляризацию зоны анастомоза за счет сосудов мышечного слоя. Это обеспечивает более быстрое и надежное заживление анастомоза.

Следующим этапом проводили сближение и фиксацию приводящего и отводящего концов кишки друг к другу четырьмя узловыми швамидержалками за дупликатуру серозно-мышечной манжеты. Использовали атравматичные иглы с нитями $\Pi\Gamma A 4/0$. На задней и боковых поверхностях между смежными держалками накладывали непрерывные обвивные швы через дупликатуру серозно-мышечной манжеты. После прошивания каждой 1/4 окружности нить обвивного шва связывали с держалкой следующего. Методика использования четырех швов-держалок позволяет избежать сужения анастомоза при затягивании непрерывных швов. Таким образом, без серозно-мышечного покрова остается 1/4 окружности анастомоза на передней поверхности кишки (рис. 2).

Потягивание за кетгутовые лигатуры позволило визуализировать всю окружность формируемого компрессионного анастомоза. В слизисто-подслизистом слое выполняли поперечные проколы диаметром менее 3 мм. Далее в просвет соединяемых концов, перпендикулярно оси кишки, вводили бранши предварительно охлажденного устройства в виде скрепки с V-образно разведенными витками (рис. 2). Впоследствии, при возвращении к исходной форме, под действием температуры оперируемого органа конструкция осуществляла компрессию слизистоподслизистого слоя кишки, необходимую для анастомоза, по периметру участка взаимодействия витков. Благодаря потягиванию за кетгутовые лигатуры осуществляется визуальный контроль качества наложения конструкции, предупреждение попадания в конструкцию серозно-мышечного слоя.

После этого на передней поверхности накладывали непрерывный обвивной шов через дупликатуру серозно-мышечной манжеты на оставшуюся 1/4 окружности анастомоза, осуществляя погружение имплантата в зону анастомоза (рис. 3). Первоначальное наложение серозно-мышечных швов на дупликатуру манжеты обеспечивает минимум времени работы после вскрытия просвета кишки и установления скрепки, и, соответственно, минимальное инфицирование зоны анастомоза.

Сроки миграции устройства изучали с помощью обзорной рентгенографии брюшной полости непосредственно после операции на 4-е, 5-е, 6-е и 7-е сут. и далее по показаниям. Исследования лучевыми методами были выполнены сотрудниками рентгенологического кабинета госпитальных клиник им. А.Г. Савиных СибГМУ

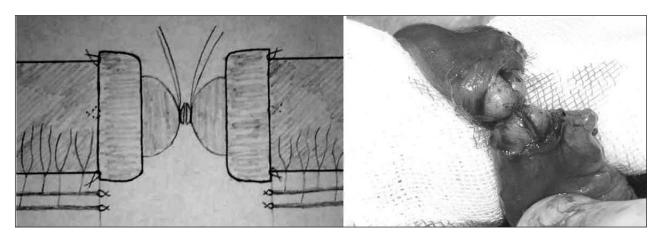


Рис. 1. Первый этап операции выполнения анастомоза на тонкой кишке. Сформированы серозно-мышечные манжеты на границах резекции



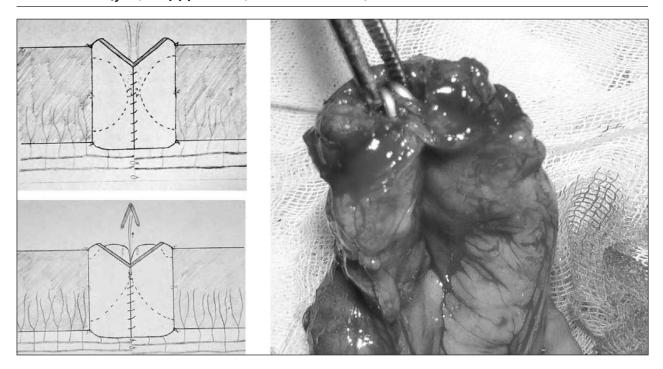


Рис. 2. Выполнение установки конструкции, формирование компрессионного анастомоза

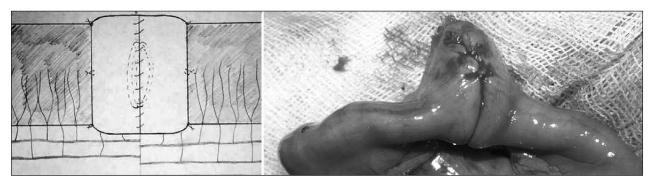


Рис. 3. Завершение формирования анастомоза, конструкция погружена в серозно-мышечную «оболочку»

(заведующая — Л.И. Окунева). Исследование биологической герметичности анастомозов осуществляли по методике, предложенной А. А. Запорожцем, в бактериологической лаборатории при инфекционной клинике СибГМУ. Забор материала для исследования проводили непосредственно после наложения анастомоза, в 1-е и 3-и сут. после операции. Исследование механической прочности анастомоза проводили методом пневмопрессии по методике В.П. Матешука с применением ртутного медицинского манометра, позволяющего измерять давление в пределах от 10 до 260 ±5 мм рт. ст. Полученные данные переводили в единицы СИ (Па) согласно ГОСТ 8.417—2002 «Единицы величин» (от 01.09.2003). Гистологические исследования проводилось на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии (зав. кафедрой — д-р мед. наук, профессор С.В. Логвинов) и в отделе патоморфологии ЦНИЛ СибГМУ (руководитель — д-р мед. наук, профессор Р.И. Плешко).

Кусочки материала фиксировались в жид-кости Корнуа и 10 % нейтральном формалине (рН 7,2—7,4) в течение 12—24 часов. После фиксации и последующей промывки, обезвоживания и заливки в парафиновые блоки готовились срезы толщиной 5—7 мкм по 3—4 на стекло. Окраска выполнялась гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону. Микроскопирование осуществлялось на микроскопах БИОЛАМ-70 и MICROS LC30A с последующей цифровой съемкой. Подсчет клеточных элементов проводился в 10 полях зрения при увеличении 40×10 с перерасчетом на площадь в 1 мм².

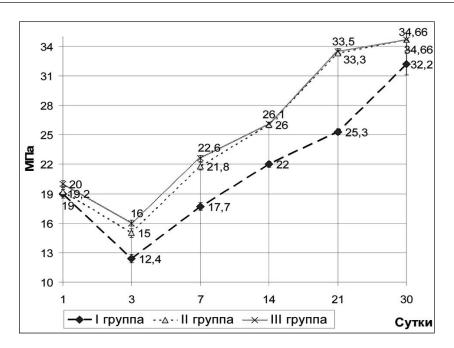


Рис. 4. Динамика механической прочности ручных и компрессионных анастомозов

Определение линейных размеров структур выполнялось на микрометре с ценой деления 0,01 мм. Измерение высоты слизистой и удельной площадей осуществлялось в интактной зоне слизистой, в краевой зоне, прилегающей к язвенному дефекту, а также в области новообразованного пласта слизистой. Расчет удельной площади ворсин и крипт осуществлялся методом точечного счета с последующим определением соотношения крипта/ворсина (СКВ) в Freeware-программе для выполнения морфометрии (автор: Дорошенко Роман. Режим доступа: http://medsoft1.narod.ru).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе SPSS 11.5 для Windows. Центральные тенденции и рассеяние признаков выражались в виде $M\pm m$, где M- средняя арифметическая, m- стандартная ошибка средней. Статистическую значимость показателей сравниваемых выборок оценивали с использованием критерия Стьюдента для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для контроля сроков отторжения и миграции конструкции проводился рентгеноскопический осмотр органов брюшной полости на 4-е, 5-е, 6-е и 7-е сут. после операции. Критерием отторжения конструкции считалось смещение

конструкции или нахождение вдали от зоны анастомоза. По литературным данным, средние сроки отторжения компрессионного устройства Зиганьшина-Гюнтера из зоны анастомоза колеблются в пределах 5—6—7 сут.

В наших экспериментах отторжение устройства начиналось с четвертых суток с пиком на пятые сутки. Выделение устройства естественным путем осуществлялось через 24—36 часов после полного отхождения конструкции из области соустья. Более раннее начало миграции устройства, наложенного на рассеченную стенку кишки, можно объяснить уменьшением массива ущемленных тканей.

Исследование механической прочности анастомоза проводилось методом пневмопрессии по методике В. П. Матешука на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е, 21-е, и 30-е сут. от момента операции. Во всех проведенных нами исследованиях при достижении критического уровня внутрипросветного давления несостоятельной была ручная часть периметра анастомоза, причем пузырьки воздуха появлялись в местах вколов иглы, а не между стежками. Применение непрерывного шва при формировании серозно-мышечной манжеты способствует повышению необходимого для несостоятельности соустья давления разрыва. При этом наложение конструкции на слизисто-подслизистый слой и сшивание непрерывным швом серозно-мышечного слоя еще больше повышало надежность анастомоза в критический период на 3—5 сут. (рис. 4).

При гистологическом исследовании на 3-и сут. отмечался некроз зажатых тканей, однако это не приводило к несостоятельности соустья. Ткани выглядели как тонкие пластинки, которые при удалении анастомозной клипсы повторяли контуры браншей. В зоне компрессии (внутри сдавливающих браншей) определялось наложение некротических масс, пропитанных фибрином. Фибриноидное пропитывание было обнаружено и в подслизистом слое. Там же, в зоне, непосредственно прилегающей к зоне компрессии, и под зоной компрессии определялся периваскулярный отек, стаз, тромбоз капилляров, очаговые кровоизлияния. В области, прилегающей к зоне компрессии, ворсины были сохранены, но наблюдался их отек, пролиферация эпителия, который становился многорядным. В инфильтрате преобладали полинуклеары, мононуклеары встречались в незначительном количестве. Серозная оболочка в области ручного шва с небольшим налетом фибрина была прикрыта прядью сальника, гиперемирована, отечна. Отмечался гнойный процесс, особенно вокруг нитей шовного материала. Экссудативная реакция просматривалась в области дефекта слизистой, в подслизистой основе, в мышечном слое и в серозной оболочке. В инфильтрате преобладали нейтрофилы, мононуклеары встречались в незначительных количествах, фибропластические элементы не определялись.

На 7-е сут. устройств в зоне анастомоза не обнаруживалось. На месте скрепки при этом возникало овальное отверстие, соответствующее форме и длине устройства. Линия соприкосновения краев визуализировалась хорошо. Область дефекта слизистой начинала эпителизироваться за счет краевого наползания эпителия. На дне дефекта — неоваскулогенез и фибробластические процессы.

На 14-е сут. линия соприкосновения краев визуализировалась слабо. Микроскопически определялось наползание эпителия с краев дефекта. В мышечном слое линии анастомоза отмечался тонкий рубец, в который постепенно врастали мышечные волокна и сосуды; все еще сохранялись очаги вакуолизации и незначительная мононуклеарная инфильтрация. Полинуклеары единичные. Множество юных фибробластов, единичные фиброциты. В зоне ручного шва сохранялась гиперемия, фибриновый налет, отек. В месте соединения тканей собственная пластинка была полностью оголена на значительном протяжении. Область соединения тканей была сильно инфильтрована полинуклеарами, юные и зрелые фибробласты встречались в единичных количествах; таким образом, полинуклеарная инфильтрация сохранялась и была достаточно выражена и в эти сроки. Шовный материал хорошо просматривался. Вокруг него сохранялось мощное хроническое воспаление с явлениями гнойной экссудации. Пространство между соединенными стенками кишки было заполнено грануляционной тканью с явлениями неоваскулогенеза. Мышечная оболочка была обильно инфильтрована мононуклеарными и полинуклеарными элементами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате нашего исследования разработан новый способ формирования компрессионного тонкокишечного анастомоза с использованием материалов из сплавов никелида титана с памятью формы, отвечающий всем требованиям межкишечных анастомозов и обладающий рядом преимуществом в сравнении с традиционными методами формирования межкишечных анастомозов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Абуховский, А. А. Теория и практика кишечного шва. Минск : БГМУ, 2006. 178 с.
- 2. Горский В.А., Воленко А.В., Леоненко И.В. и др. О повышении надежности кишечного шва // Хирургия. 2006. № 2. С. 47—51.
 - 3. Гюнтер В. Э., Ходоренко В. Н., Ясенчук Ю. Ф. и др. Никелид титана. Томск : Изд-во МИЦ, 2006. 296 с.
- 4. Дамбаев Г.Ц., Гюнтер В.Э., Соловьев М. М. и др. Имплантаты из никелида титана в абдоминальной хирургии // Бюл. сибирской медицины. 2007. Т. 6, № 3. С. 71—75.
- 5. Зиганьшин Р. В., Гюнтер В. Э., Гиберт Б. К. Первый опыт формирования анастомозов в брюшной хирургии имплантатами с «памятью» формы // Хирургия. 1995
- 6. Зиганьшин Р.В., Гиберт Б.К., Гюнтер В.Э. и др. Компрессионные анастомозы в желудочно-кишечной хирургии, выполненные при помощи устройства из сплава с памятью формы // Хирургия. 1990.— № 8.—С. 115—120.
- 7. Кононов В. П., Кечеруков А. И. Использование устройств из никелид-титана для создания конце-концевых анастомозов // Всеросс. конфер. хирургов : Тез. докл. Тюмень, 2003. С. 146—147.
- 8. Корепанов В. И., Мумладзе Р. Б., Марков И. Н. и др. Кишечный шов: Иллюстрированный обзор литературы. М.: РМАПО, 1995. 74 с.

- 9. Токарева А. В. Сравнительная оценка различных видов кишечных швов у новорожденных и детей раннего возраста // Хирургия. 1990. № 8. С. 17—20.
- 10. Шуркалин Б. К., Горский В. А., Леоненко И. В. Проблема надежности кишечного шва // Consilium medicum: Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. 2004. Т. 6, № 6. С. 442—446.
 - 11. Boschung U. Milestones in the history of intestinal anastomosis. // Swiss Surg. 2003. Vol. 9 (3). P. 99—104.
- 12. Burch J. M., Franciose R. J., Moore E. E. Single-Layer Continuous Versus Two-Layer Interrupted Intestinal Anastomosis: A Prospective Randomized Trial // Ann. Surg. 2000. Vol. 231 (6). P. 832—837.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Боцула О. Н. — заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Дамбаев Г. Ц. — д-р мед. наук, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, профессор, член-корр РАМН, г. Томск.

Соловьев М. М. — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Попов А. М. — канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России. г. Томск.

Контакты:

Боцула Олег Николаевич

634050, г. Томск, ул. Московский тр-т, 2, каф. госпитальной хирургии ГБОУВПО СибГМУ Минздрава России.

тел.: 8-962-782-3605, 41-75-64

e-mail: xelas@vtomske.ru, marlboronv@gmail.com

ЭТО ИНТЕРЕСНО



Изобретен дыхательный тест на рак кишечника

Итальянские ученые разработали тест, при помощи которого можно диагностировать рак кишечника по дыханию пациента, сообщает Medical News Today. Результаты работы исследователей, проведенной под руководством Донато Альтомаре (Donato Altomare) из Университета Бари (Universita degli Studi di Bari Aldo Moro), опубликованы в British Journal of Surgery.

Для разработки теста Альтомаре и его коллеги отобрали 78 добровольцев, у 37 из которых был диагностирован рак прямой кишки. Остальные участники исследования были здоровы и представляли собой контрольную группу. Ученые собрали образцы выдыхаемого воздуха добровольцев в специальные контейнеры и проанализировали их. Целью исследователей было выяснить, какие вещества, связанные с опухолевой активностью, содержатся только в выдыхаемом больными воздухе. В результате эксперимента было обнаружено 15 летучих органических веществ, которые присутствовали только в образцах, полученных от пациентов со злокачественными новообразованиями.

На основе полученных данных Альтомаре и его коллеги разработали тест, эффективность которого проверяли в ходе дополнительных испытаний. Точность выявления рака прямой кишки в этих исследованиях составила 76 процентов.

По словам ученых, для подтверждения эффективности созданной ими методики необходимо провести более обширные испытания. Также следует определить процент ложноположительного срабатывания изобретения.

В настоящее время одним из самых распространенных методов диагностики рака прямой кишки, или колоректального рака, является колоноскопия. Во время этой процедуры врач осматривает внутреннюю поверхность при помощи специального зонда.

http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/12/06/breath/

Р. С. Карась, А. В. Карпович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АВТОНОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

R. S. Karas, A. V. Karpovich

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICACY OF AUTONOMOUS ELECTROSTIMULATION AND THERAPEUTIC TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © Р.С. Карась, А.В. Карпович

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется рядом обстоятельств: эпидемиологическим фактором, клинической значимостью, трудностями при лечении. При выявлении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в большинстве случаев показано оперативное лечение. Однако существует категория пациентов, не имеющая выраженных анатомических и воспалительных изменений пищеводно-желудочного перехода. На современном этапе таким пациентам традиционно назначается консервативная терапия. Данное лечение носит симптоматический, временный характер, так как не устраняет основные патогенетические факторы ГЭРБ, а именно: ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики пищевода и антродуоденальной моторики. Принимая во внимание перечисленные факторы, актуальны разработка и оценка способов автономной электростимуляции ЖКТ, которая успешно сочетается с традиционной лекарственной терапией, а в ряде случаев позволяет добиться лечебного эффекта там, где другие методы лечения не дают положительного результата.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит, эзофагеальная манометрия, антродуоденальная манометрия, моторика, автономный электростимулятор.

The actuality of the problem of gastroesophageal reflux disease (GERD) is defined by epidemiological, clinical significance as well as difficulties in its therapy. While revealing hiatus hernia, surgical treatment is recommended in the majority of cases. However, there are the patients without pronounced anatomic and inflammatory changes of the gastroesophageal junction. At present, these patients are conventionally prescribed conservative therapy. Using the proton pump inhibitors is of symptomatic and transient character as they do not eliminate main pathogenetic factors of GERD: weakening of the lower esophageal sphincter, disturbance of esophageal peristalsis and antroduodenal motility. Taking into account the above factors, the development and evaluation of the efficacy of autonomous electrostimulation of the gastrointestinal tract which is successfully combined with standard drug therapy seem to be well-grounded; in a number of cases it allows to achieve positive therapeutic effect unlike other methods of treatment having no such effect.

Key words: gastroesophageal reflux disease, reflux- esophagitis, esophageal manometry, antroduodenal manometry, motility, autonomous electrostimulator.

УДК 616.329-008.6-002-08-035:[615.847:615.2]-036.8

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГРЭБ) определяется как состояние, которое развивается, если заброс желудочного содержимого вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения. Данное утверждение является ре-

зультатом работы монреальского Международного консенсуса по дефиниции и классификации ГЭРБ в 2006 г. [11]. При отсутствии морфологических изменений слизистой оболочки пищевода говорят об «эндоскопически негативной», «неэрозивной» ГЭРБ, а при их наличии — об «эндоскопически позитивной», «эрозивной» ГЭРБ, или рефлюкс-эзофагите (P9)[2,6].

Актуальность проблемы ГЭРБ определяется рядом обстоятельств: во-первых, эпидемиологическим фактором — распространенность среди взрослого населения развитых стран, по данным разных авторов, составляет от 10 до 60 % [6, 11], во-вторых, клинической значимостью в связи с выраженностью симптоматики и развитием пищеводных и внепищеводных осложнений [5-7], в-третьих, трудностями при лечении [6]. Например, при выявлении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которая встречается у 26—50 % пациентов [4], тактика достаточно ясна — в большинстве случаев показано оперативное лечение [4, 8, 10]. Но существует и другая категория пациентов, не имеющая выраженных анатомических и воспалительных изменений пищеводно-желудочного перехода (ПЖП). На современном этапе таким пациентам традиционно назначается консервативная, зачастую даже монотерапия ингибиторами протонной помпы (ИПП). Данное лечение носит симптоматический, временный характер, так как не устраняет основные патогенетические факторы ГЭРБ [5, 7].

Основные механизмы развития ГЭРБ: ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера (НПС), который является основной преградой на пути гастроэзофагеального рефлюкса, нарушение антродуоденальной моторики и, как следствие, нарушение опорожнения желудка [4, 6, 8—10].

Ключевую роль в ослаблении антирефлюксного барьера играют снижение базального давления НПС и повышение частоты его транзиторных расслаблений (ТРНПС), причины которых до сих пор не установлены [4,6,8-10].

В связи с этим актуальной является разработка альтернативных способов лечения, оказывающих стимулирующее воздействие на тонус НПС, перистальтику пищевода и моторику антродуоденальной зоны.

Эти требования и явились основанием для определения показаний и последующего применения автономного электростимулятора желудочно-кишечного тракта на зонде (АЭС ЖКТ-зонд). Помимо усиления тонуса и координирования перистальтики, дополнительными преимуществами АЭС являются хорошая переносимость, отсутствие побочных действий, малая инвазивность, низкая стоимость стимулятора в сравнении с курсом прокинетиков, «эффект последействия», который заключается в сохранении

прямого эффекта до 12 часов после окончания стимуляции [1,3].

Механизм, лежащий в основе действия АЭС ЖКТ-зонда, имеет двойственный, рефлекторный характер. Во-первых, — это блокирование центральных тормозных влияний на собственный автоматизм ЖКТ, и, как следствие, усиление общей моторной активности, во-вторых, — стимулирование местных рефлекторных механизмов нервно-мышечного аппарата, то есть прямое усиление местной моторной активности прилежащих к электродам отделов ЖКТ [1, 3].

Электростимуляция успешно сочетается с традиционной лекарственной терапией, а в ряде случаев позволяет добиться лечебного эффекта там, где другие методы лечения не дают положительного результата.

Цель исследования: определить показания к выбору метода лечения ГЭРБ. Сравнить эффективность курса электростимуляции при помощи АЭС ЖКТ-зонда и медикаментозного лечения у пациентов с функциональной недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера при ГЭРБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах обследования 126 пациентов. Критериями включения пациентов в исследование явились: установленный диагноз ГЭРБ, отсутствие выраженных анатомических и воспалительных изменений в пищеводе и ПЖП, а также наличие функциональной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера по данным эзофагеальной манометрии с проведением функциональной пробы.

Всем пациентам до начала лечения проводился комплекс диагностических мероприятий: эзофагогастроскопия фиброгастроскопами GiF Q-40 фирмы «Olympus» (Япония) и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) при помощи сканирующих зондов UM-2R/UM-3R через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140 видеосистемы EVIS EXERA GLV-160 фирмы «Olympus» (Япония); рентгеноскопия; 24-часовая рНметрия с использованием ацидогастромонитора суточного носимого АГМ-24 МП («Гастроскан-24»); эзофагеальная манометрия (ЭМ) с использованием 8-канального водноперфузионного катетера 9012Р2271 Ү1722 и антродуоденальная манометрия (АДМ) с применением 8-канального перфузионного катетера SN3873. В качестве регистрирующего устройства использовалась 12-канальная система «Polygraf ID».

Обработка данных проводилась с помощью персонального компьютера с программным обеспечением Polygram 98 EM. Исследование качества жизни проводилось при помощи опросника Gatsrointestinal Quality Life Index (GIQLI).

Объективным методом оценки степени ослабления антирефлюксной функции НПС и его компенсаторных возможностей является эзофагеальная манометрия с проведением функциональной пробы с церукалом. Выполнение пробы показано при снижении исходного базального давления НПС (норма 14 мм рт. ст.), что выявлено у всех 126 пациентов. В этом случае внутримышечно вводился прокинетик церукал в дозе 0,1 мг на 1 кг массы тела пациента и через 10—15 мин. регистрировалась реакция НПС. На основе данной пробы в клинике разработана и применяется классификация недостаточности НПС (Патент РФ № 2281025), которая включает 4 степени и позволяет разграничить его функциональные и органические нарушения. При І-й степени повышение средне-респираторного давления НПС после введения церукала происходило от исходных 10—13 до 14 мм рт. ст. и выше (42,9 % пациентов), при II-й степени от 6—9 мм рт. ст. (33,3 %), при третьей — от 3—5 мм рт. ст. (23,8 %). Указанные степени недостаточности расценивались как функциональные нарушения НПС и являлись основным показанием для проведения электростимуляции и медикаментозного лечения. Если исходное давление составляло ниже 3 мм рт. ст. или отсутствовала реакция НПС на инъекцию церукала в виде повышения давления, не достигающего нормы, диагностировалась органическая (VI) степень недостаточности, которая косвенно свидетельствует об истощении нервно-мышечного механизма НПС и является одним из показаний в пользу оперативного лечения. Пациенты с IV степенью недостаточности в данное исследование не включались.

Показаниями для проведения электростимуляции являлись: установленный диагноз ГЭРБ, эндоскопически негативная форма ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит I и II ст. Показаниями к электро-

стимуляции нижнего пищеводного сфинктера и антродуоденальной зоны у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью являются функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера I—III степеней, рефлюксэзофагит I и II степеней, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы менее 2 см, неэффективность медикаментозной терапии. Пациентам с органической недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера, а также выраженными воспалительными и анатомическими изменениями в области пищеводно-желудочного перехода показано оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Электростимуляция при помощи АЭС-зонда ЖКТ приводит к достоверному (p < 0.05) повышению тонуса и снижению транзиторных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера в раннем и отдаленном периодах, оказывая положительное стимулирующее влияние на антродуоденальную моторику.

Качество жизни пациентов, получавших электростимуляцию АЭС ЖКТ-зондом (І-я группа), достигает нормального уровня уже через 2 месяца после лечения и остается достоверно выше через 12 месяцев по сравнению с пациентами ІІ-й группы.

выводы

Сравнительный анализ эффективности автономной электростимуляции и медикаментозного лечения показал, что в ближайшие сроки после лечения эффективность автономного электростимулятора сравнима с таковой при медикаментозной терапии. Однако оценка результатов лечения в отдаленном периоде выявила, что эффективность электростимуляции с применением АЭС ЖКТ-зонда достоверно выше по сравнению с использованным в работе стандартным курсом медикаментозной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глущук С. Ф., Пеккер Я. С. Автономные электростимуляторы: конструирование и применение. — Томск : Изд-во ТПУ, 2004. — 367 с.

^{*}Классификация по результатам эндоскопической ультрасонографии. Патент РФ № 2003110946.

- 2. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Алгоритм диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский мед. журн. 2003. № 14. С. 46—48.
- 3. Пекарский В. В., Агафонников В. Ф., Дамбаев Г. Ц., Попов О. С. Автономные электростимуляторы организма человека и животных. Томск : Изд-во ТПУ, 1995. 132 с.
- 4. Жерлов Г. К., Козлов С. В. Совершенствование диагностики, лапароскопической технологии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2006. 216 с.
- 5. Кубышкин В., Кочатков А. В., Корняк Б. С. Качество жизни больных после антирефлюксных операций // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. 2003. N_0 5. С. 80—86.
- 6. Шептулин А. А., Киприанис В. А. Обсуждение проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в докладах Объединенной Европейской недели гастроэнтерологии (Копенгаген, 2005) // Клин. мед. 2006. № 6. С. 69—72.
- 7. Bak Y. Management strategies for gastroesophageal reflux disease // Journal of Gastroenterology and Hepatology 21. 2004. Vol. 19. P. 49—53.
- 8. Chuttani R. A., Chuttani G., Sachdev R. G. et al. Novel endoscopic full thickness plicator for the treatment of GERD: feasibility study and comparison of ease of use in cadaveric human and pig stomachs // Program and abstracts of Digestive Disease Week, 2001. A. 3484.
- 9. Corley D. A., Katz H., Wo J. et al. Improvement of gastroesophageal reflux symptoms after radiofrequency energy: a randomized, sham-controlled trial // Gastroenterology, 2003. Vol. 125. P. 668—676.
- 10. Deviere J., Silverman D., Pastorell F. Endoscopic implantation of a biopolymer in the lower esophageal sphincter for gastroesophageal reflux: a pilot study // Program and abstracts of Digestive Disease Week. 2001. A. 737.
- 11. Vakil N., Sander V., Kahrilas P. et al. Global Consensus Group. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. Am. J. Gastroent. 2006. Vol. 101. P. 1900—1920.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы, контакты:

Карась Роман Сергеевич — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова Сиб-ГМУ Минздрава России, г. Северск.

Карпович Александр Викторович — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Teл./факс (8 3823) 56-42-65 e-mail: general@gastro.tomsk.ru

С. В. Кемеров, Д. А. Степин

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА И ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

S. V. Kemerov, D. A. Stepin

CONTEMPORARY APPROACHES AND MEANS FOR ABDOMINAL SEPSIS AND PURULENT PERITONITIS TREATMENT

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © С.В. Кемеров, Д.А. Степин

В статье приведен анализ результатов лечения абдоминального сепсиса и распространенного гнойного перитонита. Предложена современная комплексная программа интенсивной терапии, а также рассмотрены принципы ранней диагностики и профилактики хирургической инфекции.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, гнойный перитонит, лечение.

The article deals with the results of abdominal sepsis and widespread purulent peritonitis treatment. A contemporary complex program of intensive therapy along with the principles of early diagnosis and preventive measures of surgical infection are described.

Key words: abdominal sepsis, purulent peritonitis, treatment.

УДК 616.381-002.3:616.94]-08

ВВЕДЕНИЕ

Абдоминальный сепсис и гнойный перитонит являются осложнениями острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости, приводящими к высокой летальности. Несмотря на серьезные успехи в лечении хирургической инфекции, остается много нерешенных вопросов: ранняя диагностика инфекции и стремительно возникающих патологических синдромов, сопровождающих ее, эффективная коррекция иммунного статуса больного и управление его состоянием. Кроме того, постоянно возрастающая антибактериальная резистентность микроорганизмов требует создания новых, все более мощных антибактериальных средств и других препаратов, способствующих повышению антиинфекционных защитных сил макроорганизма. Послеоперационный период, осложненный хирургической инфекцией, требует больших сил от персонала и материальных затрат для такой категории больных. Порой длительное лечение осложнений, патологических состояний и синдромов в несколько раз превышает необходимый срок лечения изначальной первичной патологии,

зачастую заканчиваясь летальным исходом, на фоне полного бессилия врачей и потери сил к жизни больными.

Основными задачами исследования были апробация и внедрение новых комплексных методов обезболивания, санации полостей и сред организма, управление его состоянием, а также поиск причин и ошибок, предрасполагающих и непосредственно влияющих на результат лечения и исход хирургической инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью улучшения результатов лечения данной категории больных и решения поставленных перед нами задач мы провели ретроспективный анализ лечения 1000 больных гнойным перитонитом в токсической и терминальной фазах заболевания с индексом APACHE II $19,0\pm1,1$ (P<0,05). Исследовали возможность ранней диагностики хирургической инфекции, провели поиск общеклинических и иммунологических параметров и маркеров организма, отражающих потенциал антиинфекционной защиты. Для осуществления

поставленной цели были проведены общеклинические, биохимические, иммунологические, бактериологические, инструментальные исследования, соответствующие уровню специализированного учреждения, включая УЗИ с ЭУС, КТ, СКТ, рентгенологические и эндоскопические исследования.

С целью устранения синдрома высокого внутрибрюшного давления мы разработали новую технологию пролонгированной декомпрессивной лапаростомии. Суть операции: после завершения основных этапов операции на расправленный большой сальник укладывали перфорированную полиэтиленовую пленку (временное протезирование париетальной брюшины в области лапаротомной раны), обработанную с обеих сторон стерильным вазелиновым маслом, которую заправляли под края лапаротомной раны. Вазелиновое масло препятствует прилипанию кишечных петель к полиэтиленовой пленке, а при появлении перистальтических движений способствует свободному их перемещению. На полиэтиленовую пленку укладывали полиуретановую губку (временное протезирование дефекта передней брюшной стенки), смоченную антисептическим раствором. Поверх губки располагали провизорные швы, которые не затягивали, фиксируя сложившееся положение краев раны. На губку укладывали стерильные салфетки, смоченные также антисептическим раствором оригинального состава собственной разработки (Патент РФ на изобретение № 2173961 от 27.09.01 г.). Для надежности фиксации повязок в области раны больного «зашивали» в вафельное полотенце или простыню. Санации проводили каждый день в течение 3—4 сут. (2—3 санации), после чего брюшную полость закрывали наглухо [5].

Клиническую эффективность антибактериальной терапии перитонита можно считать высокой и исчерпывающей, если удается предотвратить транслокацию кишечной микрофлоры в брюшную полость, забрюшинное пространство, портальный и системный кровоток, а, следовательно, предотвратить сепсис и септический шок. Важно также быстрое восстановление состоятельности кишечной стенки, брюшины как биологического барьера и дренажно-детоксикационной функции лимфосистемы. Для этого в состав лимфотропной терапии включали лидазу и трентал, что способствовало более быстрому восстановлению текучести лимфы.

С целью повышения эффективности антибактериального воздействия на патологическую микрофлору и предотвращения ее транслокации, мы в эксперименте на собаках разработали технологию забрюшинной лимфотропной терапии. Критерием ее эффективности была выживаемость животных. В результате эксперимента установили, что лимфотропная терапия увеличивает выживаемость животных при каловом перитоните в 3 раза (P < 0.05). Обнадеживающие результаты эксперимента позволили внедрить разработанную технологию в клиническую практику.

С применением декомпрессивной лапаростомии и лимфотропной терапии было пролечено более 200 больных острым гнойным перитонитом. Первичную лапаростомию применяли у больных с анаэробным перитонитом, при массивном каловом загрязнении париетальной брюшины, при наличии гнойно-воспалительных осложнений со стороны брюшной полости: абсцессов, флегмон и вторичного перитонита и т. п.

Введение лекарственного состава для лимфотропной терапии осуществляли болюсами каждые 12 час. В схему лечебно-санирующей смеси включили препараты: канамицин сульфат (0,5 г), диоксидин (0,5 % раствор 10 мл), метронидазол (0,5 % раствор 100 мл), новокаин (0,25 % раствор 100 мл), трисамин (3,66 % раствор 100 мл), гемодез (50 мл), гидрокортизон гемисукцинат (25 мг), гепарин (5000 ЕД). Объем лечебной смеси составлял 175 мл с каждой стороны, или 2,5 мл/кг массы тела больного, которую вводили посредством чрескожной пункции забрюшинного пространства в подвздошных областях. Основным достоинством новой технологии считаем эффективную санацию брюшной полости, забрюшинного пространства и путей лимфооттока за счет полифункциональной направленности лечебной смеси и ее синергического лечебного эффекта 5.

В качестве объективного критерия прогноза и состояния тяжести пациента рассчитывали индекс APACHE II и другие. В соответствии с принципами доказательной медицины статистическую обработку цифрового материала осуществили в системе приложений WINDOWS XP, а уровнем критерия достоверности считали коэффициент Стъюдента при P < 0.05 и менее [1].

ОБСУЖДЕНИЕ

Сепсис — это клинико-патогенетический синдром, гетерогенный по этиологии, локализации очагов, гомогенный по основным механизмам патогенеза. Летальность при тяжелом нозокомиальном сепсисе составляет 78 %, а при септическом шоке — 80 %, достигая 90 % и более у больных пожилого и старческого возраста [4].

Основными формами абдоминального сепсиса являются: перитонеальный, панкреатогенный, холангиогенный и кишечный. Понимание этого позволяет хирургу сосредоточить усилия на данной этиологической первопричине заболевания. В основе диагностики и ведения больных использовали метод «опережающего принципа».

Патогенетическая терапия предполагает применение следующих направлений и основных препаратов:

- 1) ранняя целенаправленная интенсивная терапия;
 - 2) антимикробная терапия;
 - 3) интенсивная инсулинотерапия;
 - 4) малые дозы кортикостероидов;
 - 5) поливалентный Ig, обогащенный IgM;
 - 6) активированный протеин С [3].

Кроме того, интенсивная терапия должна проводиться с учетом гипер- и гиподинамических форм развития инфекционного процесса, так как функции органов и систем организма, особенно сердечно-сосудистая, дыхательная системы, гемостаз реагируют сообразно этим формам. Это выводит нас на правильные подходы в стратегии и тактике лечения. Так, летальность при нарушении транспорта кислорода и гемодинамики по гиподинамическому типу достигает 70 % [4].

Ранняя целенаправленная терапия сепсиса достоверно снижает летальность. Но, поскольку септический процесс скоротечен, мы считаем, что терапия должна быть эффективной с самого начала лечения и направлена на предупреждение и раннее лечение сепсиса, перитонита и его вторичных осложнений. Ранняя эффективная антибактериальная терапия — залог ее успешности.

Наши наблюдения, опыт отечественных и зарубежных ученых показывают, что инфузионная терапия должна придерживаться консервативного протокола, что позволяет значительно снизить количество осложнений со стороны дыхательной системы, избежать развития таких патологических синдромов как респираторный дистрессиндром взрослых (РДСВ), синдром острого повреждения легких (СОПЛ). Большое значение имеет дыхательная аппаратура, способная контролировать ИВЛ по давлению и объему.

Немаловажное значение имеет профилактика риска развития тромбоэмболических осложнений. Наиболее подверженными этим осложнениям считаются больные:

- 1) возраст > 40 лет;
- 2) венозный тромбоз в анамнезе;
- 3) онкологические заболевания;
- 4) постельный режим > 5 сут.;
- 5) хирургические вмешательства;
- 6) сердечная недостаточность;
- 7) переломы костей таза и н/конечностей;
- 8) инфаркт миокарда;
- 9) политравма;
- 10) гиперкоагуляция;
- 11) катетеризация центральных вен;
- 12) использование седации и нейромышечной блокады;
 - 13) высокая степень риска ТЭО.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений применяли низкомолекулярные гепарины: фраксипарин, клексан и др.

Мы считаем также, что перманентная детоксикация является надежным средством снижения эндотоксикоза, способствующим снижению летальности. Незамедлительное применение заместительной почечной терапии (ЗПТ) при септическом шоке также является средством спасения больного. Наилучшими методами ЗПТ являются: высокообъемная гемофильтрация, плазмафильтрация, плазмафильтрация, плазмафильтрация, сорбция эндотоксина [6].

Анализ факторов и причин, способствующих развитию хирургической инфекции, показал:

- 1. Предрасполагающими факторами к хирургической инфекции являются: травма; кровопотеря; стресс; тяжелые сопутствующие заболевания; острые и хронические инфекции (специфические и неспецифические) и интоксикации организма (отравляющие вещества, наркотики, токсикогены); лекарственные препараты, влияющие на снижение защитных сил организма; сочетание различных факторов.
- 2. Непосредственными причинами развития хирургической инфекции являются проникновение микроорганизмов (инфицирование) в полости и среды организма вследствие нарушения техники оперирования, нарушения функции биологического барьера кишечной стенки, кишечной непроходимости, воспаления и т. д.
- 3. Ошибки и погрешности интенсивной терапии:
- 1) неадекватная антибактериальная терапия: неправильный выбор препарата, недостаточная доза, сочетание препаратов и т. д.;
 - 2) непрофессиональная интенсивная терапия:
 - а) плохой уход за больным: пролежни, аккумуляция микроорганизмов в инструментарии, ротовой полости и т. д.,

- б) неправильное выполнение процедур и манипуляций: постановка катетеров, клизм, санация и т. д.,
- в) несбалансированная инфузионно-трансфузионная терапия: превышение объемов и потребностей, занижение объемов и потребностей; несбалансированная по структуре питательных веществ, приводящая к развитию ацидоза, алкалоза и дисметаболизма.
- 4. Недостаточный или неэффективный врачебный и инструментальный мониторинг:
- 1) неправильная трактовка результатов исследований;
- 2) недостаточно тщательный ежедневный осмотр больного в плане поиска первичного очага инфекции; гемоторакса, гидроторакса, пневмоторакса;
- 3) недостаточно эффективная санация имеющихся очагов деструкции и инфекции.

Наибольший процент летальных исходов наблюдается при сочетании нескольких причин: предрасполагающих, чаще при травме и кровопотере; непосредственных, когда имело место инфицирование брюшной полости во время операции или предыдущей травме; и непрофессиональной интенсивной терапии, когда она не достигает своих целей по указанным причинам, что увеличивает количество летальных исходов до 90—95 % [4]. Наоборот, когда своевременно возмещена кровопотеря переливанием одногруппной крови или правильно выполнена реинфузия аутокрови, а также проведена тщательная санация брюшной полости и предотвращено ее загрязнение и инфицирование и при этом проводилась высококвалифицированная интенсивная терапия, процент летальности этих случаях уменьшается до 10— 20 % и более, т. е. в 4—9 раз [5].

При развитии и формировании тяжелых патологических синдромов: синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, кишечной недостаточности, системного воспалительного ответа, РДСВ, СОПЛ, полиорганной недостаточности, эндогенной интоксикации, белково-энергетической недостаточности, метаболических нарушений, при плохом уходе за больными развивается гипостатическая пневмония, возникает ситуация нескольких патологических кругов, взаимообусловленных и взаимосвязанных. Мы называем это состояние «межорганным и межсистемным патологическим влиянием», когда нарушенная функция одного органа или системы препятствует восстановлению функции других, иногда нескольких органов и систем,

особенно жизненно важных: сердца, легких, кишечника, головного мозга, иммунной, кровеносной и гормональной систем $\lceil 6 \rceil$.

В диагностике септического шока крайне важное значение имеет оценка функции легких, которая нарушается вследствие блокады легочного кровотока тромбоцитарно-фибриновыми агрегатами. Обычно нарушения функции легких проявляются в виде отека и развития острой легочной недостаточности, для которых характерны тахипноэ и метаболический ацидоз. Рентгенологически во всех отделах легких обнаруживают облаковидные затемнения, являющиеся проявлением интерстициального отека легочной ткани. В плане профилактики и лечения легочных патологических синдромов особое значение играет правильная программа и режим ИВЛ. В критических ситуациях мы используем режим положительного давления конца выдоха (ПДКВ) и другие рекомендуемые варианты [3].

Наилучший эффект дает многоэтапная санация брюшной полости:

- 1) первичная;
- текущая;
- 3) вторичная-основная, большим объемом асептической или антисептической жидкости и другими видами обработки;
- 4) заключительная медикаментозная антисептическим лечебным раствором: антибиотики, антисептики, фибринолитики, противовоспалительные средства и др.

Качественная санация брюшной полости устраняет источник непрерывного поступления токсинов в кровоток и уменьшает эндоинтоксикацию. Для долговременной санации брюшной полости мы применяем лапаростомию.

Рациональная стартовая антибактериальная терапия с использованием внутривенного, внутриартериального путей введения, систем внутриполостного орошения, интерстициальная лимфотропная в собственном или сочетанном вариантах позволяет достичь эрадикации патогенных микроорганизмов при проведении первого (и единственного) курса лечения, и наоборот, неадекватная терапия провоцирует новый виток эскалации инфекции: колонизацию, транслокацию, суперинфекцию, клинический и микробиологический рецидивы, что приводит к развитию разнообразной ассоциативной микрофлоры, зачастую резистентной ко многим современным антибактериальным препаратам [2].

Очагами инфицирования брюшной полости чаще всего становятся:

1) неушитые отверстия в полых органах;

- 2) плохо санированные очаги инфицирования или деструкции;
- 3) инородные тела различного происхождения;
 - 4) дренажи;
 - 5) случайно оставленные салфетки;
 - 6) несостоятельность швов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пролонгированная декомпрессивная лапаростомия способствует снижению летальности при гнойном перитоните за счет повышения эффективности санации брюшной полости и сокращения ее сроков. Летальные исходы у больных перитонитом составили: в токсической фазе — 2.5%, в терминальной — 4.5% (P < 0.05).

Аимфотропная терапия повышает антибактериальную эффективность лечения больных перитонитом в токсической и терминальной его фазах с 74,6 до 96,7 % и снижает количество осложнений: с 48,0 до 2,5 % и с 90,9 до 11,2 % соответственно (P < 0,05).

Наилучшим индикатором правильного и успешного лечения становится отсутствие гнойно-деструктивных осложнений, таких как межкишечные и другие внутрибрюшные абсцессы, нагноение послеоперационной раны, эвентрация кишечника, прогрессирующий перитонит, переходящий в третичный, или сепсис.

Коррекция иммунной системы позволяет мобилизовать организм на борьбу с инфекцией или предупредить неблагоприятный вариант течения заболевания. С этой целью применяем ронколейкин в сочетании антибактериальным препаратом, инкубированными в плазме крови больного, с последующим введением лечебной смеси в интерстиций забрюшинного пространства, подмышечных или паховых областей [6].

Правильно организованная стратегия детоксикации организма позволяет быстро предотвратить и переломить неблагоприятный вариант течения хирургической инфекции. Детоксикация должна носить перманентный, системный характер и включать санацию полостей, интерстиция и сосудистого пространства. Санацию полостей осуществляют путем отмываний, орошения, дренирования. Санацию интерстиция осуществляют с помощью лимфотропной терапии. Детоксикация сосудистого пространства осуществляется посредством плазмафереза, гемофильтрации, гемодиафильтрации, инфузий и питания [6].

Таким образом:

- 1. Комплексный индивидуальный подход, посиндромная ранняя терапия абдоминального сепсиса и гнойного перитонита, профилактика и постоянная готовность к лечению септического шока позволяют максимально снизить летальность больных до10—20 % соответственно (P < 0.05).
- 2. Направленность интенсивной терапии на поддержание наиболее оптимальных параметров функционирования органов и систем организма, своевременное протектирование их функции по показаниям позволяет уменьшить опасность развития необратимых изменений гомеостаза.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Александрович Ю. С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. 2-е изд., доп. и испр. СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. С. 29—36.
- 2. Арсентьев О.В., Кемеров С.В. Клинико-морфологическая характеристика распространенного гнойного перитонита в терминальной стадии // Казанский мед. журнал. 2012. Т. 93, № 2. С. 343—344.
- 3. Рекомендательные протоколы интенсивной терапии у больных в критических состояниях (принятые на I и III съездах анестезиологов-реаниматологов Северо-Запада России) / Под ред. А. Н. Кондратьева. СПб. : Изд. дом СПбМАПО, 2007. С. 117—123.
- 4. Сепсис в начале XXI века. Классификация. Клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика : Практическое руководство. М. : 2009. 100 с.
 - 5. Способ лечения общего гнойного перитонита в терминальной стадии. Патент РФ № 2173961. Москва, 27.09.2001.
 - 6. Способ детоксикации организма при критических эндотоксикозах. Патент РФ № 2395304. Москва, 27.07.2010.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы, контакты:

Кемеров Сергей Викторович — д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Тел. 8-961-098-40-34 e-mail: ksv@gastro.tomsk.ru

Н.С. Рудая

ХРОНИЧЕСКАЯ ЭРОЗИЯ ЖЕЛУДКА: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ

N. S. Roudaya

CHRONIC EROSION OF THE STOMACH: A NEW VIEW ON THE TREATMENT

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © Н.С. Рудая

В статье рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза хронических эрозий, а также различные варианты консервативной и малоинвазивной терапии. Доказано, что использование мукозэктомии в терапии единичных хронических эрозий желудка позволяет достичь стойкой ремиссии заболевания у 91,1 % пациентов, а резекция слизистой при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологической радикальности лечения.

Ключевые слова: хроническая эрозия, мукозэктомия, предраковые заболевания желудка.

The article discusses issues of etiology and pathogenesis of gastric erosion as well as various conservative and minimally invasive therapy. Using endoscopic mucosal resection in the treatment of isolated chronic gastric erosions is proven to allow to achieve remission of the disease in 91,1 % of patients. Endoscopic mucosal resection of the early gastric cancer without the involvement of their own muscle membrane plates is proven to allow to avoid severe mutilation with oncologic radicality.

Key words: gastric erosion, endoscope submucosal resection, precancerous diseases of the stomach.

УДК 616.32-002.446-002.2-08:001.89

ВВЕДЕНИЕ

В ежедневной практической работе врача-гастроэнтеролога эндоскопическое заключение хронические эрозии желудка — весьма редко вызывает онкологическую настороженность. Однако данные литературы свидетельствуют, что зачастую под маской хронических эрозий могут скрываться различные патологические процессы, в том числе и злокачественные новообразования [5, 9]. Так, по данным Л. И. Аруина с соавт. [1], в окружающей полной эрозии слизистой оболочке желудка морфологически можно обнаружить гиперплазию пилорических желез и ямочного эпителия, а иногда и фовеолярную гиперплазию. Все это дало основание предположить возможность трансформации эрозий в полипы соответствующего типа и вероятность их малигнизации [7], что явилось весьма важным аспектом, характеризующим необходимость пересмотра сложившихся взглядов на диагностику и лечение хронических эрозий желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка, в том числе 99 (29,3 %) мужчин и 239 (70,7 %) женщин, в возрасте от 27 до 73 лет ($m = 42,8 \pm 9,4$). Множественными (>3) эрозии были у 226 (66,9 %), единичными (<3) — у 112 (33,1 %) пациентов.

Инструментальные методы исследования включали: фиброгастроскопию, эндоскопическую ультрасонографию, мультифракционное морфологическое изучение биоптатов слизистой из зоны эрозии, уреазный тест на H. pylori.

Пациенты с множественными эрозиями получали консервативное лечение с учетом данных рН-метрии и теста на Н. pylori и исключались из дальнейшего наблюдения в рамках данного исследования. Больные с единичными эрозиями были включены в группу, в которой после комплексной консервативной терапии решали вопрос об оперативном лечении.

Остановимся на характеристике этой группы более подробно. Клинические проявления хронических эрозий желудка выявлены у всех пациентов с единичными эрозиями. Наиболее частой жалобой у этих пациентов были дискомфорт в эпигастрии, выявленный у 85 (75,9 %) больных. Изжога беспокоила 26 (23,2 %), боль после приема пищи — 24 (21,4) %, ночные боли — 22 (19,6 %), отрыжка воздухом — 11 (9,8 %) пациентов. Давность постановки диагноза хронических эрозий желудка варьировала от 1,5 до 5 лет. Длительность наблюдения за больными — от 12 мес. до 7 лет.

При эндоскопическом исследовании у 92 (82,1 %) пациентов единичные хронические эрозии располагались в антральном отделе желудка, у 12 (10,7 %) — в непосредственной близости от привратника и у 8 (7,2 %) — выше угла желудка. В 52,8 % случаях хронические эрозии диагностированы на фоне гастрита, в остальных 48,2 % окружающая слизистая визуально была неизмененной. У 44,5 % пациентов выявлен дуодено-гастральный рефлюкс. Н. руlогі обнаружена у 78 (69,6 %) пациентов этой группы.

При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий в основу были положены критерии А.В. Шапошникова с соавт. (1989), принятые для язвенной болезни:

- 1) продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии;
- 2) локализация эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого;
- 3) психологическая готовность больного к операции.

При анализе указанных критериев было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2—3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность пациентов, повышается риск развития осложнений (кровотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Типичная локализация хронической эрозии в антральном отделе желудка часто является причиной персистирующих моторно-эвакуаторных нарушений и антродуоденальной дискоординации, что в первую очередь проявляется в нарушении процессов пищеварения. При этом симптоматическая терапия (назначение прокинетиков) не может полностью устранить имеющиеся патологические изменения, поскольку не влияет на причину их возникновения — очаг хронического воспаления. В связи с этим хирургическое удаление эрозии будет являться этиотропной терапией для данных пациентов.

Психологическая готовность больного к операции является важным фактором в проведении оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии при условии полноценного медикаментозного лечения;
- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1—2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения, либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Абсолютным показанием к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией являлось наличие в биоптатах кишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции служили:

- множественные (более 2) хронические эрозии желудка;
- острое желудочное кровотечение из эрозии;
- тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- отказ пациента от оперативного лечения;
- в случае морфологического подтверждения рака желудка — распространение процесса за пределы собственной мышечной пластинки слизистой (по данным эндоскопической ультрасонографии).

Консервативное лечение хронической эрозии, ассоциированной с Н. руlori, включало: ингибитор протоновой помпы (омепразол), прокинетики (метоклопрамид) и эрадикационную терапию (амоксициллин + кларитромицин) в стандартной дозировке. При отсутствии Н. руlori из схемы эрадикационное лечение исключали. При неэффективности препаратов первой линии назначали ингибитор протоновой помпы (эзомепразол или пантопразол или лансопразол), висмута субцитрат коллоидный, метранидозол и тетрациклин [6].

После проведенного курса консервативного лечения ремиссия в сроки до 1 года и более отмечена у 29 (25,9 %) больных. Этим пациентам в дальнейшем проводили курсы превентивной терапии с обязательным эндоскопическим

контролем и мультифракционной биопсией (по показаниям).

У 83 (74,1 %) пациентов, у которых не удалось достичь стойкого положительного эффекта от консервативной терапии, были обоснованы показания к оперативному лечению. В это число вошли 2 пациента, у которых, по данным эндоскопической ультрасонографии, впоследствии подтвержденным морфологическим исследованием, были выявлены гистологические изменения, характерные для аденокарциномы.

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая резекция слизистой желудка (Endoscopic Submucosal Resection (ESR)) с хронической эрозией. Методика выполнения операции была описана нами ранее [2,3].

Полученный макропрепарат размером до 15—20 мм растягивали на пенопластовой основе слизистой оболочкой наружу, а коагуляционной поверхностью к пластинке, закрепляли иголочками-фиксаторами и погружали в 25 % раствор формалина для фиксации и дальнейшего гистологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общеизвестно, что наиболее часто рак желудка развивается в его патологически измененной слизистой оболочке. В этой связи Комитет Всемирной организации здравоохранения рекомендует различать два понятия: «предраковые (фоновые) состояния» — болезни, значительно увеличивающие риск образования опухоли (хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией; инфекция H. Pylori; пернициозная анемия; аденоматозные полипы желудка; пищевод Баррета; язвенная болезнь желудка и лица, оперированные более 10—15 лет назад по поводу доброкачественных заболеваний желудка [5]), и «предраковые изменения» — морфологические изменения, при которых рак возникает с большей долей вероятности, чем в нормальной ткани: кишечная метаплазия и дисплазия (атипия, анаплазия) эпителия слизистой оболочки желудка. Наконец, термин «ранний рак» желудка впервые предложен Японским обществом гастроинтестинальной эндоскопии в 1962 г. Под это определение подпадает рак желудка с глубиной инвазии в пределах слизистого и подслизистого слоев стенки желудка. Выделение понятия «ранний рак» желудка стало возможным благодаря достижениям эндоскопических методов диагностики, в том числе эндоскопической ультрасонографии,

позволяющих выявлять минимальные по размеру изменения слизистой оболочки желудка и определять дифференциально-диагностические критерии уточняющей диагностики [8].

По данным окончательного гистологического исследования пациентов после резекции слизистой с хронической эрозией изменения, относящиеся к предраковым (по классификации ВОЗ), выявлены у 42 пациентов, что составило 50,6 %, в том числе кишечная метаплазия эпителия — у 35 (42,2 %), дисплазия различной степени — у 7 (8,4 %). У 5 больных имела место дисплазия II — III степени (6,0 %).

Изменения, характерные для рака желудка, обнаружены у 3 больных (3,6%), в том числе высокодифференцированная аденокарцинома у 2(2,4%), перстневидно-клеточный рак — у одного (1,2%).

В раннем периоде после ESR осложнения в виде желудочно-кишечного кровотечения из краев пострезекционных дефектов возникли у 3 (3,6 %) пациентов, что потребовало повторной гастроскопии с коагуляцией (2) или клипированием (1) кровоточащего сосуда. В последующем кровотечения не возобновлялись. Других осложнений не было.

Таким образом, по данным окончательного гистологического исследования, предраковые изменения и рак желудка стадии $T_{is}N_0M_0$ и $T_1N_0M_0$ были выявлены у 54,2 %, то есть более чем у половины пациентов с единичными хроническими эрозиями желудка.

Радикальной эндоскопическую мукозэктомию при раннем раке желудка мы считали, когда:

- в удаленном участке с эрозией была неинвазивная форма роста аденокарциномы (внутрислизистый рак);
- фокус малигнизации располагался в стороне от электроразреза;
- аденокарциномы были высоко- и умеренннодифференцированными.

Признаки воспалительных изменений в слизистой, атрофия желез, нейтрофильная и мононуклеарная инфильтрация без перехода на подслизистый слой за пределы собственной мышечной пластинки, характерные для эрозивного эзофагита, были выявлены у 38 пациентов, что составило 45,8 %.

Расхождение диагнозов после окончательного гистологического исследования операционного материала составило 4,8 % (4 случая). Следует отметить, что при этом во всех наблюдениях имело место утяжеление характера патологических изменений слизистой вплоть до выявления признаков атипии в одном (1,2 %) препарате.

В этой связи следует отметить, что только полученный при ESR материал позволяет увидеть подробную гистологическую картину резецированного фрагмента, тем самым давая возможность определить характер патологического процесса, его распространенность и степень тяжести диспластических изменений (если таковые имели место), а также ответить на вопрос — была ли полностью резецирована опухоль [10].

В сроки от 12 мес. до 7 лет после операции обследовано 79 (95,2 %) больных.

При динамическом наблюдении (от 1 года до 6,5 лет) за 3 пациентами с верифицированным злокачественным поражением в зоне хронической эрозии после ESR ни у одного не выявлено признаков рецидива опухоли. В данной группе больных выполняется ежегодное эндоскопическое исследование желудка «по программе» с эндоскопической ультрасонографией и хромогастрографией.

Рецидив хронической эрозии после ESR выявлен у 7 (8,9 %) пациентов, что потребовало повторной резекции слизистой у 4 из них. У 3 пациентов с помощью медикаментозного лечения удалось добиться стойкой ремиссии в сроки наблюдения до 3 лет и более.

Изучение морфологического материала зоны ESR в разные сроки после операции показало, что кишечной метаплазии и дисплазии слизистой на месте удаленных эрозий выявлено не было ни в одном случае. Признаки воспаления с отеком, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрацией уменьшалось от 75,9 % в ранние сроки после резекции слизистой до 67,1 % и 7,6 % в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Фиброз стромы с образованием рубцовой ткани в месте резекции слизистой формировался начиная с 3 мес. и сохранялся в 18,9 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В решении проблемы своевременной диагностики и адекватного лечения предраковых

заболеваний (состояний) и изменений желудка следует шире использовать эндоскопическую ультрасонографию как метод объективной оценки состояния слизистой желудка и определения степени распространенности патологического процесса и тактики лечения этих пациентов. Несмотря на то, что единичные хронические эрозии желудка не относятся к общепризнанным предраковым заболеваниям, считаем, что выявляемые более чем у половины пациентов патологические изменения со стороны слизистой вокруг эрозии, характерные для предраковых изменений (кишечная метаплазия и дисплазия) должны насторожить гастроэнтеролога и онколога. Ситуацию, когда адекватное и комплексное лечение хронической эрозии не дает положительного результата, либо при многоцентровой динамической биопсии из эрозии обнаруживаются диспластические изменения, следует считать показанием для выполнения эндоскопической резекции слизистой с тщательным изучением удаленного препарата. Использование эндоскопической резекции слизистой в терапии единичных хронических эрозий желудка позволяет достичь стойкой ремиссии заболевания в 91,1 % случаев, а резекция слизистой при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологической радикальности лечения. Полученные ближайшие и отдаленные результаты подтверждают правильность выбранной тактики лечения единичных хронических эрозий желудка.

Вместе с тем автор согласен, что для подтверждения эффективности изложенного в статье взгляда на лечение пациентов с хроническим эрозиями желудка необходим дальнейший сравнительный анализ данного метода не только с «классической» схемой лекарственной терапии, но также с другими вариантами малоинвазивных методик лечения этой, без сомнения, сложной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М. : Триада-Х, 1998. 496 с.
- 2. Жерлов Г.К., Маевский Е.И., Рудая Н.С. Хронические эрозии желудка: новые технологии диагностики и лечения // Сб. работ регион. конф. хирургов «Хирургическая инфекция и мини-инвазивная хирургия». Барнаул, 2004. С. 189—191.
- 3. Жерлов Г. К., Зыков Д. В., Маевский Е. И., Рудая Н. С. и др. Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка. Патент на изобретение N^0 2275867 от 10.05.2006 г.
- 4. Клинические рекомендации. Онкология / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 720 с.

- 5. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Гаджиева М. Г. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2003. — № 1. — С. 43—49.
- 6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под. ред. В. Т. Ивашкина. М. : Литтерра, 2003. С. 310—320.
- 7. Циммерман Я. С., Ведерников В. Е. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинико-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение // Клин. мед. $2001. N^0.6.$ С. 30-36.
- 8. Akagoshi K. et al. Endoscopic ultrasonography: A promising method for assessing the prospects of endoscopic mucosal resection in early gastric cancer // Endoscopy. 1997. V. 29. P. 614—629.
- 9. Cappel M. S., Green P. N. R. Neoplasia in chronic erosive (varioliform) gastritis // Dig. Dis. Sci. 1988. Vol. 3, N° 8. P. 1035—1039.
- 10. Tani M., Takeshita K., Inoue H., Iwai T. Adequate endoscopic mucosal resection for early gastric cancer obtained from the dissecting microscopic features of the resected specimens // Gastric Cancer. 2001. N^0 4. P. 122—131.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Автор, контакты:

Рудая Наталия Семеновна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Teл.: (8-3823) 56-42-65 e-mail: general@gastro.tomask.ru

ЭТО ИНТЕРЕСНО



Росздравнадзору поручено следить за рекламой лекарств в медучреждениях

Вступило в силу постановление правительства РФ, регламентирующее проведение контрольных мероприятий в сфере здравоохранения. 16 ноября «Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» опубликовано в «Российской газете».

Согласно положению, основные контролирующие функции в этой области возложены на Росздравнадзор, который обязан проводить плановые и внеплановые проверки медучреждений, инспектируя, в том числе, договора, заключенные на закупку лекарств и медизделий, а также контракты на проведение их клинических испытаний.

Кроме того, Росздравнадзор будет следить за тем, чтобы медицинские представители, в нарушение закона об охране здоровья граждан РФ, не распространяли в поликлиниках и больницах рекламные материалы лекарств и медизделий, а врачи не выдавали пациентам бесплатные образцы фармацевтической продукции. Для этого специалистам ведомства дается право на осмотр помещений на предмет наличия рекламных материалов, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата или медизделия, а также образцов лекарств и медизделий для вручения пациентам.

Стоит отметить, что в сентябре исполняющая обязанности руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова сообщила, что ведомство разрабатывает поправки к закону об охране здоровья граждан РФ в части, регламентирующей общение медпредставителей с врачами с тем, чтобы смягчить прописанные в законе нормы. В частности, согласно действующей редакции закона, запрещены визиты представителей фармкомпаний, производителей или продавцов медизделий к медикам в рабочее время и беседы с ними один на один, а врачам, не участвующим в клинических испытаниях, нельзя получать образцы продукции для вручения пациентам.

http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/11/16/control/

Н.Б. Губергриц

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ПИЩЕВАРЕНИЯ

N. B. Gubergrits

PANCREATIC INSUFFICIENCY AFTER SURGICAL PROCEDURES ON DIGESTIVE ORGANS

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина © Н.Б. Губергриц

Статья посвящена современным представлениям о патогенезе и лечении хронического панкреатита и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у больных после оперативных вмешательств на поджелудочной железе и других органах пищеварения. Описан патогенез нарушений панкреатической секреции после резекций поджелудочной железы, желудка, тонкой кишки, после холецистэктомии.

Ключевые слова: внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, резекция поджелудочной железы, резекция желудка, резекция тонкой кишки, холецистэктомия.

The article is devoted to the modern knowledge about pathogenesis and treatment of chronic pancreatitis and exocrine pancreatic insufficiency in patients after surgical procedures on the pancreas and other digestive organs. Pathogenesis of pancreatic secretion disturbances after pancreatectomy, stomach resection, intestinal resection and after cholecystectomy are described.

Key words: pancreatic exocrine insufficiency, pancreatectomy, resection of stomach, intestinal resection, cholecystectomy.

УДК 616.3-089.168.1-06:616.37-008.64

Проблема хронического панкреатита (XП) — одна из самых сложных в гастроэнтерологии и хирургии. Темпы роста частоты патологии поджелудочной железы (ПЖ) — одни из самых высоких во многих странах мира. Наиболее распространенный этиологический фактор XП — злоупотребление алкоголем. Однако существует и целый ряд других причин развития заболевания. Один из самых сложных для лечения вариантов XП — постгастрорезекционный панкреатит. XП и панкреатическая недостаточность развиваются и после других хирургических вмешательств на органах пищеварения: после резекции ПЖ, тонкой кишки, холецистэктомии [30].

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ СЕКРЕЦИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЖ

Особое место в отношении тяжести панкреатической недостаточности занимают состояния

после резекции ПЖ по поводу различных заболеваний. Степень функциональной недостаточности ПЖ у таких больных зависит от объема резекции, полноценности дренирования панкреатического секрета в тонкую кишку, типа анастомоза между протоком ПЖ и просветом пищеварительного тракта [25, 30]. После резекции ПЖ «включается» целый ряд патогенетических механизмов. Отмечено, что экзокринная функция ПЖ остается более сохранной после дренирующих операций, чем после резекции. Это объясняется тем, что после любой резекции ПЖ объем остаточной паренхимы органа меньше, чем после дренирующих вмешательств. Важными факторами, определяющими реализацию активности панкреатических ферментов, являются состояние тонкокишечного транзита и моторика тонкой кишки. Панкреатоеюнальный анастомоз в отношении реализации внешнесекреторной функции ПЖ имеет преимущества перед панкреатикогастральным анастомозом в случаях резекции головки железы [38]. При органосохраняющих (дуоденумсохраняющих, пилоросохраняющих) резекциях головки ПЖ, которые в настоящее время стали стандартом, моторика тонкой кишки страдает мало. Исключением являются операции, при которых проводят широкое удаление лимфоузлов (операции по поводу рака ПЖ). С другой стороны, длина отводящей петли для дренирования панкреатического протока (например, при продольной панкреатоеюностомии), а также то обстоятельство, была ли использована первая или вторая петля тощей кишки, существенно влияют на эффективность действия собственных панкреатических ферментов. Как уже было сказано выше, кроме адекватного количества ферментов, имеет значение место их поступления в пищеварительную трубку | 30 |. Оптимальным для гидролиза жиров является поступление ферментов в двенадцатиперстную кишку или в начальные отделы тощей кишки [28]. После панкреатогастростомии, которая сравнительно редко выполняется в Европе, экзокринная функция ПЖ обычно ниже, чем после панкреатоеюностомии [33].

Пациенты, которые перенесли ятрогенную окклюзию панкреатического протока при операции Каухи-Уиппла (в настоящее время не применяется), независимо от объема резекции нуждаются в заместительной ферментной терапии [40].

После любого варианта резекции ПЖ абсорбция нутриентов в течение первых нескольких месяцев снижена. Пациенты набирают вес медленно, но потеря веса после оперативного вмешательства должна быть компенсирована максимум в течение шести месяцев [37]. В некоторых случаях возможно даже улучшение внешнесекреторной функции ПЖ по сравнению с предоперационным состоянием [32].

Показано, что больные с нормальной панкреатической секрецией до операции с большей вероятностью сохраняют нормальную внешнесекреторную функцию ПЖ и после вмешательства, в отличие от пациентов, которые еще до операции имели снижение панкреатической секреции. В последнем случае восстановление нормальной продукции ферментов ПЖ менее вероятно [36]. В одном небольшом исследовании, в которое вошли 15 больных, показано, что после тотальной панкреатэктомии они восстанавливаются быстрее, если получают достаточное количество жиров. Необходимы также достаточные дозы витамина D [31].

Проведенное в Финляндии с помощью магнитно-резонансной томографии/магнитно-резонансной холангиопанкреатографии исследование продемонстрировало, что у значительной части больных панкреатическая недостаточность после резекции ПЖ может быть связана со стенозом анастомоза | 35 |. Если есть подозрение на такой стеноз, необходимо провести эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, а при необходимости выполнить двойную баллонную эндоскопию [30]. Показано также, что после резекции ПЖ возможно расхождение между клиническими симптомами и степенью стеатореи, хотя некоторые больные нуждаются в сотнях тысяч единиц липазы в составе ферментных препаратов $(\Phi\Pi)$ | 25 |. В отдаленные сроки после резекции ПЖ могут развиваться состояния, связанные с дефицитом жирорастворимых витаминов и микроэлементов [17].

В одном из исследований с длительным наблюдением за больными 65 % пациентов, перенесших резекцию ПЖ по поводу ХП, имели после операции внешнесекреторную панкреатическую недостаточность; у половины из них эта недостаточность развилась или усугубилась после хирургического вмешательства (в течение десятилетнего периода наблюдения) [39].

Для диагностики и оценки степени панкреатической недостаточности после оперативных вмешательств на ПЖ целесообразно использовать триглицеридный дыхательный тест [33].

Прогностическим фактором развития экзокринной недостаточности ПЖ после оперативного вмешательства является выраженный фиброз в удаленной ткани железы [30].

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ ХП

Если принимать во внимание то, что, например, в России ежегодно проводится более 30 тыс. резекций желудка, число людей, страдающих различными пострезекционными нарушениями, значительно. Поэтому изучение вопросов патогенеза патологических синдромов после резекции желудка, разработка мер их профилактики и лечения имеют большое социальное и экономическое значение [13].

Операция резекции желудка создает новые топографо-анатомические взаимоотношения в верхнем отделе пищеварительного тракта, разрушает уже слаженный в онто- и филогенезе механизм взаиморегуляции органов пищеварения, вносит глубокие функционально-морфологические изменения в органы и системы, прямо или косвенно связанные с процессом пищеварения.

Кроме расстройств взаимосвязей органов пищеварения, к причинам постгастрорезекционных синдромов относят недостаточное обследование больных перед плановыми первичными операциями, в связи с чем у них не диагностируют уже имеющиеся заболевания и состояния: нередко у больных не диагностируют ХП, билиарную патологию [13]. Причиной постгастрорезекционных синдромов могут быть и технические погрешности, допущенные во время выполнения оперативных вмешательств (экономная резекция желудка может способствовать сохранению повышенной кислотопродукции и привести к рецидиву язвы или к образованию пептической язвы анастомоза; наложение слишком широкого гастроэнтероанастомоза способствует быстрому сбросу из культи желудка в отводящую петлю; недостаточная коррекция замыкательного аппарата кардии приводит к рецидиву рефлюкс-эзофагита и развитию пептической стриктуры пищевода и т. д.) | 13 |. Эти причины являются основанием для формирования нарушений эвакуации из желудка: чаще — к ускорению этой эвакуации с развитием демпинг-синдрома, но в ряде случаев — к гастростазу 9.

В патогенезе постгастрорезекционных синдромов выделяют три главных механизма: нарушение характера и сроков эвакуации желудочного содержимого в кишечник (т. н. нарушение пищеварительного графика); дуоденогастральный или энтерогастральный рефлюксы; прогрессирование в послеоперационном периоде хронических нарушений дуоденальной проходимости | 10 |. В соответствии с этим все постгастрорезекционные синдромы разделяют на органические и функциональные. К органическим синдромам относят пептическую болезнь оперированного желудка (пептическая язва анастомоза тощей кишки, рецидивная язва, незажившая язва); рак культи желудка; рубцовое сужение гастроэнтероанастомоза; желудочно-кишечные, желудочно-билиарные, еюноободочные свищи; синдром приводящей петли; порочный круг; осложнения вследствие нарушения методики операций; каскадную деформация желудка; постгастрорезекционный ХП. Выделяют следующие функциональные постгастрорезекционные синдромы: демпинг-синдром; гипо/гипергликемический синдром; энтерогенный синдром; функциональный синдром приводящей петли; постгастрорезекционную анемию; постгастрорезекционную астению; гастростаз; диарею; дисфагию; щелочной рефлюкс-гастрит | 1 |.

Высока частота развития дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди после проведения резекции желудка [11]. Так, по данным Г.К. Жерлова с соавт., резекция желудка приводит к нарушению сократительной и резервуарной функций желчного пузыря более чем у 80 % оперированных больных. Это объясняют тем, что после резекции желудка с выключением из пассажа двенадцатиперстной кишки снижается выработка холецистокинина и мотилина, что и приводит к дисмоторным нарушениям со стороны желчного пузыря, застою желчи в нем и повышению литогенных свойств желчи [15, 16]. Такие изменения чаще возникают после резекции желудка по Бильрот 2. У пациентов увеличиваются объем желчного пузыря и продолжительность его сокращения, а также количество остаточной желчи. При этом характерно повышение тонуса сфинктера Одди по результатам исследования уроамилазы мочи. После операции по Бильрот I, напротив, длительное время сохраняется гиперкинезия желчного пузыря [4]. При одновременном выполнении ваготомии вероятность дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди значительно повышается [15]. В отдаленные сроки после резекции желудка повышается литогенность желчи: у больных возникают изменения физико-химических и биохимических свойств желчи, появляются кристаллы кальция билирубината, снижается содержание в желчи фосфолипидов и желчных кислот (изменяется время нуклеации) [4]. В связи с гипокинетически-гипотонической дисфункцией желчного пузыря и повышением литогенности желчи значительно повышается риск развития желчнокаменной болезни [16]. Так, через 1 мес. и 3 мес. после оперативного вмешательства частота образования камней в желчном пузыре составляет соответственно 13,6 % и 18,2 %. Через 3 мес. после резекции желудка по Гофмейстеру—Финстереру частота камнеобразования достигает 28,6 % [4]. Это увеличивает необходимость повторных оперативных вмешательств с одной стороны и риск развития постгастрорезекционного ХП с другой, так как желчнокаменная болезнь — один из основных этиологических факторов ХП [21]. В патогенезе постгастрорезекционного ХП участвует также дисфункция сфинктера Одди, которая может быть причиной не только постгастрорезекционного ХП, но и острого послеоперационного панкреатита. В этом отношении опасна механическая травматизация и в дальнейшем — рубцовая деформация большого дуоденального сосочка [6].

Среди способствующих факторов в развитии панкреатита прежде всего выделяют операционную травму при резекции желудка, приводящую к временному нарушению кровообращения ПЖ [2].

Важное значение в развитии ХП имеет инфицирование двенадцатиперстной кишки микрофлорой из нижележащих отделов кишки. В последующем инфекция попадает в панкреатические протоки. Нередко повышение давления в приводящей петле приводит к возникновению дуодено-панкреатического рефлюкса с выбросом содержимого двенадцатиперстной кишки и желчи в ПЖ. Повышение давления в панкреатических протоках ведет к разрыву их стенки, поступлению панкреатического сока в интерстициальную ткань железы с последующим развитием воспалительного процесса | 2 |.

Кроме того, в связи с расстройством гормональной регуляции функции ПЖ повышается вязкость панкреатического секрета, усугубляется дисфункция сфинктера Одди, что способствует нарушению оттока и желчи, и сока ПЖ [14]. В связи с резекцией желудка, как правило, снижается продукция гастрина, следствием чего является снижение желудочной се-

креции и нарушение секретиновой стимуляции ПЖ. Напротив, при сохранении привратника удерживается гипергастринемия и высокая желудочная секреция, что способствует рецидивированию пептической язвы и формированию язвы анастомоза [12]. Эта ситуация неблагоприятна и в отношении повышения риска развития постгастрорезекционного ХП из-за избыточной секретиновой стимуляции ПЖ [21]. То есть патогенез постгастрорезекционного ХП многогранен, с чем связаны сложности его диагностики и лечения [2, 14].

Лечение больных с постгастрорезекционным XП разработано недостаточно. Для профилактики заболевания разрабатывают различные варианты реконструктивных операций [7].

Что касается внешнесекреторной недостаточности ПЖ, то она не имеет прямой связи с резекциями желудка по Бильрот I или по Бильрот II. В зависимости от особенностей проведенной операции (± Брауновский анастомоз), после

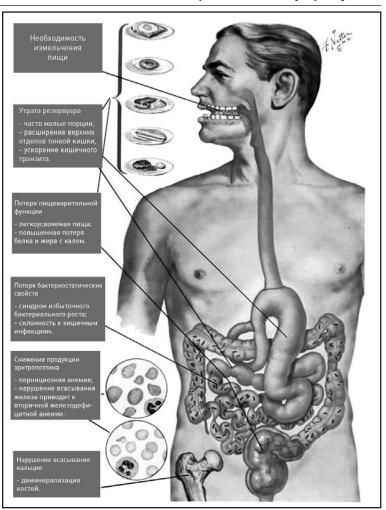


Рис. 1. Нарушения пищеварения и симптомы мальассимиляции после гастрэктомии (по F. H. Netter, 2002 [34])

вмешательства по Бильрот II могут развиться синдромы приводящей или отводящей петли. Это приводит к росту частоты мальабсорбции, причем симптомы могут быть сходны с проявлениями панкреатической недостаточности. При появлении такой клиники нередко назначают $\Phi\Pi$, которые вначале оказываются эффективными. Однако на самом деле происходит только сглаживание клинических симптомов. В этих случаях при появлении абдоминальной боли, сопровождающейся диареей, метеоризмом, необходимо вначале провести диагностику перед назначением $\Phi\Pi$, чтобы убедиться в их целесообразности или нецелесообразности. Обследование должно включать сонографию, фекальный эластазный тест, водородные дыхательные тесты [30]. Следует учитывать, что симптомы мальассимиляции могут быть вызваны и другими факторами (рис. 1): ускоренным тонкокишечным транзитом, синдромом избыточного бактериального роста, неадекватной секретиновой

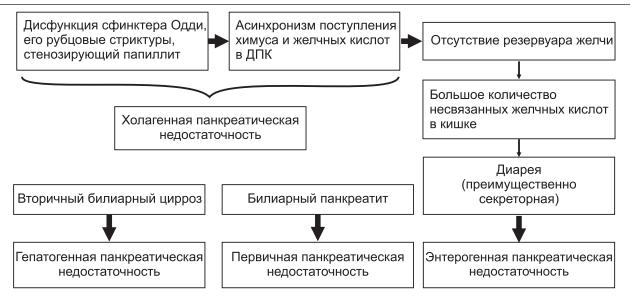


Рис. 2. Патогенез первичной и вторичной панкреатической недостаточности при ПХЭС

стимуляцией ПЖ, асинхронизмом поступления в тонкую кишку химуса и панкреатических ферментов [20]. При этом асинхронизме, который обычно развивается после резекции желудка по Бильрот 2, не происходит тесного контакта химуса с панкреатическими ферментами или этот контакт отсрочен [23].

Что касается состояний после тотальной гастрэктомии, то в этих случаях пациенты нуждаются в $\Phi\Pi$ хотя бы в течение первых 3—6 мес. после операции [24]. По поводу целесообразности и эффективности назначения заместительной ферментной терапии мультицентровые плацебоконтролируемые двойные слепые рандомизированные исследования не проводились. Выполнено лишь исследование, в рамках которого $\Phi\Pi$ назначались в течение 123 дней после оперативного вмешательства [19]. Это означает, что мы не имеем достаточных доказательств, подтверждающих необходимость назначения ФП после гастрэктомии. Вероятно, исключением следует считать случаи, когда развиваются нарушения моторики после расширенной лимфаденэктомии [30]. Большинство авторов считают, что гастрэктомия не приводит к тяжелой панкреатической недостаточности, особенно при назначении раннего энтерального питания [42].

РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

Если резекция тонкой кишки выполняется в комплексе с резекцией ПЖ, то, конечно, происходит еще большее нарушение физиологических процессов усвоения нутриентов, а также процессов продукции гастроинтестинальных гормонов [27]. При резекции значительной части тонкой кишки усугубляется стеаторея, так как при этом может страдать энтерогепатическая циркуляция желчных кислот. Стеаторея, в свою очередь, поддерживает диарею вследствие повышенного содержания в кишке жирных кислот [29]. При наличии симптомов мальдигестии терапия диареи (лоперамид, холестирамин) может быть дополнена панкреатическими ферментами [30].

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

При постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС) еще более вероятным, чем при желчнокаменной болезни, является развитие и прогрессирование внешнесекреторной панкреатической недостаточности (рис. 2). Дело в том, что при ПХЭС «включаются» одновременно несколько механизмов ее формирования. При дисфункции сфинктера Одди, папиллостенозе развивается асинхронизм поступления химуса и желчи в двенадцатиперстную кишку. Это является основой для холагенной панкреатической недостаточности [3]. Из-за секреторной холагенной диареи, синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике формируется энтерогенная панкреатическая недостаточность. При наличии вторичного билиарного цирроза печени выраженный холестаз приводит к гепатогенной внешнесекреторной недостаточности ПЖ. И, наконец, хронический билиарный панкреатит, который диагностируется у большинства больных с ПХЭС, — причина первичного снижения продукции ферментов ПЖ [3]. В итоге панкреатическая недостаточность различной степени имеет место практически во всех случаях ПХЭС [8].

Вторичная гепатогенная (холагенная, билиогенная) панкреатическая недостаточность связана с дефицитом (асинхронизмом) поступления желчных кислот в двенадцатиперстную кишку, о чем было сказано выше. При этом нарушается эмульгирование жиров и панкреатическая липаза не может их эффективно гидролизовать, т. е. происходит усугубление мальдигестии.

Безусловно, существенное место в комплексе ПХЭС занимает и сам ХП. Он может развиться как до холецистэктомии (вследствие желчнокаменной болезни, папиллостеноза и т. д.) и сохраняться как после нее, так и после оперативного вмешательства из-за дисфункции сфинктера Одди, билио- и энтеропанкреатического рефлюксов.

ЛЕЧЕНИЕ

Считаем важным обратить внимание на лечебное питание и особенности рациона до и после операций на ПЖ. В этом отношении показательны результаты мета-анализа 10 исследований эффективности различных видов питания перед проведением обширных оперативных вмешательств по поводу $X\Pi | 26|$. Обследован 571 пациент: 128 (22 %) назначали полное парентеральное питание, 201 (35 %) — энтеральное питание, 71 (12 %) — иммунное энтеральное питание, 171 (31 %) — без специального питания. Предоперационная потеря веса, уровень альбумина крови, частота желтухи были сходными во всех группах. Послеоперационное парентеральное питание приводило к увеличению частоты осложнений. Энтеральное питание в послеоперационном периоде способствовало снижению частоты инфекционных осложнений. Частое дробное регулярное энтеральное питание снижало частоту послеоперационного гастростаза. Иммунное питание не имело существенных преимуществ. Был сделан вывод, что с учетом частоты трофологической недостаточности в предоперационном периоде, перед операцией необходимо улучшение нутритивного статуса [26].

На нутритивный статус больных XП после оперативного вмешательства существенно влияет наличие и длительность гастростаза. При гастропарезе, особенно при сахарном диабете,

применяют электростимуляцию желудка, которая способствует не только ускорению пассажа пищи, но и улучшению экзокринной функции $\Pi \mathbb{X}$, что подтверждается результатами фекального эластазного теста [36].

Повышенный индекс массы тела и, особенно, объем висцерального жира негативно влияют на продолжительность жизни после панкреатэктомии по поводу рака ПЖ [18].

После операции энтеральное питание имеет преимущества перед парентеральным, за исключением случаев тяжелой трофологической недостаточности [41].

При наличии симптомов панкреатической недостаточности в отдаленные сроки после оперативного лечения врачу следует давать пациентам диетические рекомендации, которые являются обычными при $X\Pi$ [5].

Центральное место в лечении панкреатической недостаточности после операций на ПЖ и других органах пищеварения занимает ферментная заместительная терапия.

Заместительная терапия должна сопровождаться коррекцией трофологических нарушений и изменений моторики пищеварительного тракта препаратами, направленными на устранение синдрома избыточного бактериального роста, лечение инкреторной недостаточности ПЖ (о последней мы в настоящей статье не писали, так как она является предметом отдельного изучения, а рамки статьи ограничены).

В заключение еще раз важно подчеркнуть, что адекватное ведение больных, перенесших оперативные вмешательства на органах пищеварения, является абсолютно принципиальным. Хирурги прилагают большие усилия в выполнение сложных хирургических операций. Нередко мы сталкиваемся с больными, которым успешно выполнено оперативное лечение, но качество жизни в отдаленный период очень низкое из-за проявлений трофологической недостаточности ПЖ. Преемственность между хирургом и гастроэнтерологом — необходимое условие получения полноценного и долгосрочного результата лечения больных.

Неслучайно выдающийся российский терапевт М.П. Кончаловский говорил: «Содружество хирурга и терапевта необходимо, ведь операция — это лишь этап в общем лечении больного. Хирург обязан быть хорошим терапевтом». В современных условиях хирургу трудно быть еще и терапевтом. На мой взгляд, просто нужно достичь взаимопонимания и воспользоваться знаниями коллег-гастроэнтерологов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Аскерханов Г. Р. Загиров О. З., Гаджиев А. С. Болезни оперированного желудка. М.: Медпрактика, 1998. 152 с.
- 2. Вахрушев Я. М. Постгастрорезекционные синдромы. Ижевск : Экспертиза, 1998. 140 с.
- 3. Губергриц Н. Б., Лукашевич Г. М., Загоренко Ю. А. Холестаз и панкреатическая недостаточность: как повлиять на причину и следствие // Сучасна гастроентерологія. 2004. \mathbb{N}^{0} 5. С. 54—61.
- 4. Иоффе А. Ю., Ткач О. С., Стельмах А. И. Частота образования желчных конкрементов и возможности их медика-ментозного цитолиза после резекций желудка // Сучасн. гастроентерологія. 2005. № 1. С. 80—82.
- 5. Губергриц Н. Б., Линевский Ю. В., Лукашевич Г. М. и др. Искренняя любовь... и диета // Вестн. клуба панкреатологов. 2012. № 2. C. 4—10.
- 6. Лубянский В. Г., Насонов С. В. Острый панкреатит после резекции желудка по поводу низкой дуоденальной язвы // Хирургия. 2001. № 3. С. 8—11.
- 7. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Синько С. П. и др. Новые хирургические технологии в лечении гастродуоденальных язв как залог высокого уровня качества жизни больных // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктоли. 2004. Т. 14, N_2 5 (Прилож. 23). С. 28.
- 8. Суздальцев И.В., Золотухин Т.Ф., Архипов О.И. и др. Постхолецистэктомический синдром: причины, факторы риска, современные методы диагностики и лечения. М.: АНМИ, 2003. 118 с.
- 9. Сажин В. П., Жаболенко В. П., Сажин А. В. и др. Причины развития демпинг-синдрома после лапароскопических резекций желудка при язвенной болезни // Эндоскоп. хирургия. 2003. Т. 9, № 2. С. 12—16.
- 10. Томашук И. П., Петров В. П., Томашук И. И. и др. Ранний острый панкреатит после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке — К. : Здоров'я, 2002. — 320 с.
- 11. Репин М. В., Беляев М. Н., Вагнер Т. Е. Радиоизотопная диагностика функциональных расстройств после резекции желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2004. Т. 14, № 5 (Прилож. 23). С. 39.
- 12. Романенко С. Н. Динамика показателей гастрита после резекции желудка с сохранением привратника // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006. Т. 16, \mathbb{N}_2 5 (Прилож. 28). С. 34.
- 13. Михайлов А. П., Данилов А. М., Напилков А. Н. и др. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вестн. хирургии. 2002. Т. 161, \mathbb{N}^0 1. С. 23—28.
- 14. Філак Ф. Г. Вплив санаторного лікування на функціональний стан хворих на гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою // Одес. мед. журн. 2005. № 4. С. 64—67.
- 15. Жерлов Г. К., Завадовская В. Д., Кошель А. П. и др. Функциональное состояние желчного пузыря после резекции желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. Т. 80, № 1. С. 18—22.
- 16. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Симоненко В. Б. и др. Функциональное состояние печени и желчного пузыря после субтотальной резекции желудка и гастрэктомии с формированием искусственного желудка // Клин. медицина. 2002. Т. 80, № 12. С. 45—47.
- 17. Armstrong T., Walters E. Deficiencies of micronutrients, altered bowel function, and quality of life during late follow-up afterpancreaticoduodenectomy for malignancy // Pancreatology. 2002. Vol. 2, N° 6. P. 528—534.
- 18. Greenblatt D.Y. et al. Body mass index is associated with morbidity after pancreatic resection: results from the ACS-NSQIP // American Pancreas Club, 45th annual meeting. 2011. P. 56.
- 19. Bragelmann R., Armbrecht U. The effect of pancreatic enzyme supplementation in patients with steatorrhea after total gastrectomy // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1999. Vol. 11. P. 231—237.
- 20. Büchler M., Malfertheiner P. Die beziehung zwischen magen und pankreas beim menschen // Z. Gastrointerol. 1989. Vol. 27 (Suppl. 3). P. 32—34.
- 21. Chronic pancreatitis: novel concepts in biology and therapy / Ed. M. W. Büchler [et al.]. Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2002. 614 p.
- 22. D'Haese J.G., Friess H. Варианты лечения хронического панкреатита: хирургия современный стандарт лечения? // Вестн. клуба панкреатологов. $2012 \cdot ... \times 2... \times 2... \times 2... \times 2...$
- 23. Domschke S. Therapie von Mangelzustanden nach partieller Magenresektion. Folgeerkrankungen in der Ulkuschirurgie. Weinheim: Edition Medizin, 1987. S. 131—142.
- 24. Friess H., Bohm L. Maldigestion after total gastrectomy is associated with pancreatic insufficiency // Am. J. Gastrointerol. 1996. Vol. 91, № 2. P. 341—347.
- 25. Ghaneh P., Neoptolemos J. P. Pancreatic exocrine insufficiency following pancreatic resection // Digestion. 1999. Vol. 60 (Suppl. 1). P. 104—110.
- 26. Goonetilleke K. S., Siriwardena A. K. Systematic review of perioperative nutritional supplementation in patients undergoing pancreaticoduodenectomy // J. Pancreas. 2006. Vol. 7. P. 5—13.
- 27. Kahl S., Malfertheiner P. Exocrine and endocrine pancreatic insufficiency after pancreatic surgery // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2004. Vol. 18, \mathbb{N}^{0} 5. P. 947—955.
- 28. Layer P., Go V.L. Fate of pancreatic anzymes during small intestinal aboral transit in humans // Am. J. Physiol. 1986. Vol. 251, № 4 (Pt. 1.) P. G475—480.

- 29. Lieb S. Darm Operationsfolgezustande. Klinische Gastroenterologie. Stuttgart: Thieme Verl., 2000. P. 1036—1048.
- 30. Löhr J.-M. Exocrine pancreatic insufficiency. Bremen: UNI-MED, 2010. 91 p.
- 31. Maskell C., Daniels P. Dietary intake after pancreatiectomy // Br. J. Surg. 1999. Vol. 86. P. 323—326.
- 32. Matsumoto J., Traverso L. W. Function following the whipple operation as assessed by stool elastase // J. Gastrointest. Surg. 2006. Vol. 10, № 9. P. 1225—1229.
- 33. Nakamura H., Muracami Y. Predictive factors for exocrine pancreatic insufficiency after pancreatoduodenectomy with pancreaticogastrostomy // J. Gastrointest. Surg. 2009. Vol. 13, № 7. P. 1321—1327.
- 34. Netter F.H. The Netter collection of medical illustrations N. Y.: Colorpress, 2002. Vol. 3: Digestive System: p. 1. 206 p.
- 35. Nordback I., Parvianinen M. Obstructed pancreaticojejunostomy partly explains exocrine insufficiency after pancreatic head resection // Scand. J. Gastroenterol. 2007. Vol. 42, № 2. P. 263—270.
- 36. Ohtsuka T., Tanaka M., Miyazaki K. Gastrointestinal function and quality of life after pylorus-preserving pancreatoduodenectomy // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2006. Vol. 13. P. 218—224.
- 37. Ohtsuka T., Yamaguchi K. Quality of life after pylorus-preserving pancreatoduodenectomy // Am. J. Surg. 2001. Vol. 182, № 3. P. 230—236.
- 38. Rault A., SaCunha A. Pancreaticojejunal anastomosis is preferable to pancreaticogastrostomy for longterm outcomes of pancreatic exocrine function // J. Am. Coll. Surg. 2005. Vol. 201, № 2. P. 239—244.
- 39. Reidiger H., Adam U. Long-term outcome after resection for chronic pancreatitis in 224 patients // J. Gastrointest. Surg. 2007. Vol. 11, № 8. P. 949—959.
- 40. Schneiser M. U., Meister R. Whipple's procedure plus intraoperative pancreatic duct occlusion for severe chronic pancreatitis: clinical, exocrine, and endocrine consequences during a 3-year follow-up // Pancreas. 1987. Vol. 2, № 6. P. 715—726.
- 41. Segurola L. C., Cerdan O. Nutritional management of the patient after surgery of the biliary tract and pancreas // Nutr. Hosp. 2008. Vol. 23, Suppl. 2. P. 41—51.
- 42. Senkal M., Marpe B. Pancreatic elastase-1 in stool of postoperative patients with early enteral nutrition a pilot study // Dtsch. Med. Wochenschr. 2006. Vol. 131, № 1—2. P. 13—16.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Автор, контакты:

Губергриц Наталия Борисовна — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии Донецкого национального медицинского университета им. М. А. Горького, член Совета Международной Ассоциации панкреатологов, г. Донецк.

пр-т Гринкевича, д. 8, кв. 3, г. Донецк, 83001, Украина e-mail: nbg@pisem.net Г.К.Жерлов, А.П.Кошель, В.М.Воробьев, Е.И.Маевский

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

G. K. Zherlov, A. P. Koshel, V. M. Vorobyov, E. I. Maevski

SELECTION OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS HAVING GASTRODUODENAL BLEEDINGS OF ULCEROUS ETIOLOGY

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, В.М. Воробьев, Е.И. Маевский

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с язвенной болезнью желудка (239), двенадцатиперстной кишки (488), а также больных с сочетанными язвами (37) и пептической язвой гастроэнтероанастомоза (18), осложненной кровотечением. Общая летальность после операции составила 3,8 %. Считаем, что в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики, основанной на соматическом состоянии пациента, длительности язвенного анамнеза и локализации язвы, наличии эпизодов гастродуоденального кровотечения в прошлом, а также интенсивности кровотечения и эффективности консервативного гемостаза.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение.

The analysis of treatment results in 782 patients was conducted. There were 239 patients with gastric ulcers, 488 patients with duodenal ulcers, 37 patients with combined ulcers and 18 patients with bleeding peptic ulcers of gastroenteranastomosis. Postoperative mortality was 3,8 %. Postoperative complications were in 12,2 % patients. We consider that the treatment of ulcerative gastroduodenal bleedings should be based on the individual active and waiting policy concluding in somatic patient's condition, duration of ulcerative anamnesis, presence of gastroduodenal bleedings in the past, ulcer location, and bleeding intensity and effectiveness of conservative hemostasis.

Key words: peptic ulcer, duodenal ulcer, surgical treatment.

УДК 616.33/.34-005.1-02-002.44-08-035

ВВЕДЕНИЕ

Открытие Н. руlori и широкое внедрение эрадикационной терапии в лечение язвенной болезни обещало прогрессивное снижение количества операций по поводу данного заболевания. И действительно, в последние годы и в мировой, и в отечественной литературе отмечается общее снижение числа плановых операций при гастродуоденальных язвах. Однако на этом фоне происходит рост числа экстренных вмешательств, обусловленных, в том числе, кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки [7, 8, 11, 12, 14]. Так, например, по данным В.В. Рыбачкова и И.Г. Дряженкова [9], за последние 5 лет количество больных с кровоточащей язвой увеличилось в 7 раз. Более того, достаточно высоким

и стабильным остается уровень летальности, который на протяжении многих лет колеблется вокруг отметки 10~% и не имеет тенденции к снижению (от 5,7 до 25~%) [7,10,15].

Тактика лечения больных с гастродуоденальными геморрагиями за последнее столетие пересматривалась неоднократно. В настоящее время в экстренной хирургии гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, существуют различные варианты, в той или иной степени укладывающиеся в 3 основных тактических подхода: активный, активно-выжидательный и выжидательный. Число сторонников и противников каждого из них периодически меняется, что обусловлено, с одной стороны, развитием технического прогресса и фармацевтической промышленности, а с другой — переосмыслением этиологии и

патогенеза язвенной болезни. Например, широкое внедрение в общеклиническую практику современной эндоскопической аппаратуры позволяет у 85—95 % больных выполнить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, не прибегая к оперативному вмешательству. Появление новых поколений препаратов, позволяющих контролировать желудочную кислотность, позволило достигнуть уровня гипочли ахлоргидрии, при котором процессы формирования тромба протекают в оптимальной среде [13], а успехи консервативного лечения язвенной болезни, основанной на эрадикации Helicobacter pylori, склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики.

Вместе с тем, до настоящего времени запоздалое решение о необходимости операции, а также рецидивы профузного кровотечения в стационаре, на 2-е—3-и сут. после поступления, занимают далеко не последнее место в структуре причин летальных исходов при этом осложнении [8]. Подтверждением этому являются цифры, которые приводит А.А. Крылов с соавт. [5]: летальность при активной тактике не превышает 5 %, при активно-выжидательной она достигает 29 %, а «операции отчаяния», выполняемые на фоне рецидива кровотечения, приводят к гибели до 45 % больных.

Таким образом, вопрос о тактике ведения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается открытым и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель настоящего исследования заключается в обосновании индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе проведен анализ результатов лечения 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1989 по 2004 гг. Среди пациентов

было 587 мужчин и 195 женщин в возрасте от 15 до 89 лет. Сводные данные о больных по полу и возрасту представлены в табл. 1.

Из приведенной таблицы видно, что почти половина (48,2 %) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями представлена группой наиболее трудоспособного возраста от 31 до 50 лет.

Все пациенты поступали в приемное отделение в порядке скорой помощи с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $17 \pm 2,7$ ч.

Основными жалобами у пациентов при поступлении были — рвота «кофейной гущей» (87 %); мелена (79 %); головокружение (47 %); кратковременный коллапс (17 %). Наличие данных признаков гастродуоденального кровотечения служило показанием для выполнения экстренного эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Основной целью экстренной эзофагогастродуоденоскопии была топическая диагностика источника геморрагии, оценка состояния сосудистого гемостаза в дне язвы, а также выполнение эндоскопической остановки кровотечения.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной Φ ЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 239 (30,6 %), язвенная болезнь ДПК — у 488 (62,4 %) поступивших, у 37 (4,7 %) пациентов имелись сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 18 (2,3 %) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987):

F-I-A — струйное (артериальное) кровотечение из язвы;

F-I-B — капельное (венозное) кровотечение из язвы;

F-II-A — тромбированные сосуды в дне язвы;

F-II-В — сгусток крови, закрывающий язву;

F-II-C — язва без признаков кровотечения;

F-III — источников кровотечения не обнаружено.

Таблица 1 Распределение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями по полу и возрасту

| Пол/возраст | Всего | Возраст (лет) | | | | | | |
|-------------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|-----------|--|
| | | до 20 | 21—30 | 31—40 | 41—50 | 51—60 | старше 61 | |
| Мужчины | 587 | 21 | 69 | 161 | 134 | 123 | 79 | |
| Женщины | 195 | 8 | 23 | 48 | 34 | 47 | 35 | |
| Итого | 782 | 29 | 92 | 209 | 168 | 170 | 114 | |

Эндоскопический гемостаз осуществляли с применением аргон-усиленного радиочастотного коагулятора «Электропульс-РЧ» (Томск), диатермокоагуляцию выполняли аппаратом Olympus UES-20 с использованием коагулятора CD-1L, в редких случаях применяли инъекционный гемостаз: раствор адреналина 0,1 % — 0,25 в 100,0 0,25 % р-ра новокаина.

После эндоскопического исследования, выяснения источника и локализации геморрагии и проведения эндоскопической остановки кровотечения определялась дальнейшая тактика.

Все пациенты, у которых кровотечение продолжалось или имела место «угроза повторного кровотечения», соответственно F-I-A, F-I-В и F-II-A, F-II-В по классификации J. Forrest (1987), госпитализировались в отделение интенсивной терапии. После проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восполнение ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно важных органов выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства.

Наличие у пациента струйного артериального кровотечения из язвы (F-I-A) на фоне неэффективности эндоскопического гемостаза служило показанием для проведения экстренной операции. При необходимости допускалась короткая предоперационная подготовка.

При наличии капельного венозного кровотечения (F-I-B) проводилась гемостатическая терапия, как общая (медикаментозная), так и местная (повторная эндоскопическая). В случае неэффективности консервативного лечения у этой группы больных в течение 6 часов — при контрольной эзофагогастродуоденоскопии кровотечение

продолжается — пациентам предлагалось выполнение экстренной операции.

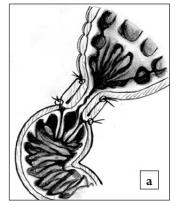
Эффективность первичного эндоскопического гемостаза составила 92,7 % (725 больных). При этом у 107 (14,8 %) из них возникли рецидивы кровотечения в сроки до 72 часов от первичного гемостаза, что в свою очередь потребовало выполнения экстренной операции или повторного эндоскопического гемостаза.

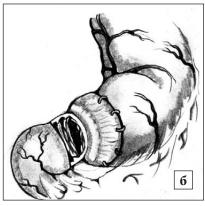
Если через сутки интенсивной терапии в стационаре сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B), пациентам с длительным течением язвенной болезни либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настойчиво рекомендовалось выполнение срочной операции.

При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (F-II-C) при эндоскопическом контроле через сутки больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 сут) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Пациенты группы F-II-C u F-III либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства.

Всего оперативное лечение по поводу гастродуоденального кровотечения было выполнено у 345 (44,1 %) из 782 пациентов, поступивших в клинику. Операции в экстренном порядке (до 6 часов от поступления) были выполнены у 46 пациентов, что составило 13,3 % от всех оперированных, или 5,9 % от всех пациентов, поступивших с кровотечением. В срочном порядке было оперировано 128 пациентов, 37,1 % и 16,4 % соответственно.





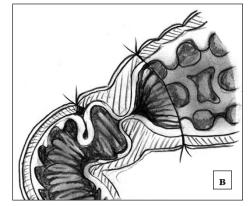


Рис. 1. Окончательный вид операций при гастродуоденальном кровотечении, выполненных в клинике (пояснение в тексте)

Операции спустя 14 и более сут. от момента поступления (в плановом порядке) были выполнены у 170 больных (49,3 % и 21,7 %).

Основной вид операции, принятый в клинике при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением — резекция ½ желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза (рис. 1а) — был выполнен у 188 (54,5 %) больных. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена в собственной модификации у 74 (21,4 %) пациентов (рис. 1б), наконец, пилоросохраняющая резекция, также разработанная в клинике — у 39 (11,3 %) (рис. 1в).

Остальным больным выполнялись иссечение язвы 18 (5,2 %), стволовая ваготомия 9 (2,6 %), резекции пилоробульбарного отдела 9 (2,6 %), экстирпация культи желудка 4 (1,2 %), проксимальная резекция 4 (1,2 %). Более подробно способы выполнения операций были описаны нами ранее [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ранние сроки после экстренных и срочных операций умерло 13 (3,8 %) больных, в том числе 9 оперированы в срочном порядке (2-е—3-и сут.) на фоне рецидивного профузного кровотечения. В 4 случаях выполнена резекция ½ желудка в модификации клиники, в 9 — гастротомия, иссечение язвы. Причиной смерти у 7 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 4 — осложнения со стороны легких (пневмония) у 1 — массивная кровопотеря (больная погибла в течение первых суток после операции). У 1 больного операция иссечения язвы выполнялась после многократных санационных релапаротомий,

выполненных по поводу разлитого гнойного перитонита после перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Смерть больного наступила вследствие полиорганной недостаточности на фоне некупируемого гнойного перитонита.

Послеоперационные осложнения возникли у 42 больных (12,2 %). При этом все осложнения носили характер неспецифических, т.е. характерных для любой операции на органах брюшной полости. Ни в одном случае не отмечено недостаточности швов анастомозов, что обусловлено, на наш взгляд, особенностью используемой технологии формирования гастродуоденального соустья. Частота и характер осложнений представлены в табл. 2.

Самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре (n=14), а также гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны (n=12).

В раннем послеоперационном периоде мы придерживаемся активной тактики ведения больных (раннее вставание, дыхательная гимнастика, раннее энтеральное питание через микрозонд, установленный в тощую кишку во время операции), что позволило значительно сократить количество легочных осложнений и в последние 5 лет осложнения со стороны легочной системы возникли только у 3 пациентов пожилого возраста на фоне имеющейся выраженной бронхо-легочной патологии.

Средний койко-день после операции составил 19.5 ± 3.3 сут.

Несмотря на то, что операцией выбора на высоте гастродуоденального кровотечения в нашей клинике принята резекция $\frac{1}{2}$ желудка в собственной модификации [4], у молодых людей с впервые

Таблица 2 Осложнения операции по поводу гастродуоденальных кровотечений

| | n | Легочные осложнения | Сердечно- сосудистые осложнения | Гнойные осложнения | Прочие | % |
|---|-----|------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------|------------|
| Резекция ½ желудка | 188 | 6 | 3 (2) | 5 | 4 | 9,6 (1,1) |
| СПВ + иссечение язвы + дуоденопластика | 74 | 2 | _ | 1 | _ | 4,1 |
| Пилоросохраняющая резекция | 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7,7 |
| Иссечение язвы | 18 | 4 (4) | 6 (5) | 4 | 2(2) | 100 (61,1) |
| Прочие | 26 | 1 | _ | 2 | _ | 11,5 |
| Итого | 345 | 14 (4) | 9 (7) | 12 | 7 (2) | 12,2 |

Примечание: в скобках указано количество умерших больных.

выявленной язвой двенадцатиперстной кишки, при отсутствии грубой деформации луковицы ДПК, показана селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой.

Выполнение гастротомии и прошивания сосудов в дне язвы считаем возможным только у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, когда технически сложно выполнить иссечение язвы, а время операции ограничено.

В более поздние сроки после кровотечения (в плановом порядке) возможно выполнение всех вариантов резекции желудка и органосохраняющих операций (селективная проксимальная ваготомия + иссечение язвы + дуоденопластика).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях мы считаем целесообразным придерживаться индивидуальной активновыжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение.

В случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-В необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях следует считать резекцию желудка либо селективную проксимальную ваготомию с иссечением язвы и дуоденопластикой. У пациентов с язвенной болезнью желудка также возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. Операции иссечения язвы следует выполнять только в исключительных случаях, когда кровотечение невозможно остановить эндоскопически, а любое другое вмешательство не может быть выполнено в силу крайней тяжести состояния больного. После выполнения подобных операций в раннем послеоперационном периоде следует назначать лечебные дозы внутривенных ингибиторов протонной помпы и проводить динамическое эндоскопическое наблюдение за зоной операции.

В том случае, когда имеет место кровотечение *F-II-A* и *F-II-B* у молодых пациентов с впервые выявленной язвой либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 сут. от момента кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Горбунов В. Н., Сытник А. П., Коренев Н. Н. и др. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургия. 1998. \mathbb{N}^9 9. С. 14—17.
- 2. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. 1999. № 6. С. 20—22.
- 3. Евтихов Р. М., Ватагин С. А., Чугуевский В. М. и др. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею // Хирургия. 1999. \mathbb{N}^{0} 4. С. 22—24.
- 4. Жерлов Г. К., Баранов А. И., Гибадулин Н. В. Пилорусмоделирующие и пилоруссохраняющие резекции желудка. М. : МЗ Пресс, 2000. 144 с.
 - 5. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А. и др. Неотложная гастроэнтерология. Λ .: Медицина, 1988. 264 с.
- 6. Лосев Р. З., Чирков Ю. В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вест. хирургии им. И. И. Грекова. 1996. № 6. С. 28—31.
- 7. Панцырев Ю.М., Михлев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. N° 3. C. 43—49.
- 8. Ратнер Г. Л., Корытцев В. К., Катков В. К. и др. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе // Хирургия. — 1999. — \mathbb{N}^{0} 6. — С. 23—24.
 - 9. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 2005. № 3. С. 27—29.
- 10. Blocksom J.M., Tokioka S., Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Surg. Endosc. 2004. Vol. 18. P. 186—192/
- 11. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials // World J. Surg. 2000. Vol. 24. P. 299—306.
- 12. Nikolopoulou V. N., Thomopoulos K. C., Theocharis G. I. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases // World J. Gastroenterol. 2005. Vol. 11, N_2 29. P. 4570—4573.

- 13. Novikov A. I., Serdyuk A. V., Tylok S. A. Increasing efficacy of surgical strategy of treating patients with acute gastric-duodenal bleedings of ulcerous etiology // Сучасна гастроентерологія. 2004. № 4. С. 64—65.
- 14. Ohmann Ch., Imhof M., Ro H-D. Trends in Peptic Ulcer Bleeding and Surgical Treatment // World J. Surg. 2000. Vol. 24. P. 284—293.
- 15. Schoenberg M. H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // Langenbeck's Arch Surg. 2001. Vol. 386. P. 98—103.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Жерлов Г. К. — д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки Р Φ , первый директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, г. Северск.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ, зав. кафедрой хирургии ФПК и ПСС ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Воробьев В. М. — канд. мед. наук, начальник ОГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области», г. Томск.

Маевский Е.И. — канд. мед. наук, научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова, СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Контакты

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56-42-65 e-mail: apk@gastro.tomsk.ru

А. П. Кошель, С. С. Клоков, Е. Б. Миронова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

A. P. Koshel, S. S. Klokov, Ye.B. Mironova

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PANCREATIC CANCER

НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск © А.П. Кошель, С. С. Клоков, Е.Б. Миронова

Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. У 102 пациентов была выполнена радикальная операция с формированием оригинального арефлюксного панкреатоеюноанастомоза. Послеоперационная летальность составила $7.8\,\%$, средняя продолжительность жизни $9.3\pm2.7\,$ мес. Проведенные в послеоперационном периоде инструментальные и клинические исследования показали преимущества сформированного арефлюксного панкреатоеюноанастомоза в плане профилактики развития рефлюкс-панкреатита и -холангита, обеспечивая достаточной высокий уровень качества жизни оперированных больных.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, хирургическое лечение.

We have analyzed early and late results of surgical treatment of patients with the pancreatic cancer. 102 patients underwent radical surgery with formation of the original antireflux pancreatojejunal anastomosis. Postoperative mortality rate in the group was 7.8 %. Mean patients lifetime after radical surgery was 9.3 ± 2.7 mths. Istrumental and physical examination performed during the follow-up demonstrated the advantages of antireflux pancreatojejunal anastomosis in the prevention of reflux pancreatitis and cholangitis and in the maintenance of sufficiently high life quality of operated patients.

Key words: pancreatic cancer, surgical treatment.

УДК 616.37-006.6-07-08

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы рак поджелудочной железы выходит на ведущие места в общей онкологической заболеваемости и смертности среди злокачественных заболеваний органов пищеварительной системы большинства развитых стран мира. Так, например, по данным, приведенным в статье D. Freitas [6], в Северной Америке в 2008 г. было диагностировано 37 680 случаев рака поджелудочной железы, умерло 34 290 человек.

В России в 2009 г. выявлено 14723 больных раком поджелудочной железы. С 2004 по 2009 гг. отмечено увеличение абсолютного числа вновь выявленных больных как мужского (8,1%), так и женского (13,1%) пола. Средний возраст больных составил 64 года у мужчин и 70 лет у женщин. В структуре онкологической заболеваемости доля рака поджелудочной железы составила

1,9—3,6 %. Доля рака поджелудочной железы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов пищеварения в России составила 11,4 %, что соответствует 4-му ранговому месту после рака желудка, ободочной и прямой кишок [1]. В Украине частота встречаемости рака поджелудочной железы составляет 8,2 на 100 000, что соответствует 9-у ранговому месту в структуре общей онкологической заболеваемости и 3-й строчке среди заболеваний органов пищеварения после рака желудка и толстой кишки [5].

Особенности топографии железы, а также склонность ее к раннему метастазированию обусловливают низкий процент радикальных вмешательств. Кроме того, большинство имеющихся в арсенале хирурга операций приводят к развитию в ближайшем или отдаленном послеоперационных периодах целого ряда осложнений,

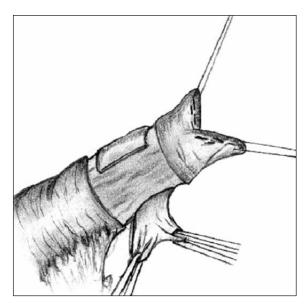


Рис. 1. Формирование арефлюксного панкреатоеюноанастомоза: удаление серозно-мышечной оболочки на дистальном конце мобилизованной петли

обусловленных ретроградным поступлением кишечного содержимого в протоки культи поджелудочной железы и/или желчное дерево. Все это значительно влияет на качество жизни оперированных больных, приводя к тяжелой инвалидности. В этой связи актуальной остается разработка новых методик операций, направленных на профилактику рефлюкс-панкреатита и рефлюксхолангита.

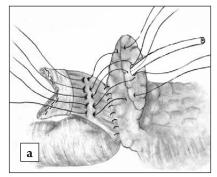
Ключевым моментом любого варианта операции панкреатодуоденальной резекции является панкреатоеюноанастомоз. Именно несостоятельность последнего, возникающая у 1,2—23 % пациентов, является одной из основных причин неблагоприятных исходов в раннем послеоперационном периоде [4, 7, 8]. При этом причиной

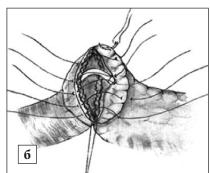
несостоятельности панкреатоеюнального соустья чаще всего является заброс кишечного содержимого в вирсунгов проток с развитием послеоперационного панкреатита [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей клинике проф. Г. К. Жерловым разработан и широко применяется способ панкреатодуоденальной резекции с формированием арефлюксного панкреатоеюноанастомоза.

Операция выполняется следующим образом: после выполнения резекционного этапа на конце отключенной из пищеварения по Roux петли тощей кишки циркулярно отсепаровывают и удаляют серозно-мышечную оболочку шириной 12 мм (рис. 1). Мобилизованную петлю проводят через окно в мезоколон и подводят к культе поджелудочной железы, которую катетеризируют «потерянным» полимерным дренажем соответствующего диаметра и фиксируют к стенке протока швом (рис. 2а). Культю кишки фиксируют к поджелудочной железе швами-держалками по углам анастомоза, проходящими через край ее серозно-мышечной оболочки, а на поджелудочной железе через капсулу, отступя от края на 18—20 мм (рис. 26). Затем инвагинируют культю поджелудочной железы в просвет тощей кишки путем наложения внутреннего ряда узловых швов между краями «оголенного» подслизистого слоя кишки и капсулы поджелудочной железы и наружного ряда узловых швов между краем серозно-мышечного слоя кишки и капсулой поджелудочной железы, отступив от первого ряда швов на глубину инвагината (18—20 мм) (рис. 2в). При этом pars nuda кишки обращена на середину задней полуокружности соустья.





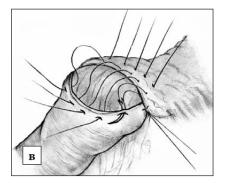
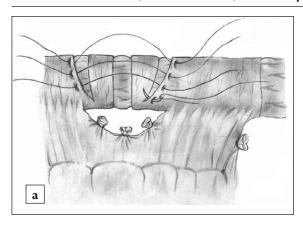


Рис. 2. Формирование арефлюксного панкреатоеюноанастомоза: а — катетеризация вирсунгова протока «потерянным дренажем»; б — формирование передней полуокружности панкреатоеюноанастомоза; в — завершение формирования панкреатоеюноанастомоза



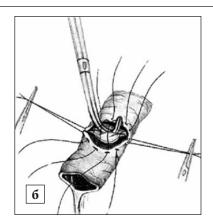


Рис. 3. Формирование арефлюксного панкреатоеюноанастомоза: а, б — этапы формирования инвагинационного клапана в отводящей петле кишки (пояснение в тексте)

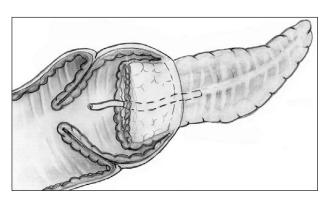


Рис. 4. Формирование арефлюксного панкреатоею юноанастомоза: окончательный вид сформированного панкреатоеюноанастомоза

В завершение операции создают антирефлюксный клапан путем циркулярного рассечения серозно-мышечной оболочки кишки на 5—7 см ниже панкреатоеюноанастомоза и еще двух полуовальных разрезаов выше и ниже первого на 15—18 мм. Инвагинационный клапан образуется после сшивания проксимального и дистального краев разрезов серозно-мышечными швами (рис. 3а, 6). На рис. 4 представлен окончательный вид сформированного анастомоза.

Подобная технология формирования соустья показана и применяется у пациентов с мало измененной тканью поджелудочной железы и узким вирсунговым протоком.

У пациентов с фиброзно-измененной тканью поджелудочной железы, расширением главного панкреатического протока более 4—5 мм дренаж в просвет протока не устанавливаем и при наложении внутреннего ряда швов на заднюю и переднюю полуокружности анастомоза захватываем в шов вместе с краями «оголенной» подслизистой оболочки кишки и капсулы поджелудочной железы подслизистую основу культи панкреатического протока. При завязывании этих швов слизистые оболочки кишки и протока сопоставляются, а срез культи поджелудочной

железы укрывается слизисто-подслизистой оболочкой кишки. Таким образом формируется панкреатикоеюностома (рис. 5).

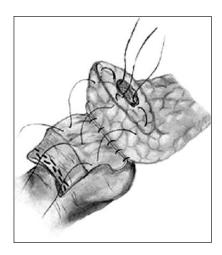
Всего в клинике с 1999 по 2011 гг. радикальные операции выполнены у 102 больных, в том числе у 59 мужчин и 43 женщины в возрасте от 29 до 74 лет (табл. 1).

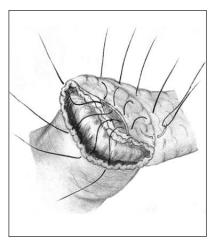
Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена у 69 (67,6 %), пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 33 (32,4 %) больных.

Показанием к оперативному лечению послужили рак головки поджелудочной железы 87 (85,3 %) и рак фатерова сосочка 15 (14,1 %) больных.

При обследовании пациентов в ближайшие и отдаленные сроки после операции в первую очередь обращали внимание на субъективное восприятие пациентами своего самочувствия (качество жизни).

С целью объективной оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения клинические данные дополнены проведением лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических, рентгенологических исследований в различные сроки после операции.





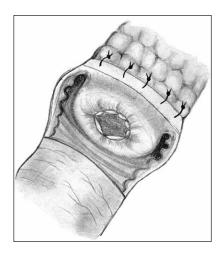


Рис. 5. Формирование панкреатоеюноанастомоза при широком вирсунговом протоке (пояснение в тексте)

Таблица 1 Распределение больных, оперированных радикально по полу и возрасту

| | D | Возраст | | | | | | |
|---------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-----------|--|
| Пол | Всего | 20—30 | 31—40 | 41—50 | 51—60 | 61—70 | Старше 70 | |
| Мужчины | 59 | _ | 2 | 11 | 25 | 19 | 2 | |
| Женщины | 43 | 1 | 1 | 14 | 14 | 11 | 2 | |
| Итого | 102 | 1 | 3 | 25 | 39 | 30 | 4 | |

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая послеоперационная летальность составила 7,8 % — умерло 8 пациентов. Причиной смерти у 5 пациентов была прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, по одному пациенту погибло вследствие несостоятельности швов гепатикоэнтероанастомоза, внутрибрюшного кровотечения и острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Среди осложнений раннего послеоперационного периода у 94 выживших пациентов чаще всего встречалась гипотония желудка (после пилоруссохраняющих операций) и его культи, которая зафиксирована у 16 (15,7 %) больных. Послеоперационный панкреатит (легкая форма) выявлен у 6 (5,9 %), плеврит — у 7 (6,9 %) больных и по одному больному имели пролежень стенки желудка дренажной трубкой (0,9 %), некроз передней стенки культи ДПК (0,9 %) и механическую желтуху в результате обструкции пузырного протока у больной с холецистоэнтероанастомозом (0,9 %). Таким образом, ранние послеоперационные осложнения возникли у 32 пациентов, что составило 31,4 % (у части пациентов имело место сочетание 2 и более осложнений).

Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций составила

 $9,3\pm2,7$ (от 4 мес. до 6 лет) мес. При этом только два (2,3%) из 87 больных с аденокарциномой поджелудочной железы пережили 5-летний рубеж. Среди пациентов с опухолью р. Vateri 5-летняя выживаемость составила 46,7% (живы 7 из 15 пациентов).

При ультразвуковом исследовании, которое было проведено 52 больным, у двух (3,8 %) в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось увеличение размера панкреатического протока культи поджелудочной железы в ранние и ближайшие сроки после операции. Однако через 6 мес. после операции ни у одного из них расширения протока не было. У других пациентов (96,2 %) расширения вирсунгова протока в течение всего срока наблюдений не фиксировали, размеры его были в пределах нормы (2—4 мм) и оставались без изменения в течение всего срока наблюдения (рис. 6).

Размеры культи поджелудочной железы не выходили за верхнюю границу нормы ни в одном случае. Средняя толщина (переднезадний размер) культи pancreas в области тела составила $20,56 \hookrightarrow 4,3$ мм (max 30 мм), в области хвоста — $20,78 \hookrightarrow 1,94$ мм (max 24 мм).

Рефлюкс содержимого кишки выше кишечного клапана в зону панкреатоеюноанастомоза, по данным цветного доплеровского картирования,

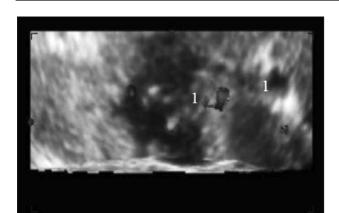


Рис. 6. Трансабдоминальная ультрасонография больного В., 65 лет, 2 года после панкреатодуоденальной резекции с формирование арефлюксного панкреатоеюноанастомоза. Объемная реконструкция ультразвукового изображения — технология See Thru (сочетание серошкального и цветового доплеровского картирования) Панкреатоэнтероанастомоз. Вирсунгов проток (1) не расширен

не выявлен. Инвагинационный клапан функционально активен, его структура сохранялась постоянной во все сроки наблюдения.

При рентгенологическом исследовании инвагинационный клапан хорошо контурировался в тощей кишке (рис. 7). Заброса контрастной массы выше инвагинационного клапана, в зону панкреатоеюноанастомоза и в проток культи поджелудочной железы, как и по данным УЗИ, выявлено не было.

Эндоскопическое исследование пациентов, перенесших гастропанкреатодуоденальную резекцию, позволяло визуализировать инвагинационный клапан в отводящей петле тощей кишки. При ретроградном осмотре клапан представлял собой циркулярный конусовидный инвагинат стенок кишки. При инсуффляции воздуха клапан пролабировал в сторону панкреатоеюноанастомоза, но не раскрывался, что убедительно свидетельствует о его антирефлюксной функции.

Для определения уровня качества жизни больных в различные сроки после операции использовали специфический опросник «Гастроинтестинальный индекс качества жизни» (GastroIntestinal Quality of Life Index) [2].

Исследование качества жизни в основной группе (первая группа) было проведено у 37 пациентов в сроки от 10—14 сут. до 3 лет после операции. В качестве группы сравнения (вторая группа) были взяты 35 пациентов, которым были сформированы билиодигестивные анастомозы по поводу доброкачественных заболеваний панкреатобилиарной зоны.

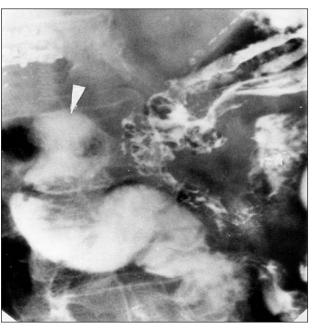


Рис. 7. Рентгенограмма больного С., 62 года, 1 год после панкреатодуоденальной резекции с формированием арефлюксного панкреатогастроанастомоза. Стрелкой указана зона инвагинационного кишечного клапана

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде (10—14 сут.) в обеих группах зафиксирован минимальный уровень качества жизни, особенно по шкалам № 2 (психическое состояние) и № 3 (физическое состояние), что связано, на наш взгляд, с собственно операционной травмой, сопровождающейся болью, ограничением мобильности и пр. Средний балл в эти сроки составил $74,9 \pm 5,7$, и хотя в первой группе показатели были несколько ниже $(70,5 \pm 7,2)$, чем во второй $(76,2 \pm 6,8)$, достоверной разницы в между группами не отмечено.

В ближайшем послеоперационном периоде (1,5-3) мес.) отмечено повышение уровня качества жизни в обеих группах. Средний балл ГИ составил $96,3\pm5,9$. В группе пациентов после ПДР он составил $93,5\pm5,2$, а в группе сравнения — $99,3\pm5,1$. Справедливости ради следует заметить, что, как и в ранние сроки после операции, разница в показателях сравниваемых групп была недостоверна (p>0,05).

В отдаленные сроки после операции (более 6мес.) уровень качества жизниу пациентов и после ПДР, и после формирования билиодитестивных анастомозов увеличился и составил соответственно 102.7 ± 6.2 и 107.9 ± 5.7 балла ($M = 105.5 \pm 6.8$).

При этом из анализа были исключены больные с прогрессированием заболевания, у которых индекс качества жизни значительно снижался в первую очередь за счет болевого синдрома (физическое состояние) и психологических проблем (психическое состояние).

Одной из ведущих причин, ухудшающих течение отдаленного послеоперационного периода при отсутствии прогрессирования, были симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы. Последнее проявлялось клинически (приступы боли в эпигастрии при погрешности в диете) и лабораторно (гипо- и гипергликемия, данные копрограммы, ультрасонографии) и требовало проведения медикаментозной коррекции, иногда постоянной.

При этом ни в одном случае не отмечено нарушений, характерных для рефлюкса кишечного содержимого в желчное дерево.

ВЫВОДЫ

Таким образом, разработанная технология формирования панкреатоеюноанастомоза при выполнении панкреатодуоденальной резекции у больных раком поджелудочной железы позволяет значительно улучшить непосредственные результаты операции, исключив несостоятельность швов анастомоза и развитие послеоперационного панкреатита.

Изучение качества жизни у пациентов в различные сроки после операции с формированием арефлюксного панкреатоеюноанастомоза показало, что последний, обладая арефлюксными свойствами, предупреждают заброс кишечного содержимого в культю поджелудочной железы, предотвращая развитие рефлюкс-панкреатита, обеспечивая достаточной высокий уровень социальной и психологической реабилитации оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2009 // Вестн. Росс. онкологич. научн. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. 2011. Т. 22, № 3 (прил. 1). С. 56.
- 2. Крылов Н. Н. Способы изучения качества жизни после операций по поводу язвенной болезни // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 1995. № 3. С. 126—127.
- 3. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Буриев И.М. и др. Важнейшие осложнения панкреатодуоденальных резекций // Анналы хирург. гепатол.— 1998. Т. 3, N° 3. С. 24—28.
- 4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периампулярной зоны // Практ. онкология. 2004. N^0 2 C.94—107.
 - 5. Попович А.Ю. Рак поджелудочной железы // Вестн. клуба панкреатологов. 2009. № 3. С. 31—39.
- 6. Freitas D., Dos Santos Fernandes G., Hoff P. M. et al. Medical Management of Pancreatic Adenocarcinoma // Pancreatology. 2009. —№ 9. P. 223—232.
- 7. Sener S.F. [et al.] Pancreatic cancer: a report of treatment and survival trends for 100,313 patients diagnosed from 1985—1995, using the National Cancer Database // J. Am. Coll. Surg. 1999. Vol. 89. P. 1—7.
- 8. Suzuki Y, Fujino Y., Fanioka Y. Factors influencing hepaticojejanostomy leak following pancreaticoduodenal resection; importance of anastomotic leak test // Hepatogastroenterology. 2003. Vol. 50 (49). P. 254—257.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Клоков С. С. — канд. мед. наук, зам. директора НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России по лечебной работе, г. Северск.

Миронова Е. Б. — д-р мед. наук, старший научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Контакты

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56 42 65 e-mail: apk@gastro.tomsk.ru

А. П. Кошевой, А. П. Кошель, Д. Н. Чирков, О. А. Шелко, Р. Т. Эгенбаев, Т. И. Кудайбергенов

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

A. P. Koshevoy, A. P. Koshel, D. N. Chirkov, O. A. Shelko, R. T. Egenbayev, T. I. Koudaibergenov

ENDOSCOPIC PREVENTION OF RECURRENT BLEEDINGS FROM VARICOSE VEINS OF ESOPHAGUS AND STOMACH: PROBLEMS AND PERSPECTIVES

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики, г. Бишкек © А.П. Кошевой, А.П. Кошель, Д.Н. Чирков, О.А. Шелко, Р.Т. Эгенбаев, Т.И. Кудайбергенов

Проведен анализ современных данных о применении эндоскопических методов профилактики повторных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. Представлены сведения о недостаточной эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопического склерозирования расширенных вен пищевода и желудка и обозначены перспективы в решении проблемы повышения эффективности вторичной профилактики гастроэзофагеальных кровотечений.

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, эндоскопическое лигирование, эндоскопическое склерозирование.

The analysis of modern data concerning using endoscopic methods of recurrent bleedings prevention from varicose veins of the esophagus and stomach was performed in patients having portal hypertension. Data are offered about small efficacy of endoscopic ligation and endoscopic sclerosing of broadened veins of esophagus and stomach. Perspectives are given concerning solving problems of increasing efficacy of secondary prevention of gastroesophageal bleedings.

Key words: portal hypertension, varicose veins of esophagus and stomach, endoscopic ligation, endoscopic sclerosing.

УДК 616.149.1-007.64-005.1-036.65-072.1-039.71

Самым грозным и наиболее частым осложнением портальной гипертензии (ПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. Именно пищеводножелудочные геморрагии являются доминирующей причиной смерти у больных циррозом печени (ЦП) и внепеченочной ПГ [3, 6, 20].

Для лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений в настоящее время применяются несколько основных вмешательств: селективное и парциальное портокавальное шунтирование (ПКШ), трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, эндоскопические вмешательства [6, 27, 42]. Однако проблема выбора метода хирургической коррекции ПГ в каждом конкретном случае остается одним из предметов дискуссий среди хирургов-гепатологов. Еще более сложным становится вопрос определения способа профилактики

пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом в условиях развивающихся трансплантационных методик [3]. Среди операций, корригирующих ПГ, варианты ПКШ являются наиболее радикальными. Адекватность именно селективной или парциальной декомпрессии определяется достаточной редукцией ПГ и минимальной частотой постшунтовой энцефалопатии в послеоперационном периоде [4, 10, 27].

В то же время имеется обширный контингент больных, которым произвести шунтирование по каким-либо причинам невозможно или нежелательно. Это больные с выраженной энцефалопатией и низкими показателями воротной гемодинамики, перенесшие спленэктомию, а также имеющие анатомические особенности сосудов портальной системы, при которых техническое выполнение ПКШ не представляется возможным. Другими причинами являются тромбоз

ранее наложенного анастомоза и распространенный тромбоз сосудов портальной системы [12]. Так, например, опыт работы ведущих специалистов по лечению ПГ (РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН) свидетельствует, что ПКШ при внепеченочной ПГ было выполнено только 14 (20,3 %) больным из 69 оперированных вследствие непригодности сосудов портальной системы для анастомозирования из-за тотального их тромбоза [18]. Кроме того, крайне опасно и невозможно выполнение хирургического вмешательства у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, а также пожилого и старческого возрастов.

На первый план в лечении таких больных, да и всех больных с ПГ, выходят эндоскопические технологии [44]. Согласно резолюции XVII международного Конгресса хирургов-гепатологов, состоявшегося в 2010 г. в Уфе, для профилактики кровотечений показано выполнение эндоскопического лигирования $(\Im\Lambda)$ или склеротерапии подслизистых вен, а при его неэффективности селективное или парциальное ПКШ при компенсированной или субкомпенсированной функции печени [36]. Э Λ является ведущим методом малоинвазивного лечения, признанным во всем мире. Для варикозных вен пищевода ЭЛ считается общепризнанным «золотым стандартом» [14, 44 . Об эффективности воздействия на ВРВ пищевода с целью профилактики кровотечений утверждают многие исследователи [9, 40]. Однако все больше встречается данных, свидетельствующих о неудовлетворенности результатами $\Im\Lambda$.

Так, по сведениям И.И.Дзидзавы [3], отдаленные результаты эрадикации вен пищевода характеризовались возобновлением варикозной трансформации у многих пациентов, что приводило к высокой частоте рецидивов кровотечений и, как результат, низкой выживаемости. В сроки от 1 до 6 мес. после ЭЛ автор отметил возобновление гастроэзофагеальных геморрагий у трети больных $\Pi = 37 (29,6 \%)$ больных. Рецидивы кровотечений были обусловлены развитием ВРВ пищевода у 69 (55,2 %) пациентов, прогрессированием портальной гипертензивной гастропатии ($\Pi\Gamma\Gamma$) у 41 (32,8 %) и развитием расширения вен желудка у 23 (18,4%). Выживаемость пациентов зависела от степени печеночной декомпенсации и составляла через 1 год наблюдения 57,3 ±4,3 %, через 3 года — $38 \pm 4,4 \%$, через 5 лет — $33,1 \pm 4,7 \%$. О том, что ЭЛ ВРВ пищевода способствует развитию и нарастанию тяжести ПГГ у больных ЦП, свидетельствуют также данные отечественных и зарубежных авторов | 29, 41, 46 |.

О рецидивировании кровотечений после ЭЛ ВРВ пищевода, выполненного с целью профилактики повторных кровотечений у 47 больных, говорят и сведения И.И. Затевахина и соавт. [9]. В течение первого года кровотечение рецидивировало у 9 (19,1 %) пациентов, общая смертность составила 21,3 % — 10 больных, из которых 5 умерли в связи с кровотечением из ВРВ пищевода. В течение 2 лет авторами прослежены 39 больных из 47. Повторное кровотечение развилось у 10 (25,6 %), а общая смертность зарегистрирована на уровне 28,2 % — 11 пациентов, из которых 6 умерли от пищеводного кровотечения. В период до 3 лет из 31 наблюдаемого больного кровотечение из ВРВ пищевода рецидивировало у 9 (29,0%), а общая смертность составила 35,5% - 11 пациентов, из которых от кровотечения умерли 6.

С.В. Михин и соавт. [26], применяя ЭЛ ВРВ пищевода у 33 больных, отметили через 1 год 42,4 % рецидивов ВРВ пищевода, а летальность в сроки до 6 лет составила 11,9 % (7 больных). Причиной смерти явились рецидив пищеводного кровотечения (4) и печеночная кома (3). Неудовлетворенность результатами привела к необходимости дополнить ЭЛ ВРВ пищевода в 26 наблюдениях лапароскопической диссекцией венечной вены желудка и рентгеноэндоваскулярной эмболизацией селезеночной артерии. Рецидив ВРВ пищевода выявили при этом в 3 (5,1 %) случаях, а летальных исходов, связанных с развитием кровотечения, не было.

Д.В. Распереза и Е.А. Сишкова [35], зарегистрировав после ЭЛ ВРВ пищевода рецидив ВРВ через 1 год в 50,0 % случаев и рецидив кровотечения в течение 1 года в 28,6 % случаев, увеличили эффективность ЭЛ и снизили число рецидивов расширения вен и рецидивов геморрагий в 2 раза, проведя комбинированное лечение и дополнив ЭЛ паравазальной склеротерапией. А Н.В. Ташкинов и соавт. [38] снизили частоту рецидивов пищеводных кровотечений после ЭЛ при сроке наблюдения до 18 месяцев с 60,0 % до 29,4 % в контрольной и основной группах соответственно. В контрольной группе авторы выполняли $Э\Lambda$ по стандартной методике, в основной группе применяли ЭЛ под эндосонографическим контролем с последующей аргоноплазменной коагуляцией слизистой оболочки пищевода.

Данные различных рандомизированных клинических исследований зарубежных авторов показывают, что средняя частота рецидивов кровотечений у больных после применения $Э\Lambda$ составляла около 32,0 %. Сессии $Э\Lambda$ повторяли с интервалом

7—14 сут. до облитерации ВРВ, которой удавалось достичь через 2—4 сессии. Для выявления рецидива ВРВ и проведения повторной ЭЛ каждые 3—6 мес. повторяли эндоскопическое исследование [48].

Таким образом, ожидания высокой эффективности лигирования как метода устранения BPB пищевода и исключения рецидивов пищеводножелудочных кровотечений, необходимо признать завышенными. Также необходимо заметить, что когда речь заходит об $\Im \Lambda$, некоторые специалисты склонны рассматривать $\Im \Lambda$ только лишь как метод воздействия на BPB пищевода, не учитывая необходимости исследования желудка и необходимости воздействия на BPB желудка для их устранения [2, 8, 9].

Однако еще в 2004 г. в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН М. В. Кабановым [16] было доказано, что ЭЛ ВРВ пищевода не показано больным с локализацией ВРВ в кардиальном и фундальном отделах желудка, и показанием к ЭЛ однозначно служит наличие ВРВ пищевода 2—3 степени. Лигирование ВРВ в пищеводе без учета BPB в кардиальном отделе желудка А. Г. Шерцингер и соавт. [43] считают ошибочным. По данным Е.А. Киценко и соавт. 18, часто встречающееся у пациентов с внепеченочной ПГ распространение ВРВ на кардию и дно желудка ограничивает применение эндоскопического лечения. ЭЛ было выполнено только 12 (14,8 %) больным из 81, проходившего лечение с внепеченочной ПГ.

Таким образом, причина недостаточной эффективности ЭЛ ВРВ пищевода заключается в наличии у пациентов с ПГ расширенных желудочных вен и отсутствии воздействия на данные сосуды. На современном этапе проблема лечения желудочного варикоза является наиболее интересной, недостаточно изученной и весьма дискутабельной темой. Современные подходы к лечению пациентов с ВРВ требуют отдельного анализа результатов для различной локализации вен [44].

Для устранения ВРВ желудка при ЭЛ гастроэзофагеальных вен в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН разработали и применили методику комбинированного ЭЛ, которая включает проведение ЭЛ ВРВ пищевода латексными кольцами с помощью многозарядного лигатора фирмы «Wilson Cook Medical Inc.» (США), а ЭЛ ВРВ желудка — нейлоновыми петлями фирмы «Оlympus» (Япония). При ВРВ пищевода и желудка I и II типов в плановом порядке с целью первичной профилактики и предупреждения

рецидивов кровотечения применяли только комбинированное $\Im\Lambda$, которое выполнено 48 больным (из них с целью вторичной профилактики — 36 пациентам). При этом гемостатический эффект через 12 мес. составил 74,0 %, через 24 мес. — 67,3 %, через 36 мес. — 67,3 %, а рецидивы венообразования отмечены в 24,2 %, 30,8 % и 42,3 % случаев соответственно. Было сделано заключение, что на фоне рецидива венообразования гемостатический эффект процедуры снижается. Это требует выполнения повторных сеансов 14. Данные факты свидетельствуют о недостаточных возможностях даже комбинированного ЭЛ и необходимости совершенствования методов устранения ВРВ пищевода и желудка при ПГ. Из 43 больных ЦП у 38 (88,8 %) М. Ш. Хубутия и соавт. [40] в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского выполнили ЭЛ ВРВ пищевода, сочетанное ВРВ пищевода и желудка при этом было обнаружено лишь у 11 (25,6 %), и только у 5 (11,6 %) осуществлено комбинированное ЭЛ пищевода и желудка по аналогичной методике. В ЦНИИ гастроэнтерологии (г. Москва) Д. Н. Ульянов и соавт. 39 одновременно с лигированием ВРВ пищевода безопасно провели $Э\Lambda$ вен субкардии и свода желудка латекс-ными кольцами под прикрытием ингибиторов протонной помпы 11 больным.

Как видно из представленных данных, опыт комбинированного воздействия на расширенные вены пищевода и желудка с целью профилактики повторных кровотечений в плановом порядке не охватывает значительного массива наблюдений.

Что касается склеротерапии варикозных вен, то предлагается множество вариантов ее выполнения. Различия касаются выбора склерозанта, метода введения, объема и концентрации вещества, периодичности и общего количества сеансов лечения. Схемы склеротерапии могут существенно отличаться друг от друга, в связи с чем получаемые результаты также могут оказаться различными. В США предпочтение отдают интравазальным инъекциям 5 % раствора этаноламиноолеата. В России доминирует паравазальное склерозирование с использованием 0,5 % раствора этоксисклерола. От интравазального введения тромбовара почти полностью отказались, так как методика сопровождается большим количеством серьезных осложнений: некрозом стенки пищевода с развитием медиастинита, гнойным тромбофлебитом, глубокими изъязвлениями с кровотечениями из них, стриктурами пищевода [44].

Но паравазальное склерозирование расширенных вен как пищевода, так и желудка уже

уступает ЭЛ. По показателям гемостатического эффекта, летальности и венообразования в отдаленном периоде наблюдения ЭЛ ВРВ пищевода и желудка имеет преимущество перед склеротерапией [14].

Стоит полагать, что изменение формы склерозанта как агрессивного вещества имеет большие перспективы в плане безопасности и эффективности метода интравазальной склеротерапии. Зарубежными и отечественными флебологами накоплен опыт склерозирования варикозных вен нижних конечностей с помощью пенообразной формы препаратов (foam-form, microfoam) с указанием на высокую эффективность метода [1, 17, 45, 47, 49]. Детергентный склерозант, переведенный в состояние микропены, более активен, так как он полностью вытесняет кровь из вены на протяженном участке, не разбавляется и остается в сосудах, обеспечивая полноценный контакт с эндотелием вен [13]. Наиболее стойкая пена получается по методу Tessari (при помощи двух шприцев, соединенных через трехходовой переходник). При склерозировании стволов БПВ или МПВ по клиническим и гемодинамическим исходам, микропенная склеротерапия превосходит обычную [37].

С другой стороны, существует проблема точной диагностики состояния гастроэзофагеальной зоны и контроля результатов ликвидации ВРВ пищевода и желудка. Для этого недостаточно только лишь визуального осмотра органов при эндоскопии, особенно желудка.

О состоянии вен желудка судят по толщине и выбуханию складок слизистой кардиального отдела и проксимальной трети желудка (при сегментарной ПГ) в инверсионном положении эндоскопа при максимальной инсуффляции воздухом. Чаще варикозному расширению вен пищевода III степени соответствует резко выраженное расширение вен кардиального отдела желудка. Значительно реже при ВРВ в пищеводе I степени в кардиальном отделе обнаруживают резко выраженные ВРВ в виде крупных, напряженных, выбухающих в просвет органа складок слизистой оболочки и наоборот. В большей мере это характерно для больных с внепеченочной $\Pi\Gamma[5]$. BPB желудка также может быть охарактеризовано таким субъективным термином как «незначительное утолщение складок слизистой» и т. д. | 28 |.

Само наличие ВРВ желудка является фактором риска кровотечения, который составляет 80,5 % [28]. Мы проанализировали данные литературы о частоте верификации и определении авторами

степени выраженности расширения вен желудка у больных с ПГ и отметили значительную вариабельность встречаемости ВРВ желудка. По сведениям В. Т. Ивашкина и М. Ю. Надинской [15], частота развития желудочных вариксов у больных с ПГ колеблется от 6 до 78 %. А. А. Козинец [19] у больных со сформировавшимся циррозом печени визуализировал расширение вен пищевода и желудка у 96,9 %, при этом вены кардиального отдела желудка были диагностированы у 45,3 % больных, дна желудка — у 9,5 %. Переход расширенных вен на кардиальный отдел и свод желудка выявлен Д.В. Завьяловым [7] только у 18,4 % больных внутрипеченочной ПГ. А у обследованных больных ЦП различной этиологии и степени компенсации ВРВ желудка были определены даже в 0,8 %, расширение сосудов пищевода при этом наблюдались в 60,8 % [29]. Анализ выполнения ПКШ и ЭЛ у 129 больных позволил Ю.В. Мехтиевой [25] установить ВРВ желудка только у 9 (7,0 %) из них, хотя ВРВ пищевода III—IV степени диагностированы у 105 (81,4 %). По сведениям П. Н. Зубарева, Б. Н. Котива | 10 |, ВРВ кардиального отдела желудка встречаются у 10—60 % больных с синдромом ПГ. Такие разноречивые данные, вероятно, связаны с трудностями диагностики. Варикозные вены располагаются в складках слизистой оболочки и повторяют ее рельеф.

Таким образом, диагностика ВРВ желудка, проводимая на основании эндоскопического исследования, является достаточно субъективной. Широкий диапазон значений может быть обусловлен как неоднородностью групп исследуемых больных, этиологией ПГ, наличием или отсутствием кровотечений в анамнезе, так и ограничениями эндоскопической техники, а также качеством диагностики. Расширение вен желудка может не выявляться ввиду отсутствия опыта исследователя либо недостаточно тщательного прицельного осмотра этой зоны. Кроме того, толщина и выбухание складок слизистой желудка, определяемые глазом, не могут являться объективным критерием оценки наличия и состояния патологического процесса в желудке.

Диагностика ВРВ, основанная на визуальных признаках, должна быть усовершенствована. Перспективно при этом применение УЗИ. Опыт применения эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) при ВРВ пищевода крайне мал и упоминается в литературе единичными исследователями [30, 38]. Данных об эндосонографическом исследовании желудка при ПГ в доступной литературе мы не встретили и, полагаем, что точная

диагностика наличия и состояния расширенных желудочных вен, имеющая преимущество перед обычной гастроскопией, является перспективной [23]. ЭУС при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ выполняется с 2001 г. [11]. В результате исследований разработаны и длительное время применяются новые подходы к оценке риска кровотечений из ВРВ пищевода и желудка, защищенные патентами [31, 32, 34].

Необходимо отметить, что данные исследования преследуют цель улучшить профилактику гастроэзофагеальных кровотечений при внутрипеченочной и внепеченочной $\Pi\Gamma$ [21, 24]. Эту возможность дает применение разработанных перспективных способов прогноза геморрагии и способа эндоскопической микропенной интравазальной склерооблитерации BPB

пищевода и желудка [33]. Одиннадцатилетний опыт склерозирования ВРВ при ПГ и применение с 2005 г. у 42 пациентов именно новой формы склерозанта в виде пены позволили достичь облитерации не только ВРВ пищевода, но и ВРВ желудка I и II типов [22], а выполнение ЭУС позволило доказать это. Применение нового метода обеспечило одновременно с устранением ВРВ пищевода и желудка редукцию ПГГ и недостаточности кардии.

Следует заключить, что простота, безопасность и низкая стоимость разработанного метода микропенной склерооблитерации, а также преимущества перед 3Λ [24] позволили улучшить профилактику гастроэзофагеальных кровотечений при ПГ и максимально приблизиться к решению проблемы эндоскопической облитерации ВРВ пищевода и желудка.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Богачев В. Ю., Золотухин И. А., Брюшков А. Ю., Журавлева О. В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием «foam-form» техники // Ангиология и сосудистая хирургия. 2003. Т. 9, № 2. С. 81—85.
- 2. Быков М. И., Завражнов А. А., Катрич А. Н. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода как метод гемостаза и профилактики первичных и рецидивных кровотечений у больных с портальной гипертензией // Тр. XI съезда хирургов РФ. Волгоград, 2011. С. 67—68.
- 3. Дзидзава И.И. Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2010. 46 с.
- 4. Ерамишанцев А. К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка : 50 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. М. : Триада-Х, 2004. С. 490—501.
- 5. Ерамишанцев А. К., Киценко Е. А., Шерцингер А. Г. и др. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика // Анн. хир. гепатол. 2006. Т. 11, № 2. С. 105—111.
- 6. Ерамишанцев А. К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из ва-рикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анн. хир. гепатол. 2007. Т. 12, № 2. С. 8—15.
- 7. Завьялов Д.В. Сравнительная оценка методов лечения кровотечений при портальной гипертензии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 2006. 26 с.
- 8. Зарипов Ш. А., Нартайлаков М. А. Эндоскопическое лечение больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода // Мат-лы XI съезда хирургов РФ, 25—27 мая 2011 года. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. С. 665.
- 9. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Шагинян А.К. и др. Отдаленные результаты эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени // Вестник РГМУ. 2010. № 2. С. 18—21.
- 10. Зубарев П. Н., Котив Б. Н. Варикозное расширение вен пищевода и кардии : Хирургические болезни пищевода и кардии / Под ред. проф. П. Н. Зубарева, проф. В. М. Трофимова. СПб. : Фолиант, 2005. 208 с.
- 11. Жерлов Г. К., Соколов С. А., Рудая Н. С. и др. Руководство по ультразвуковой диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. Г. К. Жерлова, С. А. Соколова. Новосибирск : Наука, 2005. 208 с.
- 12. Жерлов Г.К., Кошевой А.П., Рудая Н.С. и др. Проксимальная резекция желудка у больных с расширением вен пищевода и желудка // Анн. хир. 2008. № 3. С. 43—48.
- 13. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Кошевой А.П. и др. Эндоскопическая «foam-form» склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // Мат-лы III съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока, Томск, 15—16 сентября 2009 года. Томск : Иван Федоров, 2009. С. 150.
- 14. Жигалова С. Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 50 с.
- 15. Ивашкин В. Т., Надинская М. Ю. Лечение кровотечений, обусловленных портальной гипертензией // Consilium med. 2001. Т. 3, № 11, Прил. С. 16—19.
- 16. Кабанов М.В. Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода у больных с портальной гипертензией : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 19 с.

- 17. Кириенко А. И., Григорян Р. А., Золотухин И. А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности // Consilium med. 2003. Т. 5, № 6. С. 361—366.
- 18. Киценко Е.А., Любивый Е.Д., Фандеев Е.Е. Внепеченочная портальная гипертензия у взрослых // Тез. докл. XVII междунар. Конгресса хир.-гепатол. стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15—17 сентября 2010 года. Уфа, 2010. С. 172—173.
- 19. Козинец А.А. Оценка эффективности диагностических методов при циррозе печени : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 27 с.
- 20. Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А. Портокавальное шунтирование в лечении больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии // Анн. хир. гепатол. 2008. Т. 13, № 4. С. 76—85.
- 21. Кошевой А. П. Совершенствование диагностики и тактики лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: Автореф, дис. ... д-ра мед, наук. М., 2009. 50 с.
- 22. Кошевой А. П., Кошель А. П., Чирков Д. Н., Эгенбаев Р. Т. Эндоскопическое устранение варикозных вен желудка при портальной гипертензии // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. 2012. Т. 7, № 1. С. 336—337.
- 23. Кошель А. П., Кошевой А. П., Чирков Д. Н. и др. Оценка риска кровотечения из варикозно расширенных вен желудка // Мат-лы III съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока, Томск, 15—16 сентября 2009 года. Томск : Иван Федоров, 2009. С. 96—97.
- 24. Кошель А. П., Васильченко М. И., Кошевой А. П. и др. Новые технологии в профилак-тике и лечении кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка // Мат-лы XI съезда хирургов РФ, 25—27 мая 2011 года. Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. С. 176—177.
- 25. Мехтиева Ю.В. Профилактика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений в послеоперационном периоде у больных после хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008 22 с
- 26. Михин С. В., Мандриков В. В., Кондаков В. И., Денисова О. Ю. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода в комплексном лечении кровотечений при портальной гипертензии // Мат-лы XI съезда хирургов РФ, 25—27 мая 2011 года. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. С. 413.
- 27. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Раимов С. А. Сравнительный анализ результатов дистального спленоренального анастомоза у пациентов с портальной гипертензией // Новости хирургии. 2011. Т. 19, № 5. С. 52—59.
- 28. Нечаенко А. М. Тактика ведения больных с внепеченочной портальной гипертензией после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 22 с.
- 29. Обуховский Б.И. Портальная гипертензионная гастропатия у больных циррозом печени : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 18 с.
- 30. Орлов С.Ю. Эндосонография современный метод диагностики варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии // Современные направления лечения портальной гипертензии: Тез. докл. VIII науч.-практ. конф. СП6, 2002. С. 1—4.
- 31. Патент РФ № 2246893. Способ определения степени риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / Г. К. Жерлов, Н. С. Рудая, А. П. Кошевой и др. (РФ). № 2003119618/14; заявл. 30.06.2003; опубл. 27.02.2005.
- 32. Патент РФ № 2257149. Способ дифференциальной диагностики степени рефлюкс-эзофагита / Г.К. Жерлов, Н.С. Рудая, С.А. Соколов и др. (РФ). № 2003110946/14; заявл. 16.04.2003; опубл. 27.07.2005.
- 33. Патент РФ №2357700. Способ эндоскопического склерозирования варикозно расши-ренных вен пищевода / Г. К. Жерлов, А. П. Кошевой, А. В. Карпович и др. (РФ). № 2008105651/14; заявл. 13.02.2008; опубл. 10.06.2009.
- 34. Патент РФ №2398514. Способ прогнозирования риска кровотечения из варикозно расширенных вен желудка / Г. К. Жерлов, А. П. Кошевой, Д. Н. Чирков и др. (РФ). № 2008148690/14; заявл. 9.12.2008; опубл. 10.09.2010.
- 35. Распереза Д. В., Сишкова Е. А. Оценка эффективности эндоскопического лигирова-ния и комбинированного лечения (лигирование + склерозирование) в профилактике варикозных кровотечений при циррозе печени // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Сер. 11 (Прил. 1). С. 140—147.
- 36. Резолюция XVII Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, 15—17 сентября 2010 г., Уфа. // Анн. хир. гепатол. Уфа, 2010. Т. 15, \mathbb{N}^0 4. С. 116—119.
- 37. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей // Флебология. 2009. Т. 3, № 3. 48 с.
- 38. Ташкинов Н. В., Качалов С. Н., Сигаева Ю. С. и др. Роль эндоскопии в выборе методов профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. № 4. С. 78—79.
- 39. Ульянов Д. Н., Ковязина И. О., Ким Д. О. Возможности эндоскопического лечения больных циррозом печени и расширением вен пищевода с распространением на желудок // Тез. докл. XI съезда НОГР. М.: ЦНИИ гастроэнтерологии, 2011. С. 284.
- 40. Хубутия М. Ш., Пинчук Т. П., Согрешилин С. С. и др. Эндоскопическое лигирование в остановке и профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол. 2012. \mathbb{N}^{0} 1. C. 10—15.
- 41. Шевченко Ю. Л., Обуховский Б. И., Яковенко А. В. Течение портальной гипертензионной гастропатии после лигирования варикозно-расширенных вен пищевода // Клиническая медицина. 2007. № 5. С. 47—51.

- 42. Шерцингер А. Г., Жигалова С. Б., Мусин Р. А. и др. Осложнения после эндоскопических вмешательств у больных портальной гипертензией // Анн. хир. гепатол. 2007. Т. 12, \mathbb{N}^2 2. С. 16—21.
- 43. Шерцингер А. Г., Мусин Р. А., Манукьян Г. В., Жигалова С. Б. Современные принципы лечения больных с синдромом портальной гипертензии и кровотечениями из варикозных вен пищевода и желудка // Хирургия. 2011. № 2. С. 82—84.
- 44. Шерцингер А.Г., Манукян Г.В. Рецензия на статью Абдурахманова Б.А. и соавт. «Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечении портального генеза у больных циррозом печени» // Анн. хир. гепатол. 2011. T.16, №3. C.68-71.
- 45. Breu F. X., Guggenbichler S. European consensus meeting on foam sclerotherapy // Dermatol surg. 2004. Vol. 30, N_0 5. P. 709—717.
- 46. Elnaser S. S., El-Ebiary S., Bastawi M. B. et al. Effect of endoscopic injecton sclerotherapy and variceal ligation on development of portal hypertensive gastropathy and duodenopathy // J. Egypt. Soc. Parasitol. 2005. Vol. 35? N^0 1. P. 253—264.
- 47. Fruliini A., Cavezzi A. Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases: history and analysis of safety and complications // Derm. surg. 2002. Vol. 28, \mathbb{N}^{0} 1. P. 11—15.
- 48. Garcia-Tsao G., Sanyal A. J., Grace N. D. et al. Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Disease, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis // Hepatology. 2007. Vol. 46. P. 922—938.
- 49. Hamel-Desnos C., Desnos P., Wollmann J. C. Evalution of efficacy of polidocanol in the form of foam compared with liquid form in sclerotherapy of the greater saphenous vein: initial results // Derm. surg. 2003. Vol. 29, № 12. P. 1170—1175.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Кошевой А. П. — д-р мед. наук., старший ннаучный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Чирков Д. Н. — канд. мед. наук, научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Шелко О. А. — начальник хирургического отделения, ведущий хирург 4 филиала 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского, г. Вольск-18.

Эгенбаев Р.Т. — канд. мед. наук, врач-хирург, заведующий научно-организационным отделением Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек.

Кудайбергенов Т.И. — врач-хирург отделения хирургии печени и портальной гипертензии, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек.

Контакты:

Кошевой Александр Петрович

Тел./факс (8 3823) 56-42-65 e-mail: general@gastro.tomsk.ru

адрес: 636013, Томская область, г. Северск, пер. Чекист, 3, оф. 126.

Н. Э. Куртсеитов¹, Г. Ц. Дамбаев¹, А. П. Кошель², Т. Г. Разаренова², А. Н. Вусик¹, М. М. Соловьев¹, О. А. Неделя¹

МОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕДУОДЕНИЗАЦИИ

N. Ye. Kurtseitov¹, G. Ts. Dambayev¹, A. P. Koshel², T. G. Rasarenova², A. N. Vousik¹, M. M. Solovyov¹, O. A. Nedelya¹

MOTORIC FUNCTION OF THE GALLBLADDER IN PATIENTS AFTER REDUODENISATION

¹ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск ²НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск

© Н. Э. Куртсеитов, Г. Ц. Дамбаев, А. П. Кошель, Т. Г. Разаренова, А. Н. Вусик, М. М. Соловьев, О. А. Неделя

Представлен анализ результатов хирургического лечения 14 пациентов с болезнью оперированного желудка. Операция редуоденизация способствует восстановлению моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. Конкременты в желчном пузыре в отдаленные сроки после операции редуоденизации найдены у 1 (9,1 %) пациента.

Ключевые слова: болезни оперированного желудка, желчнокаменная болезнь, демпинг-синдром, редуоденизация.

The analysis of results of surgical treatment in 14 patients with the operated stomach disease is presented. Operation of reduodenisation promotes to the motor-evacuation function of the gallbladder. Concrements in the gallbladder were found in the follow-up period after after reduodenisation in 1 $(19,1\,\%)$ patient.

Key words: operated stomach disease, cholelithiasis, jejunal syndrome, reduodenisation.

УДК 616.366-089.168.1-06:612.357.71

ВВЕДЕНИЕ

Благодаря успехам гастроэнтерологии и фармакотерапии значительно снизились показания к оперативному лечению язвенной болезни, однако количество экстренных операций по поводу осложненных форм язвенной болезни возросло в 2—2,5 раза. При злокачественных новообразованиях гастрэктомия — единственный метод радикального лечения. Вместе с тем, на сегодняшний день известно более 80 патологических симптомов, возникающих в результате оперативного лечения данной категории больных. Оперативные вмешательства на желудке, особенно с выключением из пассажа двенадцатиперстной кишки, приводят к снижению выработки гастроинтестинальных гормонов. Возникающая вследствие этого гипомоторная дискинезия желчного пузыря, сопровождающаяся застоем и нарушением физико-химических свойств желчи, способствуют образованию конкрементов. Частота развития желчнокаменной болезни через три месяца после резекции желудка по Бильрот II в модификации Гофместера-Финстерера, по данным А. Ю. Иоффе и соавт., составляет 28,2 %, после гастрэктомии — 13 % [2].

Хорошо известно, что в регуляции двигательной активности билиарной системы принимают участие не только симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, но и ряд гастроинтестинальных гормонов, вырабатываемых эндокринными клетками пищевого канала и обеспечивающих синхронизацию последовательности сокращения и расслабления желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей [2,3].

По данным Г.Д. Вилявина и Б.А. Бердова [1975], более чем у половины больных с постгастрорезекционными расстройствами был отмечен неблагоприятный темп опорожнения желчного пузыря — гипомоторная дискинезия. С увеличением срока после оперативного вмешательства число тяжелых расстройств координации (сочетание гипомоторной дискинезии и ускоренного опорожнения оперированного

желудка) не имело тенденции к снижению, а, наоборот, возрастало. У половины больных, находившихся под наблюдением в отдаленные сроки после оперативного вмешательства, с продолжительностью заболевания 3 года и более, реакция усиления двигательной активности желчного пузыря в ответ на введение пищевого раздражителя была понижена [1].

Цель исследования — оценить моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря у больных с болезнью оперированного желудка до и после реконструктивной операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 18 больных с болезнью оперированного желудка, которым выполнена операция редуоденизация по поводу демпингсиндрома тяжелой степени.

У 4 пациентов доминирующие симптомы были связаны с желчнокаменной болезнью. Всем этим пациентам выполнена холецистэктомия, из них по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита двоим больным операция выполнена эндоскопическим доступом. Одному пациенту операция начата эндоскопическим доступом, но из-за выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости потребовалась конверсия в лапаротомный доступ. Одной больной выполнили холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, острого гангренозного холецистита лапаротомным доступом.

Определение объема и скорости опорожнения желчного пузыря с помощью ультрасонографии проведено у 14 больных с демпинг-синдромом до и в различные сроки после редуоденизации. В качестве группы сравнения взяты 30 неоперированных больных, проходивших обследование в клинике.

Ультрасонографическое исследование желчного пузыря проводили на аппарате «Aloka SSD-2000» конвексными датчиками 3,5 и 5 Мгц. Это исследование позволило оценить анатомические и функциональные изменения в желчном пузыре. При ультрасонорафическом исследовании определялись следующие показатели: объем желчного пузыря, объем желчевыделения, максимальное сокращение, скорость опорожнения. Программа комплексного обследования больных состояла из четырех этапов:

1. Обследование перед операцией. На данном этапе проводимые исследования были направлены на определение состояния больного, выраженность патоморфологических процессов,

установление показаний к операции, выбора ее объема и способа.

- 2. Обследование в раннем послеоперационном периоде (5—14-е сут.).
- 3. Комплексное обследование в ближайшие сроки после операции (от 1,5 до 6 мес.).
- 4. Обследование отдаленные сроки после операции (от 1 года до 5 лет и более).

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере в среде Microsoft Windows XP с помощью программы SPSS Statistica 17, а также с помощью статистических возможностей Microsoft Excel 2003. Использовали методы вариационной статистики: вычисление среднего арифметического M, ошибки среднего арифметического m. Достоверность различий двух выборок оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До операции средний объем желчного пузыря составил $67,1\pm3,3$ см³, объем желчевыделения — $55,4\pm8,9$ см³, максимальное сокращение наступало на $75,1\pm7,9$ минуте. Средняя скорость опорожнения желчного пузыря в данной группе составила $0,96\pm0,07$ см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря имела место у 1 (7,1 %), гипомоторная — у 9 (64,3 %) больных. Деформированным желчный пузырь был у 10 (71,4 %) пациентов.

В контрольной группе (здоровые лица) показатели были следующими. Средний объем желчного пузыря составил $18,1\pm1,9$ см³, объем желчевыделения — $14,1\pm1,2$ см³, максимальное сокращение наступало через $53,5\pm2,3$ мин, скорость опорожнения — $0,26\pm0,07$ см³/мин. Нарушения моторной функции желчного пузыря выявлены у 5 (16,6 %) лиц, в том числе у 2 (6,6 %) отмечена гипермоторика и у 3 (10 %) — гипомоторная дискинезия. Деформация желчного пузыря выявлена у 7 (23,3 %) лиц.

У пациентов после редуоденизации в раннем послеоперационном периоде (5—4-е сут.) средний объем желчного пузыря составил 45.7 ± 3.1 см³, объем желчевыделения — 32.9 ± 3.4 см³, максимальное сокращение наступало через 72.5 ± 2.5 мин, средняя скорость опорожнения — 0.55 ± 0.02 см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря в ранние сроки после операции выявлена у 3 (21,4 %), гипомоторная — у 8 (57,1 %), деформированным желчный пузырь был у 10 (71,4 %) пациентов.

В ближайшем послеоперационном периоде (от 1,5 до 6 мес) функция желчного пузыря изучена у 12 больных. Объем желчного пузыря в указанный период составил $32,7\pm2,4$ см³, объем желчевыделения — $29,4\pm2,5$ см³, максимальное сокращение наступало через $68,2\pm3,2$ мин, средняя скорость опорожнения равнялась $0,39\pm0,01$ см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря выявлена у 4 (33,3 %), гипомоторная — у 3 (25 %), деформация желчного пузыря при ультразвуковом исследовании была выявлена у 7 (58,3 %) больных.

В отдаленном послеоперационном периоде ультразвуковое изучение функции гепатобилиарной системы было проведено у 11 пациентов, которым выполнялась редуоденизация по поводу демпинг-синдрома. Средний объем желчного пузыря через 3—5 лет после операции составил $25,5\pm2,7$ см³, что статистически значимо ниже по сравнению с дооперационными показателями (p < 0,05). Объем желчевыделения — $20,9\pm3,7$ см³, уровень статистической значимости различий — p < 0,05 по сравнению с аналогичными показателями до операции. Максимальное сокращение пузыря у большинства больных наступало через $65,7\pm3,5$ мин

(p < 0.05), средняя скорость опорожнения — 0.36 ± 0.02 см³/мин (p < 0.05) по сравнению с дооперационными показателями). Гипермоторной функция функция желчного пузыря была у 3 (27.3%), гипомоторной — у 2 (18.2%), деформация желчного пузыря, по данным ультрасонографии, обнаружена у 5 (45.5%) пациентов.

Конкременты в желчном пузыре в отдаленные сроки после операции редуоденизации найдены у 1 (9,1 %) больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, операция редуоденизации способствует восстановлению у большинства больных нормальной моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. При восстановлении трансдуоденального пассажа пищи создаются лучшие условия для нормализующего влияния естественных пищевых раздражителей, что является одним из основных регуляторов желчеотделения и в значительно меньшей степени нарушает содружественную работу единой гепатопанкреатодуоденальной системы.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Вилявин Г. Д., Бердов Б. А. Болезни оперированного желудка. М. : Медицина, 1975. 296 с.
- 2. Иоффе А. Ю., Ткач О. С., Стельмах А. И. Частота образования желчных конкрементов и возможности их медикаментозного литолиза после резекции желудка // Сучасна гастоентерологія. 2005. № 1 (21). С. 80—82.
- 3. Кошель А. П., Куртсеитов Н. Э. Влияние редуоденизации с формированием арефлюксных анастомозов на состояние кишечного пищеварения // Хирургия. 2010. N0 10. C0. 6—8.

Поступила в редакцию 10.08.2012 г. Утверждена 11.10.2012 г.

Авторы:

Куртсентов Н. Э. — канд. мед. наук, доцент, докторант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Сиб-ГМУ Минздрава России, г. Томск.

Дамбаев Г. Ц. — д-р мед. наук, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, профессор, член-корр РАМН, г. Томск.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Разаренова Т. Г. — канд. мед. наук, врач ультазвуковой диагностики ФГБУ КБ-81 ФМБА Россиии, г. Северск. **Вусик А. Н.** — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Соловьев М. М. — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Неделя О. А. — врач-хирург хирургического отделения госпитальной хирургической клиники ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Контакты:

Куртсеитов Нариман Энверович

636021, г. Томск, ул. Сибирская 102/4 — 34. Тел. 8-903-950-7909, 454-387. E-mail: xelas@vtomske.ru

ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ ПРОФЕССОРА Г.К. ЖЕРЛОВА НА ТОРЖЕСТВЕННОМ ЗАСЕДАНИИ, ПОСВЯЩЕННОМ ОТКРЫТИЮ НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СИБГМУ 1 НОЯБРЯ 2002 ГОДА



УВАЖАЕМЫЕ ГОСТИ, КОЛЛЕГИ!

Когда открывается новое учреждение, а тем более научно-исследовательский институт, в наше сложное время у многих людей возникает целый ряд вопросов: Зачем? Кто? Как? Где? Почему?

Позвольте мне в коротком докладе ответить на эти и другие вопросы, связанные с открытием Научно-исследовательского института гастроэнтерологии СибГМУ.

Итак, первый вопрос — зачем?

В докладе Президента Российской гастроэнтерологической ассоциации академика РАМН В. Т. Ивашкина на президиуме РАМН отмечен высокий рост числа больных с патологией органов пищеварения, в том числе почти в 3 раза выросло количество пациентов с осложненной язвенной болезнью, частота рака желудка в РФ в 3,3 раза превышает аналогичный показатель США, отмечается рост заболеваемости колоректальным раком, раком поджелудочной железы и т. д.

Указанные неблагоприятные тенденции требуют повышения качества и доступности для

населения высокоспециализированной гастроэнтерологической помощи.

Оптимальным решением этой задачи Ивашкин В.Т. видит создание специализированных научно-практических центров в разных регионах России. На сегодняшний день в РФ с населением почти 150 млн человек функционирует всего 5 таких центров (Москва — 2, Санкт-Петербург, Новосибирск, Краснодар). Для сравнения: в Италии с населением 60 млн человек насчитывается 26 таких центров, в Израиле на 5 млн человек — 5.

Таким образом, актуальность проблемы создания подобной структуры в Томской области сомнений не вызывает.

Следующий вопрос, на который предстоит ответить — как?

Институт имеет в своем составе 2 больших научно-практических отдела: отдел хирургической гастроэнтерологии и отдел онкогастроэнтерологии.

Основной задачей отдела хирургической гастроэнтерологии является теоретическое обоснование, экспериментальная разработка и внедрение в клинику новых технологий в лечении патологии пищевода, желудка, кишечника и органов билеопанкреатодуоденальной зоны;

Цель создания отдела онкогастроэнтерологии — изучение предраковых заболеваний органов пищеварения. Выделение этого раздела обусловлено ростом частоты и распространенности злокачественных опухолей пищеварительной системы. Так, например, на сегодняшний день в пятерке самых частых локализаций злокачественных опухолей оказались колоректальный рак и рак поджелудочной железы.

В Институте будет работать 42 научных сотрудника, в том числе 4 доктора и 10 кандидатов медицинских наук.

Институт располагается на базе ЦМСЧ — 81 ЗАТО Северска и занимает 4 -й этаж Городской больницы N° 2, общая площадь помещений института составляет 2200 M° .

ЦМСЧ-81 — крупное лечебно-профилактическое учреждение, имеющее в своем составе лабораторно-диагностический комплекс,



использующий современные методы диагностики различных заболеваний.

Городская больница № 2 — многопрофильная больница на 510 коек, имеющая отделение физиотерапии и реанимации, оснащенная современной аппаратурой для инструментальной диагностики: рентгеновская установка, компьютерный томограф, эндоскопическая и ультразвуковая аппаратура.

Еще один очень важный вопрос — почему именно здесь?

Хотя и говорится «...и на камнях растут деревья», открытие любого учреждения, тем более научного, невозможно на « пустом» месте. Так и в нашем случае — открытию НИИ гастроэнтерологии предшествовала большая научная и, что не менее важно, практическая работа. Началась она в далеком теперь 1984 г. в 1-м хирургическом отделении Городской больницы № 2 ЦМСЧ-81. В 1993 г. на базе отделения открывается курс хирургических болезней ФУВ СГМУ. В 2000 г. открывается Северский гастроэнтерологический центр СО РАМН. И вот в 2002 г. мы с Вами присутствуем на открытии нового структурного подразделения Сибирского государственного медицинского университета — НИИ гастроэнтерологии, поэтому с полным правом мы можем сегодня сказать, что наш НИИ вырос на благодатной почве, составными частями которой явились такие столпы нашей медицины как Сибирское отделение РАМН, Сибирский государственный медицинский университет и, конечно же, Центральная медико-санитарная часть № 81.

Сегодня Институт, ставший правопреемником Северского гастроэнтерологического центра СО РАМН, обладает 26 патентами РФ, по материалам работы защищены 3 докторские и 26 кандидатских диссертаций, около 100 научных работ опубликованы в центральных и зарубежных журналах, выпущено 8 монографий, посвященных актуальным вопросам желудочно-кишечной хирургии. Результаты исследований неоднократно представлялись на Международных, Всероссийских и региональных конференциях, съездах и пр., неизменно вызывая живой интерес хирургов и гастроэнтерологов.

Далее. Техническое оснащение представляет собой весьма важный раздел работы любого учреждения.

Не вдаваясь в подробности, разрешите остановиться на 2 аппаратах для диагностики заболеваний пищеварительного тракта, имеющихся в нашем Институте.

Аппараты для изучения секреции желудка и определения состоятельности сфинктеров проксимального отдела пищеварительного тракта — ацидогастрометры «Гастроскан-5» и «Гастроскан-24». Данные приборы позволяют оценить кислотопродуцирующую функцию желудка в режиме реального времени, провести суточное мониторирование кислотопродукции, оценить состоятельность кардиального и пилорического жомов, определить степень гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов.

Ультразвуковой эндоскопический сканер представляет собой новейшее достижение в медицинской технике. С помощью этого прибора имеется возможность провести оценку состояния стенки пищеварительного канала на ультраструктурном уровне. Данный прибор незаменим в диагностике раннего рака желудка, дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований, определении степени глубины инвазии опухоли, оценке состояния регионарных лимфатических узлов. Кроме того, с помощью ультразвукового эндоскопического датчика можно изучить органическое состояние естественных и искусственных жомов пищеварительной трубки.

В институте широко используются и развиваются малоинвазивные технологии хирургического лечения при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, опухолях кишечника и забрюшинного пространства и т. д.

Все пациенты после проведенного оперативного лечения в определенные сроки проходят стационарное обследование и курсы восстановительного или дополнительного лечения.

- И, наконец, основные направления нашей научно-практической работы:
 - разработка и усовершенствование методов профилактики и хирургического лечения заболеваний органов пищеварительного тракта;

- разработка в эксперименте новых способов оперативного лечения больных с заболеваниями желудка, ДПК и толстой кишки;
- проведение сравнительного анализа влияния способа восстановления желудочно-кишечной непрерывности на качество жизни пациентов в отдаленные сроки после операции;
- изучение ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения пациентов с заболеваниями желудка и толстой кишки;
- Проведение эпидемиологических изысканий по теме «Патология органов пищеварения среди жителей г. Северска и работников СХК».

ЭТО ИНТЕРЕСНО



До 2020 года в фарм- и медпромышленность вложат 119 миллиардов рублей

18 октября кабинет министров на своем заседании принял госпрограмму «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ до 2020 года», сообщает ИТАР-ТАСС .

Согласно проекту программы, опубликованному на сайте Минпромторга РФ, на реализацию программы планируется выделить из госбюджета в общей сложности почти 119 миллиардов рублей, в том числе почти десять с половиной миллионов рублей до конца 2012 года. Пик объемов финансирования запланирован на 2016 год — свыше 19 с половиной миллионов рублей.

Цель госпрограммы — создание инновационной российской фармацевтической и медицинской промышленности мирового уровня. Госпрограмма должна обеспечить применение международных стандартов в отрасли, в том числе за счет активного использования технологических платформ и медико-фармацевтических инновационных территориальных кластеров, а также создать условия для притока иностранных инвестиций.

Программу планируется реализовывать в два этапа— с 2013 по 2015 годы и с 2016 по 2020 годы. Ожидается, что благодаря реализации программы к 2020 году в отрасли в 4,5 раза увеличится производительность труда по сравнению с показателями 2011 года, будет создано и модернизировано 20 тысяч высокопроизводительных рабочих мест, отечественные лекарства будут занимать 50 процентов рынка, а медицинские изделия— 40 процентов рынка.

Кроме того, запланировано, что к 2020 году объем инвестиций в отрасль увеличится до 27—29 процентов от общего объема производства, доля высокотехнологичной и наукоемкой продукции в общем объеме производства отрасли вырастет в семь раз по отношению к 2011 году, а экспорт продукции фармацевтической и медицинской промышленности достигнет 75 миллиардов рублей.

Как отметил на заседании правительства Дмитрий Медведев, первые шаги по развитию отрасли уже делаются. Так, углубляется кооперация медицинских учреждений и образовательных центров, в Сколково уже действует медицинский кластер, разрабатываются новые виды лекарственных средств. По словам премьера, госпрограмма должна интегрировать эти направления в единую эффективную систему.

http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/18/farmmed/

1-Я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»

9 ноября 2012 г. в конгресс-центре «Рубин» состоялась Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», приуроченная к 10-летию со дня открытия первого и единственного в Сибири Научно-исследовательского института гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова Сибирского государственного медицинского университета.

Началу конференции предшествовала торжественная церемония, посвященная юбилею НИИ гастроэнтерологии. Приветствовать сотрудников института пришли представители Администрации Законодательной Думы Томской области, Мэр ЗАТО Северск, представители Департамента здравоохранения Томской области, руководители научно-исследовательских и лечебных медицинских учреждений Томска и области. Всего в конференции приняло участие более 150 участников из Томска, Новосибирска, Омска, Новокузнецка.

Много теплых слов было сказано об организаторе и первом руководителе НИИ — Георгии Кирилловиче Жерлове. Большая часть сотрудников НИИ гастроэнтерологии была отмечена Почетными грамотами.

После короткого перерыва участники конференции заслушали доклады сотрудников НИИ, а также гостей: главного хирурга г. Новосибирска проф. С.Г. Штофина, проректора по лечебной работе Омской медицинской академии проф. В.Л. Полуэктова, зав. кафедрой Новокузнецкого ГИУВа проф. А.И. Баранова, зам. главного врача Новокузнецкой клинической больницы № 29 проф. А.Г. Короткевича по наиболее значимым проблемам диагностики, лечения и реабилитации больных с патологией органов пищеварительной





Слева направо: проф. Б.И. Альперович, проф. В.И.Халепа, проф. А.Г.Короткевич (Новокузнецк)

системы. Большинство из представленных сообщений носили прикладной характер, что, несомненно, полезно для практических врачей, присутствующих на конференции.

На конференции было принято решение сделать ее традиционной и проводить в первых числах ноября ежегодно.

Администрация Томской области Департамент здравоохранение Томской области Сибирский государственный медицинский университет НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова

УВАЖАЕМЫЙ КОЛЛЕГА!

Приглашаем Вас принять участие в работе II Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии», которая будет проходить в г. Томске 11 ноября 2013 года.

В рамках конференции планируется обсудить следующие вопросы:

- Хронический панкреатит: проблемы диагностики и лечение.
- Портальная гипертензия: профилактика кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
- Новые технологии в абдоминальной хирургии.
- Современные методы диагностики в абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии.
- Разное.

Требования по оформлению тезисов: объем тезисов до 2 страниц машинописного текста в редакторе Microsoft Word (**MS Office 2003/2007/XP или *.rtf**.). Основной шрифт — Times New Roman, 12 pt, межстрочный интервал 1,5.

Структура сообщения:

- 1. Название статьи прописными буквами с выравниванием по центру.
- 2. Фамилии и инициалы авторов строчными буквами.
- 3. Наименование организации (-ий), откуда исходит работа.
- 4. Введение.
- 5. Материал и методы.
- 6. Результаты исследования и их обсуждение.
- 7. Заключение или Выводы.

Тезисы статей должны быть оформлены в соответствии с прилагаемыми требованиями и высланы прикрепленным файлом на адрес электронной почты general@gastro.tomsk.ru с пометкой «конференция 2013» или в распечатанном виде (2 экз.) + электронный носитель (CD/дискета/flash card) с текстом в формате *.doc (MS Office 2003/2007/XP) или *.rtf. на адрес оргкомитета: 636013, Томская обл., г. Северск, пер. Чекист, 3, оф. 126, НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, проф. Кошель А. П.

Срок представления (получения материалов оргкомитетом): 30 июня 2013 г.

Просим Вас заполнить регистрационную форму на сайте НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова www.sgc.tomsk.ru и выслать в адрес оргкомитета, а также заранее сообщить дату приезда и сроки бронирования гостиницы.

Адрес Оргкомитета:

636013, Томская обл., г. Северск, а/я 120, НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, проф. Кошель А. П.

Teл./факс: 8 (3823) 56-42-65 e-mail: general@gastro.tomsk.ru apk@gastro.tomsk.ru

Всероссийская научно-практическая конференция

РИСКИ В СОВРЕМЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А. Н. ГОРЯЧЕВА

26—27 АПРЕЛЯ 2013 ГОДА ОМСК

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

26—27 апреля 2013 года в Омске состоится Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «**Риски в современной травматологии и ортопедии**».

Планируется обсудить актуальные вопросы оказания высокотехнологичной медицинской помощи в травматологии и ортопедии, профилактические меры при лечении осложнений.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

г. Омск, ул. Перелета, дом 1, Дворец Молодежи.

Начало конференции 26 апреля 2013 года в 10 часов, регистрация участников с 08.30.

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения Омской области

Омская государственная медицинская академия

Омский областной клинический медико-хирургический центр

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Омской государственной медицинской академии

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Почетные президенты:

Стороженко А. Е. — Министр здравоохранения Омской области, профессор, Омск

Новиков А. И. — ректор Омской государственной медицинской академии, профессор, Омск

Сопредседатели:

Резник Λ . Б. — главный травматолог-ортопед M3 Омской области, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Омской государственной медицинской академии, профессор.

Садовой М. А. — директор ФГУ Новосибирского НИИТО Росмедтехнологий, д-р мед. наук, профессор.

Члены оргкомитета:

Агаджанян В. В. — директор $\Phi\Gamma\Lambda\Pi Y$ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», заслуженный врач РФ, академик РАЕН, профессор, Λ енинск-Кузнецкий.

Бережной В. Г. — главный врач Омского областного клинического медико-хирургического центра, д-р мед. наук.

Загородний Н. В. — заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов, профессор, Москва.

Зоря В.И. — заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор, Москва.

Карякин Н. Н. — директор Нижегородского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, Нижний Новгород.

Тихилов Р. М. — директор ФГУ РНИИТО им. Р. Р. Вредена, д-р мед. наук, профессор, Санкт-Петербург.

Скороглядов А. В. — заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ Российского государственного медицинского университета, профессор, Москва.

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА:

- Эпидемиология осложнений в травматологии и ортопедии
- Современные методы профилактики и лечения осложнений в травматологии, ортопедии при сочетанной травме
- Проблемы остеосинтеза

- Осложнения при первичном эндопротезировании
- Хирургия гнойной инфекции в травматологии и ортопедии
- Проблемы хирургического лечения пожилых пациентов: тромбопрофилактика и проблемы остеопороза
- Риски и осложнения в пластической и восстановительной хирургии
- Методологические аспекты развития травматологии и ортопедии
- Применение современных материалов и их роль в развитии травматологии-ортопедии
- Миниинвазивные и эндоскопические операции в травматологии-ортопедии
- Повышения качества оперативных вмешательств в травматологии-ортопедии с использованием специального хирургического оборудования: ультразвуковые и холодно-плазменные установки, лазер, высокочастотная коагуляция
- Современные органосберегающие методики лечения гнойно-септические осложнения в травматологии и ортопедии
- Перспективы применение биоматериалов
- В программе конференции планируется проведение мастер-класса по эндоскопической хирургии.

В работе конференции ожидается участие более 200 научных сотрудников и врачей-травматологов, ортопедов и хирургов из всех регионов России, ближнего зарубежья.

Докладчики — ведущие российские ученые в области травматологии и ортопедии, хирургии и др.

В период проведения научной конференции будет организована выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСОВ

Тезисы принимаются только в электронном виде в текстовом редакторе Word (версия Word 97 и выше) с обязательным указанием адреса электронной почты и контактного телефона авторов.

Объем тезисов не должен превышать 1 800 знаков. Таблицы, формулы и графические рисунки к публикации не принимаются.

Порядок оформления тезисов:

- 1. Название работы (прописными).
- 2. Фамилии и инициалы авторов.
- 3. Учреждение(я), город(а) $\kappa \gamma p c u s$.
- 4. Цель исследования, материал и методы, результаты, заключение и выводы.

Не более трех тезисов от автора, если более одних тезисов от автора, то направлять каждые тезисы в виде отдельного вложенного файла, в его названии указывается фамилия первого автора и первые два слова из названия работы.

Структура тезисов:

Цель, материал и методы, результаты и обсуждение.

Оргкомитет оставляет за собой право отказать в публикации работы.

Тезисы принимаются по электронной почте: info@altaastra.com с обязательно вложенным файлом Документ Word с пометкой «Публикация тезисов в материалах Всероссийской научно-практической конференции «Риски в современной травматологии и ортопедии».

Прием тезисов до 15 февраля 2013 года.

По вопросам публикации тезисов обращаться по телефону +7 (812) 7102970 к Илоне Юрьевне Шубняковой Публикация тезисов – бесплатно.

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

• Регистрационный взнос 1000 рублей

Регистрационный взнос включает пакет официальных документов конференции (программа, бейдж, сборник тезисов, сертификат участника).

• Регистрационный взнос 3500 рублей

Регистрационный взнос включает пакет официальных документов конференции (программа, бейдж, сборник тезисов, сертификат участника) и пригласительный билет на банкет 26 апреля 2013 года.

Регистрационный взнос может быть оплачен по безналичному расчету учреждением, сотрудником которого является участник конференции. Счет будет выслан сразу после получения от Вас **Заявки на участие**.

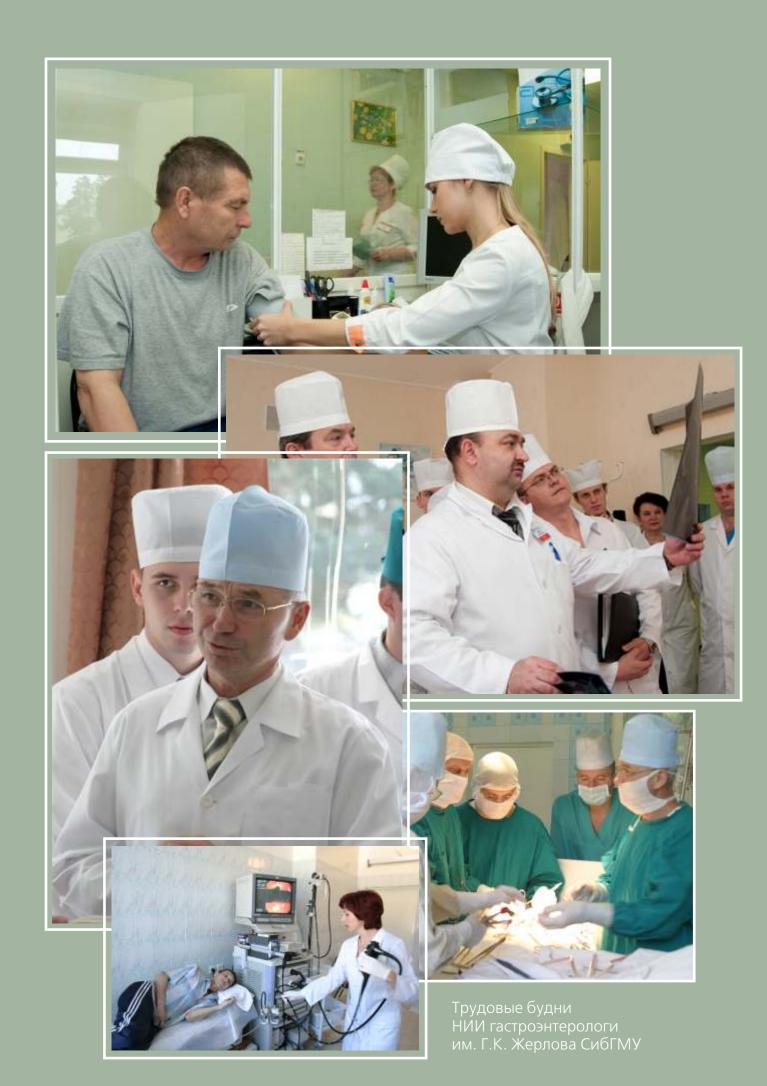
УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ» ЗА 2012 ГОД

| TOM | 15. | Nº 1 | (40) | |
|-----|-----|-------|--------|--|
| IOM | 101 | JN- I | (TU / | |

TOM 15, Nº 2 (41)

| Бертелли Дж. А., Такка К. П., Дуартэ Э. К. В., | Байтингер В. Ф. Венозный лоскут | |
|--|---|--|
| Чицони М. Ф., Х. Дуартэ. Пересадка ветвей | как атипичный вариант включения | |
| подмышечного нерва в реконструкции | тканей в кровоток5 | |
| разгибания в локтевом суставе | Галян А. Н., Попов О. С., Лян. Н. И., | |
| при тетраплегии: анатомические | <i>Ларионов М.М., Тихонов В.И.,</i> | |
| исследования хирургических возможностей5 | Завадовская В. Д., Гаспарян С. Н., Дыгай А. М., | |
| Топольницкий Е.Б., Дамбаев Г.Ц., Шефер Н.А., | Удут В.В. Рецидивная зобная трансформация | |
| Ходоренко В. Н., Фомина Т. И., Гюнтер В. Э. | и послеоперационный гипотиреоз — | |
| Замещение пострезекционных дефектов | за и против малоинвазивных | |
| перикарда, диафрагмы, грудной стенки | и органосохраняющих операций | |
| сетчатым имплантатом из никелида титана14 | на щитовидной железе14 | |
| Байтингер В. Ф. Клиническая анатомия | Золотов А. С. Первичный шов сухожилий | |
| ладонного апоневроза22 | сгибателей пальцев кисти в разных | |
| Большаков И. Н., Еремеев А. В., | анатомических зонах | |
| Светлаков А.В., Шеина Ю.И., Рендашкин И.В., | Байтингер В. Ф. Хирургическая анатомия | |
| Полстяной А. М., Кривопалов В. А., | периферических нервов задней поверхности | |
| Каптюк Г.И., Карапетян А.М., Игнатов А.В., | предплечья, кисти и механизм | |
| Медведева Н. Н., Жуков Е. Л. Применение | «trick» движений26 | |
| полисахаридной нейрональной матрицы | Шнякин П.Г., Самотесов П.А., Дралюк Н.С., | |
| при лечении экспериментальной | Ермакова И. Е., Кан И. В., Галац К. А., | |
| спинальной травмы | Русских А. Н. Варианты строения | |
| Селянинов К. В., Синичев Д. Н. Роль | лентикулостриарных артерий в зависимости | |
| vasa vasorum в кровоснабжении | от длины сфеноидального сегмента средней | |
| эпигастрального лоскута | мозговой артерии у лиц с разной | |
| (экспериментальное исследование)43 | формой черепа34 | |
| Дамбаев Г.Ц., Кошель А.П., Соловьев М.М., | Селянинов К. В., Байтингер А. В., | |
| Куртсеитов Н. Э., Попов А. М. | Иванеев Н.В. Значение пара- и | |
| Постгастрорезекционные синдромы | интраневральных структур эпигастрального | |
| как проблема реконструктивной хирургии51 | нерва в кровоснабжении кожи | |
| Дюрягин Н. М., Сысолятин П. Г., Гюнтер В. Э., | (экспериментальное исследование)38 | |
| Семченко В.В., Дюрягина Е.Н., Степанов С.С. | Байтингер В. Ф., Цуканов А. И., | |
| Технологии повторной реконструкции | Волочков И.В. Трансплантация яичника, | |
| нижней челюсти, восстановленной | криоконсервированной и свежей | |
| композитными эндопротезами | овариальной ткани: состояние вопроса45 | |
| из материалов никелида титана56 | Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., | |
| Егиазарян К.А., Магдиев Д.А. | Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Хусанов А.М., | |
| Научно-организационные аспекты | Абдуллаев Д. С. Современные технологии | |
| работы клиники хирургии кисти62 | в лечении рубцовых стриктур пищевода54 | |
| Мугатасимов И. Г., Баранов А. И., Фаев А. А., | Федотушкина К.В., Авдеев С.В., | |
| Серебрянников В. В. Новый малоинвазивный | Коломиец Λ . A ., Дубоделов E . Λ . Возможности | |
| способ ушивания прободных язв | и перспективы сочетанной анестезии | |
| двенадцатиперстной кишки66 | на основе ксенона при пластических | |
| Байтингер В. Ф., Курочкина О. С. «Запретная | операциях у больных с метаболическим | |
| зона» кисти по А.С. Нарядчиковой71 | синдромом62 | |
| | | |

| Тогулева А. Г., Насонова М. В., Кудрявцева Ю. А. Проблема выбора протеза при хирургической коррекции клапанной недостаточности глубоких вен | Слободской А. Б., Лежнев А. Г., Бадак И. С., Воронин И. В., Дунаев А. Г., Быстряков П. А. Эндопротезирование тазобедренного сустава у молодых пациентов |
|---|---|
| TOM 15, № 3 (42) | Клатратная криоконсервация77 |
| Байтингер В. Ф., Ежов А. А. Микрохирургия нейротрофических расстройств в мягких тканях таза и нижних конечностей | TOM 15, № 4 (43) |
| Дюрягин Н.М., Сысолятин П.Г., Гюнтер В.Э., Дюрягина Е.Н., Круглик С.М. Применение дельтапекторального стебля при эндопротезировании дефектов | Жерлов Г. К., Кошель А. П. Реконструктивно- пластическая хирургия органов пищеварения . 5 Жерлов Г. К., Кошель А. П., Клоков С. С., Панкратов И. В. Выбор способа пластики |
| нижней челюсти | при низком раке прямой кишки |
| сухожилий сгибателей пальцев кисти к ногтевой фаланге21 Воробьев А.А., Мозговой П.В., Девяткин А.Н., Андрющенко Ф.А. Анатомическая | Новые сфинктерсохраняющие технологии в лечении рака прямой кишки |
| закономерность между строением стопы и хронической венозной недостаточностью нижних конечностей | компрессионного тонкокишечного анастомоза . 25 Карась Р. С., Карпович А. В. Сравнительный анализ эффективности автономной |
| Галашов В. Н., Байтингер В. Ф. Клиническая анатомия сосудистого русла полулунной кости | электростимуляции и медикаментозного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни |
| Кан И.В., Шеховцова Ю.А., Шнякин П.Г., Клак Н.Н., Макаров А.Ф., Русских А.Н., Шабоха А.Д., Ермакова И.Е., Гершман С.А. | подходы и средства лечения абдоминального сепсиса и гнойного перитонита |
| Особенности соматической конституции мужчин второго периода зрелого возраста с разной формой шеи | новый взгляд на лечение |
| Байтингер В. Ф., Цой Ю. Р. Роль мышечной ножки в приживлении tram-лоскута38 Байтингер В. Ф., Дзюман А. Н., Курочкина О. С. Кровоснабжение | вмешательств на органах пищеварения46 Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Маевский Е.И. Выбор тактики лечения у больных с гастродуоденальными |
| кожи венозных лоскутов | кровотечениями язвенной этиологии |
| при плановых травматолого-ортопедических операциях на тазовом кольце и вертлужной впадине | поджелудочной железы |
| способ оперативного лечения при энтезопатиях плечевой кости | кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка: проблемы и перспективы |
| сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка | <i>Неделя О.А.</i> Моторная функция желчного пузыря у пациентов после редуоденизации73 |





Коллектив НИИ гастроэнтерологии (2002 г.)



Коллектив НИИ гастроэнтерологи им. Г. К. Жерлова (2012 г.)