



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор –

В. И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора –

М. Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Р. Бабаева, профессор
А. Г. Бебуришвили, профессор
А. А. Воробьев, профессор
С. В. Дмитриенко, профессор
В. В. Жура, доцент
М. Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С. В. Клаучек, профессор
Н. И. Латышевская, профессор
В. Б. Мандриков, профессор
И. А. Петрова, профессор
В. И. Сабанов, профессор
Л. В. Ткаченко, профессор
С. В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Л. И. Кательницкая, профессор
(Ростов-на-Дону)
Н. Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А. А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В. П. Туманов, профессор
(Москва)
А. К. Косоуров, профессор
(Санкт-Петербург)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Саратов)
В. А. Батулин, профессор
(Ставрополь)

3 (27)

**ИЮЛЬ —
СЕНТЯБРЬ
2008**

VOX
AUDITA LAETET,
LITTERA SCRIPTA
MANET
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

43. Эльмурадов Л. Паллиативные резекции и экстирпации при раке ободочной и прямой кишки: дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — С 98—109.
44. Ярема И. В., Колобов С. В., Трандофилов М. М. // Российский онкологический журнал. — 2004. — №3. — С. 36—40.
45. Adam A., Ellul J., Watkinson A. F., et al. // Radiology. — 1997. — 202. — P. 344—348.
46. Ajani J. E. // Oncologist. — 2005. — Vol. 10. — P. 49—58.
47. Alexiou C., Neuhaus H., Kau R. J., et al. // Gastroenterol. — 1997. — V. 35. — №. 4. — P. 277—283.
48. Buset M., Cremer M. // Acta Gastroenterol. Belg. — 1992. — Vol. 55. — P. 264—270.
49. Bisgard J., Overmiller L. W. // Ann. Surg. — 1944. — Vol. 120. — P. 170—172.
50. Bisgaard T., Wojdemann M., Heindorff H., et al. // Endoscopy. — 1997. — Vol. 29. — P. 155—159.
51. Cavana L., Zanibony A., Artioli F., et al. // Proc. ASCO. — 2004. — Abstr. 4268.
52. Cheong J. H., Hyung W. J., Kim J., et al. // Proc. ASCO. — 2004. — Abstr. 4265.
53. Cho S. J., Lee U. K., Kim Y. H., et al. Survival analysis of the alliatively resected gastric carcinoma. In proceeding of the 41h International Gastric Cancer Congress. — New-York, USA, 2001 — Abst. 289.
54. Chung S. C. S., Leong H. T., Choi C. Y. C. // Endoscopy. — 1994. — № 26. — P. 275—277.
55. Doglietto G. B., Pacelli F., Caprino P., et. al. // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24. (4). — P. 459—463.
56. Goldberg R. M., Rothenberg M. L., van Cutsem E., et al. // Oncologist. — Vol. 12. — P. 38—50.
57. Goldberg R. M., Sargent D., Mogton R. F., et al. // J Clin Oncol. — 2004. — Vol. 22. — P. 23—30.
58. Eliason E. L., Witner L. W. // Am. J. Surg. — 1946. — Vol. 72. — P. 58—60.
59. Hagiwara A., Sawai K., Sakakura C., et al. // Hepatogastroenterology. — 1998. — Vol. 45. — P. 1922—1929.
60. Kozarek R. A. Use // Gastroenterologist. — 1994. — Vol. 2. — P. 264—272.
61. Van Cutsen E., Haller D., Ohstu A. // Gastric Cancer. — 2002. — Vol. 5. — P. 17—22.
62. Verschuur E. M., Steyerberg E. W., Kuipers E. J., et al. // Gastrointest Endosc. — 2007. — Vol. 65, № 4. — P. 592—601.

УДК 616.345-007.272-006.6-089

ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

С. С. Маскин, Я. В. Надельнюк, А. М. Карсанов

Современные подходы к диагностике толстокишечной непроходимости основываются на комплексной оценке клинико-лабораторных, рентгенологических, сонографических данных, которые составляют классификационные критерии степени толстокишечной непроходимости. На современном этапе обосновано применение одно- и двухэтапных операций, расширение показаний для операций с первичными, первично-отсроченными и отсроченными анастомозами. С внедрением малоинвазивных технологий в хирургию толстокишечной непроходимости тактика может быть пересмотрена в сторону расширения показаний к выполнению на первом этапе декомпрессионных операций при суб- и декомпенсированной непроходимости.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

DIAGNOSTICS, STRATEGY AND SURGICAL TREATMENT OF TUMORAL COLON OBSTRUCTION: THE PRESENT VIEW ON THE PROBLEM

S. S. Maskin, Ya. V. Nadelnyuk, A. M. Karsanov

Modern approaches to diagnostics of colon obstruction are based on a complex evaluation of clinical, laboratory, radiological and ultrasound data which comprise classification criteria of colon obstruction degree. At present application of one- or two phase operations, expansion of indications for operations with primary, primarily-delayed and delayed anastomosis is justified. Introduction of less invasive technologies in the colon obstruction surgery allows to reconsider tactics of treatment in favour of the phase one decompression operations in patients with sub- and decompensated obstruction.

Key words: colon obstruction, surgical treatment.

Рак толстой кишки (ТК) занимает второе место после рака легкого в Европе и США. Проблема лечения обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТН) является, главным образом, онкологической, так как в 80—90 % случаев обусловлена раком ободочной и пря-

мой кишки [14, 46]. Большинство больных с раком ТК поступают с различными осложнениями, среди которых ОТН встречается наиболее часто, у 15—85 % больных, причем полная непроходимость — у 15,7—53,8 % больных и даже у 72,5—85,9 % [13, 41]. Чаще ОТН

развивается при III—IV стадии рака, запущенные стадии — 40—67 % [22]. Преобладают больные старше 60 лет — 42—82 %^{2/3} [2, 7, 22, 41, 45]; ОН чаще бывает при раке левой половины ТК 67,0—90,5 % [2, 7, 14, 22, 41, 45].

Представленные исходные данные во многом определяют сложность лечения и неблагоприятные результаты. Летальность при ОН колеблется от 21—34 до 37,8—47,5 %, достигая при устраненной консервативно острой непроходимости 8,6—24,1 % [3, 16, 14], а при сочетании ОН с перитонитом у больных пожилого и старческого возраста достигает 81,4 %. За 10—15 лет удалось снизить летальность с 37,0—45,7 до 5,5—26,3 % [3, 6, 12, 25, 31, 33, 45] и даже до 1,3—4,9 %, однако подобные результаты достигаются далеко не всегда, а потому проблема остается актуальной.

Современное состояние вопросов диагностики и классификации толстокишечной непроходимости. Тактика лечения ОН отличается значительным многообразием, что во многом связано с различными подходами к определению и интерпретации самой непроходимости. Значительные различия результатов лечения также определяются тем, как те или иные авторы трактуют непроходимость толстой кишки. В последние годы возрос интерес именно к определению ОН, созданию рабочей классификации, отвечающей требованиям решения тактических задач выбора метода операции. Поддерживая идею необходимости градации степеней непроходимости, считаем не вполне приемлемой саму терминологию «частичной ОН», смысл которой не дает возможности унифицированно решать тактические вопросы, а наоборот приводит к многочисленным трактовкам тактики [6].

Создана простая рабочая классификация ОН [24]. В последние годы классификация, основанная на степени компенсации проходимости, стала находить большее понимание и применение [3, 6, 7, 12, 22, 25], а понятия полной и частичной, острой, подострой и хронической непроходимости встречаются в литературе все реже [6]. В данной классификации выделяют 3 степени опухолевого стеноза или компенсации проходимости ТК: I — компенсированная, II — субкомпенсированная, III — декомпенсированная. Условно для простоты использования можно их называть степенями ОН. Компенсированная форма встречается в 8,2—80,0 % случаев, субкомпенсированная в 11—79 %, декомпенсированная в 5,0—60,5 %. Достаточно большой разброс значений объясняется все же различным трактованием диагностических признаков вследствие недостаточности разработанной градации известных критериев, которые могли бы позволить объективизировать степень ОН; с другой стороны, очевидна необходимость выработки других доступных критериев. Большая разница значений объясняется и тем, что данные представлены из лечебных учреждений разного профиля (плановые, экстренные).

В основе классификации лежат различные диагностические параметры. Известные клинические проявления являются предполагающими в оценке степени ОН, их разделение в достаточной степени условно [3, 6, 25].

Предложена рабочая клинко-рентгенологическая классификация с выделением следующих стадий ОН [8]:

I. Стадия компенсированных нарушений толстокишечной проходимости (НТП) (условно хроническая). На этой стадии баугиноспазм еще не наступил, типичные рентгенологические симптомы не выявлены. Экстренная ирригоскопия помогает верифицировать диагноз.

II. Стадия субкомпенсации (подострая). На обзорных рентгенограммах описаны симптомы, характеризующие три степени прогрессирующих этапных НТП: 1-я степень — конусообразный обрыв сплошного пневмоконтура ТК на уровне обтурирующей опухоли; 2-я степень — обрыв сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальным уровнем жидкости над обтурирующей опухолью; 3-я степень — прерывистость сплошного пневмоконтура ТК с горизонтальными уровнями жидкости во всех отделах ТК от баугиниевой заслонки до опухоли. Эти рентгенологические симптомы можно выявить только на этапе баугиноспазма.

III. Стадия декомпенсации (острая обтурационная толстокишечная непроходимость). Наряду с вышеописанными симптомами в стадии субкомпенсации начинают наслаиваться типичные и привычные для хирургов рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости.

Используется четырехступенчатая классификация, основанная на стадиях НТП, и в зависимости от этого определяется тактика лечения и сроки выполнения операций [25].

Создание оптимальной клинической классификации является трудной, но насущной проблемой, что определяет значимость проводимых в этом направлении исследований [2].

Рентгенологическая диагностика на протяжении многих лет оставалась наиболее значимой при кишечной непроходимости. Обзорная рентгенография дает возможность диагностировать тонкокишечную непроходимость от 50 до 92 % [26, 43]. Рентгенологические признаки ОН достаточно изучены, сочетание обзорных и контрастных методов является обязательным дополнением в оценке степени непроходимости [6, 10, 14, 22, 25, 26], позволяет диагностировать ОН в 65,0—83,3 % случаев [14, 26].

Указывается, что от 8 до 24 % случаев ОН возникают трудности при рентгенологической интерпретации данных; на основании обследования 350 больных с ОН выявлены важные диагностические признаки опухолевого стеноза ТК, что повысило информативность рентгена до 93 % [23].

Проанализированы данные рентгенограмм брюшной полости и пассажа бариевой взвеси у 207 больных с ОН [8], что позволило клинически подтвердить вы-

явленные в эксперименте закономерности в стадийности развития НТП, впервые описать и систематизировать типичные рентгенологические симптомы по стадиям. Применяется компьютерная томография (КТ) для диагностики как самого рака ободочной кишки, так и для выявления ОН [48, 50]. Спиральная КТ позволяет оценить локализацию преграды и ее характер, состояние ТК и динамику ОН, состояние стеноза и толщину стенки ТК [30]. Применяется также компьютерно-томографическая колонография (виртуальная колоноскопия) [4].

Эндоскопические методы диагностики ОН (ректороманоскопия, фиброколоноскопия) достаточно эффективны, используются во многих клиниках не только с диагностической, но и с лечебной целями (стентирование), однако широкое применение ограничивается многими факторами [6, 10, 14, 22, 25].

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) все шире используется для выявления кишечной непроходимости в последние 10—15 лет, что позволило достигнуть высокой ее информативности и общей точности при тонкокишечных вариантах свыше 90 % [1, 15, 26]. Внедрение количественных критериев оценки тонкокишечной непроходимости позволило повысить информативность УЗИ: чувствительность — с 70,2 до 100 %, точность — с 88,3 до 97,8 %, при сопоставимой специфичности — 98,3 и 96,9 % [1].

Менее изучена эхоэмиотика ОН. Однако даже относительно небольшое количество работ свидетельствует о высоких диагностических возможностях метода, корреляции УЗИ с клиникой и рентгенологическими проявлениями, возможности определения локализации места обтурации в 85—95,3 % [5, 19], симптомов непроходимости в 81—98 % случаев [5, 6], дифференциальной диагностики тонко- и толстокишечной непроходимости в 71 % случаев [15].

Опубликованы результаты применения УЗИ при ОН у 300 больных за 11-летний период: у 147 больных с локализацией рака справа эхоэмиотика была такова — при экзофитных опухолях определяли гипоплии изоэхогенные тени в 63,2 % случаев, определяли структуру стенки кишки (дифференциация слоев, четкость наружного и внутреннего контуров, структура и эхогенность слизистой, гаустры), выявляли «раковый канал» в 34 % случаев, деформированные патологические участки с изъеденными контурами в 60,5 % случаев [5]. При локализации рака в сигме у 124 больных выявляли симптом «поражения полого органа» (СППО) или симптом «псевдопочки» — сужение просвета сигмы, изменение контуров стенки, отсутствие дифференциации слоев и сегментарное утолщение стенки, — регистрировали преимущественно артериальный кровоток. При раке ректо-сигмоидного отдела и прямой кишки у 29 пациентов получали ту же картину при наполненном мочевом пузыре трансректальными и трансвагинальными датчиками. Трансабдоминальная эхография в сочетании с рентгенологическими исследованиями дала возможность определить уровень обтурации

в 95,3 % случаев, получить сведения об опухоли в 95,7 % случаев, что способствовало выбору адекватной лечебной тактики. УЗИ непроходимости проще и точнее рентгенологического, хотя в настоящее время недооценивается врачами [5, 6, 14, 15, 22, 25]. Использование его в режиме динамического контроля позволяет оптимизировать тактику лечения больных [5, 15].

Предложены скрининговые методики УЗИ [21], которые в 2 раза повышают диагностическую ценность метода в первичном выявлении рака ТК и могут быть использованы для диагностики непроходимости. [38] Оценена эффективность УЗИ в определении причины низкой тонкокишечной и ОН у последовательных 60 пациентов; результаты коррелировали с заключительными хирургическими и радиологическими диагнозами [38]. Диагностическая ценность УЗИ по сравнению с простым брюшным рентгенологическим исследованием выше; при нем правильно идентифицировали преграду в 44 из 45 случаев и установили причину непроходимости в 36 из 45 (80 %). Чувствительность УЗИ была 98 % и специфичность — 80 %, по сравнению с 79 и 53 % соответственно при рентгенологическом обследовании [38].

Разработка и внедрение ультразвуковой ирригографии позволила повысить эффективность УЗИ, особенно в выявлении опухолей ТК [5, 14, 19, 20, 26]. Использовали гидросонографию у 48 больных с колоректальным раком, что позволяло выявить образование от 1 см, повысить эффективность трансабдоминального УЗИ [17].

Считают, что необходимо менять диагностический алгоритм при раке ТК и ОН с акцентом на УЗИ [19, 20]. Однако в ОН присутствует субъективизм в оценке полученных данных, что определяет необходимость поиска количественных критериев оценки сонографической картины при ОН [1].

При использовании комплексного подхода в диагностике ОН достигнуты значительные успехи [6, 10, 14, 22, 25]. Сочетание клинко-лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых данных позволяет диагностировать ОН в 96 % случаев [11], хотя четкая система градации этих признаков, соответственно степеням ОН, пока не разработана, а потому необходимы дальнейшие исследования по этому вопросу [6]. С использованием для диагностики ОН рентгенологических и эндоскопических методов получена общая точность 92,2 %; при правосторонней локализации рака — 63,6 %, в поперечной ободочной кишке — 40 %, при левосторонней локализации — 98,8 % [10].

Современные тактические принципы и методы лечения ОН.

Тактические вопросы выбора сроков, объема операций и методов их завершения довольно широко и разнообразно представлены в литературе, что, при кажущейся очевидности, создает немалые трудности в постижении истины; поэтому попытаемся разобраться в «положении вещей» по основополагающим вопросам хирургического лечения ОН.

Ответ на вопрос об операциях больных с ОТН не вызывает сомнений: после консервативного разрешения непроходимости, что оказывается возможным в 7,7—42,0 % случаев [3, 6, 22], достигая при так называемой частичной непроходимости 86,1 % [11]. Наиболее эффективными способами консервативной терапии являются ортоградный лаваж, фортранс [11, 13] и колоноскопическая интубация кишки выше опухоли. Остальным больным показано оперативное лечение в неотложном порядке. В этой связи имеет неоспоримый смысл терминология разрешившейся и неразрешившейся непроходимости [3, 6]. Понятие неотложных операций трактуется довольно широко — экстренные, срочные, ранние, отсроченные; заметно варьируются и частота, сроки их выполнения [3, 6, 22] от нескольких часов до 5—7 суток [2, 7, 25].

Экстренные операции выполняются при неразрешившейся ОТН, осложнениях, поэтому сопровождаются более высокой летальностью: 26—52 % [4, 17] по сравнению с плановыми 7,5—42,1 % [3]. В последние годы удается снизить летальность после экстренных и срочных операций до 6,5—22,3 % [6, 31]. Резектабельность при экстренных и срочных операциях при ОТН — 39—59 %, а при ранних и плановых — 82—85 %. При этом показатели летальности обратно пропорциональны: в первом случае 40—33 %, во втором — 12—10 % [3]. Анализ 2043 публикаций о рандомизированных и контролируемых клинических исследованиях за 2003—2004 г. не показал различий в результатах резекции ТК в экстренной и плановой хирургии [35].

Последующие проблемы касаются уже непосредственно хирургического лечения. Из общего количества вмешательств при ОТН большинство операций составляют радикальные — 55,1—79,5 % [2, 3, 7, 14, 32, 41], по другим данным — паллиативные — 52—65,2 %. Однако следует отметить, что летальность после радикальных операций ниже, чем после паллиативных: 8,1—38,9 % против 32—46,5 % [6, 14, 32], несмотря на больший объем операции. Немаловажное значение имеет консервативное разрешение ОТН, когда возможность радикальной операции возрастает в 2—5 раз [3, 6].

За последние 20—25 лет тактика претерпела заметные изменения: если ранее преимущественно выполнялись паллиативные операции — колостомы до 87,4 % [6], то основной доктриной до настоящего времени является стремление к удалению опухоли при первой операции [2, 3, 6, 25, 32], причем в структуре паллиативных операций резекции выполняются до 46 %, что не приводит к заметному повышению летальности.

Возраст больных не имеет определяющего значения в выборе объема операции, который основывается не на возрасте больных, а на соматическом состоянии как при выполнении паллиативных, так и радикальных операций [3, 6, 10, 31].

Наиболее важным и сложным вопросом является этапность хирургического лечения ОТН. Над хирургом

всегда давит необходимость выбора: с одной стороны, вполне понятное и объяснимое стремление к одномоментной операции, с другой — достаточно высокий риск осложнений, а потому всегда присутствующая возможность разделить лечение на этапы. Эти вопросы не могут решаться однозначно, поскольку зависят от многих факторов, и только объективная их оценка может оказаться решающей в правильности выбора.

При всей «беспроектности» многоэтапного лечения эти операции, особенно у пожилых больных, суммарно дают высокую частоту осложнений и летальности, поскольку сами по себе повторные операции несут высокий риск. Между тем, многоэтапные операции остаются основными в лечении ОТН. Трехэтапные операции по принципам Цайдлера-Шлоффера применяются в классическом варианте не часто, а летальность достигает 34,4—51 % [81]. Применение подобных операций оправдано только при запущенных формах непроходимости и крайней тяжести состояния, чем собственно и обусловлена высокая летальность.

Основное место занимают двухэтапные операции резекции с колостомой (КС) типа Гартмана и Микулича, частота их выполнения от 31 до 69,9 % при радикальных и паллиативных вариантах. Летальность при операциях Гартмана колеблется в широких пределах от 14,5 до 47,1 % [7, 14]; по данным хирургов России, Голландии, Франции, Бельгии, Англии, осложнения достигают 21—56 % [6]. Этим обусловлены недостатки операции, сопряженные со сложным восстановительным периодом.

Представляют интерес опубликованные [37] данные проспективного мультицентрового исследования, в которое были включены 10355 больных с раком прямой кишки и 8825 больных с раком левой половины ТК без ОТН, о сравнении операции Гартмана, колостомы и первичного анастомоза: летальность — 7,5, 4,3 и 6,1 % соответственно. Колостомы и операцию Гартмана рекомендуют выполнять при запущенной ОТН и осложнениях. Данные из того же исследования при ОТН дают летальность 32,7, 33,3 и 38,9 % соответственно.

Многих недостатков резекции с одноствольной колостомой удается избежать применением У-образных анастомозов, сочетающих в себе два важнейших преимущества: создание анастомоза на 1-м этапе и адекватную декомпрессию. Анастомозы формируются, в основном, по типу бок в конец после любого объема резекции ТК [14, 16, 24] или конец в бок с подвесной микроколостомой после правосторонней гемиколэктомии. Декомпрессию колостому закрывают через 2—3 или 4—5 недель. Однако при этих операциях все же довольно высок риск несостоятельности анастомозов, потому как только адекватная декомпрессия не может решить всех проблем при непроходимости, особенно при декомпенсированных формах. Разработан также ряд модификаций первично-отсроченных анастомозов.

В этой связи заслуживают внимания различные варианты отсроченных анастомозов, когда формиро-

вание собственно соустья выполняется через определенное время после резекции (1-го этапа). Отсроченные анастомозы по технологии выполнения можно разделить на аппаратные, аутореканализирующиеся, лигатурные и компрессионные. В основе отсроченных способов лежит сшивание кишок в области предполагаемого соустья серозно-мышечными швами с последующим завершением создания анастомоза. Используют для формирования соустья электрохирургический аппарат «Liga-Sure» [29]. Предложен также ряд способов формирования компрессионных отсроченных анастомозов с помощью постоянных магнитов и сплавов из никелид-титана. Применение первично-отсроченных (У-образных) и отсроченных анастомозов существенно повышает возможность двух- и трехэтапного лечения, поскольку 2-й и 3-й этапы выполняются малоинвазивными способами, сопровождающимися значительно меньшим числом осложнений и более низкой летальностью.

Вопрос о необходимости и возможности применения первичных анастомозов (ПА) в хирургии ОТН с большим интересом рассматривается хирургами в последние годы. В свете представлений о степенях непроходимости догматичный отказ от ПА не может быть признан абсолютным, поскольку противопоказания, по мнению большинства хирургов, относятся именно к декомпенсированной, или «запущенной», непроходимости [8, 13, 14, 25, 32].

Многие авторы широко применяют одноэтапное хирургическое лечение ОТН и ПА на ТК с хорошими ближайшими результатами [6, 7, 8, 13, 14, 25, 32, 40, 44, 46]. За 37-летний период снижена летальность при ПА с 18,4 до 8,9 % [8]. Обобщение результатов операций у 1889 больных с раковой ОТН в 41 больнице Китая за 5 лет можно считать операциями выбора первичные анастомозы после интраоперационного лаважа ТК, летальность — 4,9 %. У 214 больных с ОТН после 80 правых гемиколэктомий летальность была 10 %, а после 134 левых гемиколэктомий — 1,5 % [40].

Современные методы консервативного разрешения непроходимости и подготовки ТК существенно повышают возможности выполнения 1-этапных операций с 7,1 до 40,5 % [6, 42], при снижении летальности с 42,1 до 7,5 % [11]. Возможности выполнения 1-этапных операций при ОТН оцениваются достаточно высоко: от 12 до 40,5—57,1 % [32, 40, 44] и даже 62,0—76,7 %, причем все эти данные касаются левосторонней локализации рака. Об успешном применении операций с ПА при осложненном раке левой половины сообщают также многие авторы, а летальность не превышает 6,6—9 % [32], и даже — 1,5 % (!) [40].

Поскольку одним из факторов, ограничивающих возможность применения ПА, является застой кишечного содержимого («фекальная перегрузка») с высоким содержанием микробов, разработаны способы интраоперационного лаважа ТК, что расширило показания для ПА [7, 8, 40, 44, 46], позволяет выполнять боль-

шинство операций в один этап — 70—93 % [8], при этом либо избежать несостоятельности анастомоза [7], либо свести его до минимума — 4,9—9,8 %, снизить фатальные осложнения и летальность [7, 8].

Уделено должное внимание подробному изучению субтотальной колэктомии при ТН как возможности расширения показаний к одноэтапным операциям с ПА [6, 18]. Субтотальная колэктомия при ОТН привлекает к себе внимание возможностью удалить опухоль при левосторонней локализации, удалить измененную проксимальную часть ТК с токсическим содержимым, при этом избежать массивной микробной контаминации брюшной полости и раны, сформировать ПА в условиях адекватного регионарного кровообращения, добиться быстрой медицинской и социальной реабилитации при максимальном радикализме по отношению к опухоли [33, 40]. Несостоятельность илеосигмоанастомоза возникает от 3 до 20 % и зависит, во многом, от техники формирования анастомоза [33]. Летальность после этих операций при ОТН на достаточно низком уровне от 5 до 10,8 % [33].

Представляют большой интерес данные исследований Шотландской группы изучения субтотальной колэктомии в сравнении с интраоперационным лаважем и ПА, опубликованные в 1995 г. Сравнительные результаты 47 субтотальных колэктомий и 44 ПА с лаважем, пришли к выводу, что частота осложнений и летальности не имеет достоверных различий; отдают предпочтение меньшему объему резекции. Достаточно убедительно показана необходимость декомпрессии кишечника для улучшения исходов заболевания и операций при ОТН [8, 22].

Выбор операций основывается и на локализации опухоли. За последние 10—15 лет сложились следующие позиции. При правосторонней локализации применяются довольно редко цекостомы [10, 24] и обходные илеотрансверзоанастомозы [6, 10]; большинство авторов считает необходимым завершение операции в один этап — правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом [6, 24] или при высоком риске сочетание гемиколэктомии с различными вариантами илеостом (петлевые, У-образные) [24]. При левосторонней локализации опухоли категорический отказ от одноэтапных операций не является абсолютным. Однако наиболее распространенным взглядом является выполнение операций типа Гартмана [6, 14, 24, 25], а также представленных выше операций с первично-отсроченными, отсроченными и ПА.

Выбор метода и сроков операции зависит не только от локализации и операбельности, но и от тяжести состояния больных [6, 10].

Наиболее удачными являются попытки построить тактику выбора операции в соответствии со степенью ОТН [6, 7, 25]. При компенсированной ОТН показаны 1-этапные операции с ПА; при субкомпенсированной — справа — гемиколэктомия с ПА, У-образным анастомозом или операция Лахей; слева — 2-этапная опера-

ция типа Гартмана или Микулича, а также 1-этапный ПА с лаважем; при декомпенсированной — та же тактика, но слева возможно выполнение субтотальной колэктомии. Первичное восстановление ОТН возможно почти в 100 % случаев при компенсированной непроходимости, 91 % — при субкомпенсированной и 58 % — при декомпенсированной; выводы сделаны на огромном количестве наблюдений и потому заслуживают внимания. Есть возможность выполнения 1-этапных операций при компенсированной и при субкомпенсированной ОТН; доля этих операций в структуре всех операций на толстой кишке составляет около 15 % от радикальных и 25 % от паллиативных операций [6, 32].

В последние годы происходит революция этапов хирургического лечения ОТН при локализации рака слева, основанная на первичной декомпрессии ТК. Рассматривается вопрос о необходимости и целесообразности применения кратковременной КС для снижения осложнений при ОТН [6], однако авторы сообщают, что после цекостомии умерло 13 % больных с левосторонней ОТН. Смысл революции хирургической тактики становится вполне понятным и оправданным с внедрением малоинвазивных лапароскопических технологий [6]. Применили лапароскопию у 26,3 % больных [22], с успехом применяют проекционную КС при ОТН, которая позволила снизить частоту осложнений по сравнению с лапаротомными операциями с 47,5 до 5 %, а летальность — с 21,1 до 4,4 % [11]; также получены различия в летальности у больных с полиорганной недостаточностью (ПОН) и без нее: при проекционной колостомии в 1-й группе летальности — 6,7 %, при резекции кишки — 35,5 %, при обходных анастомозах — 21,7 %; без ПОН при КС летальности не было, при резекции — 6,7 %, при обходных анастомозах — 18,2 %.

Одной из основных задач лечения вновь выявленного больного с ОТН является попытка безоперационного восстановления проходимости ТК. Для этой цели разработаны варианты стентирования опухоли саморасширяющимися металлическими стентами, которые позволяют разгрузить вышележащие отделы кишки, провести необходимую предоперационную подготовку со снижением эндотоксикоза и стабилизацией состояния пациента, а главное — избежать неотложной операции в тяжелых неблагоприятных условиях [6, 34, 47, 49]. Успешная процедура стентирования возможна в большинстве случаев и позволяет подготовить пациента к радикальной операции в благоприятных условиях отсутствия ОТН [30, 42, 49] или быть окончательной процедурой при невозможности выполнить удаление опухоли [30]. Невозможность установки стента может быть определена ирригоскопией (при непрохождении контраста через «раковый канал») [34]. Выполнение после успешного стентирования радикальной операции с ПА приводит к заметному снижению летальности [42], с 12,5 % без стентирования до 5 % после предварительного стентирования.

Исходя из предоставленных в обзоре литературы сведений о современном состоянии вопросов диагностики и лечения ОТН, можно заключить, что многие диагностические, тактические и лечебные аспекты требуют дальнейшего изучения и уточнения. Улучшение результатов лечения этой категории больных находится в прямой зависимости от решения вышеизложенных проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллин С. Г. // Материалы I съезда хирургов Южного Федерального округа. — Ростов н/Д: ГОУ ВПО РостГМУ РЗ, 2007. — С. 173—173
2. Александров В. Б., Сухов Б. С., Корнев Л. В. и др. // Акт. Вопр. Колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. — Уфа: Изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 204—205.
3. Алиев С. А., Алиев Э. С. // Акт. Вопр. Колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. — Уфа: изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 518—519.
4. Борисов А. Е., Мовчан К. Н., Митин С. Е. и др. // Современные аспекты кишечной непроходимости: материалы Всероссийской науч.-практ. конференции с международным участием. — СПб., 2007. — С. 149—150.
5. Булатов Н. Н., Мумладзе Р. Б., Равич Л. Д. и др. // Акт. Вопр. Колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. — Уфа: изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 546—547.
6. Буянов В. М., Маскин С. С. // Анналы хирургии. — 1999. — № 2. — С. 23—31.
7. Васильев С. В., Попов Д. Е., Соболева С. Н. и др. // Акт. Вопр. Колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. — Уфа: изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 231—233.
8. Воробей А. В., Гришин И. Н., Хаджи-Исмаил И. А. // Современные аспекты кишечной непроходимости: материалы Всероссийской науч.-практ. конференции с международным участием. — СПб., 2007. — С. 147—148
9. Воробьев Г. И., Кашников В. Н., Рыбаков Е. Г. и др. // Акт. вопр. колопроктологии. — Уфа: Изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 556—558
10. Гиберт Б. К., Гюнтер В. Э., Зайцев Е. Ю. и др. // Хирургия. — 2005. — № 10. — С. 8—11.
11. Григорьев Е. Г., Цмайло В. М., Нестеров И. В. // Акт. Вопр. Колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. — Уфа: изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 255—256.
12. Ермолов А. С., Рудин Э. П., Оюн Д. Д. // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 4—7.
13. Зубрицкий В. Ф., Шашолин М. А., Зязин А. А. и др. // Проблемы колопроктологии №19 / Под ред. акад. РАМН, проф. Г. И. Воробьева, проф. И. Л. Халифа. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 327—332.
14. Курбанов К. М., Кандаков О. К. // Проблемы колопроктологии № 19. / Под ред. акад. РАМН, проф. Г. И. Воробьева, проф. И. Л. Халифа. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 355—360.
15. Кушнеров А. И., Минько Б. А., Пручанский В. С. // Вестн. Рентгенол. Радиол. — 2002. — № 5. — С. 39—45.
16. Мартынов В. Л., Измайлов С. Г., Семенов А. Г. и др. // Современные аспекты кишечной непроходимости: мате-

риалы Всероссийской науч.-практ. конференции с международным участием. — СПб., 2007. — С.162—165.

17. Минько Б. А., Кушнерев А. И., Пручанский В. С. и др. // *Вопр. Онкологии.* — 2003. — Т. 49, № 6. — С.755—758.

18. Пахомова Г. В., Подловченко Т. Г. // *Хирургия.* — 2003. — № 12. — С. 63—65.

19. Портной Л., Легостаева Т., Кириллова Н. // *Вестн. Рентгенол., Радиол.* — 2001. — № 6. — С. 19—28.

20. Портной Л. М., Легостаева Т. В., Кириллова Н. Ю. // *Вестн. Рентгенол., Радиол.* — 2003. — № 4. — С. 4—15.

21. Проклов А. А., Киселев М. Н., Кирьянова И. В. // *Акт. Вопр. Колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием.* — Уфа: Изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 321—322.

22. Слесаренко С. С., Ажави А. М., Гоголадзе М. М. и др. // *Проблемы колопроктологии № 19.* / Под ред. акад. РАМН, проф. Г. И. Воробьева, проф. И. Л. Халифа. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 415—418.

23. Тихонов А. А. // *Вестн. рентгенологии, радиологии.* — 2004. — № 3. — С. 37—42.

24. Топузов Э. Г. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью: диагностика, лечение, хирургическая реабилитация: автореф. дисс. ... докт. — Л., 1986. — 41 с.

25. Тотиков В. З., Тотиков М. З., Зураев К. Э и др. // *Акт. Вопр. Колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием.* — Уфа: Изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 337—339.

26. Улаев Н. А., Курбонов К. М. Неотложный ультразвук в диагностике острой кишечной непроходимости. Воробьев Г.И., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В. Выбор оптимального вида превентивной кишечной стомы. // *Акт. Вопр. Колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием.* — Уфа: изд-во «Региональный Медиа-Холдинг», 2007. — С. 644—644.

27. Федотов В. В., Плотников В. В., Чинарев Ю. Б. и др. // *Хирургия.* -2006. — № 4. — С. 63.

28. Ханевич М. Д., Шашолин М. А., Зязин А. А. и др. // *Колопроктология.* — 2003. — № 3.— С. 2—7.

29. Черкасов М. Ф., Лазарев И. А., Помазков А. А. и др. // *Проблемы колопроктологии № 19* / Под ред. акад. РАМН, проф. Г. И. Воробьева, проф. И. Л. Халифа. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 713—717.

30. Abbott R. M., Grayson D., Feig J., et al. // *AJR Am J Roentgenol.* — 2004. — Vol. 182, № 4. — P. 905—909.

31. Balogh A., Wittmann T., Varga L., et al. // *Follow-up results. Orv Hetil.* — 2002. — Vol. 143, № 26. — P. 1577—1583.

32. Biondo S., Pares D., Frago R., et al. // *Dis Colon Rectum.* — 2004. — Vol. 47, № 11. P. 1889—1897.

33. Borovac N. // *Med Arh.* — 2003. — № 57 (1 Suppl 2). — P. 87—89.

34. Corsale I., Foglia E., Mandato M, et al. // *G. Chir.* — 2003. — Vol. 24, № 11—12. — P. 418—421.

35. de Aguilar-Nascimento J. E., Caporossi C., Nascimento M. // *Arq. Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 39, № 4. — P. 240—245.

36. De Salvo G. L., Gava C., Pucciarelli S., et al. // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2004. — № 2. — CD002101.

37. Duran Gimenez-Rico H., Abril Vega C., Herreros Rodriguez J., et al. // *Clin Transl Oncol.* — 2005. — Vol. 7, № 7.— P. 306—313.

38. Grassi R.; Romano S.; D'Amario F., et al. // *Eur J Radiol.* — 2004. — Vol. 50, № 1. — P. 5—14.

39. Grunshaw N. D., Renwick I. G., Scarisbrick G., et al. // *Clin Radiol.* — 2000. — Vol. 55, № 5. — P. 356—362.

40. Howie S. B., Amigo P. H., O'Kelly K., et al. // *J Pain Symptom Manage.* — 2004. — Vol. 27, № 3. — P. 282—285.

41. Meyer F., Marusch F., Koch A., et al. // *Tech Coloproctol.* — 2004. — № 8 (Suppl 1). — S. 226—229.

42. Nemes R., Vasile I., Curca T., et al. // *Rom J Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 13, № 2, — P. 109—112.

43. Ogata M., Imai S., Hosotani R. et al. // *Surg. Today.* — 1994. — Vol. 24, № 9. — P. 791—794.

44. Palasthy Z., Kaszaki J., Nagy S., et al. // *Magy Seb.* — 2005. — Vol 58, № 1. — P. 47—55.

45. Paslawski M., Gwizdak J., Zlomaniec J. // *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska [Med].* — 2004. — Vol. 59, № 2. — P. 268—274.

46. Piccinni G., Angrisano A., Testini M., et al. // *World J Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 10 (5). — P. 758—764.

47. Pothuri B., Guirguis A., Gerdes H., et al. // *Gynecol Oncol.* — 2004. — Vol. 95, № 3. — P. 513—517.

48. Regimbeau J. M., Yzet T., Brazier F., et al. // *Ann Chir.* — 2004. — Vol. 129, № 4. — P. 203—210.

49. Solt J., Szilagyi K., Sarlos G., et al. // *Orv Hetil.* — 2004. — Vol. 145, № 6. — P. 291—294.

50. Taourel P., Kessler N., Lesnik A., et al. // *Abdom Imaging.* — 2003. — Vol. 28, № 2. — P. 267—275.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИИ

Р. А. Хвастунов

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

А. Ю. Ненарокомов, А. Ю. Мудрый, А. И. Иванов.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАЛЛИАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
РАКА ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С. С. Маскин, Я. В. Надельнюк, А. М. Карсанов
ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А. Ю. Шиляев, А. И. Голубенко
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В. И. Петров, Б. Ю. Гумилевский, О. П. Гумилевская
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ
ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

Е. В. Фомичев, А. Т. Яковлев, В. В. Подольский
ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А. А. Воробьев, С. В. Поройский, И. Н. Тюренок,
А. В. Воронков, В. Б. Барканов, Б. Б. Полуосмак
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ
БРЮШИНЫ И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ

П. А. Бакумов, Е. В. Богачева, Е. Н. Лихоносова
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ В СОСТАВЕ
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
НАПРЯЖЕНИЯ

Н. В. Рогова
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
ЭНДОРФИНЕРГИЧЕСКИХ СТРУКТУР МОЗГА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ТИПА 2

О. Н. Родионова, Н. В. Трубина, Э. Ю. Реутова,
Р. В. Видикер, А. Р. Бабаева, О. Е. Гальченко
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ
И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И. В. Ермилова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОФИТОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН,
ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Е. А. Шевченко
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ С КИСТОЗНОЙ
ГИГРОМОЙ ШЕИ В 11 – 14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Ю. Васильев, Д. А. Лезнев
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВЫХ
МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ

LECTURES

R. A. Khvastunov

3 PROSTATE CANCER 5

SURVEYS

A. Yu. Nenarokomov, A. Yu. Mudriy, A. I. Ivanov
MODERN ASPECTS OF PALLIATIVE TREATMENT
OF GASTRO-INTESTINAL CANCER 9

S. S. Maskin, Ya. V. Nadelnyuk, A. M. Karsanov
DIAGNOSTICS, STRATEGY AND SURGICAL TREATMENT
OF TUMORAL COLON OBSTRUCTION: THE PRESENT VIEW
ON THE PROBLEM 15

A. Yu. Shilyaev, A. I. Golubenko
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF LEYOMYOMA UTERI 22

ORIGINAL PAPERS

V. I. Petrov, B. Yu. Gumilevskiy, O. P. Gumilevskaya
IMMUNOLOGICAL MECHANISMS
OF A TRANSPLANTED KIDNEY CHRONIC
DYSFUNCTION DEVELOPMENT 26

Ye. V. Fomichev, A. T. Yacovlev, V. V. Podolsky
THE INFLUENCE OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
ON IMMUNE STATUS INDICES IN PATIENTS WITH MANDIBULAR
FRACTURES 29

A. A. Vorobyev, S. V. Poroytsky, I. N. Tiurenkov,
A. V. Voronkov, V. B. Barkanov, B. B. Poluosmak
POSTOPERATIVE FUNCTIONAL DYSREGULATION
OF THE PERITONEUM AND ITS MORPHOLOGIC SUBSTRATE 34

P. A. Bakumov, E. V. Bogacheva, E. N. Lihonosova
POTENTIALITIES OF ANTIHYPOXANTES
IN THERAPY OF STABLE ANGINA
PECTORIS 38

N. V. Rogova
PHARMACOECONOMIC EFFECTIVENESS
OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
OF THE BRAIN ENDORPHYNERGIC STRUCTURES
(TES-THERAPY) IN A COMPLEX TREATMENT
OF PATIENTS WITH TYPE II DIABETES 41

O. N. Rodionova, N. V. Trubina, E. Yu. Reutova,
R. V. Vidiker, A. R. Babaeva, O. E. Galchenko
CLINICAL SIGNIFICANCE OF EVALUATION
OF NEUROMEDIATORS AND CYTOKINES
IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL
GASTROINTESTINAL DISORDERS 44

I. V. Ermilova
EFFECT OF CHOPHYTOL ADDITION
TO BASIC THERAPY OF FETOPLACENTAL
FAILURE IN PREGNANT WOMEN LIVING
AT ECOLOGICALLY UNFAVOURABLE REGIONS 47

E. A. Shevchenko
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF INBORN HEART DISEASES OF
FOETUS WITH CHROMOSOME ANOMALY IN THE FIRST TERM OF
PREGNANCY 50

A. Yu. Vasilyev, D. A. Lezhnev
COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS
OF THE COMPREHENSIVE RADIOLOGY DIAGNOSTIC
METHODS IN PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL INJURIES 53