

**Ассоциация  
колопроктологов  
России**



# **КОЛОПРОКТОЛОГИЯ**

## **№4 (6) 2003**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ  
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ**

Выходит один раз в три месяца  
Основан в 2002 году

**Адрес редакции:**

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

**Ответственный секретарь:  
Обухов В.К.**

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

**Регистрационное  
удостоверение  
ПИ № 77-14097**

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор - Г.И. ВОРОБЬЕВ  
Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН, А.М. КУЗЬМИНОВ,  
А.М. КОПЛАТАДЗЕ, Т.С. ОДАРЮК, Г.А. ПОКРОВСКИЙ,  
И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора), П.В. ЦАРЬКОВ,  
Ю.А. ШЕЛЫГИН (зам. гл. редактора)

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

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

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

## СОДЕРЖАНИЕ

---

*Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р.,  
Каланов Р.Г., Галлямов А.Х., Ахмеров Р.Р.*

**ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕРАТОРА  
ДЛЯ ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЯ СОСУДОВ LIGASURE .....3**

*А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквадзе,  
С.Д. Ким, Э.Э. Алекперов*

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАГНОЕНИЕМ  
ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА .....6**

*Е.Ю. Чашкова, Т.В. Фадеева, В.Е. Пак, И.В. Нестеров*

**РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ  
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ .....10**

*Дрыга А.В., Привалов В.А., Ермак Е.М.*

**ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ  
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ .....15**

**Комментарий к статье А.В. Дрыга и соавт. ....19**

*Недозимованый А.И.*

**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНКОНТИНЕНЦИИ КАЛА .....20**

**РЕЗОЛЮЦИЯ 1-ГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА КОЛОПРОТОЛОГОВ .....24**

# ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕРАТОРА ДЛЯ ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЯ СОСУДОВ LIGASURE

Проф. Тимербулатов В.М., проф. Мехдиев Д.И., проф. Фаязов Р.Р.,  
проф. Каланов Р.Г., д.м.н. Галлямов А.Х., Ахмеров Р.Р.  
Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и пластической хирургии ИПО  
Башкирского государственного медицинского университета  
(зав. кафедрой - проф. В.М. Тимербулатов), г. Уфа.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека, а среди заболеваний толстой и прямой кишки по частоте занимает 1 место. По данным многочисленных исследований, заболеваемость геморроем колеблется от 2,9 до 27,9% от общего числа населения разных стран. По данным различных авторов, этим заболеванием страдает до 10-15% взрослого населения [2,10]. Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний составляет 34-41% [1].

Радикальная операция является наиболее распространенным и надежным методом лечения геморроя. Оперативное лечение показано при III и IV стадии геморроя, а также активном геморроидальном кровотечении [6, 10].

Арсенал хирургических вмешательств при геморрое включает более 250 оперативных пособий. В настоящее время чаще всего применяется операция, предложенная в 30-х годах XX века Milligan E. и Morgan C., направленная на иссечение трех основных групп кавернозных телец, расположенных на 3-7-11 часах по циферблату (при положении тела на спине). Позже в 60-х годах XX века эта операция нашла свое патогенетическое обоснование в работах Stelzner F., Ривкина В.Л. и Капуллера Л.Л. Операция Миллигана-Моргана радикальна, патогенетически обоснована [2,10].

По мере совершенствования хирургической техники в методику операции были внесены изменения. Разработаны модификации операции Миллигана – Моргана с ушиванием ран анального канала, которые способствуют раннему заживлению ран, уменьшают их инфицированность и снижают интенсивность болевого синдрома [2,10,11,20]. Другие модификации операции Миллигана – Моргана направлены на уменьшение болевого синдрома за счет обработки сосудистой ножки без оставления культи [20].

К подобным методикам относятся геморроидэктомия швивающими аппаратами УС-30 или УДО [4], компрессионная геморроидэктомия, а также удаление геморроидальных узлов с погружением культи в подслизистый слой [1,7]. Для улучшения заживления послеоперационных ран, уменьшения операционной травмы используют лазеры, электро- и радиочастотные ножи, а в последние годы и ультразвуковой скальпель [3,8,9,13,15,16,18].

Несмотря на развитие техники геморроидэктомии, существующие методики сопровождаются достаточно большим числом таких послеоперационных осложнений, как выраженный болевой синдром (в 30-40% случаях), дизурия (15-26% случаев), кровотечения (2%), местный отек (2%). Эти осложнения приводят к дополнительным страданиям для больного, увеличивают стоимость лечения и сроки временной нетрудоспособности [13,17,24]. Это обуславливает поиск новых способов геморроидэктомии с применением новейших малотравматичных технологий.

В последние 2-3 года в литературе появились сообщения о применении последнего поколения электрохирургической техники – генераторов для электролигирования сосудов при оперативном лечении геморроя [6,13,15]. По литературным данным, послеоперационный период у этих пациентов характеризуется невыраженным болевым синдромом, ранней реабилитацией больных [13,15]. Этот метод только внедряется в клиническую практику. Для установления показаний к применению аппарата LigaSure при геморроидэктомии и разработки техники оперативного вмешательства проведено сравнительное исследование результатов лечения при традиционных методах оперативного лечения геморроя и с применением аппарата LigaSure.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

**К**линический материал составил 185 больных хроническим геморроем III-IV ст. В основную группу вошли 82 пациента, которым проведено оперативное лечение с использованием генератора LigaSure. В контрольную группу включены 103 больных, которым выполнена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во 2 модификации НИИ проктологии. Возраст пациентов колебался от 17 до 73 лет. Средний возраст больных составил в основной группе  $40 \pm 11,3$ , в контрольной группе -  $42 \pm 11,1$  года. Из них мужчин было 134 (72,4%), женщин 51 (27,6%). Оперативные вмешательства проводились под сакральной анестезией – 88 операций (47,5%), или перидуральной анестезией – 97 операций (52,5%).

Генератор для электролигирования сосудов LigaSure позволяет осуществлять гемостаз тканей, в толще которых расположены сосуды диаметром до 7 мм. Это создает альтернативу существующим методам лигирования – лигатурам, клипсам, скрепкам, а также электрохирургическим инструментам и другим энергетическим воздействиям.

В генераторе LigaSure используется система обратной связи, контролирующая высокочастотный переменный ток (470 кГц) с максимальным напряжением 120 В, силой тока 4 А и максимальной мощно-

стью до 150 Вт. В отличие от режимов стандартного электрокоагулятора, сила тока этого прибора в 4 раза больше, а напряжение в 5-20 раз меньше. Электроток, создаваемый генератором, обеспечивает постоянный коагуляционный эффект, не зависящий от типа ткани и ее объема между браншами электрода. Электроимпульс подается циклами, по окончании которых идет остывание ткани. При этом бранши инструмента механически сдавливают ткань. Циклы подачи электротока чередуются с паузами до момента белковой денатурации и коллагенизации. Белковые ткани в стенках сосудов и соединительной ткани быстро и равномерно плавятся, образуя некое подобие пластиковой клипсы на сосуде. После завершения процесса коагуляции раздается звуковой сигнал. Весь процесс, в среднем, занимает 5 секунд.

Преимуществами технологии LigaSure являются надежность, прочность заваривания, минимальное распространение тепла, незначительные эффекты прилипания и обугливания. Прочность коллагеновых «клипс» позволяет выдерживать давление до 900 мм рт. ст. При сравнении электротермального заваривания и обычного лигирования, в послеоперационном периоде при использовании LigaSure происходит более раннее заживление, уменьшается зона воспаления [23].

## ТЕХНИКА

### **М**етодика геморроидэктомии с использованием аппарата LigaSure.

Больной находится в положении для промежностной литотомии на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, уложенными на подставки. После обработки операционного поля ректальным зеркалом проводится дивульсия анального сфинктера, ревизия анального канала. Задний проход растягивают 4 зажимами Алиса. Происходит пролабирование внутренних геморроидальных узлов из анального канала. Окончательным зажимом подтягивают внутренний узел и на его основание, включая сосудистую ножку, накладыва-

ют изогнутый электрод аппарата LigaSure. Электролигирование основания узла проводят при интенсивности в 2 или 3 светодиода (весь процесс занимает в среднем 5 секунд), после чего внутренний геморроидальный узел удаляют над зажимом без прошивания сосудистой ножки. Кожа над наружным узлом окаймляюще рассекается скальпелем, на основание его накладывают электрод аппарата LigaSure, и проводится электролигирование. Узел удаляют над зажимом, а кожную рану ушивают 1-2 кетгутowymi швами. Так же удаляют внутренние и наружные геморроидальные узлы на 7 и 11 часах.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

**П**рименение генератора LigaSure позволило значительно сократить продолжительность геморроидэктомии по сравнению с традиционной методикой по Миллигану-Моргану. Длительность операции в основной группе составила в среднем  $13 \pm 3,7$  минут, а в контрольной группе -  $48 \pm 10$  минут. Длительность операции уменьшилась в 3,5 раза вследствие отсутствия необходимости в перевязке сосудистой ножки, осуществления гемостаза и ушивания ран анального канала. Осложнения в послеопераци-

онном периоде также значительно реже встречались в основной группе.

В контрольной группе достоверно чаще встречался выраженный болевой синдром. При изучении потребности в обезболивании наркотическими анальгетиками выяснилось, что в основной группе на 1 больного использовано в среднем  $1,06 \pm 0,5$  мл, а в контрольной группе –  $1,96 \pm 0,5$  мл 2% раствора омнопона. Ненаркотические анальгетики использовались в основной группе в среднем на протяже-

**Таблица 1.** Сравнительные характеристики течения послеоперационного периода при различных видах геморроидэктомий.

Показатели		Основная группа	Контрольная группа
Частота дизурии (%)		2,4%*	7,7%*
Кровотечения (%)		не было	2,9%
Отек перианальной области (%)		2,4%*	9,7%*
Выраженность болевого синдрома	Потребность в наркотических анальгетиках (мл)	1,06±0,5 мл*	1,96±0,5 мл*
	Потребность в ненаркотических анальгетиках (сутки)	2,5±0,6 суток*	5,6±0,9 суток*
Средние сроки пребывания больных в стационаре (сутки)		11,6±1,0 суток**	12,1±1,4 суток**

\* -  $p < 0,05$ , выявленные различия статистически достоверны.  
 \*\* -  $p > 0,05$ , выявленные различия статистически не достоверны.

нии 2,5±0,6 суток, а в контрольной группе - 5,6±0,9 суток.

Дизурия в контрольной группе отмечена в 8 случаях (7,7%), а в основной группе - в 2-х наблюдениях (2,4%). Выделение крови из анального канала в контрольной группе зарегистрировано у 3 больных (2,9%) - кровотечение остановлено консервативными мероприятиями. В основной группе случаев кро-

вотечения из ран анального канала и прямой кишки не отмечено. Выраженный отек перианальной области после операции в основной группе наблюдали у 2-х пациентов (2,4%), а в контрольной группе - в 10 случаях (9,7%).

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре в контрольной группе составило 12,1±1,4 дней, а в основной группе - 11,6±1,0 суток.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что геморроидэктомия, выполняемая генератором для электролигирования сосудов LigaSure, уменьшает интенсивность болевого синдрома в 1,8 раза, частоту дизурии в 2,4 раза, а также опасность развития отека перианальной области в 3 раза. Полученные данные говорят о том, что геморроидэктомия, вы-

полняемая аппаратом LigaSure, является малотравматичным, высокоэффективным и удобным способом лечения хронического геморроя, позволяющим значительно улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя и снизить число послеоперационных осложнений и способствовать более ранней реабилитации оперированных больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. Геморрой: Современная тактика лечения. Consilium medicum, 2000, Т 2, № 4.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: «Митра-Пресс», 2002, 198 стр.
3. Головачев В.Л., Яковлев О.Г. Лечение геморроя энергетическим воздействием. Проблемы колопроктологии. М., 1996, с. 97-100.
4. Дульцев Ю.В., Титов А.Ю., Каланов Р.Г. Геморроидэктомия с использованием сшивающих аппаратов. Хирургия, 1989, №2, с. 115-118.
5. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Сергеев В.В., Сакеев Е.П. Первый опыт применения аппарата LIGASURE при оперативном лечении геморроя. Актуальные проблемы современной хирургии, труды конгресса. Москва, 2003, с.245.
6. Кулжабаев Т. Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение. Актуальные проблемы колопроктологии. Волгоград, 1997, с. 74-77.
7. Лохвицкий С.В., Бегежанов Б.А. и др. Компрессионная геморроидэктомия. Актуальные проблемы современной хирургии, труды конгресса. Москва, 2003, с.242.
8. Магомедов М.Г. Электрохирургический асептический способ лечения геморроя. Актуальные проблемы современной хирургии, труды конгресса. Москва, 2003, с.249.
9. Нычкин С.Г., Кузьминов А.М. Электрорадиохирургическая геморроидэктомия - новое направление в проктологии. Проблемы колопроктологии. Москва, 2000, с.153.
10. Ривкин В.Л. Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. М: Медпрактика, 2000, 160с.
11. Савченко Ю.П., Половинкин В.В. и др. Эволюция технологии геморроидэктомии Milligan- Morgan. Проблемы колопроктологии. Москва, 2000, с. 182-185.
12. Сажин В.П., Госткин П.А. Сяткин Д.А. Оперативное лечение хронического геморроя. Актуальные проблемы современной хирургии, труды конгресса. Москва, 2003, с.244.
13. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Хмылов Л.М. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое. Колопроктология, 2003, №1, с. 3-9.
14. Яицкий Н.А., Васильев С.В. и др. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя. Актуальные проблемы современной хирургии, труды конгресса. Москва, 2003, с.247.
15. Armstrong D.N., Ambrose W.I., Schertzer M.E. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum, 2002, 45: 354-359.
16. Barow B. Diathermy hemorrhoidectomy without pedicle ligation. Coloproctology, 1994, 16: 120.

17. Chao D.H., Hang H.M., Liu T.Y. Post-operative evaluation of 1000 consecutive hemorrhoid cases. Kao-Hsiung-I-Hsueh-Ko-Hsueh-Tsa-Chin., 1991, Oct, 7 (10): 526-530.
18. Durante V., Rota F., Cicilion V. et al. Uso del lazer nel pra-post-operatorio nel intervento di hemorrhoidectomia. Coloproctology, 1985, 7, N1: 13-14.
19. Latteri M., Grassi N., Salanitro L. Surgical treatment of hemorrhoids using Milligan-Morgan technique. Surgery of 366 cases. Minerva-Chir, 1991, 31, 46 (20): 1119-1121.
20. Malic T.K., Jindal S.K. et al. Comparison of hemorrhoidectomy by Yang Laser using contact and non-contact techniques. Singapore, Where East Meets West, 1994: 77.
21. Mehigan B., Monson J., Hartley J. Stapling procedure for hemorrhoids versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. Lancet, 2000, 355, 9206: 782.
22. Smith L.E. Hemorrhoidectomy with lasers and other contemporary modalities. SCNA, 1992, 72: 665-79.
23. S. L. Peterson, P. L. Stranahan, D. Schmaltz, C. Mihaichuk, N. Cosgriff. Comparison of healing process following ligation with sutures and bipolar vessel sealing. Surgical technology international, 2000.
24. Stelzner F. Hemorrhoidectomy – simple operation? Incontinence, stenosis, fistula, infection and fatalities. Chirurg, 1992, Apr, 63 (4): 316-326.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАГНОЕНИЕМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Проф. А.М. Коплатадзе, д.м.н. В.М. Проценко, к.м.н. Э.Э. Болквадзе,  
к.м.н. С.Д. Ким, к.м.н. Э.Э. Алекперов  
Государственный научный центр колопроктологии МЗ РФ  
(директор – академик РАМН, проф. Г.И. Воробьев).

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой узкое кожное втяжение в крестцово-копчиковой области. Наружными проявлениями его являются чаще одно, иногда несколько точечных отверстий, называемых первичными, которые всегда располагаются строго по срединной линии. Эта врожденная аномалия обнаруживается у 4-5% взрослого населения, причем преимущественно в возрасте 20-40 лет [4].

О болезни как таковой речь начинает идти при воспалении хода. Основной причиной нагноения является нарушение дренажа просвета хода через первичное отверстие. В результате возникает воспалительно-гнойный процесс. Инфекционное содержимое расплавляет участок стенки изнутри, инфицирует подкожную клетчатку и формирует абсцесс. Неотложное оперативное лечение, выполненное без понимания сущности процесса и заключающееся только во вскрытии и дренировании абсцесса, может дать лишь временную ремиссию, так как сохраняется ход с первичным отверстием, что у 70-75% больных приводит к повторным обострениям [7]. Естественное желание хирургов излечить больного в кратчайшие сроки привело к тому, что на протяжении достаточно длительного времени операция повсеместно выполнялась в объеме экстренного удаления нагноившегося хода с глухим ушиванием раны. Чрезвычайно высокий уровень гной-

ных послеоперационных осложнений, достигавший по некоторым сообщениям 72% [1], заставил большинство хирургов отказаться от нее. Несмотря на частоту нагноений, и в настоящее время встречаются публикации о применении подобной тактики [5].

Попытки снизить уровень послеоперационных неудач привели к внедрению в практику ушивание ран на различных дренажах с дополнительным лазерным или ультразвуковым воздействием. Несмотря на хорошие результаты хирургического лечения этого заболевания, выбор метода оперативного лечения эпителиального копчикового хода за последние десятилетия практически не изменился [6, 10, 11, 12].

Полярная тактика – операции с «открытым» ведением послеоперационных ран, которые предлагались для минимизации гнойных осложнений, не нашли широкого применения из-за длительных сроков лечения [7]. Однако некоторые авторы и в настоящее время придерживаются тактики «открытого» ведения послеоперационной раны после иссечения эпителиального копчикового хода вместе с абсцессом в экстренном порядке [2].

Определенный оптимизм в работе по снижению воспалительно-гнойных послеоперационных осложнений внушают двухэтапные методы оперативного лечения [3, 8]. Однако в литературе срав-

нительно редко встречаются публикации, в которых проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов после различных видов операций по поводу острого нагноения

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

**М**ы провели сравнительный анализ результатов лечения 214 пациентов с острым воспалением эпителиального копчикового хода.

В основную группу включены 113 пациентов, которым первым этапом выполнено вскрытие и дренирование абсцесса, а вторым этапом, через 3-5 дней, радикальная операция – иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны П-образными швами.

В контрольную группу включен 101 пациент, у которых второй этап оперативного вмешательства был завершен подшиванием кожных краев раны ко дну в «шахматном» порядке.

Установление диагноза заболевания в подавляющем большинстве случаев не представляло трудностей. При наружном осмотре первичное отверстие хода (патогномичный признак заболевания) бывает мало различимым или вообще незаметным из-за отека тканей, но всегда имеется кожное втяжение в межъягодичной складке строго по срединной линии. Абсцесс, напротив, чаще всего располагается сбоку от срединной складки или с обеих сторон от нее, так как по ее ходу расположена соединительнотканная связка, плотно прилегающая к коже.

Любые инструментальные методы исследования в остром периоде болезненны и малоинформативны. При дифференциальной диагностике между нагноением ЭКХ и острым парапроктитом необходимые сведения дают результаты пальцевого исследования анального канала и прямой кишки. Наконец, необходимо исключить нагноение дермоидной кисты крестцово-копчиковой области. При этом заболевании, как правило, киста располагается в пресакральном пространстве, область нагноения ограничена капсулой и на коже межъягодичной складки на уровне крестцово-копчиковой области отсутствуют признаки первичного отверстия.

Кроме традиционных методов обследования, мы применяли и специальные методики исследований: бактериологическое, цитологическое и лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ).

Суть двухэтапного метода лечения заключается в том, что на первом из них производится вскрытие гнойника, санация его полости и окружающих тканей, а через 3-5 дней, после стихания острого воспаления, выполняется радикальная операция без выписки больного из стационара. Иными словами, достигается цель ликвидации гнойного процесса. При этом радикальная операция выполняется с незначительным числом послеоперационных осложнений без существенного увеличения сроков пребывания больного в стационаре. Наиболее важной задачей

эпителиального копчикового хода, не установлены оптимальные сроки выполнения радикального этапа вмешательства при многоэтапном лечении.

при таком подходе является создание оптимальных местных условий для выполнения радикального вмешательства.

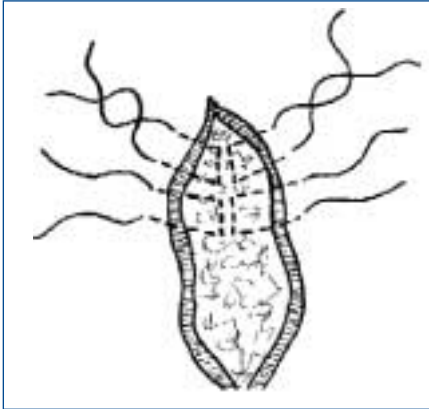
**Первый этап лечения** выполняется в экстренном порядке. В положении больного на животе продольным разрезом длиной не более 1,5 см вскрывается абсцесс. Экономный разрез является принципиальным моментом, так как сохраняются стенки полости. Этим достигается надежная местная локализация вводимых впоследствии мазей для более эффективного воздействия на его стенки и направленного проведения лекарственных средств в окружающие ткани. Гнойное содержимое и детрит полностью эвакуируют, рану промывают раствором хлоргексидина или мирамистина. Манипуляция завершается заполнением полости гнойника водорастворимой мазью с наложением мажевой повязки. Следующая перевязка производится на следующее утро. После удаления повязки производится туалет раны и больной направляется в физиотерапевтический кабинет, где получает курс КУФ-облучения в объеме 2 биодоз продолжительностью от 2 до 5 минут в зависимости от выраженности воспалительных проявлений. Затем полость гнойника вновь обрабатывается антисептиками и заполняется гидрофильной мазью через шприц без иглы.

В результате, уже на 2-3 день после операции отмечается значительное уменьшение отека тканей, исчезновение перифокального воспаления и снижение объема гнойного отделяемого.

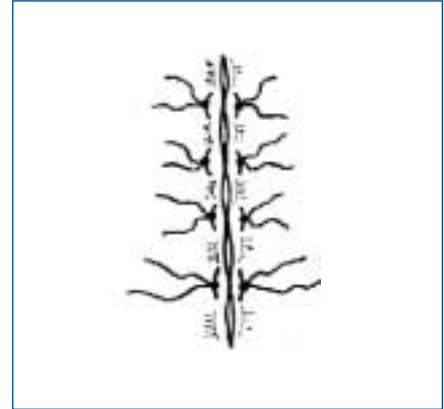
Критериями для выполнения второго, радикального этапа хирургического лечения служат следующие факторы: снижение числа микробных тел в 1 г ткани, полученной из раны, до 10<sup>4</sup>-10<sup>5</sup>; признаки начинающейся репарации в мазках-отпечатках из раны, выявленных при цитологическом исследовании (небольшое число нейтрофилов с признаками дегенеративно-дистрофических изменений, единичные одноядерные гистиоциты с базофильной цитоплазмой и клетки незрелого плоского эпителия с укрупненными ядрами); снижение скорости капиллярного кровотока и достоверной нормализации тонуса прекапиллярных сфинктеров в краях раны (данные лазерной доплеровской флоуметрии).

Как правило, комплекс предложенных мероприятий позволяет полностью купировать острые воспалительные явления и выполнить радикальную операцию в течение 3-5 дней.

**Второй этап лечения** представляет собой выполнение радикальной операции, состоящей в иссечении ЭКХ вместе с измененными тканями и ушиванием раны П-образными швами.



**Рисунок 1.**  
Схема  
ушивания раны  
П-образными  
швами.



**Рисунок 2.**  
Вид ушитой  
раны.

### Техника операции

В положении больного по Депажу после прокрашивания хода через первичное отверстие метиленовым синим, двумя полуовальными разрезами проводят иссечение хода в пределах неизмененных тканей. Выполняется тщательный гемостаз. Рану начинают ушивать, отступив на 0,8-1,0 см от ее края, большой режущей иглой. Игла проводится как можно глубже для захвата дна раны, но без надкостницы крестца(!). В глубине выкол производят на уровне середины раневой поверхности и накладывают поперечный шов длиной 0,5-0,8 см, после чего нить проводится в обратном направлении. Лигатуру не затягивают, а берут на зажим. Такие швы накладывают по всей длине обоих краев раны, с промежутком около 2 см, строго напротив друг друга (рисунок 1). Проведенные лигатуры завязывают по-

очередно, сначала с одной стороны, затем – с противоположной. При завязывании нитей ассистент сближает края раны для лучшего их сопоставления и предупреждения прорезывания нитей в глубине раны. В результате, после затягивания лигатур остается узкая дренирующая «дорожка» в виде щели по средней линии, шириной 0,1-0,2 см (рисунок 2). В первые дни после операции особое внимание обращаем на режим перевязок, которые выполняют ежедневно. В первые два дня осторожно разводим кожные края раны на всем протяжении, промываем антисептиками и накладываем повязку с гидрофильной мазью. В последующем на рану накладывают асептическую повязку. Швы снимают на 8-й день после операции. На 9-й день после радикальной операции больной может быть выписан.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

**Р**азработанный нами способ ушивания раны П-образными швами привел к существенному улучшению результатов лечения. Так, послеоперационные осложнения развились у 3,5% больных основной группы и у 7,9% пациентов контрольной группы. При этом нагноение раны отмечено у 1,7% пациентов основной группы и у 3,9% - контрольной. Кровотечение из раны возникло у 1 из 101 больного контрольной группы и не отмечено ни в одном наблюдении в основной группе.

Некроз краев кожной раны наблюдался у 2 из 113 больных основной группы и у 3 из 101 – контрольной.

При цитологических исследованиях мазков отпечатков из ран нами установлено, что у больных основной группы заживление раны протекало по типу первичного натяжения. В первые дни послеоперационного периода не отмечено заметного усиления активности воспалительной реакции. На 4-5-й день у половины оперированных уже появлялись первые признаки начинающейся репарации – одноядерные гистиоциты с базофильной цитоплазмой. К 6-му дню наступала почти полная регрессия воспали-

тельной реакции и выявлялись признаки активной репарации – большие скопления одноядерных гистиоцитов и участки волокнистых тяжей с эластическими волокнами – рыхлая волокнистая соединительная ткань. К 8-му дню в ране уже встречались скопления молодого плоского эпителия и наблюдалась активная пролиферация элементов фиброзной ткани. На 10-12-й дни у всех больных клинически и цитологически можно было с уверенностью говорить о заживлении раны.

При этом в контрольной группе, при заживлении раны вторичным натяжением, к 4-му дню после операции наблюдалось развитие выраженной воспалительной реакции нейтрофильного характера, которая продолжалась вплоть до 6-7-го дня. Лишь на 2-ой неделе после операции начиналась регрессия воспаления с активной деструкцией нейтрофилов и появлением первых признаков репарации с ее завершением лишь к концу 3-ей недели.

При оценке особенностей микроциркуляции мы получили подтверждение, что П-образные швы способствуют сохранности трофики окружающих тканей, от чего в значительной степени зависят благо-



приятный характер течения послеоперационного периода и уменьшение сроков заживления.

Соответственно, произошло заметное сокращение сроков временной нетрудоспособности. Так, у больных основной группы средние сроки нетрудоспособности составили  $16 \pm 1,5$  дней, а у пациентов контрольной группы  $26 \pm 2,0$  дней.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 97 (85,8%) больных основной группы и 82 (81,2%) контрольной.

Неудовлетворительные отдаленные результаты получены у 3 (3,1%) из 97 прослеженных больных основной группы и у 4 (4,9%) из 82 – контрольной.

Из 3 больных основной группы в 1 наблюдении возник рецидив острого нагноения, в 1 – хронический свищ крестцово-копчиковой области. В одном наблюдении отмечены болевые ощущения в положении сидя.

У 1 из 4 пациентов контрольной группы отмечен рецидив острого нагноения, у 2 – сформировались хронические свищи крестцово-копчиковой области, и у 1 – зарегистрированы болевые ощущения при сидении.

Причиной рецидива нагноения и хронического свища явился не распознанный вовремя радикальной операции гнойный затек, а болевые ощущения развились из-за образования грубых рубцов в крестцово-копчиковой области.

Больные с рецидивами нагноения и хроническими свищами были повторно оперированы с хорошими результатами. Пациенты, отмечавшие болевые ощущения, прошли курс консервативной терапии, основой которой явился электрофорез с новокаином в сочетании с магнитолазерным воздействием. В результате подобного лечения достигнут удовлетворительный эффект – болевой синдром ликвидирован.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее оптимальным методом лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода является двухэтапное оперативное вмешательство, включающее экстрен-

ное вскрытие гнойника, короткую, но интенсивную предоперационную подготовку и раннюю отсроченную радикальную операцию с ушиванием послеоперационной раны П-образными швами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аллабергенов А. Выбор способа хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом в стадии острого воспаления. Дисс. канд. мед. наук. М., 1986.
2. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. Москва, 2003, с. 51-56.
3. Анискевич В.Ф., Коновков В.В., Слизько В.И. К методике хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов. В мат. I Белорусского международного конгресса хирургов. Витебск, 1996, с. 145-146.
4. Врублевский В.А., Милитарев Ю.М. Распространенность болезней прямой и ободочной кишок у взрослого населения Москвы. Проблемы проктологии. М., 1983, вып.4, с. 6-10.
5. Данилов Т.З. Лечение эпителиально-копчикового хода. Проблемы колопроктологии. М., 2000, вып.17, с.63.
6. Дубов С.Б. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения больных различными формами эпителиального копчикового хода. Дисс. канд. мед. наук. М., 1993.
7. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. М., 1988, 125 с.
8. Лаврешин П.В., Кириллов Ю.Б., Гобеджашвили В.К. Подготовка к операции больных с эпителиальным копчиковым ходом и его осложнениями. Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1996, т.6, № 4, с. 131.
9. Основы колопроктологии. М., 2001. Под ред. Г.И.Воробьева. С. 163-173.
10. Серопян Г.А., Ерышев Г.Г., Бичев Р.П. и др. О хирургическом лечении эпителиальных свищей крестцово-копчиковой области. В сб. IV всерос. конф. Актуальные проблемы колопроктологии. Иркутск, 1999, с.127-128.
11. Хренов В.Е. Ультразвуковая обработка ран как метод лечения воспалительных заболеваний промежности и крестцовой области. Дисс. канд. мед. наук. М., 1995.
12. Lundhus E., Gottrup F. Outcome at three to five years of primary closure of perianal and pilonidal abscess. Eur.J.Surg., 1993, v.159, №10, p.555-8.

# РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Е.Ю. Чашкова, Т.В. Фадеева, В.Е. Пак, И.В. Нестеров

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии  
ВСНЦ СО РАМН (Директор - член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев),  
Иркутск, Иркутская государственная областная клиническая больница №1

**З**а многолетнюю историю изучения неспецифического язвенного колита (НЯК) интерес исследователей неоднократно вызывала инфекционная теория. Многие авторы приводят убедительные доказательства ассоциации определенных микроорганизмов с неспецифическим язвенным колитом [3, 7, 8, 13, 17, 19, 20]. На сегодняшний день все попытки выявить специфический возбудитель не увенчались успехом. Однако роль кишечной микрофлоры в патогенезе неспецифического язвенного колита достаточно велика.

Актуальность указанной проблемы обусловлена высоким уровнем гнойно-септических осложнений у данной категории больных. Оперативное лечение выполняется на фоне хронического вялотекущего сепсиса, иммунодефицита, гормонотерапии. Снижению барьерной функции толстой кишки способствует иммунодефицитное состояние Т-лимфоцитов и недостаток синтеза секреторного иммуноглобулина А, наблюдаемое у больных неспецифическим язвенным колитом [4, 6, 8, 9, 15, 16, 17]. Это потенцирует проникновение микроорганизмов и их антигенов в кровяное русло, что подтверждается высоким титром агглютининов к условно-патогенной флоре [1, 2, 8, 11, 13, 15]. В литературе встречаются противоречивые данные о количественно-качественном составе микрофлоры толстой кишки у больных, страдающих неспецифическим язвенным колитом. В основном, большое внимание уделяется изучению

полостной микрофлоры. Между тем, роль вегетирующих микроорганизмов в фибринозно-гнойных наложениях на слизистой оболочке толстой кишки и их влияние на течение острого периода болезни, развитие гнойно-септических осложнений изучена недостаточно полно. Ряд авторов [3] при исследовании полостной и пристеночной микрофлоры у больных с НЯК выявили резкие нарушения полостной облигатной микрофлоры у всех наблюдаемых больных, при этом бифидофлора отсутствовала у 100% пациентов, у 83% высевали условно-патогенную микрофлору. Качественный и количественный составы полостной и пристеночной микрофлоры оказались однотипны, и, по мнению авторов, не зависели от тяжести и распространенности процесса и длительности его течения. Угнетение облигатной анаэробной микрофлоры при неспецифическом язвенном колите влечет за собой развитие гипопластических, дистрофических и воспалительных процессов в слизистой оболочке толстой кишки [1, 2, 4, 6, 9, 14, 16, 17, 18].

Известно, что при нарушении равновесия в биоценозе толстой кишки, микроорганизмы-комменсалы способны вызывать различные гнойно-септические осложнения, в частности, это относится к кишечным анаэробам-бактероидам [5, 12, 21, 22]. По данным разных авторов, у больных неспецифическим язвенным колитом, подвергшихся оперативному лечению, послеоперационные гнойные осложнения составляют 19-90 % [10, 17, 19].

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**И**сследовали структурный и количественный состав микрофлоры внутрипросветного кишечного содержимого и биоптатов слизистой оболочки пораженной толстой кишки у 76 пациентов с неспецифическим язвенным колитом. Диагноз основывался на данных объективных методов исследований (эндоскопического, рентгенологического, морфологического, лабораторных) с учетом клинической картины. Средний возраст больных составил  $39,9 \pm 1,83$  года, с преобладанием женщин (58,5%).

По распространенности процесса пациентов распределили: тотальное – 23 (30,3%), левостороннее – 46 (60,5%), дистальное – 7 (9,2%); по тяжести течения: тяжелое – 23 (30,2%), среднетяжелое – 43 (56,6%), легкое – 10 (13,2%); по степени выраженности эндоскопических проявлений: выраженная – 36 (47,4%), умеренновыраженная – 36 (47,4%), минимальная – 4 (5,2%). Оперировано – 16 пациентов (21%), из них плановых оперативных вмешательств выполнено 13, экстренных – 3. Показаниями к пла-

новому оперативному лечению считали: необратимые изменения со стороны толстой кишки, непрерывно-рецидивирующее течение болезни, гормонозависимый вариант НЯК и (или) неэффективность консервативной терапии, малигнизация на фоне длительно существующего неспецифического язвенного колита, реконструктивно-восстановительные операции. Экстренные вмешательства предприняли в связи с профузным кишечным кровотечением.

Бактериологическое исследование кишечного содержимого и фибринозно-гнойных наложений со слизистой оболочки толстой кишки проведены с помощью автоматизированного комплекса «Autoscerto» фирмы Becton Dickinson (США), который позволяет одновременно идентифицировать вид возбудителя и количественно, в мкг/мл, опреде-

лить минимальную ингибирующую концентрацию антимикробных средств. Исследование биоптатов пораженной слизистой оболочки толстой кишки (всего 604 образца) проводили у каждого пациента - при поступлении, на 7 сутки, на 14 сутки и при выписке; а кишечного содержимого – при поступлении и при выписке. Фибринозно-гнойные наложения получали во время эндоскопического исследования пациента с помощью биопсийных щипцов. Отмечено, что патологический субстрат – фибринозно-гнойные наложения - плотно фиксирован к стенке поражённой кишки, и его снятие приводило к капиллярному кровотечению, а иногда не представлялось возможным получить материал. Кишечное содержимое (среднюю порцию) собирали в стерильный стеклянный флакон одноразовой стерильной деревянной лопаточкой.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении у всех пациентов в кишечном содержимом отметили угнетение анаэробной флоры; увеличение концентрации условно-патогенных микроорганизмов (аэробный спектр). Clostridium spp, стафилококки и грибы рода Candida определяли в концентрациях, не превышающих допустимые - 102-105 в одном грамме масс кишечного содержимого; их встречаемость выявлена в 87,5% случаев. Патогенные микробы семейства кишечных не выявили ни в одном случае (таблица 1).

У 80% пациентов, поступивших с острой атакой НЯК, диагностировали выраженные проявления дисбиоза толстой кишки (таблица 2).

В процессе проводимого лечения проявления дисбактериоза уменьшались. У пациентов в каловых массах, по завершении лечения отметили увеличение концентрации бифидобактерий; значимое снижение содержания уровня условно-патогенной микрофлоры; зарегистрировали увеличение concentra-

ции облигатных микроорганизмов, исчезновение гемолизирующей кишечной палочки, элиминацию стрептококков. Уровень протей и грибов рода Candida по завершению стационарного лечения значимо не изменился и определялся в пределах 102-108 в одном грамме кишечного содержимого.

Анализируя полученные результаты, следует отметить некоторые особенности, характерные для па-

**Таблица 2.** Распределение пациентов по стадиям дисбактериоза.

Стадия дисбактериоза (по Кузнецовой Г.Г.)	n (% ± S%)	
	При поступлении	По завершении лечения
I	-	10 (13,2±5,7)
II	11 (14,5±6,8)	50 (65,8±7,3)
III	38 (50,0±7,9)	16 (21,0±5,7)
IV	27 (35,5±7,2)	-

**Таблица 1.** Состав микрофлоры кишечного содержимого у больных с неспецифическим язвенным колитом.

Микроорганизм	n=76		
	При поступлении	По завершении лечения	Значимость различий до и после лечения (p)
Bifidobacterium (lg КОЕ/г)	6,0 (5,0-8,0)	7,0 (7,0-8,0)	> 0,1
Lactobacillum (lg КОЕ/г)	6,0 (5,0-6,0)	7,0 (7,0-8,0)	< 0,001
Общее кол-во E.coli (lg КОЕ/г)	5,0 (3,0-7,5)	7,5 (6,0-8,0)	< 0,001
E.coli со слабовыраженными ферментативными свойствами (%)	17,5 (0,0-26,5)	10,0 (0,0-10,0)	< 0,001
Enterobacteriaceae (lactoso-negativ) (%)	15,5 (5,0-25,5)	5,0 (5,0-10,0)	< 0,05
Gemolytic. E.coli (%)	6,0 (0,0-10,0)	0,0 (0,0-0,0)	< 0,05
Кокковые формы в общей сумме микробов (%)	45,0 (5,0-70,0)	15,5 (10,0-20,0)	< 0,001
Proteus (lg КОЕ/г)	5,5 (0,0-6,0)	3,0 (0,0-5,0)	> 0,5
Candida spp (lg КОЕ/г)	3,0 (0,0-5,0)	3,0 (0,0-5,0)	> 0,5
Clostridium spp (lg КОЕ/г)	5,0 (3,0-6,0)	5,0 (5,0-5,0)	> 0,1
Staphylococcus aureus (lg КОЕ/г)	4,0 (0,0-5,0)	3,5 (0,0-5,0)	> 0,1
Staphylococcus epidermidis (lg КОЕ/г)	3,5 (0,0-5,0)	2,0 (0,0-4,0)	> 0,1
Streptococcus spp (lg КОЕ/г)	5,5 (2,0-7,5)	3,0 (0,0-4,0)	< 0,05

**Таблица 3.** Состав микроорганизмов фибринозно-гнойных наложений и биоптатов со стенки толстой кишки, выделенных у пациентов с неспецифическим язвенным колитом (n=76).

Микроорганизм (lg КОЕ/г)	При поступлении	7 сутки	14 сутки	Выписка
Общее кол-во E.coli	6,4 (5,0-8,0)	4,85 (3,0-7,0) p1>0,1	3,85 (4,0-7,25) p2<0,05	4,75(4,5-7,5) p3<0,1
Acinetobacter Baumannii	5,0 (0,0-6,5)	4,25 (0,0-6,5) p1>0,1	2,5 (0,0-5,0) p2<0,001	3,0 (0,0-4,0) p3<0,001
Pseudomonas aeruginosa	6,0 (0,0-8,5)	4,5 (0,0-7,0) p1>0,1	3,25 (0,0-7,0) p2<0,001	1,5 (0,0-5,0) p3<0,001
Proteus Mirabilis	5,25 (0,0-7,5)	4,0 (0,0-6,5) p1>0,1	2,5 (0,0-4,5) p2<0,05	2,5 (0,0-0,5) p3<0,05
Proteus Vulgaris	6,5 (2,0-7,0)	4,0 (0,0-5,0) p1<0,1	3,5 (0,0-5,0) p2<0,05	3,0 (0,0-3,5) p3<0,05
Morganella Morganii	5,0 (0,0-6,0)	5,5 (0,0-8,0) p1>0,1	3,75 (0,0-7,0) p2>0,1	5,0 (0,0-7,0) p3>0,1
Klebsiella oxytoca	6,0 (0,0-8,5)	5,0 (0,0-8,0) p1>0,1	5,0 (0,0-7,0) p2<0,1	3,5 (0,0-5,0) p3<0,001
Klebsiella pneumonia	6,5 (0,0-8,5)	5,5 (0,0-8,5) p1>0,1	5,5 (0,0-5,75) p2>0,1	5,0 (0,0-5,0) p3<0,05
Serratia Marcesens	4,0 (0,0-7,0)	2,5 (0,0-5,0) p1<0,05	3,5 (0,0-3,75) p2<0,001	2,0 (0,0-2,5) p3<0,001
Enterobacter Aerogenes	6,5 (0,0-7,5)	6,0 (0,0-7,0) p1>0,1	5,0 (0,0-6,5) p2<0,05	3,5 (0,0-7,5) p3<0,05
Staphylococcus epidermidis	5,5 (0,0-7,5)	4,75 (2,0-7,0) p1<0,1	2,0 (0,0-4,0) p2<0,05	3,0 (0,0-4,5) p3<0,05
Staphylococcus aureus	3,5 (0,0-5,0)	3,0 (0,0-4,0) p1>0,1	3,0 (0,0-4,0) p2>0,1	2,5 (0,0-3,5) p3<0,001
Streptococcus spp	8,5 (5,0-9,5)	9,0 (5,0-12,0) p1>0,1	8,5 (0,0-10,0) p2>0,1	4,5 (3,0-8,5) p3<0,001
Enterococcus faecalis	6,0 (2,0-9,0)	4,25 (3,0-7,5) p1<0,1	4,25 (3,0-7,5) p2<0,1	4,25 (2,5-6,5) p3<0,05
Candida spp	4,0 (2,0-6,0)	3,5 (0,0-5,0) p1<0,1	0,0 (0,0-5,0) p2<0,001	0,0 (0,0-5,0) p3<0,001
Bifidobacterium	3,0 (0,0-6,0)	3,75 (0,0-6,5) p1>0,1	4,0 (0,0-6,5) p2>0,1	4,5 (2,5-7,5) p3<0,05
Lactobacillum	3,5 (0,0-6,0)	4,0 (0,0-6,0) p1>0,1	4,5 (0,0-7,0) p2<0,1	4,75 (3,0-6,0) p3<0,05
Bacteroides fragilis	7,5 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0) p1>0,1	5,5 (0,0-8,0) p2<0,001	3,75 (0,0-3,5) p3<0,001
Bacteroides Ovatus	5,5 (0,0-7,5) p1<0,05	4,0 (0,0-5,5) p2<0,001	3,25 (0,0-5,0) p3<0,001	3,0 (0,0-3,5)
Clostridium spp	5,0 (3,0-8,0)	2,5 (0,0-5,0) p1<0,001	2,5 (0,0-5,0) p2<0,001	0,0 (0,0-3,5) p3<0,001

p\* -примечание: p1-значимость различий при поступлении и на 7-ые сутки  
p2- значимость различий при поступлении и на 14-сутки  
p3- значимость различий при поступлении и по завершении лечения

циентов, страдающих НЯК: дефицит облигатной микрофлоры и её синергистов встречается как в остром периоде, так и в период затухания острой атаки. Проявления дисбактериоза выявлены у всех поступивших к нам пациентов, с преобладанием III стадии по Г.Г.Кузнецовой, по видовому преобладанию микроорганизмов у больных регистрировали паракоolidисбактериоз.

В *таблице 3* представлен состав выделенных микроорганизмов из биоптатов пораженной слизистой оболочки толстой кишки, полученных при эндоскопических исследованиях пациентов.

Известно, что представители семейства Enterobacteriaceae являются наиболее распространенными и постоянными микроорганизмами-ком-

менсалами, обеспечивающими относительно устойчивое равновесие биоценоза. Однако в навесках фибрина, полученных при поступлении больных, выявили микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae, в концентрациях, превышающих физиологические, а потому проявляющих свои патогенные свойства. Результаты изучения чувствительности выделенных микроорганизмов к различным антимикробным препаратам представлены в *таблице 4*.

В процессе исследования резистентности кишечной палочки к антимикробным препаратам наибольшая чувствительность выявлена к амикацину (96±1,32), ципрфлоксацину (85±2,41), имипинему (91±1,93), цефотетану (90±2,02), n=70.

**Таблица 4.** Чувствительность энтеробактерий, выделенных из фибринозно-гнойных наложений у больных неспецифическим язвенным колитом, к антибактериальным средствам\*.

Микро-организмы	Чувствительность %+-Sp/антибактериальные препараты									
	N	SAM	TIM	AN	IPM	CIP	СТТ	СТХ	CRO	GM
Klebsiella pneumoniae	48	15±3,99	28±5,02	95±2,44	88±3,63	69±5,17	80±4,47	63±5,39	30±5,12	20±4,47
Enterobacter Aerogenes	57	26±4,81	37±5,30	82±4,22	81±4,31	95±2,39	68±5,12	36±5,27	31±5,07	33±5,36
Proteus spp	63	44±5,56	51±5,70	97±1,94	49±5,70	94±2,71	67±5,36	66±5,39	55±6,67	48±5,69
Morganella Morganii	28	32±6,18	31±5,50	85±2,41	92±3,24	96±1,18	57±2,35	34±3,47	15±4,54	20±5,65
Serratia Marcesens	19	23±3,38	42±5,65	78±3,91	88±2,43	89±2,44	44±3,88	21±5,22	28±5,55	28±4,47

Примечание: - в таблице представлены препараты, к которым микроорганизмы проявили низкую резистентность; SAM-ампициллин/сульбактам; TIM-тикарциллин/клавуланат; AN-амикацин; IPM-имипенем; CIP-ципрофлоксацин; СТТ-цефотетан; СТХ-цефотаксим; CRO-цефтриаксон; GM-гентамицин.

Концентрация Staphylococcus epidermidis в фибринозно-гнойных наложениях не превысила физиологически допустимого предела; встречаемость составила 78%. Возможно, подобная ситуация, выявленная у наблюдаемых нами пациентов, обусловлена известным свойством Staphylococcus epidermidis колонизировать поверхность слизистых оболочек у пациентов с пониженной резистентностью, а также способностью этого микроорганизма стимулировать развитие воспалительных реакций. Мы обратили внимание на высокую концентрацию Streptococcus spp в фибринозно-гнойных наложениях; их встречаемость составила 87%. К завершению лечения концентрация микробов возросла ( $p < 0,1$ ) и значимо не отличалась от исходного уровня. Данные по чувствительности аэробной микрофлоры к антибиотикам различных групп представлены в таблице 5.

В процессе проведенных исследований отмечена высокая резистентность рассматриваемых микроорганизмов к большинству антибактериальных средств.

Проведенный анализ чувствительности представителей анаэробной грамотрицательной флоры к антибактериальным препаратам, показал высокую резистентность Bacteroides fragilis к группам пенициллинов, цефалоспоринов и тетрациклинов; 100% чувствительность определена к клиндамицину; 50%(±13) - к метронидазолу. Установлена слабая чувствительность Bacteroides Ovatus ко всем указанным группам.

Анаэробную грамположительную микрофлору, представленную Clostridium, выявили в пределах допустимой концентрации, без признаков роста. Не определили значимых различий в динамике концентрации этого микроорганизма ни в одной группе.

**Таблица 5.** Чувствительность неферментирующей грам (-) и грам (+) микрофлоры, выделенной из фибринозно-гнойных наложений у больных неспецифическим язвенным колитом к антибактериальным средствам

Микро-организмы	Чувствительность %+-Sp/антибактериальные препараты									
	N	SAM	TIM	AN	IPM	CIP	СТТ	СТХ	CRO	GM
Acinetobacter Baumannii	40	46±6,18	27±5,50	97±2,11	92±3,36	49±6,20	6±2,95	7±3,16	7±3,16	4±2,43
Pseudomonas aeruginosa	37	25±3,78	29±3,83	87±2,84	69±3,91	46±4,21	3±1,44	7±3,16	3±1,44	31±3,91
Staphylococcus aureus	19	78±5,22	-	-	-	77±5,30	-	-	50±6,30	58±6,22
Staphylococcus epidermidis	55	83±6,98	-	-	-	76±7,93	-	-	56±9,22	46±9,25
Streptococcus spp	61	-	-	-	-	32±8,82	-	-	78±7,69	-
Enterococcus faecalis	68	-	-	-	-	2±2,11	-	-	-	-

Примечание: SAM-ампициллин/сульбактам; TIM-тикарциллин/клавуланат; AN-амикацин; IPM-имипенем; CIP-ципрофлоксацин; СТТ-цефотетан; СТХ-цефотаксим; CRO-цефтриаксон; GM-гентамицин; - для данного вида микроорганизмов антибиотик не применяется.

Возможно, этот факт обусловлен высокой концентрацией *Streptococcus spp*, которые, как известно, являются анатагонистами клостридий. Известное свойство компонентов стенки стрептококков стимулировать развитие воспалительных реакций и прилипать к эпителию слизистых оболочек снижает вероятность элиминации микроорганизма с секретом и обеспечивает возможность быстрой колонизации.

Сравнение количественного состава микробной контаминации фибринозно-гнойных наложений и внутрипросветного кишечного содержимого при поступлении, показало, что концентрация микроорганизмов значимо выше ( $p < 0,001$ ) в плотных продуктах воспаления. При этом концентрация облигатной анаэробной микрофлоры в просвете кишки оказалась значимо выше ( $p < 0,001$ ), чем в пристеночном субстрате. К завершению лечения выявлено достоверное ( $p = 0,002$ ) возрастание концентрации облигатной микрофлоры в биоптатах со стенок поражённой кишки, причём подобный результат зарегистрировали и в кишечном содержимом.

Анализируя группу оперированных больных, мы

обратили внимание, что микробная контаминация биоптатов при поступлении, у пациентов без гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, не имела тенденции к различиям относительно микробной контаминации биоптатов у пациентов, где эти осложнения возникли. Однако на 7 сутки консервативной терапии в группе больных с последующими осложнениями зарегистрировали значимое ( $p < 0,05$ ) возрастание концентрации микробных тел на 1-2 порядка, чем у этих же больных при поступлении.

Гнойно-септические осложнения возникли в 6 случаях (37,5%): абсцессы малого таза и печени, нагноение послеоперационной раны, параколомостомический инфильтрат; гнойники брюшной полости, эвентрация тонкой кишки; прикультевые абсцессы с формированием ректо-вагинальных свищей (2); инфильтрат послеоперационной раны с нагноением; гангренозная пиодермия с обширным отторжением кожи на конечностях. Кроме этого, у 2-х пациентов этой группы развился сальмонеллёз, что значительно осложнило течение раннего послеоперационного периода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные нами данные позволяют считать, что количественное содержание микробных тел в фибринозно-гнойных наложениях, изъятых со слизистой оболочки поражённой толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом, на 2-4 порядка выше, чем во внутрипросветном кишечном содержимом. Бактериальная контаминация фибринозно-гнойных наложений представлена условно-патогенной аэробной и анаэробной флорой, в концентрациях, превышающих физиологически допустимые, и потому, проявляющих свои патогенные свойства.

Облигатная анаэробная флора - *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* - в биоптатах определяется в мини-

мальной концентрации, либо её вовсе нет. Полученные нами данные свидетельствуют о важной роли фибринозно-гнойных наложений в поддержании эндогенной интоксикации и возникновении гнойно-септических осложнений у больных, страдающих неспецифическим язвенным колитом. Выделенные из биоптатов поражённой кишки микроорганизмы обладают высокой резистентностью к антибактериальным средствам.

Представляется логичным достоверно значимое нарастание концентрации *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* в биоптатах слизистой оболочки в стадии реконвалесценции, свидетельствующее о подавлении воспалительно-деструктивных процессов и регенерации раневой поверхности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Богер М.М. Некоторые аспекты физиологии и патологии органов пищеварения. Новосибирск: Наука, 1983, с. 100-112.
2. Бойко А.Г., Иванов В.П., Ластовка О.Н. и др. Введение в клиническую микробиологию. СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 1999, 102 с.
3. Даниелян Л.А., Агамалян С.С., Элоян Д.В., Саркисян К.А. и др. Особенности дисбактериоза кишечника при неспецифическом язвенном колите. Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. IV Всерос. конф. с междунар. участ. Иркутск, 1999, с. 332.
4. Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Мисаутова А.А. Современные аспекты патогенеза диареи при язвенном колите. Тер. арх., 1994, №12, с. 67-70.
5. Истратов В.Г., Миронов А.Ю., Руднева В.Г. и др. Изучение патогенетических механизмов интоксикации у больных анаэробной неклостридиальной инфекцией. Вестн. РАМН, 1996, № 2, с. 41-43.
6. Канович Е.А., Халиф И.Л., Киркин Б.В. Иммунореактивность эпителиальной базальной мембраны и сосудов толстой кишки при неспецифическом язвенном колите: иммуногистологическое исследование. Иммунология, 1995, № 6, с. 51-53.
7. Левитан М.Х., Фёдоров В.Д., Капуллер. Неспецифические колиты. М.: Медицина, 1980, с. 14-18.
8. Парфёнов А.И. Микробная флора кишечника и дисбактериоз. Рус. мед. журн., 1998, № 6 (18), с. 1170-1173.
9. Румянцев В.Г., Киркин Б.В., Корнева Т.К. и др. Дисбактериоз при неспецифических колитах: коррекция питанием или эубиотиками? Пробл. проктологии, 1994, № 14, с. 125-130.
10. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Неспецифические колиты.

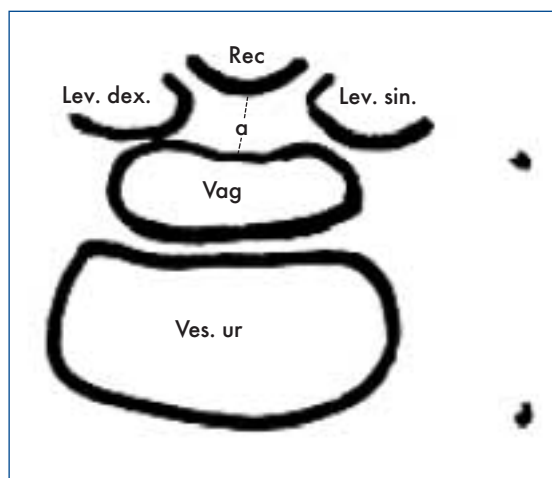
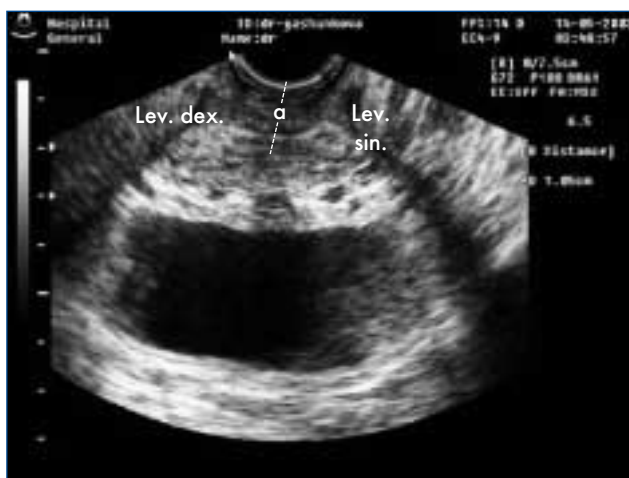
- Проктология. М.: Медицина, 1984, с. 190-202.
11. Халиф И.Л., Партина Д.Ф., Левитан М.Х. и др. Клинико-иммунологическая оценка терапии больных неспецифическим язвенным колитом левамизолом. Пробл. проктологии. М., 1980, Вып. 1, с. 160-162.
  12. Чахова О.В., Горская Е.М., Рубан С.З. Микробиологические и иммунологические основы гнотобиологии. М., 1982, 207 с.
  13. Щербаков И.Г. Патоморфология слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при острых бактериально-вирусных кишечных инфекциях и хронических колитах. Дис. ... д-ра. мед.наук. М., 1996, 218 с.
  14. Fuller R., Gibson G.R. Modification of the intestinal microflora using probiotics and prebiotics. Scand. J. Gastroenterol, 1997, Vol. 32, P. 28-31.
  15. Greenwald B.D., James S.P. Immunology of inflammatory bowel disease. Curr. Opin. Gastroenterol, 1995, №11, P. 298-304.
  16. Ibbotson J.P., Lowes J.R. Potential role of superantigen activation of cell mediated immune mechanisms in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. Gut, 1995, № 36, P.1-4.
  17. Jarnerot G., Lennard-Jones J., Truelove S. Inflammatory bowel disease. Malmo: Corona and Astra, 1992, P. 17-193.
  18. McBain A.J., Macfarlane G.T. Investigations of bifidobacterial ecology and oligosaccharide metabolism in a three-stage compound continuous culture system. Scand. J. Gastroenterol, 1997, Vol. 32, P. 32- 40.
  19. Phillips S.F., Pemberton J.H., Shorter R.G. The large intestine: physiology; pathophysiology and disease. New York: Raven Press, 1992, P.385-416.
  20. Rahbar A., Bostrom L., Lagerstedt U. et al. Cytomegalovirus DNA and cytomegalovirus proteins in Intestinal Cells from patients with inflammatory bowel disease. XVIIIth BIENNIAL Congr. Int. Soc. Univ. Colon Rect. Surg.: Abstr. of Podium Present., Malmo, Sweden, June 7-11, 1998, Vol.1, P. 150.
  21. Szoke I., Doza E., Nagy E. Enterotoxigenic Bacteroides Fragilis in Hungary. Anaerobe, 1997, № 3, P. 87-89.
  22. Szoke I., Pascu C., Nagy E., Ljung A. et al. Binding of extracellular matrix proteins to the surface of Bacteroides spp. Anaerobe, 1997, № 3, P. 91-95.

## ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ

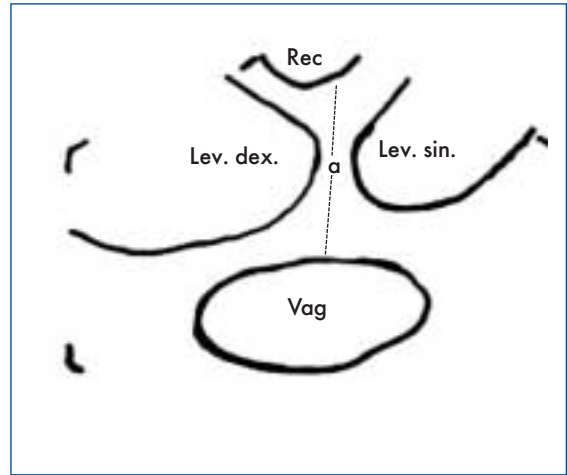
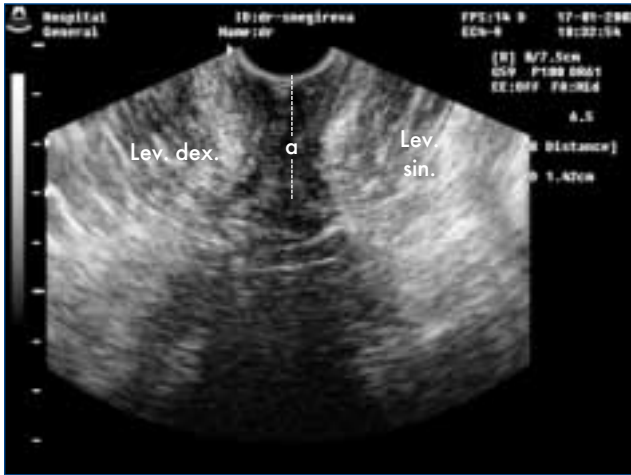
к.м.н. Дрыга А.В., проф. Привалов В.А., к.м.н. Ермак Е.М.  
Челябинская государственная медицинская академия, кафедра общей  
хирургии им. П.М. Тарасова, г. Челябинск

**Р**ектоцеле – выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище - является одной из частых причин нарушения акта дефекации у женщин [5]. Исследования показали, что ректовагинальная перегородка образована коллагеновыми волокна-

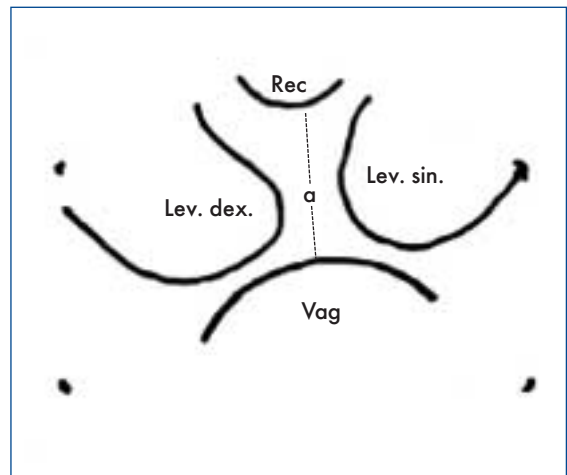
ми, фиброзной тканью и гладкомышечными волокнами. Поперечно-полосатые мышечные волокна, входящие в состав ректовагинальной перегородки (волокна мышцы поднимающей задний проход), обеспечивают поддержание прямой кишки, участ-



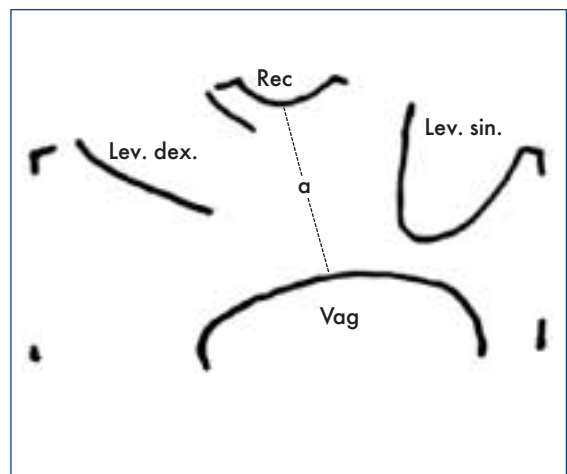
**Рисунок 1.** Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки нерожавшей женщины 20 лет.  
(a - ректовагинальная перегородка)



**Рисунок 2.** Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки рожавшей женщины 30 лет без клинических проявлений ректоцеле (*a* - ректовагинальная перегородка).



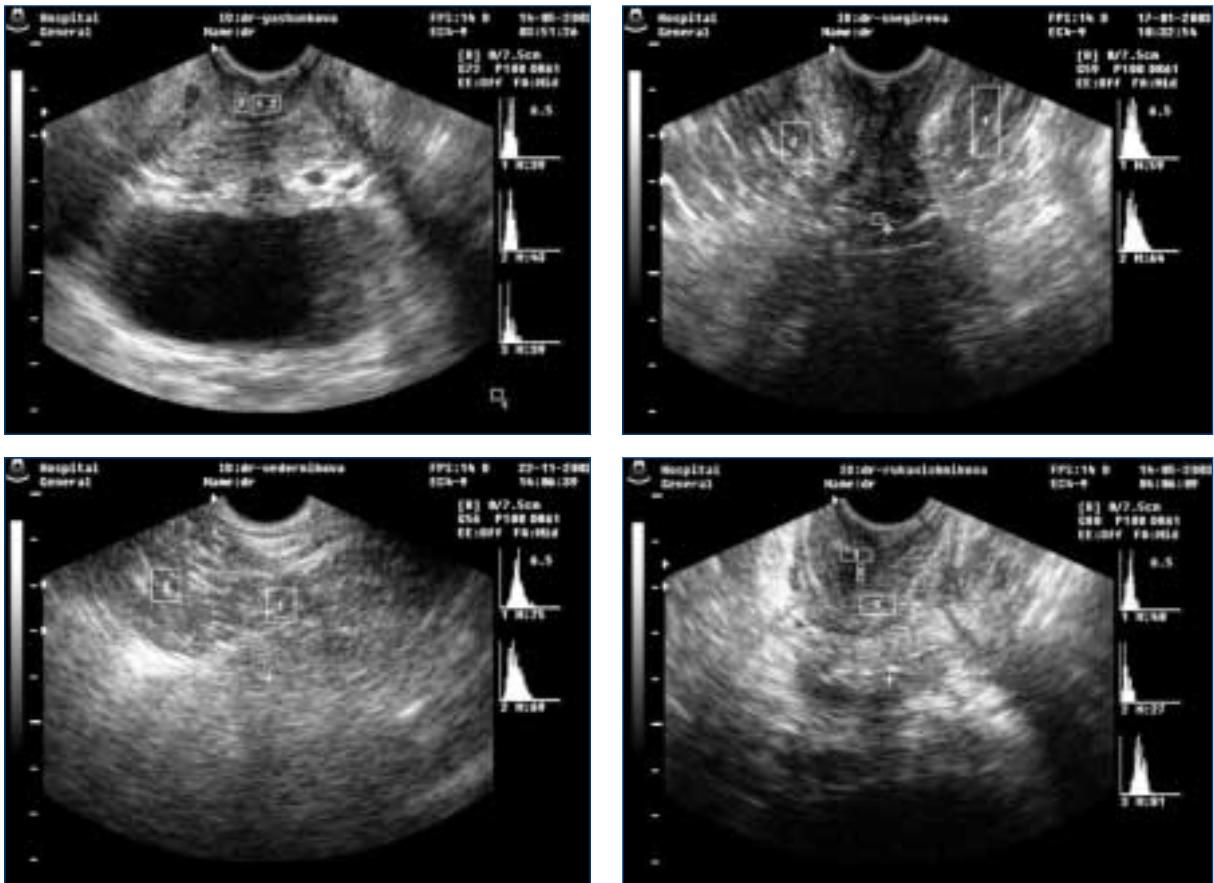
**Рисунок 3.** Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки рожавшей женщины 35 лет с клиническими проявлениями ректоцеле (*a* - ректовагинальная перегородка).



**Рисунок 4.** Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки рожавшей женщины 51 года с клиническими проявлениями ректоцеле.

Примечание: *a* – толщина ректовагинальной перегородки;  
*б* – расстояние между леваторами.

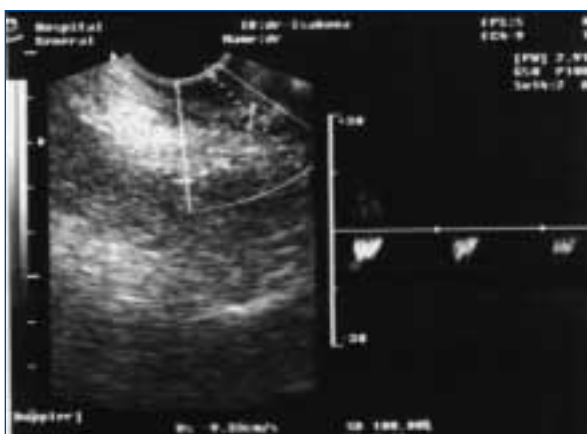
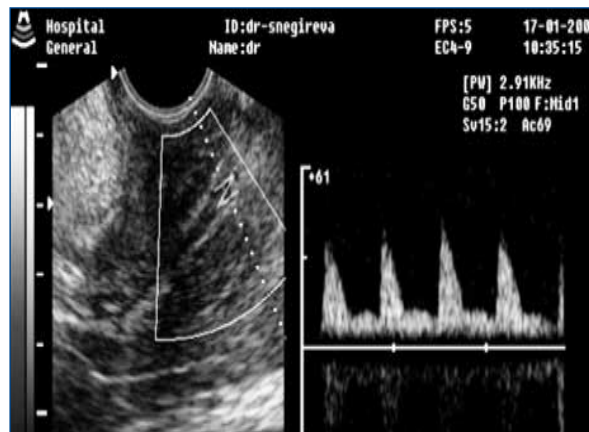
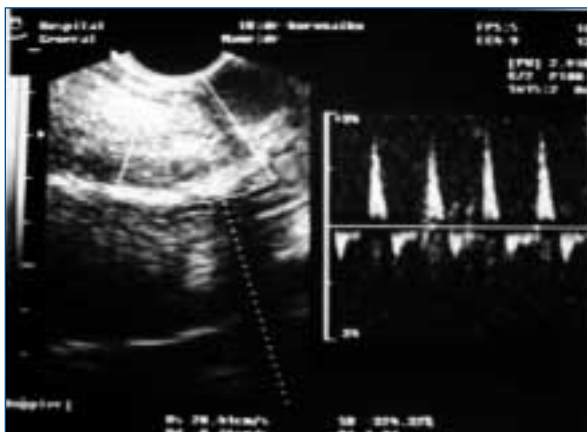




**Рисунок 5.** Гистограмма структур ректовагинальной перегородки  
 а – нерожавшей женщины 20 лет  
 б – рожавшей женщины 30 лет без клинических проявлений ректоцеле  
 в – рожавшей женщины 35 лет с клиническими проявлениями ректоцеле  
 г – рожавшей женщины 51 года с клиническими проявлениями ректоцеле .

вуют в образовании задней стенки родового канала [2]. Очень важная роль отводится мышцам, поднимающим задний проход (леваторам) в акте дефекации [1]. Причиной ректоцеле является расхождение передних порций леваторов, ослабление мышечного каркаса и ткани ректовагинальной перегородки вследствие травм, воспалительных процессов, повышения внутрибрюшного давления [5]. Одной из причин ректоцеле является наличие врожденного глубокого дугласова пространства [12]. Впервые для диагностики заболеваний прямой кишки методика трансанальной ультразвукографии была предложена в середине 50-х годов прошлого столетия [13]. Но в последующем, в связи с ограниченностью технических возможностей, данная методика не нашла применения. И только в последние 20 лет, благодаря техническому прогрессу, эндоректальное ультразвуковое исследование все шире внедряется в медицинскую практику. Широкое применение при трансанальной ультразвукографии нашел линейный ректальный датчик различных модификаций, позволяющий изучать строение позадаточного, позадишеечного и ректовагинального пространства [6]. Циркулярная анальная эндосонография позволяет

изучить нормальную картину строения анального канала [3, 10]. Высокую информативность несет трансанальная ультразвукография при диагностике острого парапроктита [4, 7, 9]. Высоко информативна при диагностике дисфункции тазового дна трансперинеальная и эндоанальная эхография, которая целесообразна наряду с проктографией и клиническими методами исследований [8, 11]. Нами изучены возможности трансректальной ультразвукографии в диагностике ректоцеле. Исследования проводились на аппарате SonoAce 8800 с использованием микроконвексного датчика в диапазоне частот 4-9 МГц с применением цветового доплеровского картирования в режиме энергии отраженного доплеровского сигнала (ЭОДС). С этой целью эндоректальное ультразвуковое исследование проведено у 11 нерожавших женщин (I группа); у 5 рожавших женщин без клинических проявлений ректоцеле (II группа) и у 9 - с клиническими проявлениями ректоцеле (III группа). Методика исследования заключалась в следующем. После очистительной клизмы больной укладывался на левый бок. На излучатель датчика надевался презерватив, который покрывался специальным гелем. Датчик



**Рисунок 6.** Допплерограмма ректовагинальной перегородки  
 а – нерожавшей женщины 20 лет  
 б – рожавшей женщины (30 лет) без клинических проявлений ректоцеле  
 в – рожавшей женщины (51 год) с клиническими проявлениями ректоцеле.

вводился в просвет анального канала. Путем изменения угла наклона микроконвексного датчика получали изображение правого и левого леватора, измеряли расстояние между ними и оценивали особенности строения ректовагинальной перегородки, проводили гистографию компонентов, составляющих ректовагинальную перегородку и дуплексное сканирование.

Анализ исследований показал, что в I группе толщина ректовагинальной перегородки  $1,10 \pm 0,13$  см (рисунок 1), во II группе –  $1,60 \pm 0,10$  см (рисунок 2) и в III –  $1,74 \pm 0,12$  см (рисунок 3, 4). Исследования леваторов показали, что в I группе их толщина  $21,91 \pm 0,81$  мм (рисунок 1), во II группе их толщина  $26,00 \pm 2,40$  мм (рисунок 2), в III –  $26,67 \pm 3,80$  мм (рисунок 3, 4). По данным гистограмм компонентов ректовагинальной перегородки показатель средней амплитуды отражения леваторов в I группе  $67,55 \pm 1,57$  градаций серой шкалы (рисунок 5а), во II –  $69,00 \pm 20,41$  градаций серой шкалы (рисунок 5б), в III –  $74,33 \pm 19,23$  градаций серой шкалы (рисунок 5в, 5г). Трансректальная ультрасонография поперечно расположенным микроконвексным датчиком пока-

зала, что ректовагинальная перегородка у женщин I и II групп представляет собой тендиозную структуру, которая плавно переходит в правый и левый леваторы. Показатель средней амплитуды отражения  $96,50 \pm 1,38$  градаций серой шкалы (рисунок 5а, 5б). Тогда как в III группе больных отмечается замещение ректовагинальной перегородки плотной фиброзной тканью (показатель средней амплитуды отражения  $83,89 \pm 22,65$  градаций серой шкалы), при этом расстояние между леваторами увеличивается до  $26,33 \pm 3,87$  мм (рисунок 5в, 5г).

Допплерографические исследования показали, что в первых двух группах кровотоки в области ректовагинальной перегородки имеет магистральный тип, показатели пиковой систолической скорости кровотока (ПСС) находятся в диапазоне  $26,69 \pm 2,36$  см/с, тогда как в III группе отмечается тенденция к значительному снижению ПСС – диапазон  $9,88 \pm 0,8$  см/с (рисунок 6в), при этом кровотоки приобретают черты резистивного.

Таким образом, эндоректальное ультразвуковое исследование с доплерографией при диагностике ректоцеле является важным диагностическим мероприятием.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Генри М.Н., Свош М. Колопроктология и тазовое дно: Пер. с англ. М.: Медицина, 1988, 464 с.
2. Краснополюский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н. и др. Патология влагалища и шейки матки. М.: Медицина, 1999, 272 с.
3. Орлова Л.П., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Талалакин А.И. Эндоректальная ультрасонография в оценке состояния запирающего аппарата прямой кишки. Актуальные проблемы проктологии: Тез. Докл, Ростов-на-Дону, 2001, с. 52.
4. Тамм Т.И., Бардюк А.Я., Даценко А.Б., Седак В.В. Метод ультразвукового исследования в диагностике острого парапроктита. Актуальные проблемы проктологии: Тез. Докл., Ростов-на-Дону, 2001, с. 66-67.
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984, 384 с.
6. Хачурузов С.Г. УЗИ в гинекологии: симптоматика, диагностические трудности и ошибки. СПб., 1998-99, 656 с.
7. Эктов В.Н., Наливкин А.И., Попов Р.В. Применение ультразвука в диагностике и лечении парапроктита. Актуальные проблемы проктологии: Тез. докл. Ростов-на-Дону, 2001, с. 88.
8. Beer-Gable M., Teshler M., Barzilai N. et al. Dynamic transperineal ultrasound in the diagnosis of pelvic floor disorders: pilot study. Dis Colon Rectum, 2002, 45, №2, p. 239-245.
9. Cammarota T., Discalzo L., Corno F. et al. Prime esperienze di ecotomografia trans-rettale nella patologia asce ssuale perianale. Radiol. med. (Torino), 1986, 72, №11, p. 837-840.
10. Law P.J., Bartman C.I. Anal Endosonography: Technique and Normal Anatomy. Gastrointest. Radiol., 1989, 4, №14, p. 349-353.
11. Planells R.M., Sanahuja S.A., Garcia Miranda de Larra J.L. Prospective analysis of marlex mesh repair for symptomatic rectocele with obstructive defecation. Rev Esp Enferm Dig, 2002, 94, №2, p. 67-77.
12. Protsepko O.O., Drachevs'ka M.M., Kukhars'ky V.V. Characteristics of the Douglas' cul-de-sac in women with rectocele and enterocele. Lik Sprava, 2002, №3-4, p. 98-101.
13. Wild J., Reid J. Diagnostic use of ultrasound. Br.J. Physiol. Med., 1956, 19, p. 248.

## Комментарий к статье А.В. Дрыга и соавт. “Возможности трансректальной ультрасонографии при диагностике ректоцеле”

Представленная работа посвящена одному из актуальных вопросов не только колопроктологии, но и ультразвуковой диагностики – применению ультразвукового метода исследования в диагностике ректоцеле. Актуальность обусловлена значительной распространенностью ректоцеле, а также малой изученностью возможностей применения безопасного ультразвукового метода для исследования ректовагинальной перегородки.

Однако в кратком обзоре литературы обращают на себя внимание определенные неточности как, например, Орлова Л.П. с соавт. (2001) никогда не использовала радиальный механический датчик для определения нормальной "картины" анального канала. В наших работах показана целесообразность использования линейного или бипланового ректальных датчиков. Также следует отметить неправомерное использование терминов "трансанальная" и "трансректальная" ультрасонография.

Основной же недостаток работы связан с методологическими аспектами проведения исследования. Крайне спорны данные авторов об утолщении ректовагинальной перегородки у больных с наличием ректоцеле, поскольку работы большинства исследователей свидетельствуют, что у всех таких больных происходит ее истончение (Marks M.M., 1961; Аминаева В.А., 1971; Федоров В.Д., 1984; Воробьев Г.И., 2001; Мудров А.А., 2003.). Весьма вероятно ошибка при трактовке авторами данных о толщине ректовагинальной перегородки. Конвексным ректальным датчиком это сделать невозможно. Чтобы измерить толщину ректовагинальной перегородки при поперечном сечении, датчик необходимо поставить к поверхности перпендикулярно, а не косо, как делают авторы. Ректовагинальная перегородка в норме может иметь различную толщину на разных ее участках. Судя по всему, авторы измеряли толщину леваторов, а не расстояние между ними. В результатах же отмечается увеличение расстояния между леваторами в группе рожавших женщин с клиническими проявлениями ректоцеле.

Вместе с тем, не вызывает сомнения, что эндоректальное исследование является важным методом в диагностике ректоцеле, позволяющим объективно судить о степени выраженности изменений топографо-анатомических структур, составляющих ректовагинальную перегородку. Необходимым условием правильной количественной и качественной оценки состояния тканей этого анатомического образования является четкая визуализация исследуемых структур, а излучающая поверхность датчика должна быть направлена перпендикулярно ректовагинальной перегородке как при продольных, так и при поперечных сечениях.

Профессор Л.П. Орлова

# ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНКОНТИНЕНЦИИ КАЛА

Недозимованый А.И.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии  
стоматологического факультета

Санкт-Петербургского Государственного Медицинского университета  
(зав. кафедрой - член-корр. РАМН, проф. Н.А. Яицкий)

Способность удерживать кал до социально приемлемого времени и произвольно опорожняться является важным физиологическим и социальным процессом. Утрата механизма контроля за удержанием кала ведет к социальной изоляции и снижению качества жизни больного [22].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных данной проблеме, недержание кала остается во многом малоизученным заболеванием. В литературе отсутствует даже единое и четкое определение инконтиненции, что затрудняет как оценку эпидемиологических данных, так и сравнение результатов различных исследований. Так, Т.М. Thomas et al. [25, 26] определяет недержание как «непроизвольное отделение кала в неподходящем месте или в неподходящее время дважды в месяц или чаще». В исследованиях D.A. Drossman et al. [12] инконтиненцией называется частое подтекание или непроизвольное отделение кала в течение более чем 1 месяца. W.E. Witehead [30] определяет недержание кала, как периодическое неконтролируемое выделение кала и газов сроком не менее 4 лет. Очевидно, что ряд больных, вошедших в исследования D.A. Drossman, не подошли бы под определение инконтиненции, сформулированное W.E. Witehead, а следовательно, достоверность сравнения данных этих исследований значительно снижается.

Еще большие трудности возникают при определении степени инконтиненции и оценке результатов лечения. Далеко не всегда удается добиться полной ремиссии заболевания, однако снижение частоты эпизодов недержания, несомненно, значительно улучшает качество жизни пациентов. Поэтому к положительным результатам как хирургического, так и консервативного лечения должна быть отнесена большая группа пациентов, которые после лечения продолжают отмечать эпизоды инконтиненции, но значительно реже, чем до лечения, и в целом удовлетворены результатами. Эта граница между удовлетворительными и неудовлетворительными результатами достаточно условна без объективных критериев оценки, причем для сравнения результатов различных исследований эти критерии должны быть стандартизованными.

Международная группа по стандартизации исследований в области лечения гастроэнтерологических

заболеваний (28) пишет: «Наиболее важные результаты лечения функциональных гастроэнтерологических заболеваний - те, что отражают симптомы пациентов. Поскольку индивидуальные симптомы могут варьировать от пациента к пациенту и от раза к разу, именно оценка изменения симптомов должна быть основным критерием результатов... Оценка, включающая симптомы заболевания, рекомендована как основная... Предпочтительно, чтобы основную оценку результатов лечения давал сам пациент». Схожие рекомендации дает International Consensus Conference on the Definition of a Responder in Clinical Trials [29]: основным критерием результатов лечения инконтиненции рекомендуется ответ на вопрос пациенту: «По сравнению с вашим состоянием до начала лечения, достаточно ли снизилась у Вас инконтиненция?». Объективные инструментальные исследования, в частности, широко используемая манометрия, не могут служить критерием тяжести недержания и успешности лечения, поскольку отсутствует прямая корреляция между выраженностью жалоб пациента и данными объективного обследования [13, 14, 23].

В отечественной литературе [1, 2, 3, 5, 8] для оценки степени тяжести инконтиненции наиболее часто используется классификация В.Д. Федорова с соавт. [6], по которой выделяется 3 степени недержания: I степень – недержание газов, II степень – недержание неоформленного кала, III степень – недержание плотного кала. Схожие системы оценки применялись и некоторыми зарубежными исследователями. Так, М.М. Генри и М. Свощ [4] выделяют 2 степени тяжести инконтиненции:

- частичное недержание – расстройство, при котором загрязняется белье и кожа или случайно не удерживаются газы или жидкий кал;

- выраженное недержание – ослабление контроля за выделением кала нормальной консистенции;

По шкале Паркса [27] выделяется от 1 (полное удержание) до 4 (недержание плотного стула).

Однако все описанные шкалы оценки тяжести инконтиненции учитывают только качественную составляющую («что не удерживается»). Для полной оценки тяжести инконтиненции важен также еще ряд параметров, например, частота эпизодов недержания. Приведенные выше системы оценки также

**Таблица 1.** Шкала оценки тяжести инконтиненции Wexner (WIS, 0-15).

Тип инконтиненции	Частота			
	Никогда	<1 в месяц	< 1 в неделю – > 1 в месяц	< 1 в день – >1 в неделю
Плотный стул	0	1	2	3
Жидкий стул	0	1	2	3
Газы	0	1	2	3
Использование прокладок	0	1	2	3
Изменение образа жизни	0	1	2	3

**Таблица 2.** Шкала оценки тяжести инконтиненции Wexner (WIS, Browning-Parks, 0-20).

Тип инконтиненции	Частота				
	Никогда	1 в месяц	1 в месяц -1 в неделю	>1 в неделю	Ежедневно
Газы	0	1	2	3	4
Жидкий стул	0	1	2	3	4
Плотный стул	0	1	2	3	4
Использование прокладок	0	1	2	3	4
Изменение образа жизни	0	1	2	3	4

недостаточны для оценки результатов лечения. Так, например, если до лечения пациент не удерживал неоформленный стул ежедневно, а после проведенной терапии жалобы на недержание неоформленного стула сохраняются, но стали значительно реже (например, раз в месяц), и сам пациент оценивает результаты как хорошие, то по классификации В.Д. Федорова с соавт. степень тяжести инконтиненции не изменится.

В связи с этим, в изученных нами исследованиях, посвященных инконтиненции кала, чаще используются балльные шкалы оценки тяжести недержания. Таких шкал разработано большое количество, но наиболее часто применяются две: шкала S.D.Wexner (WIS, Wexner Incontinence Score) и FISI (Fecal Incontinence Severity Index). Описываемые шкалы в виде таблиц-опросников заполняются пациентом после предварительной беседы с врачом, и тяжесть инконтиненции рассчитывается по сумме баллов по строкам таблицы.

Шкала S.D.Wexner на сегодняшний день используется во многих исследованиях [27, 11, 21, 17, 18, 19, 23, 24, 15] с некоторыми изменениями и дополнениями, принятыми в каждом лечебном учреждении. Отличительной особенностью данной системы является попытка объединить как оценку жалоб больного (частота недержания газов, плотного и жидкого стула), так и оценку элементов шкалы качества жизни (необходимость использования гигиенических прокладок и изменение образа жизни вследствие наличия перечисленных жалоб). В литературе встречается два варианта данной системы оценки (таблицы 1, 2), различающиеся количеством градаций по частоте (0-15 и 0-20). Только в одной работе, посвященной лечению недержания кала имплантацией микробаллонов в подслизистую оболочку анального канала, полностью идентичная Wexner (0-20) шкала названа шкалой Browning-Parks [15].

Второй вариант шкалы WIS (0-20) используется намного чаще. Степень тяжести инконтиненции пациента высчитывается как сумма баллов по строкам таблицы. Так, например, если пациент жалуется на недержание газов несколько раз в день и недержание неоформленного стула несколько раз в неделю, то его индекс WIS равен 7 (4+3). Результаты лечения в исследуемых группах рассчитываются, как изменения среднего индекса инконтиненции в группе. Так, например, в исследовании Renzi A., Giordano P. et al. [19] оценивались отдаленные результаты (не менее 5 лет) хирургического лечения 25 больных с травматическим недержанием кала после родовых травм с использованием шкалы Wexner (0-20). Ни одна пациентка не отмечала полного восстановления функции держания. Средний показатель индекса недержания WIS в процессе наблюдения снизился с 17,7 (10-20) до операции до 4,1 (0-20) непосредственно после операции, а в отдаленном периоде вновь увеличился до 10,8 (2-20). Авторы пишут о положительных результатах в отдаленном периоде в 41,0% случаев и в целом о неудовлетворительных отдаленных результатах лечения. Недостатком данного исследования является отсутствие точного указания, какое пороговое значение WIS принято авторами, как неудовлетворительные результаты. В статье Rothbarth J., Bemelman.W. et al. [21] на 35 больных, перенесших сфинктеропластику и сфинктеролеваторопластику по поводу родовых травм, проведен корреляционный анализ оценки тяжести инконтиненции с использованием шкалы Wexner (0-20) и шкал качества жизни GQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) и MOSSGHS (Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey). Полученные данные свидетельствуют о полной взаимозаменяемости этих систем в оценке результатов лечения. Наличие у больного более 9 баллов по шкале Wexner свидетельствует о значительном снижении качества жизни и говорит о неудовлетворительных

**Таблица 3.** Шкала оценки тяжести инконтиненции FISI.

Тип инконтиненции	Частота					
	≥2 раз в день	раз в день	≥2 раз в неделю	раз в неделю	1-3 раза в месяц	никогда
Газы	12	11	8	6	4	0
Слизь	12	10	7	5	3	0
Жидкий стул	18	16	13	10	8	0
Плотный стул	19	17	13	10	8	0

функциональных результатах лечения, что соответствует индексу качества жизни GQLI менее 105.

В работе Stojkovic S., Balfour L. et al. [23] изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения 24 пациентов с «пассивным» недержанием кала (связанным со слабостью либо травмами внутреннего сфинктера заднего прохода) инъекциями коллагена. Это исследование контролировалось шкалой WIS и манометрией. Перед началом лечения средний WIS-индекс в группе составлял 10 (6-18), а среднее давление покоя – 39 (19-73) мм рт. ст. Через 8 недель после инъекции средний WIS снизился до 6 (0-18), а среднее давление покоя – 42 (18-78) мм рт. ст. Через 7 месяцев наблюдения средний индекс Wexner'a в группе снизился до 3. Несмотря на отсутствие значимого повышения давления покоя, авторы оценивают результаты лечения положительно. Во многих изученных статьях [10, 16, 18, 20] используется также индекс тяжести инконтиненции FISI (Fecal Incontinence Severity Index, 0-61), разработанный Американской ассоциацией колопроктологов (таблица 3).

Основные отличия данной системы оценки от предыдущей – полное отсутствие элементов шкалы качества жизни и большая гибкость за счет увеличения градаций отслеживаемых признаков по частоте. В статьях, где использовалась данная система оценки, качество жизни пациентов часто отслеживалось отдельно, по соответствующим шкалам качества жизни. Однако, в исследовании Pishori T., Dinnewitzer A. et al. [18] проведен корреляционный анализ оценки результатов лечения с использованием FISI и Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) Scale, разработанной той же ассоциацией, и доказана полная их взаимозаменяемость.

Изначально ассоциацией были разработаны 2 FISI-матрицы: одна заполняется пациентом, другая – врачом, оценка должна проводиться комплексно, по обоим шкалам. Однако, в работе Rockwood T.H., Church J.M. [20] доказана полная идентичность получаемых при заполнении этих шкал данных, незначительные отличия получены только в оценке редких эпизодов неудержания плотного кала.

Savanaugh M., HUMAN N. et al. [10] оценивали функцию удержания кишечного содержимого после операций по поводу параректальных свищей у 110 пациентов, с использованием FISI и шкалы качества жизни. Авторы определяют пороговое значение FISI, при котором значительно страдает качество

жизни и результаты лечения неудовлетворительны, выше 30.

В работе Halverson A., Hull T. [16] оценивались отдаленные результаты сфинктеропластик у 63 пациентов в период 48 -141 месяца после операции. Лишь 6 (14%) пациентов отмечают полную ремиссию заболевания, однако FISI в группе снизился до 22, что коррелировало и с высокими показателями качества жизни пациентов. Это позволило авторам сделать выводы о хороших отдаленных результатах лечения, несмотря на небольшое количество пациентов, отмечающих полное восстановление функции держания.

В проводимых на базе нашего учреждения исследованиях, посвященных инконтиненции кала, мы использовали обе балльные шкалы для оценки результатов консервативного и хирургического лечения недержания. Использование описываемых методов представляется намного более удобным, чем применяемые нами ранее системы оценки по самостоятельно разработанным анкетам-опросникам и шкалам качества жизни [9, 7, 8]. Заполнение таблиц FISI и WIS занимает намного меньше времени, чем громоздких шкал качества жизни, и намного проще объяснить пациенту задачу при их заполнении. Особенно удобны данные системы при сборе отдаленных результатов, поскольку чаще всего используется телефонное анкетирование, и опрос по данным таблицам прост, занимает минимум времени, и может осуществляться средним медицинским персоналом. Намного упрощается также сравнение собственных данных с литературными. Шкала FISI представляется нам более удобной, поскольку элемент WIS «изменение образа жизни» достаточно субъективен, не всегда понимается пациентами и требует долгого разъяснения. Помимо среднего значения индексов в исследуемых группах, мы использовали пороговые значения индексов (FISI – 30, WIS – 9), при наличии у больного индекса выше этих цифр после проведенного лечения, результаты мы считали неудовлетворительными. Возможно использование других пороговых значений, но с обязательным указанием в работе их значений.

Таким образом, в большинстве современных исследований для оценки тяжести недержания и оценки результатов лечения используются балльные шкалы-анкеты для пациентов. Наиболее часто применяются шкалы FISI и WIS.

## ВЫВОДЫ

- 1) Различия в оценке тяжести и результатов лечения затрудняют сравнение данных различных исследований.
- 2) Учитывая, что индексы FISI и WIS на сегодняшний день используются наиболее часто, представляется целесообразным применение их во всех исследованиях по данной проблеме.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки. Проблемы колопроктологии. М.: 2000, с.25-27.
2. Буянов М.И. Недержание кала и мочи. М.: Медицина, 1985.
3. Комиссаров И.А., Уменушкин А.А. Консервативное лечение аноректального недержания методом адаптивного биоуправления. Проблемы детской хирургии (тем. сборник). Самарканд, 1995, с. 7.
4. Генри М.М., Свощ М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988, с. 256-308.
5. Тарасенко С.А., Клейн К.В., Ляхин А.В., Латышев Ю.П. О синдроме инконтиненции. Проблемы колопроктологии. М.: 1998, Вып.16, с.98-104.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М.: 1984, с.136-154.
7. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Нечай И.А., Недозимованый А.И. Лечение больных идиопатической инконтиненцией кала методом биологической обратной связи. Тезисы 5 Всероссийской конференции проктологов с международным участием. Ростов-на-Дону, 2001.
8. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Сметанкин А.А., Нечай И.А., Недозимованый А.И. Лечение недержания кала методом биологической обратной связи. Проблемы колопроктологии. М., 2000, №17, с. 242-245.
9. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Сметанкин А.А., Нечай И.А., Недозимованый А.И. Опыт лечения недержания кала методом биологической обратной связи. Биологическая обратная связь, 2000, №2.
10. Cavanaugh M., Hyman N., Osler T. Fecal Incontinence Severity Index After Fistulotomy: A Predictor of Quality of Life. Dis Colon Rectum, 2002, 45: 349-353.
11. Cheetham M.J., Malouf A.J., Kamm M.A. Fecal Incontinence. Gastr Clin, 2001,30:467-82.
12. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, et al. U.S. household survey of functional gastrointestinal disorders. Dig Dis Sci, 1993, 38: 1569-80.
13. Falk PM, Blatchford GJ, Cali RL, Christensen MA, Thorson AG. Transanal ultrasound and manometry in the evaluation of fecal incontinence. Dis Colon Rectum, 1994, 37: 468-72.
14. Felt-Bersma R.J., Cuesta M.A., Koorevaar M. Anal endosonography: relationship with anal manometry and neurophysiologic tests. Dis Colon Rectum, 1992, 35: 944-949.
15. Feretis C, Benakis P, Dailianas A, Dimopoulos C, Mavrantonis C, Stamou MK, Manouras A, Apostolidis N. Implantation of microballoons in the management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum, 2001, 44:1605-1609.
16. Halverson A, Hull T. Long-Term Outcome of Overlapping Anal Sphincter Repair. Dis Colon Rectum, 2001, 44:A5-A26.
17. Oliveira L., Pfeifer J., Wexner S.D. Physiological and clinical outcome of anterior sphincteroplasty. Radiology, 1996; 199: 529-32.
18. Pishori T., Dinnewitzer A., Cotman K., Secic M., Efron J., Weiss E., Vernava A., Nogueras J., Wexner S. The American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) Scale and Fecal Incontinence Severity Index (FISI): Clinical Application and Correlation. Dis Colon Rectum, 2001, 44(4):A27-A59 .
19. Renzi A., Giordano P., Efron J., Gervaz P., Weiss E., Vernava A., Nogueras J., Wexner S. Long-Term Results of Overlapping Sphincteroplasty for Obstetric Trauma Are Poor. Dis Colon Rectum, 2001, 44:A27-A59.
20. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, Wexner SD, Bliss D, Lowry AC. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. Dis Colon Rectum, 1999, 42:1525-1532.
21. Rothbarth J., Bemelman W.A., Meijerink W.J., Stiggelbout A.M., Zwinderman A.H., Buyze-Westerweel M.E., Delemarre J.B. What is the Impact of Fecal Incontinence on Quality of Life? Dis Colon Rectum, 2001, 44:67-71.
22. Sailer M, Bussen D, Debus ES, et al. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. Br J Surg, 1998, 85:1716-1719.
23. Stojkovic S., Balfour L., Burke D., Finan P., Sagar P. Passive Fecal Incontinence Treated with Intra-Anal Synthetic Collagen. Dis Colon Rectum, 2001, 44:A27-A59.
24. Takahashi T., Garcia-Osogobio S., Valdovinos M., Mass W., Jimenez R., Jauregui L.A., Bobadilla J., Belmonte C., Edelstein P.S., Utley D.S. Radio-Frequency Energy Delivery to the Anal Canal for the Treatment of Fecal Incontinence. Dis Colon Rectum, 2002, 45:915-922.
25. Thomas TM, Egan M, Meade TW. The prevalence and implications of faecal (and double) incontinence. Br J Surg, 1985, 72(suppl):S141.
26. Thomas TM, Egan M, Walgrove A, et al. The prevalence of fecal and double incontinence. Commun Med, 1984, 6:216-20.
27. Vaizey C.J., Carapeti E, Cahill JA, et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut, 1999, 44:77-80.
28. Veldhuyzen van Zanten SJ, Talley NJ, Bytzer P, Klein KB, Whorwell PJ, Zinsmeister AR. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders. Gut, 1999, 45 (Suppl 2): S1169-77.
29. Whitehead WE, Corazziari E, Prizant R, et al. Definition of a responder in clinical trials for functional gastrointestinal disorders. Report on a symposium. Gut, 1999, 45 (Suppl 2): 1178-9.
30. Whitehead WE, Wald A, Diamant N, Pemberton J, Rao S. Functional disorders of the anus and rectum. In: Drossman D.A., Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2000: 483-532.

# РЕЗОЛЮЦИЯ 1-ГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА КОЛОПРОКТОЛОГОВ

Самара 1-3 октября 2003 года

**В** работе 1-го съезда колопроктологов России, состоявшегося 1-3 октября 2003 года в г. Самара, посвященного памяти одного из основоположников колопроктологии в России, профессора А.М. Аминова, приняли участие свыше 1000 специалистов из 87 регионов России и др. стран (Белоруссии, Украины, Киргизии, Польши, Таджикистана и др.). Среди них были представители различных медицинских профессий - колопроктологи, хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, рентгенологи, эндоскописты, специалисты УЗИ, патофизиологи, морфологи и др.

В программу Съезда были включены актуальные проблемы современной колопроктологии: организация колопроктологической службы, диагностика и лечение наиболее социально значимых колопроктологических заболеваний (геморрой, острый и хронический парапроктит, недостаточность анального жома, выпадение прямой кишки, дивертикулярная болезнь толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.). Тщательному обсуждению были подвергнуты проблемы колоректального рака и других опухолей толстой кишки. Важное место в программе съезда заняли вопросы реабилитации стомированных больных, в частности, создание в регионах кабинетов реабилитации и организация ассоциаций стомированных больных. При этом особое внимание было обращено на необходимость дальнейшего совершенствования хирургической реабилитации, пластических, реконструктивных и восстановительных операций на толстой кишке и анальном канале.

На съезде были представлены 115 докладов, 28 выступлений в прениях, прочитаны три лекции: проф. Б.Н. Жуков - «Профессор А.М. Аминов – основоположник Российской колопроктологии», проф. О.Г. Скипенко (РНЦХ РАМН) - «Колоректальный рак с метастазами в печень», акад. Г.И. Воробьев - «Осложненный дивертикулез толстой кишки».

По данным на 1.01.03 г. в России, с учетом ведомственных учреждений, функционировало 101 отделение колопроктологии (18 из них имеет статус региональных центров) и 782 специализированных колопроктологических кабинета в поликлиниках.

Отмечается тенденция к дальнейшему расширению количества и качества амбулаторной колопроктологической помощи. В настоящее время в каждом пятом амбулаторном кабинете выполняются различные операции, что ведет к разгрузке стационаров и улучшению процесса лечения больных.

В последние годы все успешнее развиваются региональные службы реабилитации стомированных больных с организацией специальных кабинетов. Наиболее успешно эта деятельность развернута в Москве, Волгограде, Липецке, Рязани, Санкт-Петербурге, Улан-Уде, Уфе.

Продолжала совершенствоваться и углубляться система последипломного образования колопроктологов, которая осуществляется на кафедре колопроктологии РМАПО, в Ростовском медицинском университете, Санкт-Петербургском медицинском университете, Уфимском медицинском университете, Российском университете Дружбы Народов. С 2002 года стал издаваться научно-практический журнал «Колопроктология».

Колопроктологи из разных регионов России приняли участие в международных конференциях и съездах: в 2002 году в г. Осака (Япония) на 19-ом Конгрессе университетских колопроктологов; в мае 2002 года в г. Сан-Франциско (США) на форуме Американской ассоциации гастроэнтерологов; в июне 2002 года в г. Каунасе (Литва) в 7-м Центрально-Европейском конгрессе по колопроктологии; в октябре 2002 года в г. Минске (Беларусь) на международной конференции по актуальным вопросам колопроктологии; в октябре 2002 года в г. Женеве (Швейцария) на Европейской гастроэнтерологической неделе; в июне 2003 года в г. Афины (Греция) на съезде Европейского Совета по колопроктологии.

Вместе с тем, на съезде отмечалось снижение внимания главных специалистов к изучению колопроктологической заболеваемости, распространенности болезней толстой кишки, анального канала и промежности по регионам, анализу качества оказания лечебно-диагностической помощи. В связи с этим, не всегда обоснованно принимались решения по формированию стационар-



ной и поликлинической колопроктологической сети. Так, в некоторых регионах были необоснованно закрыты колопроктологические отделения, в ряде больниц колопроктологические койки все еще остаются в составе гнойных отделений, а амбулаторные кабинеты нередко работают в отрыве от стационаров.

### Заболевания анального канала и периаанальной зоны

**Геморрой** продолжает оставаться самым массовым колопроктологическим заболеванием. Ежегодно в России производится свыше 400 тыс. операций, при этом более чем в 70% случаев используется традиционная методика Миллигана-Моргана. В то же время, как отмечалось во многих докладах, весьма положительный эффект оказывает применение новых технологий с использованием ультразвукового скальпеля, радиочастотных приборов или высокочастотной электрокоагуляции. Применение этих методик позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, снизить частоту дизурических расстройств и существенно сократить сроки пребывания больных в стационаре. Имеющийся опыт применения метода Лонго пока недостаточен для его окончательной оценки. Во многих регионах используются амбулаторные условия для лечения больных геморроем с применением методик лигирования и склеротерапии.

При лечении **анальных трещин** стали применяться медикаментозные методы ликвидации спазма внутреннего сфинктера, что исключает риск развития анальной инконтиненции.

Во многих докладах отмечалось, что следует стремиться к сокращению применения лигатурного метода при **экстрасфинктерных свищах прямой кишки** и более широкому использованию пластических методов ликвидации внутреннего свищевого отверстия.

### Заболевания толстой (прямой и ободочной) кишки

Совершенствование методов лечения **ректоцеле** не потеряло своей актуальности, что обусловлено частотой и разнообразием форм заболевания. Признано необходимым, наряду с леваторопластикой, шире использовать ликвидацию избытка слизистой оболочки прямой кишки трансанальным доступом. Перспективно применение различных синтетических материалов для пластики ректовагинальной перегородки.

У больных **выпадением прямой кишки** наиболее эффективны различные методы ректопексии. Существенному снижению операционной травмы способствуют лапароскопические технологии. При необратимых изменениях эвакуаторной функции толстой кишки, выполнение резекции пораженных отделов ободочной кишки, наряду с ректопексией, оказывает более стойкий клинический эффект.

Продолжается рост числа больных с осложнениями **дивертикулярной болезни толстой кишки**. Недостаточное знакомство с этим заболеванием, прежде всего хирургов, приводит к частым диагностическим и тактическим ошибкам. Единодушно было высказано мнение, что при экстренных операциях следует отдавать предпочтение многоэтапному лечению. Неосложненный дивертикулез подлежит консервативному лечению.

**Синдром раздраженной толстой кишки (СРК)** является одной из самых частых причин обращения пациентов к врачам. Установление диагноза должно основываться на критериях, разработанных в 1999 году международной рабочей группой (Римские критерии СРК II), после исключения органических заболеваний толстой кишки.

Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза должно проводиться в специализированных клиниках при наличии объективных доказательств хронической толстокишечной эвакуаторной недостаточности.

Требуется дальнейшая систематизация и широкое внедрение в практику единых стандартов обследования и лечения пациентов с **неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона**. Исключительно важное значение имеет совместное наблюдение такого рода больных гастроэнтерологами и колопроктологами, особенно для своевременного решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Показанием к хирургическому вмешательству являются тяжелые, резистентные к консервативной терапии формы воспалительных заболеваний, а также развившиеся осложнения (кровотечение, токсическая дилатация, перфорация, малигнизация). Существенному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности способствуют многоэтапные методы оперативного лечения.

### Опухоли толстой кишки

**Семейный аденоматоз толстой кишки**. Лечение больных данным заболеванием должно проводиться только в специализированных колопроктологических отделениях. В настоящее время ча-

ще всего у больных семейным аденоматозом толстой кишки производится удаление ободочной и прямой кишок. Вместе с тем, при атенированных формах заболевания оправдано оставление непораженных отделов толстой кишки.

**Рак толстой кишки.** По-прежнему продолжается рост числа больных колоректальным раком, подавляющее большинство которых поступает в стационар с запущенными стадиями болезни, что, прежде всего, обусловлено отсутствием программ раннего выявления доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки.

Для определения лечебной тактики в комплекс обследования больных, помимо стандартных методов, должны включаться трансректальная и трансвагинальная ультрасонография, необходимо шире использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Основным методом лечения колоректального рака остается хирургический. Существенному снижению операционной травмы при локализации опухоли в ободочной кишке способствует применение лапароскопических технологий. Лапароскопические методы позволяют соблюдать все принципы абластики и обеспечивают адекватную трех- и пятилетнюю выживаемость.

При распространенных формах колоректального рака оправдано применение комбинированных операций, включая аорто-подвздошно-тазовую лифаденэктомию, резекцию вовлеченных в опухолевый процесс смежных органов, резекцию печени. При наличии неудалимых отдаленных метастазов показаны циторедуктивные операции, интраоперационная внутрибрюшная химиотерапия, применение радиочастотной деструкции метастазов.

Выход опухоли за пределы висцеральной фасции прямой кишки является показанием к предоперационной лучевой терапии. При поражении регионарных лимфатических узлов предоперационная лучевая терапия должна быть дополнена послеоперационной химио- или лучевой терапией.

При локализации опухоли прямой кишки в пределах висцеральной фасции на расстоянии 2 см и выше от аноректальной (зубчатой) линии оправдано выполнение сфинктеросохраняющих операций, т.е. с сохранением наружного сфинктера.

Если размеры опухоли не превышают 3 см и она ограничена пределами слизистой оболочки, целесообразно использование метода безгазовой трансанальной эндомикрохирургической резекции.

Для обеспечения латеральной границы резекции при раке прямой кишки необходимо удаление мезоректум без повреждения вегетативных нервов таза (гипогастральных, сакральных нервов и тазового сплетения). Удаление опухолей средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки должно сопровождаться тотальной мезоректумэктомией, тогда как при раке верхнеампулярного отдела достаточно ограничиться резекцией мезоректум на протяжении 5 см дистальнее опухоли.

Лечение **рака анального канала** должно начинаться с лучевой терапии в сочетании с химиотерапией. При неэффективности химио-лучевой терапии (наличие раковых комплексов в биоптате) показана экстирпация прямой кишки.

### **Реконструктивно-восстановительная колопроктология**

Улучшение функциональных результатов является одним из важнейших направлений колопроктологии. При удалении прямой кишки и сохранении запирающего аппарата оправдано создание тазовых толстокишечных резервуаров. При экстирпации прямой кишки, наряду с резервуарами, положительные результаты дает формирование гладкомышечной манжетки. При посттравматической или врожденной недостаточности анального жома перспективным является создание неосфинктера с последующим проведением кинетотерапии и систематической электростимуляции перемещенных мышечных структур индивидуальными портативными приборами. Улучшению функции держания способствует моделирование пубо-ректальной петли аллотрансплантатами.

При диагностике и лечении большинства заболеваний толстой кишки обязательно должны использоваться функциональные методы - рентгенологические, патофизиологические и др. Колопроктологические кабинеты и отделения должны иметь соответствующее оборудование.

### **Заслушав и обсудив наиболее актуальные проблемы колопроктологии, съезд постановляет:**

1. На всей территории Российской Федерации колопроктологи в своей деятельности должны руководствоваться соответствующими федеральными законами, постановлениями Правительства РФ, решениями коллегий и приказами Минздрава РФ, согласно которым колопроктология является самостоятельной специальностью хирургического профиля, а колопроктологические от-

деления введены в перечень хирургических подразделений.

В соответствии с приказом Минздрава РФ (№50 от 18.02.97), задачами колопроктологической службы являются диагностика и лечение заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности, включая доброкачественные и злокачественные опухоли.

2. Важнейшим направлением колопроктологической службы на современном этапе является изучение заболеваемости и обращаемости населения при болезнях толстой кишки, анального канала и перианальной зоны, расширение объема специализированной помощи во внебольничных условиях.

3. Важной задачей является создание службы реабилитации колопроктологических больных, включая открытие региональных кабинетов реабилитации, организацию ассоциаций стомированных больных, обучения персонала, оказание помощи в организации обеспечения средствами ухода за стомами с привлечением средств региональных бюджетов.

#### **4. Перспективные научные направления развития колопроктологии:**

- разработка и совершенствование малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности;
- широкое внедрение новых хирургических технологий (ультразвуковой скальпель, высокочастотная электрокоагуляция, лапароскопические и микрохирургические технологии, лазерные методы и др.) при операциях на толстой кишке;
- расширенное применение хирургических методов в амбулаторных условиях для лечения проктологических заболеваний. Использование однодневных стационаров или стационаров с укороченными сроками пребывания для лечения колопроктологических больных;
- дальнейшее совершенствование первичных и вторичных пластических и реконструктивно-восстановительных методов хирургического

лечения колопроктологических больных, коррекции недостаточности анального сфинктера, в том числе создание неосфинктера.

#### **5. Ассоциация колопроктологов России должна:**

- принять активное участие в разработке протоколов диагностики и лечения больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;
- активно участвовать в организации непрерывного повышения квалификации ее членом и других колопроктологов;
- способствовать внедрению курса по колопроктологии в практику работы кафедр госпитальной хирургии медицинских университетов и академий.

