

минального сепсиса у пациентов с гангреной кишечника.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ронко К., Пиччинти П., Рознер М. Г. Эндотоксемия и эндотоксический шок. Патогенез, диагностика и лечение. М.: Издатель И. В. Балабанов, 2012. 132 с.
2. Савельев В. С. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. 2-е изд., доп. и перер. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 352 с.
3. Суборов Е. В., Кузьков В. В., Сметкин А. А. и др. Гемодинамика у больных с септическим шоком и острым повреждением легких // Анестезиол. и реаниматол. 2006. № 6. С. 15–20.
4. Якубцевич Р. Э., Снас В. В. Экстракорпоральные методы очищения крови при сепсисе — новый взгляд и современные тенденции в лечении // Мед. новости. 2008. № 9. С. 27–32.
5. Patrick M., Honore J., Jamez M. Prospective evaluation of short term high volume isovolemic haemofiltration on the haemodynamic course and outcome in patients with intractable circulatory failure resulting from septic shock // Wauthier Critical Care Med. 2000. Vol. 28. P. 3581–3587.
6. Pinsky M. R. Sepsis and multiple organ failure // Contrib. Nephrol. 2007. Vol. 156. P. 47–63.
7. Sartelli M., Catena F., Ansaloni L. et al. Complicated Intra-Abdominal Infections Observational European study (CIAO Study) // World J. Emerg. Surg. 2011. Vol. 6, № 1. P. 40.
8. Skirecki T., Borkowska-Zielińska U., Zlotowicz M. et al. Sepsis immunopathology: perspectives of monitoring and modulation of the immune disturbances // Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz). 2012. Vol. 60, № 2. P. 123–135.

Поступила 08.06.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.344-089.86:616-089.168

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЛЕОСТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ю. А. Шельгин*, В. Н. Кашиников, К. В. Болихов, А. В. Варданын

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии» (директор — профессор Ю. А. Шельгин) Минздравсоцразвития РФ, Москва

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения осложненных форм болезни Крона толстой кишки.

Материал и методы. За период с января 1998 г. по июль 2009 г. 43 пациентам с диагнозом «болезнь Крона толстой кишки» была выполнена операция — формирование двухствольной илеостомы. Проведен анализ следующих факторов: локализация поражения толстой кишки, динамика эндоскопической картины, динамика данных ультразвукового сканирования кишечника, динамика данных ирригоскопии, тяжесть перианальных проявлений и их характер.

Результаты. Вышеизложенные факторы были изучены у 35 (81,4%) из 43 пациентов. Для выявления предикторов эффективности илеостомии они были разделены на две группы: в 1-ю включены 13 больных, у которых удалось добиться полной клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, во 2-ю — 22 человека, у которых формирование илеостомы не оказало влияния на активность воспалительного процесса в толстой кишке.

На основании многофакторного анализа результатов лечения 22 пациентов, у которых формирование илеостомы оказалось неэффективным, выявлен ряд прогностически неблагоприятных признаков: тотальное поражение толстой кишки (72,7%), наличие рельефа слизистой типа «бульжная мостовая» по рентгенологическим и эндоскопическим данным (68,1 и 63,6% соответственно), наличие стриктуры прямой кишки (59,1%), наличие язв и повышенной васкуляризации по данным ультразвукового исследования (95,4 и 100,0% соответственно).

Заключение. При сочетании 3 и более неблагоприятных признаков операция «отключения» не позволяет добиться желаемого эффекта и приводит к удалению пораженных отделов толстой кишки. При отсутствии прогностически неблагоприятных признаков формирование илеостомы и проведение системной и местной консервативной терапии в 37,2% случаев приводит к ремиссии воспалительного процесса в отключенной толстой кишке и заживлению перианальных поражений.

Ключевые слова: болезнь Крона, илеостомия, эффективность, предикторы.

Predictors of efficacy for ileostomy in complicated forms of Crohn's disease involving large intestine

Yu. A. Shelygin, V. N. Kashnikov, K. V. Bolikhov, A. V. Vardanyan

State Scientific Coloproctology Center, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

Objective. The aim of the study is to improve the surgical treatment results in patients with complicated Crohn's disease of the colon.

*Шельгин Юрий Анатольевич, доктор мед. наук, профессор. 123423, Москва, ул. Саляма Адила, д. 2.

Material and methods. 43 patients with Crohn's disease of the colon in the period from January 1998 to July 2009 have undergone the fecal diversion by ileostoma formation, as their first stage of surgical treatment. The following factors analysis has been made: the colon lesion localization, the dynamics of endoscopic inflammation signs changes of the colon, ultrasound examination data and barium enema data, the severity of perianal lesions.

Results. The following factors were studied in 35 (81.4%) out of 43 patients. In order to find the predictors of ileostomy effectiveness 35 patients with Crohn's disease of the colon were divided into 2 groups. The first group included 13 patients, in which the remission was achieved. The second group included 22 patients in which the inflammation process in the colon was progressing.

Multifactorial analysis of the treatment results of the second group has been made according to which we found predictors of ileostomy inefficiency: total colon lesion (72.7%), the cobblestone appearance according to radiologic and endoscopic data (68.1 and 63.6%, respectively), the presence of the anal strictures (59.1%), the presence of ulcers and increased vascularization according to ultrasound examination (95.4 and 100%, respectively).

Conclusion. With the combination of 3 or more predictors ileostomy formation does not allow to achieve the desired effect and leads to colon resection. With the absence of predictors ileostomy formation and medical therapy in 37.2% of cases leads to remission of the disease.

Key words: Crohn's disease, ileostomy, effectiveness, predictors.

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалительным поражением с развитием местных и системных осложнений [1, 2].

Одним из патогномичных проявлений БК является формирование наружных и внутренних свищей, встречающихся в 40% наблюдений. Это, как правило, служит показанием для хирургического лечения в связи с прогрессированием гнойного процесса, развитием инфильтратов, сепсиса [8].

Поражение анального канала и перианальной области — язвы-трещины анального канала, параректальные и ректовагинальные свищи различной степени сложности встречаются у 25–75% пациентов [5–7, 9, 10]. Перианальные поражения чаще обнаруживаются при гранулематозном колите (75–81%), реже — при терминальном илеите (до 25%) [1, 4, 6].

Анализ литературных данных показал, что существуют две диаметрально противоположные точки зрения об эффективности формирования илеостомы с целью отключения пассажа по толстой кишке. Согласно одной, это позволяет нормализовать соматическое состояние больных с тяжелой формой БК, а у большинства пациентов удается впоследствии восстановить анальную дефекацию [1]. По другой — илеостома не позволяет избежать в дальнейшем повторных оперативных вмешательств [3, 12].

Необходимость временного отключения пассажа возникает у 53%, по другим данным — у 77% пациентов [4, 12]. При этом риск формирования постоянной стомы возникает у 12–39% больных [11, 13].

Проанализировав доступную нам литературу, мы обнаружили, что до настоящего времени нет четких показаний и противопоказаний к формированию илеостомы при осложненном течении болезни Крона толстой кишки (БКТК).

В нашем исследовании мы провели анализ эффективности илеостомии у данной когорты пациентов.

Материал и методы

В период с 1998 по 2009 г. в ГНЦ колопроктологии оперированы 124 пациента с осложненным течением БК толстой кишки. Из них 43 пациентам с

диагнозом «болезнь Крона толстой кишки с перианальными поражениями» в связи с неэффективностью консервативной терапии выполнялась операция отключения пассажа кишечного содержимого по толстой кишке путем формирования двухствольной илеостомы.

Среди 43 пациентов с БКТК мужчин было 19 (44,1%) в возрасте от 16 до 57 лет (в среднем $27,1 \pm 12,3$ года), женщин было 24 (55,9%) в возрасте от 15 до 66 лет (в среднем $31,6 \pm 14,7$ года).

Распределение пациентов в зависимости от распространенности воспалительного процесса в толстой кишке отражено в таблице 1.

Из 43 пациентов с БКТК состояние 3 (7,0%) больных при поступлении расценивалось как легкое, у 31 (72,1%) — средней тяжести, у 9 (20,9%) — тяжелое.

Гормонорезистентная форма заболевания была у 40 (93%) больных, гормонозависимая форма заболевания встречалась в 3 (7,0%) наблюдениях.

Перианальные поражения наблюдались у всех 43 пациентов и были представлены следующими видами: язвы-трещины анального канала — у 6 (14%) больных (рис. 1), свищи прямой кишки — в 12 (27,9%) и стриктуры прямой кишки — в 3 (7,0%) случаях.

При этом сочетание двух (рис. 2) и трех (рис. 3) видов перианальных поражений встречалось у 22 (51,2%) пациентов (табл. 2).

Всем пациентам после операции отключения пассажа по толстой кишке назначалась противорецидивная иммуносупрессорная терапия (азатиоприн в дозе 2 мг/кг/сут). В качестве местной противовоспалительной терапии применялись свечи с преднизолоном, 5-АСК, трихополом, микроклизмы с гидрокортизоном, 5-АСК и преднизолоном.

Таблица 1
Распространенность воспалительного процесса в толстой кишке у пациентов с БК

Распространенность воспаления	Число пациентов	
	абс.	%
Тотальное поражение	24	55,8
Левостороннее поражение	15	34,9
Проктосигмоидит	4	9,3
Всего...	43	100



Рис. 1. Пациентка У., 22 лет, ИБ № 2183-09: язвы-трещины анального канала и перианальной кожи



Рис. 2. Пациентка А., 25 лет, ИБ № 3717-09: передняя и задняя язвы-трещины в сочетании с экстрасфинктерным свищом прямой кишки, с формированием обширной раны промежности



Рис. 3. Пациент В., 18 лет, ИБ № 38-04: сочетание экстрасфинктерного свища прямой кишки с затеками, стриктура нижнеампулярного отдела прямой кишки, задняя анальная язва-трещина

Результаты

Выполнен многофакторный анализ показателей как до, так и после илеостомии в ближайшем послеоперационном периоде и в течение 12 мес. При этом динамика изменений рентгеноэндоскопической картины, а также продолжительность заживления перианальных поражений оценены у 35 (81,4%) из 43 пациентов в сроки от 1 до 12 мес ($M=5,9 \pm 3,6$). У 8 (18,6%) больных оценить эффективность не представлялось возможным, в связи с тем что после операции отключения они на регулярные контрольные осмотры не являлись.

Нами проведен анализ следующих факторов:

- 1) общее соматическое состояние перед операцией (индекс SAI в модификации клиники);
- 2) протяженность поражения в толстой кишке;
- 3) динамика эндоскопической картины;
- 4) динамика данных ультразвукового сканирования кишечника;
- 5) динамика данных ирригоскопии;
- 6) тяжесть перианальных проявлений и их характер.

Для объективизации данных о соматическом состоянии больных и эффективности илеостомии в сочетании с консервативной терапией мы использова-

ли индекс SAI (Severity-Activity-Index – индекс тяжесть-активность), разработанный в ходе очередного Европейского объединенного исследования болезни Крона в 1992 г. (табл. 3). Однако, учитывая, что пациенты после илеостомии временно утрачивают способность к анальной дефекации, мы модифицировали данный индекс и оценивали общее соматическое состояние пациентов без подсчета количества дефекаций в день, сравнивая показатели непосредственно перед оперативным вмешательством, а также на 7-е и 14-е сут после операции.

Интерпретация результатов производится следующим образом: SAI ≤ 60 баллов – ремиссия, 61–120 баллов – легкая степень, 121–240 баллов – средняя степень, более 240 баллов – тяжелая степень.

Важно подчеркнуть, что у 2 (4,6%) из 43 пациентов илеостомия оказалась неэффективной. В связи с прогрессированием заболевания на 6-е и 10-е сут потребовались срочные хирургические вмешательства, направленные на резекцию пораженных отделов. У 41 (95,4%) больного отмечено улучшение. Перед операцией легкая степень нарушения соматического состояния (по индексу SAI) наблюдалась у 4 (9,3%) больных, средняя степень – у 18 (41,9%) и тяжелая степень – у 21 (48,8%) пациента. В дальнейшем было

Таблица 2

Частота и характер перианальных поражений у 43 больных с БКТК

Перианальные поражения	Число больных	
	абс.	%
Язвы-трещины анального канала	6	13,9
Стриктура прямой кишки	3	7,0
Свищи прямой кишки	12	28,0
Язвы-трещины анального канала + свищи прямой кишки	10	23,2
Стриктура прямой кишки + свищи прямой кишки	6	13,9
Стриктура + язвы-трещины анального канала	3	7,0
Стриктура + язвы-трещины анального канала + свищи прямой кишки	3	7,0

Таблица 3

Критерии определения индекса тяжести-активности (в баллах)	
Признак	Множитель
Число неоформленных дефекаций в день	× 10
Выраженность боли в животе: 0 – нет, 1 – легкая, 2 – умеренная, 3 – сильная	× 50
Анальные / перианальные поражения: 0 – нет, 1 – есть	× 30
Напряжение брюшной стенки: 0 – нет, 1 – есть	× 30
Внекишечные проявления (артрит, ирит, увеит, узловая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит): 0 – нет, 1 – есть	× 30
Температура: 0 – до 37 °С, 1 – более 37 °С	× 40
Дефицит массы тела (%): (1 – масса тела/ стандартная масса тела) × 100	× 2
Гематокрит, %	× (-4)
Альбумин, г/л	× (-2)
SAI = сумма баллов + 270 (константа)	

отмечено статистически достоверное улучшение соматического состояния через 7 и 14 дней после операции. Так, уже через 7 сут после илеостомии признаки ремиссии по индексу SAI имелись у 3 (7,0%) из 43 больных, легкая степень – у 15 (34,9%), средняя – у 22 (51,2%), а тяжелая степень сохранялась лишь у 3 (7,0%) пациентов, двое из которых, как было описано выше, оперированы по срочным показаниям. Необходимо подчеркнуть, что уже через 14 дней после илеостомии больных с тяжелой степенью не отмечалось. Ремиссия по SAI была у 4 (9,3%) из 43 больных, легкая степень – у 23 (53,5%), средняя степень – у 16 (37,2%) пациентов (рис. 4).

Для выявления прогностически важных критериев прослеженные 35 пациентов с поражением толстой кишки были разделены на две группы. В первую группу включены 13 больных, у которых на фоне отключенной кишки и проводимой консервативной терапии отмечена эндоскопическая ремиссия заболевания (группа с эффектом). Во вторую группу включены 22 человека, у которых формирование илеостомы не оказало влияния на активность воспалительного процесса в толстой кишке и в итоге возникла необходимость резекции пораженного участка кишечника (группа без эффекта).

При анализе влияния протяженности поражения толстой кишки обнаружено статистически достоверное преобладание пациентов с тотальным поражением в группе без эффекта по сравнению с группой с эффектом – у 16 (72,7%) из 22 больных и у 4 (30,8%) из 13 соответственно.

Оценивая степень выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки по эндоскопическим данным, мы обнаружили, что наименее выраженный воспалительный процесс отмечался в группе с эффектом. Рельеф слизистой оболочки по типу «булыжной мостовой» был показателем тяжелого воспалительного процесса и чаще всего выявлялся в группе без эффекта – у 63,6% пациентов, тогда как в группе с эффектом он был лишь у 15,3% пациентов. При этом важно подчеркнуть, что рентгенологические данные коррелировали с выявленными эндоскопическими изменениями (коэффициент корреляции Пирсона 0,903).

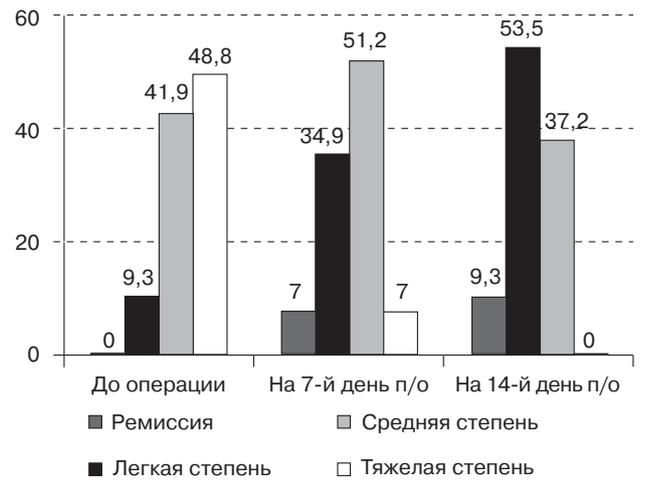


Рис. 4. Динамика индекса SAI у пациентов с БКТК до илеостомии, через 7 и 14 дней после операции

В ходе дальнейшего анализа также выявлена явная корреляционная связь между рентгеноэндоскопическими признаками и ультразвуковыми данными (коэффициент корреляции Пирсона составлял 0,462).

Для систематизации поражений анального канала и перианальной кожи было решено условно разделить все перианальные проявления по степени тяжести. Первая степень тяжести характеризовалась наличием одного вида поражений: язвы-трещины анального канала или свища прямой кишки (стриктуры прямой кишки исключены). Ко II ст. отнесено наличие одновременно язвы-трещины анального канала и свища прямой кишки (стриктуры прямой кишки исключены). Под III ст. тяжести подразумевалось обязательное наличие стриктуры прямой кишки – изолированно либо в сочетании с язвами-трещинами или со свищами прямой кишки. К IV ст. относилось одновременное сочетание всех трех видов перианальных поражений.

Проведена сравнительная характеристика тяжести перианальных поражений у пациентов из групп с эффектом ($n = 13$) и без эффекта ($n = 22$). Необходимо отметить, что в группе с эффектом наблюдались менее тяжелые перианальные поражения. Так, IV ст. тяжести перианальных поражений не отмечена ни у одного больного группы с эффектом и имелась у 3 (13,6%) из 22 пациентов группы без эффекта ($p > 0,05$). Третья степень тяжести перианальных осложнений выявлена лишь у 1 (7,7%) из 13 пациентов (стриктура в сочетании со свищем прямой кишки) группы с эффектом и у 10 (45,5%) из 22 больных (стриктуры в сочетании с язвой-трещиной у 3 больных и у 4 – стриктуры в сочетании со свищем прямой кишки) группы без эффекта ($p < 0,05$). Вторая степень тяжести была у 4 (30,8%) из 13 больных и в 5 (22,7%) из 22 случаев соответственно ($p > 0,05$). У 8 (61,5%) из 13 больных с эффектом встречались перианальные поражения I ст. тяжести, тогда как в группе без эффекта они выявлялись в 3,4 раза реже – у 4 (18,2%) из 22 пациентов ($p < 0,05$) (табл. 4).

Необходимо отметить, что наличие стриктуры прямой кишки является одним из основных косвенных признаков тяжести течения заболевания. При

Таблица 4

Сравнительная характеристика тяжести перианальных поражений у больных из групп с эффектом и без эффекта

Группа (n=35)	Степень тяжести			
	I	II	III	IV
Группа с эффектом (n=13)	8 (61,5%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)	0
Группа без эффекта (n=22)	4 (18,2%)	5 (22,7%)	10 (45,5%)	3 (13,6%)
<i>p</i>	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Таблица 5

Сравнительная характеристика частоты (%) выявления прогностически неблагоприятных признаков течения БКТК в группе без эффекта и в группе с эффектом

Признак	Группа с эффектом (n=13)	Группа без эффекта (n=22)	<i>p</i>
Тотальное поражение толстой кишки	30,7	72,7	<0,05
Наличие рельефа слизистой типа «булыжной мостовой» по эндоскопическим данным	15,3	63,6	<0,05
Наличие рельефа «булыжной мостовой» по рентгенологическим данным	15,3	68,1	<0,05
УЗ-признаки			
наличие язв	61,5	95,4	<0,05
повышенная васкуляризация	76,9	100,0	<0,05
Наличие стриктуры прямой кишки	7,7	59,1	<0,05

этом рубцовое сужение кишки развилось более чем у половины больных группы без эффекта (у 13 (59,1%) из 22 человек), тогда как в группе с эффектом оно возникло лишь у 1 (7,7%) из 13 пациентов ($p < 0,05$).

Таким образом, проведя многофакторный анализ результатов лечения 22 пациентов, у которых формирование илеостомы оказалось неэффективным, мы выявили ряд прогностически неблагоприятных признаков (табл. 5):

- тотальное поражение толстой кишки;
- наличие рельефа слизистой типа «булыжная мостовая» по эндоскопическим данным;
- наличие рельефа слизистой типа «булыжная мостовая» по рентгенологическим данным;
- наличие стриктуры анального канала;
- наличие язв и повышенной васкуляризации по данным ультразвуковых исследований.

Крайне важно подчеркнуть, что у всех больных группы без эффекта было сочетание 3 и более показателей: сочетание трех признаков наблюдалось у 4 (18,2%), четырех признаков – у 5 (22,7%), пяти признаков – у 8 (36,4%) и шести признаков – у 5 (22,7%) больных. В то же время в группе с эффектом сочетание более 2 прогностически неблагоприятных признаков не выявлено ни в одном случае. Таким образом, можно говорить, что при сочетании 3 и более перечисленных признаков илеостомия, направленная на отключение из пассажа пораженной толстой кишки, будет неэффективной.

Вместе с тем формирование илеостомы в 95,4% случаев позволяет добиться улучшения соматическо-

го состояния в ближайшие 14 дней. Интересно, что через 1 мес после илеостомии в группе без эффекта отмечалась нормализация соматического состояния по индексу SAI, который не превышал 70 баллов у 8 (40%) из 20 больных, что соответствовало легкой степени, а у 12 (60%) – он был меньше 60 баллов. Таким образом, у данных пациентов илеостомия как первый этап хирургического лечения была оправдана.

Нами также был проведен анализ выраженности воспалительного процесса в толстой кишке на основании рентгеноэндоскопических данных в динамике, через 1, 3 и 6 мес после илеостомии.

В группе с эффектом уже к 3-му мес наблюдения полная клиничко-эндоскопическая ремиссия была выявлена у 46,1% больных, в остальных случаях отмечались остаточные явления стихающего воспалительного процесса. Важно подчеркнуть, что через 6 мес после илеостомии в 100% наблюдений отмечалась ремиссия заболевания. Обратная ситуация наблюдалась в группе больных без эффекта: через 1 мес после илеостомии, на фоне проводимой консервативной терапии, не было выявлено положительной динамики со стороны воспалительного процесса в толстой кишке (сохранились глубокие язвенные дефекты у 75% больных, феномен «булыжная мостовая» – у 63,6%). Похожая картина наблюдалась и в дальнейшем, через 3 и 6 мес. В итоге в группе больных без эффекта не было выявлено положительной динамики воспалительного процесса ни в одном случае.

Заключение

На основании проведенных исследований выявлены следующие прогностически неблагоприятные признаки течения болезни Крона: тотальное поражение толстой кишки, наличие рельефа слизистой оболочки типа «булыжная мостовая» по эндоскопическим и рентгенологическим данным, наличие язв и повышенной васкуляризации по данным ультразвуковых исследований, наличие стриктуры прямой кишки. Следует подчеркнуть, что наличие стриктуры прямой кишки является одним из наиболее неблагоприятных факторов, свидетельствующих о бесперспективности консервативной терапии, даже на фоне наложения илеостомы.

При сочетании 3 и более неблагоприятных признаков операция «отключения» в комплексе с проводимой консервативной терапией не позволяет добиться желаемого эффекта и в итоге приводит к удалению пораженных отделов толстой кишки. Важно отметить, что улучшение соматического состояния происходит на фоне интенсивной системной терапии, приводящей к ликвидации метаболических нарушений, тогда как активность воспалительного процесса в отключенной кишке не уменьшается, а прогрессирует. В связи с этим, с нашей точки зрения, у большинства больных с тяжелым течением заболевания и наличием 3 и более прогностически неблагоприятных признаков в качестве первого этапа хирургического лечения следует удалять пораженные отделы толстой кишки, даже при наличии метаболических нарушений.

При отсутствии прогностически неблагоприятных признаков у больных болезнью Крона толстой кишки с перианальными поражениями формирование илео-

стомы и проведение системной и местной консервативной терапии в 37,2% случаев приводит к ремиссии воспалительного процесса в отключенной толстой кишке и заживлению перианальных поражений, что позволяет сохранить толстую кишку и впоследствии восстановить непрерывность желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. С. 65–66.
2. Белоусова Е. А. Биологическая стратегия в лечении воспалительных заболеваний кишечника // Фарматека. 2006. № 6. С. 8.
3. Михайлова Т. Л., Румянцев В. Г., Киркин Б. В. и др. Определение активности воспалительного процесса у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 1999. № 4. С. 52–55.
4. Fanner R. G. et al. Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical of 615 cases // Gastroenterology. 1975. Vol. 68. P. 627–635.
5. Fichera A., Michelassi F. Surgical treatment of Crohn's disease // J. Gastroint. Surg. 2007. Vol. 11, № 6. P. 791–803.
6. Gordon P. H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 3rd Ed. N. Y. 2007. Vol. 3. P. 145–148.
7. Greenstein A. J. et al. Intra-abdominal abscess in Crohn's (ileo)colitis // Am. J. Surg. 1985. Vol. 143. P. 27–37.
8. Heitland W. Chirurgische Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Was muss der Internist wissen? // Internist. (Berl). 2002. Bd 43. S. 1412–1418.
9. McClane S. J., Rombeau J. L. Anorectal Crohn's disease // Surg. Clin. North. Am. 2001. Vol. 81, № 1. P. 169–183.
10. Michelassi F., Balestracci T., Chappell R. et al. Primary and recurrent Crohn's disease. Experience with 1379 patient // Ann. Surg. 1991. Vol. 214. P. 230–238.
11. Michelassi F., Melis M., Rubin M., Hurst R. D. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease // Surgery. 2000. Vol. 128, № 4. P. 597–603.
12. Mueller M. H., Geis M., Glatzle J. et al. Risk of fecal diversion in complicated perianal Crohn's disease // J. Gastrointest. Surg. 2007. Vol. 11, № 4. P. 529–537.
13. Whiteford M. H., Kilkenny J., Hyman N. et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised) // Dis. Colon. Rectum. 2005. Vol. 48, № 7. P. 1337–1342.

Поступила 27.06.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.36-089.87:616-089.163:615.28:616.3-006.04

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

К. Г. Мамонтов*¹, А. Г. Котельников², А. А. Пономаренко³, С. А. Лазарев¹

¹Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» РАМН, Барнаул; ²ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» РАМН, Москва; ³ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России

Цель. Изучить эффективность обширных резекций печени с предоперационной регионарной химиотерапией по поводу метастазов колоректального рака.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обширных резекций печени с предоперационной регионарной внутриартериальной химиотерапией у 106 больных с метастазами колоректального рака в печени. У 64 (60%) из этих больных отмечались билобарные метастазы, у 50 (47%) – множественные, у 22 (21%) наряду с метастазами в печени имелись внепеченочные метастазы, которые также были удалены.

Результаты. Включение бевацизумаба в состав дооперационной регионарной химиотерапии не привело к повышению интраоперационной кровопотери, частоты послеоперационных осложнений. Частота развития печеночной недостаточности у оперированных составила 37%, желчных свищей – 11%. Предоперационная многокурсовая регионарная химиотерапия у 5 (4,7%) больных с множественными метастазами и поражением 7 сегментов печени, то есть формально с нерезектабельным метастатическим раком, позволила сократить объем поражения органа и выполнить радикальную резекцию печени.

Заключение. Достоверно худшие отдаленные результаты отмечены у пациентов с множественными метастазами в печени, метастазами в лимфоузлах гепатодуоденальной связки и расстоянием между границей резекции печени и краем опухоли менее 1 см.

Ключевые слова: метастазы колоректального рака в печени, предоперационная регионарная химиотерапия, кровопотеря, послеоперационные осложнения.

*Мамонтов Константин Григорьевич, кандидат мед. наук, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения. 656049, Барнаул, ул. Никитина, д. 77.