

КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ НА МОДЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Е.В. Антипова, В.Б. Александров, Ю.К. Богомазов
Московская городская клиническая больница № 24

К настоящему времени назрела острая необходимость оптимизации амбулаторной специализированной колопроктологической помощи, в первую очередь, для повышения качества ранней диагностики колопроктологических (особенно онкоколопроктологических) заболеваний в связи с их неуклонным ростом.

Объем и характер обращаемости колопроктологических больных за последние годы претерпел значительные изменения: возросла доля тех заболеваний, прогноз течения которых определяется своевременной и полноценной диагностикой, проводимой в большинстве случаев на догоспитальном этапе [7]. Рост заболеваемости колоректальным раком сочетается с преобладанием среди впервые выявленных больных запущенных форм. Эти заболевания составляют свыше 70%, а из них IV стадию рака имеют 18-38% больных [4]. Большое количество злокачественных форм является следствием запоздалого выявления опухоли и значительным интервалом между первыми ее проявлениями и началом лечения.

Как известно, при раннем выявлении онкозаболевания и своевременно проведенном лечении продолжительность жизни больного может быть увеличена до 5 лет и более.

Организационная схема, применяемая на сегодняшний день в консультативно-диагностических центрах по подготовке больных к хирургическому и консервативному лечению, позволяет более рационально использовать коечный фонд за счет полноценности и своевременности лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе.

В целях улучшения оказания специализированной колопроктологической помощи населению г. Москвы было создано Консультативно-диагностическое отделение (КДО) колопроктологии на базе ГКБ № 24. Отделение является неотъемлемым звеном специализированного колопроктологического учреждения и выполняет следующие задачи:

- ранняя диагностика онкологических заболеваний;
- сокращение сроков догоспитального обследования больных;
- оказание амбулаторной специализированной помощи;
- динамическое наблюдение за оперированными больными.

На базе отделения работают хирурги и терапевты-колопроктологи. Максимальное количество консультаций приходится на долю хирургов-колопроктологов: за 2003-2005 гг. они приняли 28 485 (86,8%) чел.; терапевты-колопроктологи – 4 332 чел. (13,2%).

Максимальное число больных (15733 чел.) составляют пациенты с воспалительными (геморрой, трещина, свищ) и доброкачественными заболеваниями (полипы, ворсинчатые образования). Кроме того, выявлены больные раком толстой кишки (2645 чел.), болезнью Крона (37) и неспецифическим язвенным колитом (273 пациента). Данные по годам приведены в табл. 1.

Кроме первично направленных больных, ведутся консультации ранее оперированных пациентов стационара, их число за 2003-2005 гг. составило 3599 человек.

Таблица 1

**Распределение больных, осмотренных в КДО в 2003-2005 гг.,
по нозологиям**

Нозология	Количество наблюдений		
	2003	2004	2005
Рак толстой кишки	836	942	867
Неспецифический язвенный колит	72	98	103
Болезнь Крона	11	17	9
Воспалительные и доброкачественные заболевания	5434	5357	4942
ИТОГО:	6353	6414	5921

Общая оценка онкологической заболеваемости позволяет констатировать увеличение числа больных раком прямой кишки. За 2003-2005 гг. было выявлено 180 человек, больных раком анального канала (6,8%), раком прямой кишки – 1519 пациентов (57,4%), раком ободочной кишки – 946 (35,8%). С целью исключения возможных диагностических ошибок и повышения разрешающей способности ректороманоскопии, амбулаторные колопроктологи у всех больных с патологическим процессом выполняют взятие биоптатов. За 2003-2005 гг. исследован 1831 биоптат: 1426 (78%) из раковых образований толстой кишки и анального канала, 405 (22%) – из доброкачественных новообразований. Наибольшее количество биопсий при раке приходится на долю рака прямой кишки – 1165 (81,7%). Количество биопсий при раке анального канала – 120 (8,4% от общего количества), при раке ректосигмоидного отдела – 52 (3,6%), при раке дистальной трети сигмовидной кишки – 89 (6,2%). Количество биопсий при доброкачественных новообразованиях – значительно меньше (табл. 2).

Таблица 2

Количество биопсий из доброкачественных новообразований

Новообразование	2003	2004	2005
Полип ani	-	2	1
Полип recti	11	59	8
Полип rectosigmoidae	-	4	1
Полип sigmae	-	5	1
Ворсинчатый полип recti	16	22	55
Ворсинчатая опухоль recti	32	88	100
ИТОГО	59	180	166

После проведения в амбулаторных условиях максимально полного обследования пациентов с раковыми процессами была определена группа больных, у которых

имеются противопоказания для радикального хирургического лечения: за исследуемый период их число составило 272.

Анализ результатов обследования выявил основные причины отказа в радикальном хирургическом лечении пациентам данной группы (табл. 3). Самой частой причиной отказа в хирургическом лечении были множественные метастазы в печени, выявленные при УЗИ и КТ брюшной полости – 96 случаев (35,3%).

Таблица 3

Причины отказа в радикальном хирургическом лечении по поводу рака за 2003-2005гг.

Причина отказа	Число наблюдений		
	2003	2004	2005
Метастазы в печени	16	49	31
Метастазы в легких	5	7	6
Острое нарушение мозгового кровообращения	-	12	3
Острый инфаркт миокарда	3	14	6
Аневризма аорты	1	5	1
Генерализация рака	5	9	7
Возраст, сопутствующая патология	8	41	43
ИТОГО	38	137	97

Нами периодически выявляются расхождения в направительном и установленном диагнозе. За 2003-2005 гг. было выявлено 184 случая расхождений (табл. 4).

Таблица 4

Заболевания, по которым наиболее часто встречаются расхождения в диагнозе

Направительный диагноз	Выявленные расхождения		
	2003	2004	2005
Геморрой	28	26	29
Анальная трещина	2	2	4
Запоры	12	7	6
Неспецифический язвенный колит	-	1	2
Полипы	-	6	13
Рак анального канала	-	-	3
Рак прямой кишки	-	-	14
Рак ректосигмоидного отдела	1	-	3
Анальный зуд	-	-	1

Нозологические формы, которые были зарегистрированы у больных с ошибочно установленным диагнозом геморрой, приведены в табл. 5.

Характер расхождений при направительном диагнозе геморрой

Установленный диагноз	Расхождения		
	2003	2004	2005
Рак анального канала	4	-	2
Рак прямой кишки до 6 см	3	-	3
Рак прямой кишки до 9 см	8	5	4
Рак прямой кишки до 12 см	5	1	2
Рак прямой кишки более 12 см	3	5	5
Рак сигмовидной кишки	4	1	3
Ворсинчатая опухоль прямой кишки	-	1	1
Ворсинчатая опухоль анального канала	-	-	1
Рак ободочной кишки	1	-	1
Неспецифический язвенный колит	-	-	1
Анальная трещина, полип прямой кишки и анального канала	-	-	1

Основная часть расхождений связана с неадекватным обследованием по месту первичной консультации, так как практически все выявленные раковые процессы можно обнаружить при пальцевом исследовании прямой кишки. Эти ошибки приводят к задержке получения специализированной консультации и более позднему назначению радикального лечения, что сказывается на продолжительности жизни пациента.

В структуре доброкачественных и воспалительных заболеваний прямой и ободочной кишок и анальной области преобладают аденоматозные и ворсинчатые полипы, полипы ректо-сигмоидного отдела и сигмовидной кишки, а также ворсинчатые опухоли прямой и сигмовидной кишок.

Довольно многочисленная группа пациентов, которые были направлены на консультацию в отделение, – это больные с воспалительными заболеваниями прямой, ободочной кишок и аноректальной области (табл. 6).

Таблица 6

Воспалительные заболевания перианальной области и анального канала, выявленные в КДО за 2003-2005 гг.

Заболевание	2003	2004	2005
Хронический геморрой	2784	2579	2332
Хроническая анальная трещина	723	1251	731
Свищ прямой кишки	268	252	186
Эпителиальный копчиковый ход	122	152	109
Зуд перианальной области и анального канала	48	26	42
ИТОГО	3945	4260	3400

В течение трех лет в КДО обследовано 11 605 пациентов с воспалительными заболеваниями, что составило 62,1% общего числа направленных в КДО больных.

Геморрой – наиболее часто встречающаяся патология – 7695 пациентов (66,3% в группе воспалительных заболеваний и 41,2% от общего числа направленных в КДО за 2003-2005 гг.). Большое место в структуре колопроктологических заболеваний принадлежит функциональным заболеваниям – 5692 пациента, то есть 30,5% от общего числа направленных для консультации. Самым распространенным функциональным заболеванием является синдром раздраженной кишки (табл. 7).

Таблица 7

Функциональные заболевания, выявленные в КДО за 2003-2005 гг.

Заболевание		2003	2004	2005
Синдром раздраженной кишки	с запорами	1284	1284	1570
	с диареей и болями	331	428	295
Кокцигодия		57	79	105
Недостаточность анального жома		54	12	47
Ректоцеле		51	43	52
ИТОГО		1777	1846	2069

Работа отделения многопрофильна, врачи КДО первыми обследуют пациентов с экстренной патологией. За 2003-2005 гг. по экстренным показаниям было госпитализировано 330 больных (табл. 8).

Таблица 8

Экстренная госпитализация из КДО в стационар за 2003-2005 гг.

Заболевание		2003	2004	2005
Острая кишечная непроходимость		16	65	3
Абсцесс эпителиального копчикового хода		-	18	2
Острый геморрой		-	11	1
Острая анальная трещина		3	4	1
Ректальное кровотечение		2	57	2
Острый парапроктит		13	127	5
ИТОГО		34	282	14

Пациенты обращаются в диагностическое отделение с разнообразными колопроктологическими заболеваниями. При обследовании больных выявлены ошибки поставленных диагнозов в поликлиниках по месту жительства; отмечены расхождения в диагнозах, определены противопоказания для хирургического лечения у больных с колопроктологическими заболеваниями.

Наши наблюдения позволяют утверждать, что необходимы разработка более четкого алгоритма раннего выявления заболеваний на амбулаторном уровне, усовершенствование путей отбора больных раком анального канала, прямой и ободочной кишок для хирургического лечения, уменьшение сроков с момента выявленного заболевания до начала его ликвидации, сокращение сроков обследования больных на догоспитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров М.Я., Врублевский В.Я., Кондратьева Л.Т. и др. // Ранняя диагностика заболеваний: Сб.ст. – М., 1994. – С. 148-150.
2. Ханевич М.Д., Хайбулин М.А., Лутков И.В. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 6. – С. 74-79.
3. Abcanon H.J., Alexander-Williams J. et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1994. – V. 89, No. 8. – Suppl. – P. 182-193.
4. Bacon H.E. Cancer of the colon, rectum and anal canal. – Philadelphia, 1964.
5. Corman M.L. Colon and Rectum Surgery. – Philadelphia, 1992.
6. Morson B.C. // Clin. Gastroenterol. – 1976. – V. 53. – P. 505-525.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

С.В. Антохин, М.Ю. Фениксов, Н.А. Чернов

Калужская областная детская больница

Острый аппендицит – самая распространенная патология в практике детского хирурга, требующая экстренного хирургического вмешательства. Частота этого заболевания в разных возрастных группах составляет от 3 (младший возраст) до 42%. Несмотря на то, что в лечении аппендицита достигнуты большие успехи, проблему нельзя считать окончательно решенной [1]. На это указывает большой процент осложнений оперативного лечения (абсцессы брюшной полости, спаечный процесс). В связи с этим представляет интерес применение метода лапароскопии в лечении этого заболевания.

В отделении хирургии Калужской областной детской больницы в период с 2001 по 2006 г. выполнено 344 лапароскопических аппендэктомий. Возраст больных – от 2 до 15 лет. В работе была использована методика, разработанная на кафедре хирургических болезней детского возраста РГМУ, ее модификация – аппендэктомия, ассистированная лапароскопией. Методика сочетает в себе возможности лапароскопии и традиционной аппендэктомии. Первые попытки подобных операций были осуществлены Де Коком (1977) и М. Пелози (1993).

Методику традиционной лапароскопической аппендэктомии мы применяем с 2000 г., с ее помощью выполнено 174 операции. В апреле 2004 г. впервые в отделении был применен метод аппендэктомии, ассистированной лапароскопией, который используется по настоящее время. Суть операции состоит в следующем. Наложение пневмоперитонеума и введение оптики проводятся в типичной точке выше пупка, первый операционный троакар вводится также в типичной точке – левой подвздошной области, а второй троакар мы вводим не над лоном, а в правой подвздошной области. Место пункции определяем под контролем оптики: оно должно находиться перпендикулярно основанию червеобразного отростка, т.е. между проколом и основанием отростка должно быть наименьшее расстояние. Скелетируем отросток по обычной методике с использованием биполярной коагуляции. Затем захватываем верхушку отростка и вместе с троакаром эвакуируем аппендикс из брюшной полости как можно ближе к слепой кишке. Для того чтобы достигнуть этого, иногда приходится выполнять декомпрессию. Вне брюшной полости осуществляем перевязку основания отростка двумя викриловыми лигатурами, далее проводим коагуляцию, пересечение отростка и обработку его культи (при необходимости на этом этапе возможно наложение кисетного шва). Затем культи погружается в брюшную полость, правая подвздошная ямка орошается раствором диоксида, раны уш-