

55. *Shiffman M.L., Hoffmann C.M., Contos M.J. et al.* Рандомизированное контролируемое исследование продолжительности интерферонотерапии среди пациентов с хроническим гепатитом С и персистирующей вирусемией // *Gastroenterology*. — 1999. — Vol. 117, № 5. — P.1164-1236.
56. *Shiffman M.L.* Management of patients with chronic hepatitis C virus infection and previous nonresponse // *Rev. Gastroenterol. Disord.* — 2004. — Vol. 4, Suppl. 1. — P.S22-30.
57. *Shiffman M.L., Di Bisceglie A.M., Lindsay K.L. et al.*, for the HALT-C Trial Group. Peginterferon alfa-2a and ribavirin in patients with chronic hepatitis C who have failed prior treatment // *Gastroenterology*. — 2004. — Vol. 126. — P.1015-1023.
58. *da Silveira N.J., Arcuri H.A., Bonalumi C.E., et al.* Molecular models of NS3 protease variants of the Hepatitis C virus // *BMC Struct. Biol.* — 2005. — Vol. 21, № 5(1). — P.1.
59. *Tassopoulos N.C., Tsantoulas D., Raptopoulou M. et al.* A randomized trial to assess the efficacy of interferon alpha in combination with ribavirin in the treatment of interferon alpha nonresponders with chronic hepatitis C: superior efficacy of high daily dosage of interferon alpha in genotype 1 // *J. Viral. Hepat.* — 2005. — Vol. 10, № 3. — P.189-285.
60. *Wiesner R.H., Sorrell M., Villamil F.* International Liver Transplantation Society Expert Panel Report of the First International Liver Transplantation Society Expert Panel Consensus Conference on Liver Transplantation and Hepatitis C // *Liver Trans.* — 2003. — Vol. 9, Suppl. 3. — P.S1-S9.

© САФРОНОВ Д.В., БОГОМОЛОВ Н.И. —

## РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ПЕРФОРАЦИЕЙ

*Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов*

(Читинская областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. И.Д. Лиханов, отделение колопроктологии, зав. — Л.Г. Пикулина; Читинская государственная медицинская академия, ректор — проф. А.В. Говорин, кафедра госпитальной хирургии, зав. — д.м.н., проф. Н.И. Богомолов)

**Резюме.** В обзоре литературы приведены данные об эпидемиологии рака ободочной кишки методами хирургического лечения при наличии осложнений. Рассмотрены эталонные варианты лечения. Обоснованы способы двухэтапных операций с резекцией кишки с опухолью на первом этапе лечения.

**Ключевые слова.** Рак ободочной кишки, осложнения, научный обзор.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком [20]. На 2000г. по России эта нозология в структуре злокачественных заболеваний занимает 5-ое место [24], а по некоторым источникам выходит на 3, составляет 5,8% с ежегодным темпом прироста 3,35% [7,24]. Смертность от рака ободочной кишки, в структуре смертности от злокачественных заболеваний, занимает 3-е место и составляет — 6,3%, со среднегодовым темпом прироста — 1,02% [32]. Наибольшая заболеваемость и смертность в мире отмечена в Дании, Ирландии, Нидерландах [61]. Считается, что колоректальный рак уменьшает продолжительность жизни человека в среднем на 13 лет [46].

Следует отметить, что, несмотря на совершенствование диагностики, среди впервые выявленных больных (у 60) в 88,9% случаев встречаются осложненные формы заболеваний, а 30-40% — уже имеют отдаленные метастазы [7,47,48], хотя при стадии А по Dukes, возможно местное иссечение опухоли. Даже при отсутствии осложнений операция в 30-50% случаев заканчивается формированием колостомы [8], несмотря на это, результаты лечения остаются неудовлетворительными [22]. Послеоперационная летальность при осложненном раке ободочной кишки остается на цифрах 20-68,7% [3,6,25]. Основная причина летальности — перитонит, эндотоксикоз и, как следствие, — полиорганная недостаточность [4,16,23,29,31] и гнойно-септические осложнения, число которых достигает 6,5-60% [27,50,52]. При опухоли, осложненной перфорацией, прогноз для выживания значительно ухудшается [52], число рецидивов резко возрастает [48]. Имеются сообщения об отсутствии снижения выживаемости при правильной тактике лечения [36].

При правосторонней локализации — правосторонняя гемиколэктомия является общепризнанной операцией. При наличии осложнения, когда неизбежно развитие перитонита, большинство хирургов предпочитают двухэтапную операцию, завершая ее наложением терминальной илеостомы и ушиванием поперечно-обо-

дочной кишки наглухо, по типу операции Гартмана [17,31,37]. Однако некоторые авторы рекомендуют операцию типа Микулича [30,34]. Менее популярны операции Лахейя и формирования, при данной локализации, терминолатерального У-образного анастомоза или первичного соустья, с формированием проксимальной кишечной стомы [34]. Таким образом, выполнение двухэтапных операций довольно разнообразно при такой локализации. Однако, при данной локализации наиболее выражена тенденция к выполнению одноэтапных операций даже на высоте декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости, что связано с тем, что процесс довольно долго ограничен с одной стороны опухолью, а с другой — баугиниевой заслонкой и полностью уходит с препаратом [3,5,11,18,19,25,31,35,66]. Вместе с тем, непременным условием, по мнению большинства авторов, является наличие резектабельной опухоли и отсутствие перитонита, иначе велика вероятность несостоятельности швов анастомоза. Известны случаи наложения первичного соустья без разгрузочной стомы и в условиях перитонита и даже после перфорации опухоли. Для декомпрессии в данном случае, по мнению большинства хирургов, достаточно назогастроинтестинальной интубации [11,31], летальность при этом составляет 12,5%, причина — перитонит вследствие несостоятельности [3].

Объем операции при левосторонней локализации также всеми признан — левосторонняя гемиколэктомия. Однако в отличие от правосторонней локализации, учитывая высокую послеоперационную летальность при наличии осложнений, золотым стандартом считаются двухэтапные операции [34,42,53]. А эталоном среди них при данной локализации — являются операции типа Гартмана [3,11,18,19,25,28,35,39,40,65]. Этой операции придерживаются большинство хирургов. Операции типа Микулича применяются в основном при локализации в сигмовидной кишке [5,9]. Операции с терминолатеральным У-образным анастомозом, с первично — отсроченным анастомозом менее признаны, од-

нако упоминания о них в различных модификациях встречаются в современной литературе [26,58]. По данным литературы, именно после операций типа Гартмана, ликвидация колостомы становится невозможной по различным причинам в 40% случаев [13]. Именно при этой локализации до настоящего времени используются операции Цейдлера-Шлофера. Наверное, поэтому именно при этой локализации сформировались два параллельных направления: в случае непроходимости — попытка ее разрешения путем малоинвазивных мероприятий — реканализация и стентирование стенозирующей опухоли, а второе, возможно как при непроходимости, так и при перфорации — попытки формирования первичного анастомоза [49]. В настоящее время в литературе описаны два основных способа формирования первичного соустья при данной локализации. Первый — это применение однократного интраоперационного лаважа [39,40], второй — применение при осложненном раке ободочной кишки левосторонней локализации — субтотальной колэктомии, что основано на изучении метаболических нарушений в стенке кишки выше опухоли, и ограничении процесса баугиниевой заслонкой [14,16,21,33,43]. Однако летальность после этих операций остается на уровне 23%, а осложнения — 58,9-72% [3,40].

Резекция поперечно-ободочной кишки признается хирургами только при поражении средней трети, другие — признают ее и при наличии острого осложнения, третьи — говорят о необходимости выполнения расширенной правосторонней гемиколэктомии или даже субтотальной колэктомии. При поражении проксимальной трети поперечно-ободочной кишки в настоящее время используется правосторонняя гемиколэктомия, при дистальной трети — левосторонняя. Двухэтапная резекция поперечно-ободочной кишки проходит чаще в виде операции типа Гартмана, гораздо реже — типа Микулича, одномоментная — как расширенная правосторонняя гемиколэктомия [13].

Резекция сигмовидной кишки возможна только при долихосигме [51], хотя некоторые авторы указывают на необходимость выполнения сигмоидэктомии или левосторонней гемиколэктомии. При локализации в дистальной трети — операция Гартмана или передняя резекция с проксимальной колостомой [12,25]. При поражении проксимальной трети сигмовидной кишки — необходимо отказаться от резекции сигмы, операция выбора — левосторонняя гемиколэктомия, при расположении опухоли в средней трети рекомендуется операция типа Микулича или левосторонняя гемиколэктомия [9].

О необходимости выполнения паллиативных резекций ободочной кишки, даже в стадии D по Dukes, при резектабельном раке в противовес симптоматическим

операциям, говорится уже давно [3,45]. По данным некоторых авторов 10-40% рецидивов и метастазов — следствие несовершенства техники операций [51]. Имеются работы, показывающие увеличение средней продолжительности жизни после паллиативных операций до 1,5-5,7 лет, против 0,8 — 1,2 после симптоматических операций; одногодичная выживаемость увеличивается до 68,3%, трехлетняя — до 11-23,4%, пятилетняя — до 3,8-9,1%. Другие авторы указывают, что результаты симптоматической операции после широкой лапаротомии сопровождаются высокой послеоперационной летальностью, достигающей 10-50%, против 2,5-26% после резекций [4,5,6,15]. Причина высокой летальности — сохранение источника интоксикации и субстрата для перитонита.

Расширение показаний для паллиативных вмешательств привело к появлению нового термина — циторедуктивная хирургия. Главный принцип которой — максимальное хирургическое уменьшение объема опухолевой ткани, для значительно большей эффективности подавления оставшегося объема посредством послеоперационной иммунохимиотерапии [1,10,55,56,60]. Причем удаление опухолевой ткани не обязательно должно проходить в один этап. Работы, показывающие эффективность неполной и полной циторедукции печени, достаточно многочисленны, особенно при использовании повторных циторедуктивных вмешательств [38,41,44,54,57,60,63]. Кто-то считает противопоказанием к таким операциям тяжелую кахексию, кто-то — канцероматоз брюшины, однако есть сведения об эффективности этих операций даже при канцероматозе брюшины [62,64]. В настоящее время уже выработаны теоретические обоснования полной и неполной циторедуктивной хирургии [1,54,56].

Следует учитывать уровень летальности и число послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного койко-дня. Именно эти факторы, по данным Американского Правления хирургов (ABS), являются наиболее надежными критериями эффективности реабилитации больных с осложненными заболеваниями ободочной кишки [22,59].

На сегодняшний день не существует «идеальной» операции, преимущества которой были бы очевидны. Поэтому большинство хирургов указывают на необходимость индивидуального выбора объема и метода операции в зависимости не только от локализации, вида заболевания и его осложнения и квалификации хирурга и анестезиолога, но и от наличия так называемых факторов риска (крайне тяжелое состояние, пожилой и старческий возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии и др.). Однако необходимость выполнения первичной резекции ободочной кишки при резектабельном процессе, признана большинством хирургов [6,35].

## COLONIC CANCER COMPLICATION WITH INTESTINAL OBSTRUCTION AND PERFORATION

D.V.Safronov, N.I.Bogomolov

(Chita Regional Hospital, Chita State Medical Academy)

The epidemiological data on colonic cancer and methods of its surgery in case of complications is reviewed. The stages of treatment are considered. Two-stage operations with colonic resection during the first stage are substantiated.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдусаматов Ф.Х.* Место циторедуктивной хирургии в лечении рака толстой кишки 4 стадии в стационаре скорой помощи: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — СПб., 1999. — 20 с.
2. *Аксель Е.М., Бармина Н.М.* Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) // Росс. онколог. журнал. — 1999. — № 6. — С.40-46.
3. *Алиев С.А.* Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста // Росс. онколог. журнал. — 1998. — № 6. — С.23-27.
4. *Алиев С.А.* Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 2001. — № 8. — С.44-50.
5. *Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С. и др.* Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия. — 1999. — № 5. — С.37-40.
6. *Виячки И.В.* Диагностические и хирургические проблемы осложненного рака ободочной и прямой кишок // Хирургия. — 1993. — № 12. — С.35-39.
7. *Гарин А.М.* Рак толстой кишки. Современное состояние проблемы. — М.: ИЧП фирма «Рича», 1998. — 58 с.
8. *Григорьев Е.Г., Нестеров И.В., Пак В.Е.* Хирургия колостомированного больного. — Новосибирск: Наука, 2001. — 119 с.
9. *Горфинкель И.В., Чирков Ю.В., Россоловский А.Н.* Тактика при обструктивной резекции толстой кишки в аспекте последующего восстановления ее непрерывности // Акт. проблемы соврем хирургии: Тр. между. хирургич. конгресса. — Москва, 2003. — С.113.
10. *Желтовская А.А., Тунгусова Н.В., Чашкова Е.Ю. и др.* Клинический опыт иммунотерапии рака толстой кишки // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.125-126.
11. *Завгороднев С.В., Паишков В.Г., Корниенко В.И.* Экстренные операции по поводу колоректального рака в общехирургическом отделении // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.129-130.
12. *Зубарев П.Н., Игнатович И.Г., Синенченко Г.И.* Тактика хирургического лечения рака дистальных отделов толстой кишки // Вестник хирургии. — 1998. — № 5. — С.20-22.
13. Клиническая оперативная колопроктология: Рук-во для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. — М.: ГНЦК проктологии, 1994. — 432 с.
14. *Корымасов Е.А., Левина З.И.* Сверхобширная резекция кишечника при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии. — 1996. — № 6. — С.88-90.
15. *Лищенко А.Н., Новиков В.М.* Хирургическая тактика при обтурационной непроходимости опухолевого генеза // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.147.
16. *Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Пескова Н.Г.* Роль состояния пристеночических отделов ободочной кишки в выборе хирургической тактики у больных с опухолевой обтурационной кишечной непроходимостью // Росс. онколог. журнал. — 2000. — № 2. — С.46-48.
17. *Мамонтов К.Г., Ицтов В.И., Братышева Н.С. и др.* Опыт применения обструктивных правосторонних гемиколэктомий при осложненном раке толстой кишки // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.147-148.
18. *Мун Н.В., Тайгулов Е.А., Оразбаев С.Т. и др.* Лечебная тактика при опухолевой обтурационной кишечной непроходимости // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 4-й Всеросс. конф. — Иркутск, 1999. — С.210-211.
19. *Раззадорин С.С., Сыкал А.С., Шальков Ю.Л.* Оказание хирургической помощи больным с кишечной непроходимостью опухолевого генеза // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. международного хирургического конгресса. — Москва, 2003. — С.113.
20. Рак ободочной и прямой кишки / Под ред. В.И. Кныш. — М.: Медицина, 1997. — 304 с.
21. *Реброва Е.А., Савченко Н.Ф., Кузьмин С.Н. и др.* Расширенные операции при стенозирующем раке левых отделов кишки и прямой кишки // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.162-163.
22. *Сажин В.П., Госткин П.А., Сажин А.В.* Лечение обтурационной кишечной непроходимости // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. между. хирургич. конгресса. — Москва, 2003. — С.113.
23. *Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Правосудов И.В. и др.* Современные направления в диагностике и лечении колоректального рака // Вопросы онкологии. — 1997. — № 1. — С.27-31.
24. *Старинский В.В., Петрова Г.В., Чиссов В.И.* Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2000 г. // Росс. онколог. журнал. — 2002. — № 3. — С.39-44.
25. *Султанов Г.А., Алиев С.А.* Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненным непроходимостью // Хирургия. — 1998. — № 2. — С.17-20.
26. *Тарасенко С.В., Песков О.Д., Зайцев О.В., Копейкин А.А.* Хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. между. хирург. конгресса. — Москва, 2003. — С.113.
27. *Топузов Э.Т., Беляков Н.А., Соломенников А.В. и др.* Интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ при раке толстой кишки, осложненном толстокишечной непроходимостью // Вопросы онкологии. — 1998. — № 6. — С.708-710.
28. *Тотиков В.Э., Слепушкин В.Д., Хестанов А.К. и др.* Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.172.
29. *Ушверидзе Д.Г.* Экстренная хирургическая помощь больным с urgentными осложнениями колоректального рака: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 52 с.
30. *Фидаров Э.З., Варданян В.К.* Тактика неотложной хирургии при заболеваниях правой половины толстой кишки // Военно-медиц. журнал. — 2000. — № 3. — С.23-27.
31. *Хавина Е.М., Осмоловский С.В., Горюх О.В. и др.* Хирургическое лечение при раке правой половины ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью // Вестник хирургии. — 2000. — № 4. — С.37-39.
32. *Харченко Н.В., Старинский В.В., Петрова Г.В. и др.* Смертность населения России от злокачественных новообразований в 2000 г. // Росс. онколог. журнал. — 2002. — № 4. — С.37-40.
33. *Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Зубов В.Ю.* Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости // Хирургия. — 2000. — № 2. — С.14-16.
34. *Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Наливкин А.И.* Радикальные оперативные вмешательства при осложненном колоректальном раке // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. — Ростов-на-Дону, 2001. — С.179.
35. *Яцкиий Н.А., Мошкова Т.А.* Рак толстой кишки, осложненный воспалительным процессом и перфорацией // Вестник хирургии. — 2001. — № 1. — С.92-96.
36. *Alcobendas F., Jorba R., Poves I. et al.* Perforated colonic cancer. Evolution and prognosis // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2000. — Vol.92. — P.326-359.
37. *Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al.* L'occlusione retto-colica da cancro // Minerva chir. — 1996. — № 6. — P.433-438.
38. *Ballantyne C.H., Quin J.* Surgical treatment of liver metastases in patients with colorectal cancer // Cancer. (Philad.). — 1993. — Vol.71. — P.4252-4266.
39. *Biondo S., Jaurrieta E., Marti J. Rague et al.* Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis // Br. J. Surg. — 2000 — Vol.87. — P.1580-1584.
40. *Biondo S., Pares D., Marti J. Rague et al.* Emergency operations for nondiverticular perforation of the left colon // Am. J. Surg. — 2002. — Vol.183. — P.256-316.
41. *Briand D., Rouanet P., Kyriakopoulou T. et al.* Repeated hepatic resections for liver metastases from colon carcinoma. Montpellier Cancer institute experience // Europ. J. Surg. Oncol. — 1994. — Vol.20. — P.219-224.
42. *Eguchi T., Takahashi Y., Asai S. et al.* Study of long intestinal tube for decompression of obstructive left colon cancer // Hepatogastroenterology. — 1999. — Vol.46. — P.2835-2843.
43. *Fortier A., Baranger B., Darrieus H. et al.* Cancer du colon. Aspects chirurgicaux et pronostiques sur une serie de 112 patients // Med. et armies. — 1992. — № 5. — P.391-397.
44. *Fowler W.C., Hoffman J.P., Eisenberg B.L.* Redo hepatic resection for metastatic carcinoma // World. J. Surg. — 1993. — Vol.17. — P.658-661.
45. *Fujisawa M., Nakamura T., Ohno M. et al.* Surgical management of the urinary tract in patients with locally advanced colorectal cancer // Urology. — 2002. — Vol.60. — P.983-990.
46. *Gazelle G.S., McMahon P.M., Scholz F.J.* Screening for Colorectal Cancer // Radiology. — 2000. — Vol.215. — P.327-335.
47. *Georgiev G., Yordanov S., Trifanova D.* Preoperative risk factors in patients with complicated forms of colorectal carcinoma // 3 rd. Nat. Conf. Coloproctol. — Varna, 1992. — P.17.
48. *Harris G.J., Church J.M., Senagore A.J. et al.* Factors affecting local recurrence of colonic adenocarcinoma // Dis. Colon. Rectum. — 2002. — Vol.45. — P.1029-1063.
49. *Hershko D.D., Bishara B., Paxton J.H. et al.* Interposition of a jejunal segment as an alternative one-stage operation for acute left colon obstruction // Surg. Today. — 2002. — Vol.32. — P.804-812.
50. *Holzer B., Schiessel R.* Single and multiple interventions in ileus of the large intestine due to carcinoma // Chirurg. — 2001. — Vol.72. — P.905-914.
51. *Jeekel J.* Developments of colorectal cancer surgery // Europ. J. Cancer. — 1995. — №7-8. — P.1379-1381.

52. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.C. et al. Acute colonic perforation associated with colorectal cancer // Am. Surg. — 2001. — Vol.67. — P.261-265.
53. Kukoch M. Emergency treatment of occlusive left colonic cancer // 3 rd. Nat. Conf. Coloproctol. — Varna, 1991. — P.29.
54. Lau W.Y., Leung T.W., Leung K.L. et al. Cytoreductive surgery for hepatocellular carcinoma // Ibid. — 1994. — Vol.3. — P.161-166.
55. Lollini P.L., De Giovanni C., Nicoletti G. Immunoprevention of colorectal cancer: a future possibility? // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2002. — Vol.31. — P.1001-1015.
56. Murakami S., Satomi A., Ishida K. Serum soluble interleukin-2 receptor in colorectal cancer // Acta Oncol. — 1994. — Vol.33. — P.19-21.
57. Penna C., Nordlinger B. Colorectal metastasis (liver and lung) // Surg. Clin. North. Am. — 2002. — Vol.82. — P.1075-1165.
58. Planjår M., Kukoch M. Emergency treatment of occlusive cancer of the left colon // Acta chir. Austr. — 1991. — № 1. — P.32.
59. Prystowsky J.B., Bordage G., Feinglass J.M. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon's training, certification, and experience // Surgery. — 2002. — Vol.132. — P.663-733.
60. Que F.G., Nagorney D.M. Resection of "recurrent" colorectal metastases to the liver // Brit. J. Surg. — 1994. — Vol.81. — P.255-258.
61. Recommendations on cancer screening in the European Union: Position Paper / Advisory Committee on Cancer Prevention // Europ. J. Cancer. — 2000. — Vol.36. — P.1473-1478.
62. Sugarbaker P.H., Zhu B.W., Sese G.B. et al. Peritoneal carcinomatosis from appendiceal cancer: results in 69 patients Treated by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy // J. Dis. Colon. Rectum. — 1993. — Vol.36. — P.323-329.
63. Sugarbaker P.H., Steves M.A. A Cytoreductive approach treatment of multiple liver metastases // J. Surg. Oncol. Suppl. — 1993 — Vol.3. — P.161-165.
64. Sugarbaker P.H., Jablonski K.A. Prognostic features of 51 colorectal and 130 appendiceal cancer patients with peritoneal carcinomatosis treated by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy // Ann. Surg. — 1995. — Vol.221. — P.124-132.
65. Turan M., Ok E., Sen M. et al. A simplified operative technique for single-staged resection of left-sided colon obstructions: report of a 9-year experience // Surg. Today. — 2002. — Vol.32. — P.959-1023.

© ОНУЧИНА Е.В. —

## ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ ВЕН - ПРЕДПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Е.В. Онучина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

**Резюме.** В статье представлены литературные данные по проблемам тромбоза портальной, селезеночных вен и предпеченочной портальной гипертензии.

**Ключевые слова.** Тромбоз воротной и селезеночной вен, предпеченочная портальная гипертензия.

Тромбоз воротной и селезеночной вен — проблема, решаемая преимущественно специалистами хирургического профиля. Терапевты сталкиваются с этой патологией достаточно редко, как правило, в процессе дифференциальной диагностики портальной гипертензии, рассматривая ее как основную причину нарушения кровотока в системе воротной вены, ведущую к развитию предпеченочной формы синдрома. Воротная вена образуется из слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен. Селезеночная вена начинается от ворот селезенки 5-15 сосудами, которые сливаясь с короткими желудочными венами, образуют ее основной ствол [20,33]. Возможна обтурация любого участка воротной и селезеночной вен. Тромбообразованию в них способствуют [2,4,5,8,16,17,22,23,25,28,29,30,31,33,37,38]: 1. Врожденные тромбофилии. 2. Врожденные аномалии воротной и селезеночной вен. 3. Системные заболевания вен (мигрирующий тромбофлебит). 4. Травмы живота. 5. Хирургические вмешательства (чаще на брюшной полости: осложнение любых операций на печени, желчевыводящих путях, поджелудочной железе, при спленэктомии, портокавальном шунтировании, др.). 6. Сепсис, инфекции брюшной полости. 7. Инвазия и сдавление воротной вены опухолями головки поджелудочной железы, гепатоцеллюлярной карциномой, др. 8. Патология поджелудочной железы, в т.ч. хронический панкреатит, кисты и псевдокисты (в основном приводят к обструкции селезеночной вены, портальная — поражается редко). 9. Цирроз печени (преимущественно как следствие тромбоцитоза после спленэктомии). 10. Гиперкоагуляция при явно или латентно протекающих миелопролиферативных заболеваниях. 11. Гиперкоагуляция при системных заболеваниях соединительной ткани. 12. Гиперкоагуляция при зло-

качественных опухолях любой локализации. 13. Выраженная дыхательная и хроническая сердечная недостаточности. 14. Проведение гемодиализа. 15. Длительный строгий постельный режим. 16. Прием некоторых лекарственных препаратов (гормональных оральных контрацептивов, химиотерапия, др.). 17. Беременность, роды, послеродовый период.

В тех случаях, когда даже после тщательного обследования этиологический фактор закупорки портальной и селезеночной вен остается неизвестным используется термин идиопатический тромбоз. Число таких больных может достигать 50-61% [25,33].

Клиника тромбоза портальной и селезеночной вен разнообразна и зависит от скорости формирования тромба, его локализации, степени закупорки сосудов, развития коллатеральных анастомозов. Острый тромбоз проявляется симптомокомплексом «острого живота». Появляются интенсивные боли в правой верхней четверти живота, тошнота, рвота с кровью. Живот вздут. Пульс становится нитевидным, падает АД. Исход чаще летальный вследствие инфаркта кишечника и острой почечной недостаточности. Клиническая картина при хроническом течении не так драматична и растягнута во времени [7,25,29]. Оба варианта внезапно или постепенно ведут к развитию портальной гипертензии. Портальная гипертензия — увеличение давления в бассейне портальной (воротной) вены, превышающее 12 мм рт.ст. [3,18,26,29]. Выделяют пред-, внутри- и постпеченочную формы патологии. При локализации блока портального кровотока на уровне воротной и селезеночных вен развивается предпеченочная портальная гипертензия. В литературе можно встретить другие ее названия: пресинусоидальная [7] и подпеченочная [3]. Она встречается в 10-12% всех случаев повышения давления в