

В соответствии с полученными нами данными ивабрадин обеспечивал по меньшей мере сопоставимые с действием БАБ целевые эффекты у больных с ХСН III ФК, в том числе с систолической дисфункцией ЛЖ на фоне ГБ и/или ИБС. Более того, в отличие от БАБ ивабрадин оказывал более выраженное положительное влияние на РАС. Следовательно, ивабрадин, вероятно, может служить альтернативой БАБ при невозможности их применения у пациентов с тяжелой ХСН. Однако для подобного утверждения требуются доказательства, полученные в крупных рандомизированных клинических исследованиях.

Изучение прогностического влияния ивабрадина у больных с ХСН продолжается в проекте SHIFT, его результаты будут доложены на очередном конгрессе Европейского общества кардиологов 29 августа 2010 года [17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерофеева С. Б., Манешина О. А., Белоусов Ю. Б. Место ивабрадина – первого If ингибитора избирательного и специфического действия, в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Качественная клиническая практика. – 2006. – № 1. – С. 10–22.
2. Покровский В. М., Потягайло Е. Г., Абушкевич В. Г. и др. Сердечно-дыхательный синхронизм: выявление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма // Успехи физиологических наук. – 2003. – № 3. – С. 68–77.
3. Покровский В. М. Формирование ритма сердца в организме человека и животных. – Краснодар: Кубань-Книга, 2007. – 143 с.
4. Покровский В. М., Пономарев В. В., Артюшков В. В. и др. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. – Россия, патент № 86860, 2009 г.
5. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма. – Краснодар: Кубань-Книга, 2010. – 244 с.
6. Сторожаков Г. И., Гендлин Г. Е., Ковтюх И. В. Основные направления в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью. – М.: Медицина, 2008. – 312 с.
7. Dickstein K., Kjekshus J. OPTIMAAL steering committee of the OPTIMAAL study group. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL randomised trial. Optimal trial in myocardial infarction with angiotensin II antagonist losartan // Lancet. – 2002. – Vol. 360, № 9335. – P. 752–760.
8. Cooney M. T., Vartiainen E., Laakitainen T. et al. Elevated resting heart rate is an independent risk factor for cardiovascular disease in healthy men and women // Am. heart j. – 2010. – Vol. 159, № 4. – P. 612–619.
9. Couvreur N., Tissier R., Pons S. et al. Chronic heart rate reduction with ivabradine improves systolic function of the reperfused heart through a dual mechanism involving a direct mechanical effect and a long-term increase in FKBP12/12.6 expression // Eur. heart j. – 2010. – Vol. 31, № 12. – P. 1529–1537.
10. Dargie H. J. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left-ventricular dysfunction: the CAPRICORN randomised trial // Lancet. – 2001. – Vol. 357, № 9266. – P. 1385–1390.
11. De Ferrari G. M., Mazzuero A., Agnesina L. et al. Favourable effects of heart rate reduction with intravenous administration of ivabradine in patients with advanced heart failure // Eur. j. heart fail. – 2008. – Vol. 10, № 6. – P. 550–555.
12. DiFrancesco D., Camm A. Heart rate Lowering by specific and selective If current inhibition with ivabradine drugs. – 2004. – Vol. 64, № 16. – P. 1757–1765.
13. Fox K., Ford I., Steg P. G. et al. On the BEAUTIFUL Investigators. Heart rate as a prognostic risk factor in patients with coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a subgroup analysis of a randomised controlled trial // Lancet. – 2008. – Vol. 372, № 9641. – P. 817–821.
14. Heusch G., Schulz R. The role of heart rate and the benefits of heart rate reduction in acute myocardial ischemia // Eur. heart j. – 2007. – Suppl. F. – P. 8–14.
15. Lopez-Sendon J., Swedberg K., McMurray J. et al. Expert consensus document on beta-adrenergic receptor blockers // Cardiol. – 2005. – Vol. 58, № 1. – P. 65–90.
16. Mulder P., Barbier S., Chagraoui A. et al. Long-term heart rate reduction induced by the selection and intrinsic myocardial structure in congestive heart failure // Circulation. – 2004. – Vol. 109, № 13. – P. 1674–1679.
17. Swedberg K., Komajda M., Böhm M. et al. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled outcome trial of ivabradine in chronic heart failure: the systolic heart failure treatment with the If(f) Inhibitor Ivabradine trial (SHIFT) // Eur. j. heart fail. – 2010. – Vol. 12, № 1. – P. 75–81.
18. Zhang R. L., Christensen L. P., Tomanek R. J. Chronic heart rate reduction facilitates cardiomyocyte survival after myocardial infarction // Anat. rec. (hoboken). – 2010. – Vol. 293, № 5. – P. 839–848.

Поступила 30.09.2010

М. М. ФИЗУЛИН, С. Г. ПАВЛЕНКО

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: drpaulson@mail.ru

В статье представлены результаты применения 64 сочетанных операций при колоректальном раке у больных пожилого возраста. Средний возраст больных составил 76 лет. Наиболее часто выполнялись холецистэктомии, пластики передней брюшной стенки, дуоденопластики. Выполнение сочетанных операций при колоректальном раке не увеличивает количества осложнений в послеоперационном периоде. Для широкого использования сочетанных операций необходимы хорошая материально-техническая база клиник, а также достаточная профессиональная подготовка медицинского персонала.

Ключевые слова: сочетанные операции, колоректальный рак, односторонний толстокишечный анастомоз, прецизионная технология.

RESULTS OF THE CONCOMITANT-STAGE OPERATION IN COLORECTAL CANCER IN PATIENTS OVER 60 YEARS

*Kafedra of facultet's surgery of Kuban state's medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. E-mail: drpaulson@mail.ru*

The article presents the results of 64 simultaneous operations of colorectal cancer in elderly patients. The average age of patients was 76 years old. The most frequently performed cholecystectomy, plastic anterior abdominal wall, duodenoplastik. Implementation of simultaneous operations in colorectal cancer does not increase the number of complications in the postoperative period. For the wide use of simultaneous operations need good material and technical base clinics, as well as adequate training of health personnel.

Key words: simultaneous operations, colorectal cancer, one-suture colorectal anastomoses precision's technology.

Введение

Колоректальный рак (КРР) у больных старше 60 лет нередко сочетается с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства (Н. Н. Трапезников, Е. М. Аскель, 2001). Это требует нестандартных решений в выборе последовательности вмешательств на разных органах. За последние годы, особенно в ведущих клиниках России, накоплен значительный опыт сочетанных абдоминальных операций. Сочетанным хирургическим лечением нескольких заболеваний занимались О. Б. Милонов и соавт. (1982), В. Д. Федоров и соавт. (1993, 2001), В. З. Маховский (2002) и другие. В исследованиях этих авторов разработаны и сформулированы ряд новых принципов хирургического лечения больных с несколькими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Преимущество сочетанных операций заключается в том, что одномоментно устраняется несколько хирургических заболеваний, уменьшается риск повторных операций и связанных с ними возможных послеоперационных осложнений. По мере совершенствования хирургической техники, анестезиологического и технического пособий стало возможным расширить показания к сочетанным операциям [1, 7, 8].

Операции этого типа немногочисленны и относятся преимущественно к абдоминальной хирургии. При последовательном выполнении двух-трех операций каждая из них имеет опасность хирургических и анестезиологических осложнений. Выполнение подобного рода операций сопровождается высоким риском, обусловленным технической сложностью и травматичностью хирургических вмешательств.

Материалы и методы

С 1999 по 2009 г. в ГУЗ «Клинический госпиталь для ветеранов войн» департамента здравоохранения Краснодарского края было радикально прооперировано 279 больных колоректальным раком. Выполнялись правосторонняя гемиколэктомия, левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, внутрибрюшная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. У 68 больных операция на толстой кишке дополнялась расширенной забрюшинной лимфаденэктомией. У 64 больных выполнены различные сочетанные операции. В основную группу наблюдаемых больных вошли 47 (73,4%) мужчин и 17 (26,6%) женщин в возрасте от 60 до 91 года. Средний возраст составил 76 лет. Соотношение мужчин и женщин соответствовало 2,7:1,0. Для клинической оценки

больных с сочетанными хирургическими заболеваниями мы выделили основное заболевание – колоректальный рак, который привел больного в стационар, и сочетанное заболевание, которое может быть излечено хирургической операцией. Наличие сопутствующей хирургической патологии помимо опухолевого процесса требует нестандартных решений в выборе последовательности вмешательств на разных органах.

Диагностика хирургической абдоминальной патологии у больных старше 60 лет сложна, так как обычно пациенты длительное время не обращаются к врачу из-за отсутствия выраженных клинических проявлений. Скрытый характер поражения ободочной и прямой кишки приводил к тому, что большинство больных обращались с жалобами, обусловленными не основной, а сочетанной хирургической патологией. Так, часто у больных имелись обострение калькулезного холецистита и заболевания женской половой сферы, а в процессе обследования выявлялся рак ободочной и прямой кишки. В таблице 1 представлена структура сочетанных хирургических заболеваний у больных КРР.

Из таблицы следует, что наиболее часто встречались больные с желчно-каменной болезнью и грыжами.

Специфика и длительность предоперационной подготовки были связаны с наличием основного и сопутствующего заболеваний. Исследования и подготовка больных проводились такие, какие необходимы для каждого сочетанного заболевания в отдельности. Так, при сочетанном дуоденальном стенозе больной дополнительно подвергался ЭГДС с биопсией на Нр, рН-метрии, исследованию кислотопродуцирующей функции желудка, выполнялось рентгенологическое исследование желудка. Основным методом исследования при заболеваниях толстой кишки были пальцевое исследование прямой кишки, ректоромано- и фиброколоноскопия с прицельной биопсией, ирригография и ультразвуковое сканирование. Одновременно с исследованием органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства проводили предоперационную подготовку, заключающуюся в коррекции нарушений водно-электролитного баланса, алиментарного статуса и сопутствующей сердечно-легочной патологии.

Выбор объема оперативного вмешательства осуществлялся с обязательным учетом общего состояния больного, характера имеющейся сопутствующей патологии и осложнений онкологического процесса, выраженности присутствующих нарушений обмена веществ и степени угнетения компенсаторных возможностей организма.

Таблица 1

Сочетанные хирургические заболевания у больных КРР

№ п/п	Сочетанные заболевания	Количество
1	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит	24
2	Желчно-каменная болезнь и послеоперационная вентральная грыжа	2
3	Желчно-каменная болезнь и косая паховая грыжа	2
4	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом	5
5	Послеоперационная вентральная грыжа	10
6	Паховая и пупочная грыжи	12
7	Миома матки	4
8	Киста яичника	1
9	Полипы тонкой и толстой кишки	3
10	Атеросклероз, синдром Лериша	1
	Всего	64

Таблица 2

Структура сочетанных оперативных вмешательств у больных исследуемых групп

Основное вмешательство по поводу КРР	Холецистэктомия	Холецистолитотомия	Пластика передней брюшной стенки	Дуоденопластика	Пластика внутреннего кольца пахового канала	Колотомия – удаление полипов (эндоскопически ассистированная)	Надвлагалищная ампутация матки	Резекция кисты яичника	Пластика пупочного кольца	Аортобедренное шунтирование	Электрокоагуляция фиброматозных узлов матки
1. ПГКЭ	5	1	1	2	1	3			1	1	
2. ЛГКЭ	1		2	1					2		
3. ВБР ПК	3		2		1		1		2		1
4. БАР ПК	1	1									
5. Резекция сигмовидной кишки	2	1	1	2	1		2		2		
6. Резекция поперечно-ободочной кишки	1	3									
7. Операция Гартмана	2	2			1						
8. БПЭ ПК	4							1			
9. Реконструкция толстой кишки	1		4		1						
Итого	20	8	10	5	5	3	3	1	7	1	1
Всего	64										

Лечение таких больных требует расширения стандартного объема вмешательства, выполнения сочетанных операций. Целесообразно выполнять сочетанные операции, начиная с «чистых» этапов – без вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта. При сочетании у больных колоректального рака и желчно-каменной болезни первым этапом выполнялась холецистэктомия, а затем резекция толстой кишки. Однако при наличии послеоперационной вентральной грыжи выполнение пластики передней брюшной стенки осуществлялось, разумеется, после основного этапа операции.

Наличие сопутствующих хирургических заболеваний явилось показанием к выполнению сочетанных оперативных вмешательств, представленных в таблице 2.

Наиболее часто выполнялись холецистэктомия – у 20 (31,2%) пациентов, пластика передней брюшной стенки по поводу грыжи – у 10 (15,6%), холецистолитотомия – у 8 (12,5%) и пластика пупочного кольца – у 7 (10,9%) пациентов.

При выполнении оперативных вмешательств использовались хирургические технологии, основанные на прецизионном сопоставлении сшиваемых тканей, построении однорядного толстокишечного анастомоза, комплексе мероприятий, направленных на предупреждение распространения раковых клеток во время операции и после нее, предупреждении гнойно-септических осложнений. Формирование толстокишечного анастомоза в брюшной полости осуществлялось ручным

способом. В то же время формирование анастомоза в полости малого таза сопровождалось техническими трудностями вследствие ограниченного пространства, вынужденного использования удлиненных инструментов, специальных ранорасширителей. Нами предложен способ защиты колоректального анастомоза у женщин старше 60 лет. Технической новизной является то, что после создания одностороннего колоректального анастомоза последний окутывают верхней частью задней стенки влагалища, а с боков ниже и выше соустья на 0,5–1,0 см к анастомозу фиксируют широкие связки матки, которые также фиксируют к краям тазовой брюшины. У пожилых женщин выполнение такой манипуляции становится возможным вследствие снижения тонуса органов и тканей. Техническим результатом является использование широких связок матки, обеспечивающих значительно более надежный и герметичный анастомоз в сравнении, например, с его формированием с помощью лоскутов, выкроенных из большого сальника, за счет высокой прочности тканевых структур связок матки. Получен патент на изобретение РФ № 2307607 (рисунок).

Результаты исследования и обсуждение

Сочетанные операции при КРР в брюшной полости могут достаточно свободно выполняться из одного доступа – срединной лапаротомии от мечевидного отростка до лона с коррекцией раневой апертуры аппаратом Сигала. Единый хирургический доступ благоприятно сказывается на течении раневого процесса, заживление раны передней брюшной стенки протекает без осложнений. Он хорошо создает пространственные условия и для операции, и для интраоперационного исследования.

Использование прецизионной технологии построения анастомоза применено у 223 больных. Выполнено 56 obstructивных резекций толстой кишки, 59 операций с наложением илеотрансверзоанастомоза и 164 – с наложением толстокишечного анастомоза. Несостоятельность анастомоза не зарегистрирована в группе сочетанных операций (64 больных), а в общем числе больных несостоятельность анастомоза встретилась у 7 (2,5%) пациентов.

Использование предложенного способа защиты анастомоза у женщин старше 60 лет позволяет создать наиболее выгодные анатомические условия для укрытия линии колоректального анастомоза, что практически полностью исключает такое грозное осложнение, как несостоятельность швов анастомоза. Данным способом было прооперировано 7 пожилых женщин: 6 больных раком сигмовидной кишки и 1 больная раком прямой кишки. Всем больным область анастомоза дополнительно укрывалась спереди верхней частью задней стенки влагалища (на рис. покрыта брюшиной) и с боков – широкими связками матки. В послеоперационном периоде осложнений не было. Больные выписаны с выздоровлением.

В результате использования сочетанных операций у больных КРР и примененного комплекса профилактических методов гнойно-септические осложнения зарегистрированы лишь у 1 (1,6%) больного, у которого развился подпеченочный абсцесс после правосторонней гемиколэктомии и холецистэктомии. Умерло 5 (7,8%) больных. Причинами смерти были острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС и выраженного атеросклероза сосудов сердца. Все больные имели несколько сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая obstructивная болезнь легких), взаимно отягощающих друг друга. Смерть больных на-

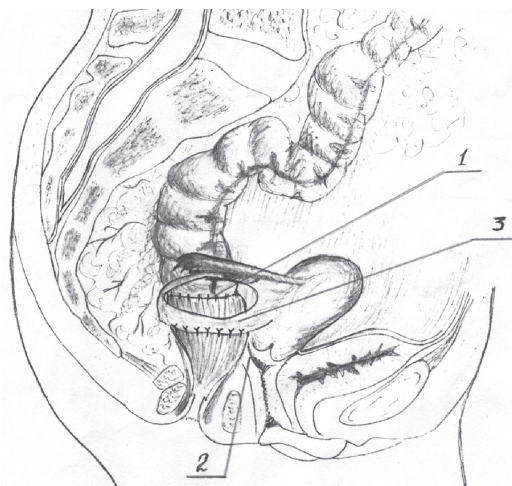


Рис. 1. Способ защиты колоректального анастомоза широкими связками матки у женщин старше 60 лет:

- 1 – линия колоректального анастомоза,
2 – задняя стенка влагалища,
3 – широкая связка матки

ступала в раннем послеоперационном периоде (5–10-е сутки) на фоне исходных сниженных функциональных резервов (фракция выброса ниже 50%, ХСН IIA-B, гипертоническая болезнь III ст., риск 4).

Заключение

Выполнение сочетанных операций при КРР у больных старше 60 лет снижает риск релапаротомии и других повторных вмешательств, связанных с имеющейся сочетанной хирургической патологией, при этом не увеличивает количества осложнений и летальность, позволяет одновременно избавить пациента как от основного заболевания (КРР), так и от сопутствующей хирургической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев А. Л., Киркиж В. С., Савинков В. Г. и др. Комбинированные и расширенные операции при раке толстой кишки // Дни Российского онкологического института им. Н. Н. Блохина РАМН в Самарской области: Материалы III конференции. – Самара, 2007. – С. 29–31.
2. Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. – Ставрополь, 2002. – 230 с.
3. Милонов В. З. и соавт. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1982. – № 12. – С. 89–93.
4. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность). – М., 2001.
5. Федоров В. Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 3–6.
6. Федоров В. Д., Цвиркун В. В., Нешитов С. П., Тарасюк Т. И. Одномоментные сочетанные операции на почке и других органах // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 22–27.
7. Yasushi W., Takeshi A., Gunpei Y. et al. A case of synchronous triple cancer of superficial type occurring in the esophagus, stomach and colon // Jap. j. gastroenterol. surg. – 2002. – Vol. 35. – P. 1487–1491.
8. Beznicza H., Simon E., Vizsy L. The simultaneous occurrence of inguinal hernia and colorectal cancer-case reports // Magy seb. – 2004 Oct. – № 57 (5). – P. 262.