

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беденков А.В. Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка периоперационной антибиотикопрофилактики в абдоминальной хирургии / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2003.
2. Козлов Р.С. // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2000. – Т. 1. – С. 16-30.
3. О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями и мерах по их предупреждению. Решение коллегии МЗ РФ от 26.11.2002 г. №16. // Дезинфекц. дело. – 2003. – № 1. – С. 65.
4. Семина Н.А., Ковалева Е.П., Акимкин В.Г., Сидоренко С.В. // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2006. – № 4. – С. 22-26.
5. Burke J.P. // CID. – 2001. – V. 33 – P. 78-83.
6. Burke J.P. // N. Engl. J. Med. – 2003. – V. 348. – P. 651-656.
7. Cruse P.J., Foord R. // Surg. Clin. North Amer. – 1980. – V. 60. – P. 27-40.
8. Di Piro J.T. // Am. J. Health Syst. Pharm. - 1998. – V. 15, No. 8. – P. 777-781.
9. Golliot F., Astagneau P., Brucker G. // Ann. Chir. – 1999. – V. 53. – P. 890-897.
10. Haley R.W., Schaberg D.R., Crossley K.B. et al. // Am. J. Med. – 1981. – V. 70. – P. 51-58.
11. Horan T.C., Gaynes R.P., Martone W.J. et al. // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1995. – V. 16, No. 12. – P. 712-716.
12. Kirkland K.B., Briggs J.P., Trivette S.L. et al. // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1999. – V. 20. – P. 725-730.
13. Mangram A.J., Horan T.C., Pearson M.L. et al. // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1999. – V. 20. – P. 247-280.
14. Santos K.R., Bravo Neto G.P. et al. // J. Hosp. Infect. – 1997. – V. 36. – P. 229-233.
15. Santos K.R., Fonseca L.S., Bravo Neto G.P., Gontijo Filho P.P. // Infection. – 1997. – V. 25. – P. 217-220.
16. Song F., Glenny A. M. // Health Technol. Assesment. – 1998. – V. 2.
17. Taylor E.W., Duffy K., Lee K. et al. // Brit. J. Surg. – 2004. – V. 91. – P. 105-111.
18. Vegas A.A., Jodra V.M., Garcia M.L. // Eur. J. Epidemiol. – 1993. – V. 9, No. 5. – P. 504-510.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*В.В. Пророков, В.Т. Кривихин, И.Ю. Лазарев*

*РОНЦ им. Н.Н. Блохина*

*Видновская районная больница*

За последние годы в нашей стране и в мире наметилась четкая тенденция к изменению структуры онкологических заболеваний. Так, на фоне снижения заболеваемости раком желудка отмечается заметный рост заболеваемости раком толстой кишки [1]. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тыс. больных раком ободочной и прямой кишки и 440 тыс. смертей от этого заболевания [3]. В России в 2001 г. выявлено более 48,6 тыс. новых случаев колоректального рака, что на 11,6 тыс. (24%) превысило число заболевших за 10 предыдущих лет.

Заболеваемость колоректальным раком в развитых странах значительно выше и соотношение впервые выявленных случаев рака ободочной кишки к прямой составляет 2:1. В России рак ободочной кишки выявляется в 1,2 раза чаще, чем рак прямой кишки [2].

Лечение колоректального рака тесным образом связана с развитием абдоминальной хирургии, так как операция остается основным методом лечения этого заболевания. Радикальное оперативное вмешательство предусматривает не только удаление опухоли в пределах здоровых тканей, но и ликвидацию регионарных лимфатических узлов, в которых могут быть метастазы рака.

Успех хирургического лечения рака ободочной кишки зависит от многих факто-

ров. Важное значение имеет предоперационная подготовка больных, направленная на устранение задержки каловых масс в толстой кишке. Как техника, так и асептичность наложения межкишечного анастомоза – ответственные моменты хирургического лечения колоректального рака, влияющие на непосредственные результаты борьбы с инфекционными осложнениями послеоперационного периода.

Диагноз рака ободочной кишки во всех случаях предопределяет необходимость хирургического лечения, независимо от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Большинству больных с этой патологией выполняются одномоментные операции с наложением межкишечного анастомоза. Способы формирования межкишечного анастомоза у больных раком ободочной кишки остаются предметом изучения в хирургических клиниках. Несмотря на современные возможности анестезиологии и реанимации, мероприятия раннего послеоперационного периода, послеоперационные осложнения развиваются еще довольно часто. Самая распространенная причина осложнений – несостоятельность швов межкишечного анастомоза. По нашему мнению, это связано с рядом факторов, среди которых, наряду с бактериальной загрязненностью операционного поля кишечной микрофлорой, большое значение имеют иммунологический дефицит, как правило, сопровождающий опухоль, а также технические особенности формирования анастомоза.

Целью работы явилось изучение различных способов формирования межкишечного анастомоза у больных неосложненным раком ободочной кишки.

Анализ непосредственных результатов лечения больных неосложненным раком ободочной кишки проведен у 319 пациентов, которые были оперированы в отделении проктологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина и I хирургическом отделении Видновской районной больницы за последние 5 лет. Были изучены результаты различных видов резекций ободочной кишки при разных способах наложения межкишечного анастомоза (табл. 1).

Таблица 1

**Частота недостаточности швов межкишечного анастомоза  
и летальность радикально оперированных больных раком ободочной  
кишки в зависимости от способа формирования анастомоза**

Способ формирования анастомоза	Число больных	Несостоятельность швов		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
Традиционный ручной	43	5	11,6	3	6,9
Анастомоз с использованием лазерного скальпеля	67	3	4,5	1	1,5
Аппаратный анастомоз (АКА-2)	209	22	10,5	5	2,4
Итого	319	30	9,4	9	2,8

При сравнении результатов радикальных операций у больных неосложненным раком ободочной кишки можно отметить, что частота недостаточности швов межкишечного анастомоза при формировании его традиционным ручным способом и с использованием сшивающего компрессионного аппарата (АКА-2) приблизительно одинакова: она составляет 11,6 и 10,5% соответственно. При использовании лазерного скальпеля и аппаратного компрессионного анастомоза (АКА-2) это осложнение наблюдалось достоверно реже, чем при применении традиционного ручного способа и использовании аппарата АКА-2: оно составило 4,5%.

Летальный исход в связи с недостаточностью швов анастомоза при ручном способе его формирования оказался достоверно выше, чем у больных, у которых был использован лазерный скальпель и сшивающий аппарат АКА-2.

Были изучены результаты различных видов резекций ободочной кишки при разных способах формирования межкишечного анастомоза (табл. 2).

Таблица 2

**Частота недостаточности швов анастомоза и летальность в зависимости от объема операции у больных раком ободочной кишки**

Объем операции	Число больных	Несостоятельность швов		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
Правосторонняя гемиколэктомия	94	6	6,3	2	2,1
Левосторонняя гемиколэктомия	71	8	11,3	3	4,2
Резекция сигмовидной кишки	154	16	10,4	4	2,6
Итого	319	30	9,4	9	2,8

Как видно из табл. 2, наибольший процент недостаточности анастомоза отмечался при левосторонней локализации первичной опухоли (левосторонняя гемиколэктомия + резекция сигмовидной кишки), что составило 10,7%: из 225 больных несостоятельность отмечена у 24. Вместе с тем, послеоперационная летальность в этой группе больных составила 3,1%: умерли 7 больных из 225.

Снижение послеоперационной летальности от несостоятельности швов анастомоза мы связываем с его забрюшинным погружением, особенно при резекции сигмовидной кишки, а также с адекватным дренированием ложа анастомоза. Проведение этих мероприятий позволило своевременно диагностировать на клиническом уровне недостаточность швов анастомоза и предпринять соответствующие меры. Так, из 30 больных с несостоятельностью швов анастомоза послеоперационная летальность была отмечена у 9 пациентов, что составило 2,8% от числа всех оперированных больных.

Сравнивая непосредственные результаты радикальных операций у больных несложным раком ободочной кишки, следует отметить, что процент несостоятельности швов анастомоза и летальность при формировании его традиционным ручным способом сопоставим с результатами, полученными при использовании сшивающего аппарата АКА-2. При использовании АКА-2 и лазерного скальпеля наблюдался достоверно меньший процент несостоятельности швов анастомоза и летальности по сравнению с традиционным ручным способом наложения анастомоза ( $p < 0,005$ ).

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы.

1. Процент несостоятельности швов анастомоза не зависит от способа его наложения и связан с состоянием микроциркуляции анастомозируемой кишки и тяжестью сопутствующих заболеваний у больного.

2. Использование дополнительных методик (сшивающие аппараты, лазерный скальпель) при формировании анастомозов позволяют сократить процент несостоятельности швов анастомоза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Ушаков Т.И. // Новое в терапии колоректального рака / Сб. статей. – М., 2001.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2004 г. – М., 2006.
3. Ireenlee R. et al. Cancer statistics, 2000 // Cancer J. Clin. – 2000. – V. 50, No. 1. – P. 7-33.

## ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТОНИНА АДИПИНАТА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Е.В. Прусов, В.Т. Кривихин, А.П. Симоненков, В.Я. Шеншин*

*Видновская районная больница*

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН*

Для оказания специализированной врачебной помощи больным с синдромом диабетической стопы (СДС) на базе Видновской районной больницы в 2000 г. был создан центр «Диабетическая стопа». Одной из задач этого центра является разработка и внедрение в клиническую практику высокоэффективных, патогенетически обоснованных методов профилактики лечения больных с СДС, направленных на улучшение результатов лечения и снижение инвалидизации у больных с сахарным диабетом.

Отечественными учеными было показано, что в основе возрастной и диабетической ангиопатии лежит серотониновая недостаточность [1, 2]. Авторами приводятся данные, свидетельствующие о том, что экзогенное введение серотонина адипината у больных с сахарным диабетом улучшает микроциркуляцию и способствует более раннему заживлению ран.

Настоящая работа посвящена изучению влияния серотонина адипината на течение раневого процесса и уровень микроциркуляции у больных с СДС в послеоперационном периоде по сравнению с традиционным лечением.

Серотонин – один из важнейших медиаторов у человека, а его рецепторы локализованы на поверхности гладкомышечных миоцитов, а также в центральной нервной системе (ЦНС). До 95% серотонина в организме образуется в энтерохромаффинных клетках желудочно-кишечного тракта. В норме концентрация серотонина в крови колеблется в широких пределах – от 20 до 300 мкг/л.

В здоровом организме (в норме) происходят периодические сокращения и расслабления гладкой мускулатуры микроциркуляторного русла, необходимые для поддержания нормального тканевого обмена. В литературе они получили название эндогенной вазомоторики, вазомоции, вазомоторной активности, перистальтики сосудов, миогенной регуляции тонуса микрососудов. Эндогенная вазомоторика сохраняется при денервации, но угнетается различными химическими веществами. Она осуществляется следующим образом: серотонин, вырабатываемый энтерохромаффинными клетками желудочно-кишечного тракта, адсорбируется тромбоцитами, которые, проходя через микрососуды, выделяют серотонин. Этот серотонин, взаимодействуя с серотониновыми рецепторами гладкой мускулатуры, преобразует биохимическую энергию в электрическую и механическую, вызывая и поддерживая автоматизм и сократительную активность гладкой мускулатуры микроциркуляторного русла с характерной для эндогенной вазомоторики клинической и электромиографической картиной.

Нарушение углеводного, а затем белкового и липидного обменов у больных са-