

- the anterior segment after laser peripheral iridotomy in primary angle closure // *Eye*. 2007. Vol. 23. P. 345–350.
10. Los L.I. The rabbit as an animal model for post-natal vitreous matrix differentiation and degeneration // *Eye*. 2008. Vol. 7, No. 22. P. 1223–1232.
11. Qiao H., Hisatomi T., Sonoda K.N. et al. The characterisation of hyalocytes the origin, phenotype and turnover // *Br. J. Ophthalmol.* 2005. Vol. 89. P. 513–517.
12. Rittig M., Flügel C., Prehm P., Lütjen-Drecoll E. Hyaluronan synthase immunoreactivity in the anterior segment of the primate eye // *Graefes. Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* 1993. Vol. 6. P. 313–317.
13. Taylor A.W. Ocular immune privilege // *Eye*. 2009. Vol. 1. P. 1038–1040.
14. Uehara M., Yamagawa T., Kitagawa H. Morphological studies of the hyalocytes in the chicken eye: scanning electron microscopy and inflammatory response after the intravitreal injection of carbon particles // *J. Anatomy*. 1996. Vol. 188. P. 661–669.
15. Zhu M., Provis J.M., Penfold P.L. The human hyaloid system: cellular phenotypes and inter-relationships // *Exp. Eye Res.* 1999. Vol. 68, No. 5. P. 55–63.

Поступила в редакцию 25.10.2010.

THE STRUCTURE OF HUMAN VITREOUS HUMOUR

G.V. Reva¹, I.V. Reva², T. Yamamoto²

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ² Niigata University (8050 Ikarashi 2-no-cho, Nichi-ku, Niigata ZIP 950-2181 Japan).

Summary – The authors have studied autopsy- and surgery-derived materials from 156 embryos and people aged 4 weeks of intrauterine growth to 85 years. Applying immunohistochemical methods allows to find out that the human vitreous humour is represented by a specific type of shaped fibrous tissue. The cell component is comprised of various by origin and functional capabilities programmed differentiations. The intercellular substance has an argentophilic originally organized fibrillous frame submerged in the primary substance, the gel state of which is obtained due to the high concentration of dissolved collagen and hyaluronic acid.

Key words: vitreous humour, vitreal frame, hyalocytes.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 65–69.

УДК 616.34-007.272-089.197.6

ПЕРВИЧНО-РАДИКАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.Н. Ищенко¹, А.Ю. Киселев¹, И.И. Матюшкин², Х.К. Чун³

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690095 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Городская клиническая больница № 4 (690034 г. Владивосток, ул. Воропаева, 5),

³ Отделение колоректальной хирургии Медицинского центра «Самсунг» (Республика Южная Корея, г. Сеул)

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

Представлен анализ лечения 199 пациентов с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью, оперированных по двум различным методикам: с предварительным транспуховым стентированием и без него. По данным авторов, целесообразно выполнение одномоментных радикальных операций с первичным анастомозом через 7–14 дней после купирования явления непроходимости методом транспухового стентирования при соблюдении определенных условий. Предлагается оригинальный алгоритм хирургической тактики.

Вопросы диагностики и лечения обтурационной кишечной непроходимости приобретают все большую актуальность в связи с постоянным увеличением количества больных с данной патологией, высокими цифрами послеоперационных осложнений и летальности. Так, по данным А.С. Ермолова и др. [8], обтурационная непроходимость составляет 80 % всех urgentных состояний с вовлечением толстой кишки. При этом доля послеоперационных осложнений здесь достигает 40 %, а летальность колеблется в пределах 21–44 % [3, 10]. В Приморском крае кишечная непроходимость как осложнение колоректального рака регистрируется в 70,4 % случаев, в то время как по России в среднем этот показатель равняется 59,4 % [7]. Подавляющее большинство пациентов с данной патологией поступает в стационары в среднетяжелом и тяжелом состоянии [9].

Различия в частоте послеоперационных осложнений и уровне летальности зависят от технического оснащения стационаров и подходов к обследованию и хирургическому лечению пациентов с острой толстокишечной непроходимостью. Сегодня в Российской Федерации используется более десятка классификаций обтурационной кишечной непроходимости, однако отсутствует единая общепринятая классификация, которая могла бы стать неотъемлемой частью алгоритма обследования и лечения больных с острой кишечной непроходимостью.

Неоднозначны также и вопросы хирургической тактики. Так, большинство отечественных хирургов использует 2–3-моментные операции. При этом на первом этапе формируется разгрузочная колостома, на втором выполняется резекция опухоли и на третьем – закрытие стомы [2, 5, 6]. В то же время многие зарубежные и отдельные отечественные специалисты являются сторонниками одномоментных резекций с формированием первичного анастомоза при обтурационной непроходимости [1, 4, 11, 13]. Сторонники первичных резекций с анастомозом доказывают преимущества выбранной тактики на большом клиническом материале, демонстрируя минимальные показатели послеоперационных осложнений и летальности [12]. Естественно, что первичная резекция с

анастомозом гораздо привлекательнее и для хирурга, и для пациента. Для широкого внедрения данной тактики в практическое здравоохранение нужно ответить на следующие вопросы:

1. Действительно ли первичные резекции настолько безопасны для пациента, как и многоэтапные операции?

2. Действительно ли эти вмешательства имеют широкий круг показаний при обтурационной непроходимости?

3. Какие технические приемы и манипуляции должны использоваться при первичных резекциях?

4. Как правильно создать и использовать алгоритм действий для рядового хирурга у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью?

Понимая объемность поставленных задач, мы не претендуем на решение всех вопросов, а попытаемся поделиться опытом, используя материал российских и южно-корейских клиник, где работали авторы данной статьи. На публикацию материалов зарубежной клиники, получено разрешение руководителя центра колоректального рака, д-ра мед. наук, профессора Но-Kyung Chun. Основная цель нашей работы – анализ эффективности вмешательств с первичным анастомозом в сравнении со стомирующими операциями, выполненными по поводу обтурационной кишечной непроходимости, а также создание алгоритма хирургической тактики лечения данной патологии.

Материал и методы. Анализ подверглись больные с раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, наблюдавшиеся на базе Городской клинической больницы № 4 г. Владивостока, а также пациенты, находившиеся на лечении в колопроктологическом отделении медицинского центра «Самсунг» (Южная Корея). Для удобства анализа и обработки данных все больные были разбиты на две группы:

1. Группа клинического сравнения (ГКС): больные, которым выполнялись различные стомирующие операции;

2. Основная группа (ОГ): больные, которым выполнялось предоперационное транспуховое стентирование (для ликвидации кишечной непроходимости и восстановления пассажа) с последующей первичной резекцией с наложением анастомоза через 7–14 дней.

ГКС была сформирована из 96 пациентов (35 мужчин и 61 женщина), которые с 2002 по 2009 г. были оперированы хирургами общего профиля в ГКБ № 4 Владивостока по поводу кишечной непроходимости. Средний возраст больных – 62,5 года. Основной причиной непроходимости являлись опухоли. ОГ составили 103 пациента (44 мужчины, 58 женщин) с опухолевой обструкцией толстой кишки, прооперированные с 2002 по 2007 г. в специализированном отделении госпиталя «Самсунг». Средний возраст больных – 61,6 года. Верификация диагноза основывалась на обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости, ирригоскопии и фиброколоноскопии.

Таблица 1

Распределение пациентов по степени тяжести кишечной непроходимости (по Э.Г. Топузову)

Вид непроходимости	ГКС		ОГ	
	абс.	%	абс.	%
Компенсированная	3	3,1	1	0,9
Субкомпенсированная	39	40,6	33	32,0
Декомпенсированная	54	56,3	69	67,0

Таблица 2

Распределение пациентов по локализации опухоли

Часть толстой кишки	ГКС		ОГ	
	абс.	%	абс.	%
Слепая	6	6,3	3	2,9
Восходящая ободочная	11	11,5	13	12,6
Печеночный изгиб	3	3,1	5	4,9
Поперечная ободочная	4	4,2	8	7,8
Селезеночный изгиб	3	3,1	6	5,8
Нисходящая ободочная	6	6,3	10	9,7
Сигмовидная ободочная	48	50,0	51	49,5
Ректосигмоидный отдел	8	8,4	2	1,9
Прямая	7	7,3	5	4,9

Таблица 3

Виды хирургических вмешательств у пациентов ГКС

Вмешательство	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Операция Гартмана	26	27,1
Операция Микулича	17	17,7
Правосторонняя гемиколэктомия	10	10,4
Левосторонняя гемиколэктомия	1	1,0
Обходной анастомоз	12	12,5
Наложение колостомы	27	28,1
Резекция с первичным анастомозом	2	2,1
Транспуховое стентирование	1	1,0

Результаты исследования. В обеих группах преобладали больные с декомпенсированной кишечной непроходимостью и опухолью сигмовидной кишки (табл. 1, 2). Все пациенты поступали в экстренном порядке, большинство из них в тяжелом состоянии. Регистрировались интоксикационный синдром с водно-электролитными нарушениями, белковая недостаточность, перитонит, сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Среди операций в ГКС паллиативных было 83, а радикальных только 13 (табл. 3).

Лечение в обеих группах начиналось с консервативной терапии: инфузионно-дезинтоксикационные мероприятия, восстановление водно-электролитного состояния и кислотно-основного равновесия, декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, очистительные и сифонные клизмы, стимуляция толстой кишки. Отсутствие эффекта от консервативной терапии являлось показанием к выполнению

Таблица 4
Виды хирургических вмешательств у пациентов ОГ

Вмешательство	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Операция Гартмана	13	12,6
Передняя резекция прямой кишки	37	35,9
Низкая передняя резекции прямой кишки	6	5,8
Левосторонняя гемиколэктомия	9	8,7
Правосторонняя гемиколэктомия	21	20,4
Лапароскопическая передняя резекция	3	2,9
Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия	1	0,9
Расширенная правосторонняя гемиколэктомия	2	1,9
Субтотальная колэктомия	2	1,9
Тотальная колэктомия	1	0,9
Резекция поперечно-ободочной кишки	3	2,9
Наложение колостомы	4	3,9
Обходной анастомоз	1	0,9

Таблица 5
Осложнения и летальность

Вид осложнения		ГКС		ОГ	
		абс.	%	абс.	абс.
Ближайшие п/операционные	Перитонит	2	2,1	–	–
	Пневмония	2	2,1	–	–
	Острый инфаркт миокарда	1	1,1	–	–
	Нагноение послеоперационной раны	–	–	2	1,9
	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	–	–	3	2,9
	Кишечный свищ	–	–	1	1,0
	Подкожная эвентрация	–	–	1	1,0
Несостоятельность анастомоза		8	8,4	–	–
Миграция металлического стента		–	–	6	5,8
Обтурация металлического стента		–	–	9	8,7
Общее кол-во осложнений		13	13,6	7	6,8
Летальность		13	13,6	0	0,0

оперативных вмешательств. У пациентов ОГ на первом этапе применялось транспухоловое стентирование для восстановления пассажа кишечного содержимого и декомпрессии толстой кишки. На втором этапе после купирования явлений непроходимости и улучшения состояния толстого кишечника выполнялись радикальные вмешательства (табл. 4).

В среднем после стентирования кишечника радикальная операция выполнялась через 12,6 дня. За это время пациент проходил полный комплекс диагностических мероприятий для уточнения стадии заболевания, размеров опухоли и наличия поражения соседних органов.

После стомирующих вмешательств в ГКС летальность составила 13,6 %, в то время как у пациентов ОГ

смертельных случаев не отмечено. Нагноение операционной раны в месте формирования стомы в ГКС наблюдалось в 4 раза чаще. В ОГ встречались осложнения, связанные непосредственно с методикой выполнения транспухолового стентирования: обтурация и миграция стента (табл. 5).

Наличие данных осложнений напрямую зависит от локализации опухоли в толстой кишке (при опухолях правой половины стентирование затруднено), а также от опыта врача-эндоскописта, выполняющего процедуру стентирования и отработанности методики.

В 2 случаях (2,1 %) имелась возможность выполнения радикального вмешательства с интраоперационным лаважом и наложением анастомоза в короткие сроки; вследствие чего получены положительные результаты. Переняв опыт зарубежных коллег, мы в одном случае использовали транспухоловое стентирование низкорасположенной опухоли прямой кишки.

Приводим клинические наблюдения.

Наблюдение 1. Больная И., 59 лет, поступила в ГКБ № 4 26.09.2008 г. с жалобами на схваткообразные боли в левой половине живота, тошноту, сухость во рту, неотхождение стула и газов. Вышеуказанные жалобы появились около полутора суток назад. В анамнезе периодические запоры. Сопутствующая патология – ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения I–II ф. кл., хроническая сердечная недостаточность I ф. кл.

При поступлении состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная, пульс 76 уд./мин, артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Во время ирригоскопии определен дефект наполнения сигмовидной кишки на протяжении 5–6 см. При колоноскопии здесь обнаружена опухоль, циркулярно суживающая просвет до 2 см. Диагноз: рак сигмовидной кишки T₃N₀M_x. Острая кишечная непроходимость ст. субкомпенсации.

После предоперационной подготовки 03.10.2008 г. выполнена радикальная операция – резекция сигмовидной кишки с интраоперационным лаважом толстой кишки растворами антисептиков в объеме до 5000 мл, с наложением первичного механического анастомоза «конец в конец». Патолого-анатомическое заключение: аденокарцинома высокой степени дифференцировки, экзофитная форма с инвазией в мышечный слой. Послеоперационное течение без осложнений, перистальтика появилась на 3-и сутки. Выписана 14.10.2009 г. через 11 дней после операции.

Наблюдение 2. Больная П., 73 года, поступила в ГКБ № 4 Владивостока 02.04.2009 г. с жалобами на постоянные боли во всех отделах брюшной полости, вздутие живота, сухость во рту, отрыжку воздухом, отсутствие стула в течение 2 недель. Пациентка истощена. При объективном осмотре – живот вздут, резко болезненный в области левого фланка. Проведена обзорная рентгенография брюшной полости, на которой обнаружены множественные чаши Клойбера, пневматоз толстой кишки (рис. 1, а). Во время ректороманоскопии на расстоянии 14 см от ануса обнаружена циркулярная опухоль, сужающая просвет кишки до 0,5 см на протяжении 2 см. Принято решение о выполнении стентирования как первого этапа хирургического лечения. 02.04.2009 г. при колоноскопии установлен металлический стент (рис. 1, б). Явления острой кишечной непроходимости купировались. Диагноз: рак ректосигмоидного отдела толстой кишки T₄N_xM_x. Острая кишечная непроходимость ст. декомпенсации (рис. 2). Затем после предоперационной подготовки

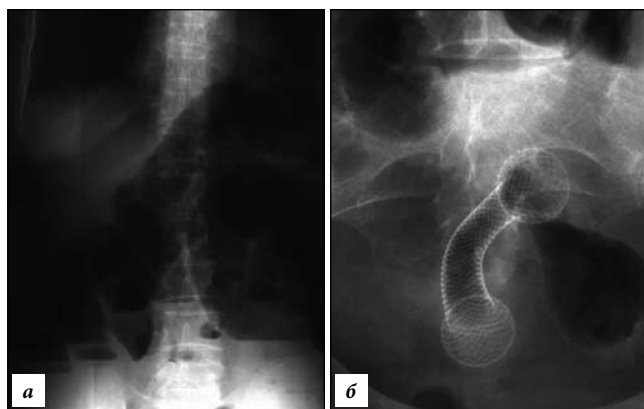


Рис 1. Рентгенограммы больной П.:

а – при госпитализации (множественные чаши Клойбера, пневматоз толстой кишки); б – после транспухолевого стентирования (тень стента в проекции ректосигмоидного отдела толстой кишки).

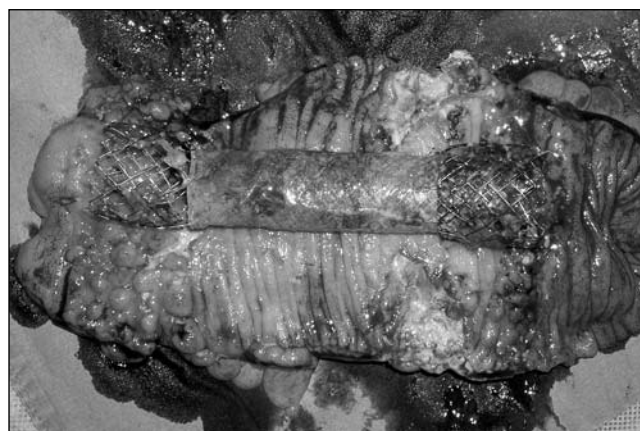


Рис 2. Операционный макропрепарат:

стент в просвете толстой кишки (вскрыта) через 1 мес. после транспухолевого стентирования.

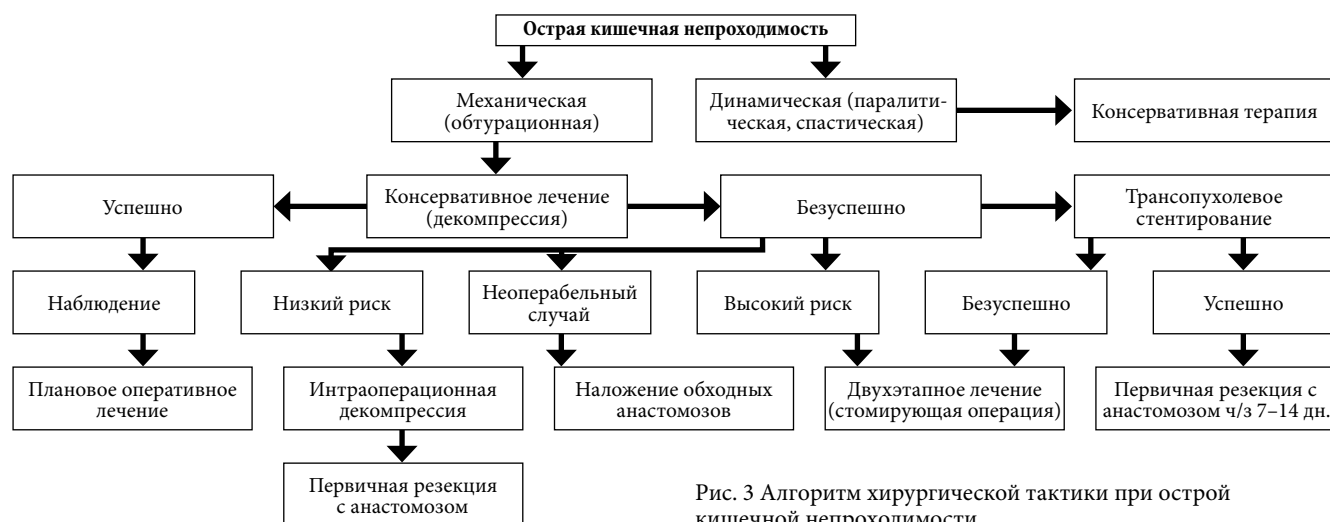


Рис. 3 Алгоритм хирургической тактики при острой кишечной непроходимости.

в течение 8 дней выполнено хирургическое вмешательство по поводу опухоли толстой кишки. К сожалению, данная опухоль была признана неоперабельной и пациентке проведена операция Микулича. Выписана на 12 сутки после вмешательства для дальнейшего химиотерапевтического лечения у онколога.

Обсуждение полученных данных. Лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью является трудной задачей. Сложность здесь заключается в наличии большого количества декомпенсированных форм непроходимости, особенно у пожилых людей, в разности подходов к лечению, в частой запущенности заболевания, а также в лечении пациентов в неспециализированных клиниках.

Широко распространенная операция Гартмана, конечно, позволяет ликвидировать явления непроходимости и одновременно удалить опухоль, но зачастую она характеризуется неблагоприятными последствиями. Кроме того, операционная травма утяжеляет состояние пациентов, если учесть, что большинство из них – лица старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Мы считаем, что применение транспухолевого стентирования и интраоперационной декомпрессии (при соблюдении определенных условий) имеет ряд преимуществ. Во-первых,

стентирование уменьшает операционный риск и позволяет выполнить одномоментную радикальную операцию. Во-вторых, применение стентирования, как показывает опыт, возможно у пациентов с любой локализацией опухоли. В-третьих, данный метод может применяться для лиц, находящихся в крайне тяжелом состоянии, и здесь он может считаться предпочтительным. Несомненно, применение вышеперечисленных методик у пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью позволяет значительно снизить число послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни больных.

Более широкое применение транспухолевого стентирования и интраоперационной декомпрессии нивелирует отрицательные стороны двух- и трехмоментных оперативных вмешательств. Сравнивая результаты хирургического лечения основной группы и группы клинического сравнения, мы пришли к выводу, что предварительное купирование явлений непроходимости с должной предоперационной подготовкой может являться оптимальным способом лечения данной категории больных. Основываясь на полученных данных и личном опыте, мы предлагаем созданный нами алгоритм хирургической тактики (рис. 3).

Выводы

1. Одномоментные операции при опухолях толстой кишки с острой кишечной непроходимостью после транспухолевого стентирования приводят к лучшим результатам, чем многоэтапные вмешательства.

2. Небольшому количеству пациентов с опухолями толстой кишки, чье состояние позволяет перенести хирургическое вмешательство, возможно выполнение первичной резекции толстой кишки с наложением анастомоза и интраоперационным лаважом. В эту категорию входят лица, поступившие в стационар не позднее 24 часов после появления симптомов компенсированной и субкомпенсированной острой кишечной непроходимости (однако для данной категории больных нужно разработать более уточненные показатели к выполнению подобных вмешательств).

3. При установлении диагноза обтурационной кишечной непроходимости целесообразно использовать предложенный алгоритм действий хирурга.

Литература

1. Алиев Э.С. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // *Хирургия имени Н.И. Пирогова*. 2001. № 8. С. 44–50.
2. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью // *Рос. онкол. журнал*. 2004. Т. 5. С. 4–7.
3. Буянов В.М. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости // *Анналы хирургии*. 1999. № 2. С. 22–30.
4. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Якушин В.И. и др. Лаваж кишечника у больных с кишечной непроходимостью // *IX Всерос. съезд хирургов: мат. съезда*. Волгоград, 2001. С. 149–150.
5. Воробьев Г.И. Диагностика и хирургическое лечение рака толстой кишки // *Русский медицинский журнал*. 1998. Т. 6, № 19. С. 1244–1256.
6. Григорьев Е.Г. *Хирургия колостомированного больного*. Новосибирск: Наука, 2001. 119 с.
7. Гурина Л.И. Организационные аспекты системы скрининговых мероприятий онкологической патологии у мужчин // *Тихоокеан. мед. журнал*. 2005. № 2. С. 74–77.
8. Ермолов А.С., Э. П. Рудин Д. Д. Оюн. Выбор метода хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости при опухолях ободочной кишки // *Хирургия*. 2004. № 2. С. 4–7.
9. Завгороднев С.В. Экстренные операции по поводу колоректального рака в общехирургическом отделении // *Акт. пробл. колопроктол.: мат. V Всерос. конф.* Ростов-на-Дону, 2001. С. 129–130.
10. Яцкиий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. *Опухоли толстой кишки*. М.: Медгиз, 2004. С. 155–172.
11. Basse L., Jacobsen D.H., Billesbole P. et al. Colostomy closure after Hartman's procedure with fast-track rehabilitation // *Dis Colon Rectum*. 2002. Vol. 45, No. 12. P. 1661–1664.
12. H.K. Chun, I.W. Choo, Y.S. Do et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent // *Radiology*. 1998. Vol. 206, No. 2. P. 415–421.
13. Hsu T.S. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon // *Am. J. Surg*. 2005. Vol. 189. P. 384–387.

Поступила в редакцию 09.10.2010.

PRIMARY RADICAL SURGERIES IN CASE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

V.N. Ischenko¹, A. Yu. Kiselev¹, I.I. Matyushkin², Kh.K. Chun³

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av.

Vladivostok 690950 Russia), Municipal Clinical Hospital No. 4

(5 Voropaeva St. Vladivostok 690034 Russia), Samsung Medical

Centre (50 Irwon-dong, Kangnam-gu, South Korea, Seoul)

Summary – The paper discusses analysis of treatment of 199 patients with acute tumour-induced colonic obstruction undergone surgeries by two different methods: with preliminary transtumor stenting and without it. As reported, it is expedient to perform single-step radical surgeries with primary anastomosis in 7 to 14 days after stopping obstruction by means of transtumor stenting, given that some conditions are observed. The authors suggest an original algorithm of surgical tactics.

Key words: acute intestinal obstruction, surgery.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 69–73.

УДК 616.65-002-06:616-002.5-07

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.С. Степанов, С.А. Белов, А.А. Гаврилов

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690041 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

Ключевые слова: туберкулез, предстательная железа, хронический простатит, диагностика.

Описаны два случая туберкулезного поражения предстательной железы у пациентов 27 и 55 лет. Правильный диагноз был поставлен после 3 и 15 лет безуспешного лечения ошибочно диагностированных неинфекционных заболеваний простаты. Авторы подчеркивают необходимость исключения туберкулеза у пациентов с хроническими урологическими заболеваниями и выполнения приказов об организации выявления больных туберкулезом, разработанных Министерством здравоохранения РФ и фтизиатрической службой Приморского края.

Специфическое поражение предстательной железы, по данным аутопсий, наблюдается более чем у 70%

Степанов Руслан Сергеевич – врач-фтизиоуролог урогенитального отделения ПКПД; e-mail: ruslanstepanoff@mail.ru

больных с тяжелыми формами туберкулеза легких и более чем у 50% – при кавернозном туберкулезе почек. Статистические показатели прижизненной диагностики данного заболевания значительно ниже, что указывает на отсутствие данных об истинной распространенности патологии, обусловленное, возможно, несовершенством диагностических и клинических методов ее выявления. Туберкулез предстательной железы чаще выявляется в период наибольшей репродуктивной активности – в возрасте от 25 до 45 лет.

Длительное время заболевание протекает субклинически либо проявляется симптоматикой простатита, гемоспермией, дизурией, болезненной эякуляцией,