

яния ипсилатеральных бронхопульмональных лимфатических узлов является относительно новой и актуальной.

Полученные промежуточные результаты ретроспективного анализа отражают влияние факта удаления данной группы лимфатических узлов на выживаемость. Лучшие результаты после пульмонэктомии получены при центральной форме плоскоклеточного рака, однако при периферическом раке выявлено преобладание ранних стадий заболевания после лобэктомий, что заведомо повышает показатели выживаемости.

Нами запланированы дальнейший детальный анализ (с учётом возрастных групп, локализации, стороны поражения, факта поражения лимфатических узлов N1 и N2), исследование методов до- и интраоперационной диагностики состояния бронхопульмональных лимфатических узлов, определение показаний и разработка техники выполнения ипсилатеральной бронхопульмональной

биопсии или диссекции.

Предложенная нами методика будет способствовать повышению показателей выживаемости пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cahan W.G., Watson W.L., Pool J.L. Radical pneumonectomy. *J. Thorac. Surg.* 1951; 22: 449–473.
2. Lardinois D., De Leyn P., Van Schil P. et al. ESTS guidelines for intraoperative lymph node staging in non-small cell lung cancer. *Eur. J. Cardio-thorac. surg.* 2006; 30: 787–792.
3. Naruke T., Suemasu K., Ishikawa S. Lymph node mapping and curability at various levels of metastasis in resected lung cancer. *J. Thorac. Cardio-Vasc. Surg.* 1978; 76: 832–839.
4. Rusch V., Asamura H., Watanabe H. et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: a proposal for a new international lymph node map in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. *J. Thorac. Oncol.* 2009; 4: 568–577.
5. Watanabe Sh., Asamura H. Lymph node dissection for lung cancer: significance, strategy and technique. *J. Thorac. Oncol.* 2009; 4: 652–657.

УДК 616.35-006.6-089-089.87-06: 616.718.192-089.48-089.168

АСПИРАЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фоат Шайхутдинович Ахметзянов^{1,2*}, Нурлан Талапович Шайхутдинов³,
Наиль Абулкарямович Валиев³, Зильфира Николаевна Шемеунова³, Василий Иванович Егоров¹

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия¹;

Приволжский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, г. Казань, Россия²;

Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия³

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-935

Цель. Изучить эффективность применения двухпросветных дренажей «труба в трубе», устанавливаемых по разработанной методике после брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу опухолевой патологии.

Методы. Проанализированы данные 52 пациентов с опухолью прямой кишки, которым в двух хирургических отделениях за последние 4 года выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки. При этой операции низведение толстой кишки выполняли с иссечением слизистой оболочки анального канала и помещением слизистой оболочки низводимой кишки в анальный канал. У всех пациентов брюшно-анальная резекция завершена установкой двухпросветных дренажей нашей конструкции в забрюшинную часть полости малого таза по разработанной методике через прокол на передней брюшной стенке. Ни одному пациенту одномоментную кишечную стому не накладывали.

Результаты. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 17 койко-дней, среди больных, перенёсших некомбинированные операции (50 из 52 больных) — 15,3 койко-дня. В послеоперационном периоде осложнения в общей сложности развились у 11 (21,1%) больных, при этом частота гнойно-септических осложнений составила 1,9%, что ниже литературных данных. Отметим, что использование предлагаемого нами метода дренирования полости малого таза полностью исключает формирование свищей в области промежности и значительно облегчает послеоперационный уход.

Вывод. Полученные нами данные позволяют говорить об эффективности применения данной методики дренирования полости малого таза при брюшно-анальных резекциях прямой кишки в связи низким процентом гнойно-септических осложнений: она позволяет исключить возможность формирования промежностных свищей, значительно облегчает ведение послеоперационного периода.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-анальная резекция, гнойно-септические осложнения, аспирационное дренирование, дренаж «труба в трубе», краевой некроз слизистой оболочки низведённой кишки, колоанальный анастомоз.

ASPIRATION DRAINAGE IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE SEPTIC COMPLICATIONS IN RECTUM SPHINCTER-SPARING ABDOMINOPERITONEAL RESECTION

F.Sh. Akhmetzyanov^{1,2}, N.T. Shaykhutdinov³, N.A. Valiev³, Z.N. Shemeunova³, V.I. Egorov¹

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²Volga Region Branch of Russian Cancer Research Center named after N.N. Blokhin, Kazan, Russia;

³Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

Aim. Explore the effectiveness of the double-barreled drainage tube «tube in tube», mounted by the developed technique after rectum sphincter-sparing abdominoperitoneal resection due to cancer.

Methods. The data of 52 patients with rectal tumors who underwent rectum sphincter-sparing abdominoperitoneal resection in two surgical wards over the past 4 years were analyzed. At the surgery, the colon was brought down together with anal channel mucosa excision and bringing down the colon mucosa to the anal channel. Rectum sphincter-sparing abdominoperitoneal resection was finished in all patients by placing a double-barreled drainage tube of the original construction to the retroperitoneal part of the cavity of the true pelvis by an original method via the anterior abdominal wall incision. No one-step intestinal stoma was exteriorized in any of the patients.

Results. The average duration of postoperative hospital stay was 17 days; in patients who underwent non-hybrid operation (50 of 52 patients) – 15.3 bed-days. Postoperative complications occurred in a total of 11 (21.1%) patients, and the rate of septic complications was 1.9%, which is lower compared to published data. It is worth noticing that the use of our original method of pelvic cavity draining totally excludes peritoneal fistula formation and facilitates post-operative care.

Conclusion. The proposed method of pelvic cavity draining at rectum sphincter-sparing abdominoperitoneal resections might be effective, as is associated with lower chance of purulent and septic complications. It excludes the possibility of perineal fistula formation, facilitates the post-operative period management.

Keywords: colorectal cancer, abdominal-anal resection, purulent-septic complications, suction drainage, drainage «tube in tube», marginal necrosis of descended colon mucosa, colorectal anastomosis.

Заболееваемость раком прямой кишки продолжает расти: в России за период 1998–2012 гг. она увеличилась с 12,2 до 16,7 на 100 тыс. населения, а по г. Казани за 1990–2013 гг. — более чем на 83% [5].

Частота послеоперационных осложнений после вмешательств на прямой кишке остаётся высокой, поэтому их профилактика и лечение не теряют своей актуальности. Основными гнойно-септическими осложнениями после сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке бывают абсцессы и флегмона малого таза, нагноение послеоперационной раны и перитонит: по данным литературы их частота может достигать 25% [1, 8, 9, 12]. Также высока частота несостоятельности швов колоанального и колоректального анастомозов — до 40% [1, 8, 10, 11].

Большую роль в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений играет способ послеоперационного дренирования малого таза. В большинстве случаев классическое дренирование после операций брюшно-анальной резекции прямой кишки заключается в установке через проколы в области ишиоректального пространства четырёх однопросветных дренажей в забрюшинную часть малого таза, два из которых проводят спереди от ануса и устанавливают у мыса крестца (*promontorium*), а два остальных — ниже, над леваторами, через проколы позади ануса.

На концах дренажей создают одно-два боковых отверстия [6, 7], в послеоперационном периоде ежедневно проводят промывание указанной полости антисептическими растворами через дренажи, установленные у *promontorium* (использованная жидкость

вытекает через дренажи, находящиеся над леваторами).

При этом довольно часто происходит инфицирование полости малого таза, что связано, по нашему мнению, с попаданием инфекции через проколы для дренажей после восстановления функционирования кишечника. Нашу версию о вторичном инфицировании тазовой полости подтверждает отсутствие в наших наблюдениях перитонитов и низкая частота нагноений срединной раны (1 случай).

Недостатками вышеописанного метода мы считаем следующие:

- 1) необходимость в ежедневных перевязках и промывании дренажей, что достаточно тяжело переносят пациенты в раннем послеоперационном периоде;
- 2) большая нагрузка на медицинский персонал;
- 3) высокий процент гнойных осложнений со стороны как послеоперационной раны, так и полости малого таза;
- 4) длительно не заживающие свищи в области промежности, образующиеся из бывших дренажных ран.

Мы предлагаем иной метод дренирования полости малого таза [4], заключающийся в том, что небольшой разрез на коже брюшной стенки справа (длиной 1–1,5 см) производят в точке, которая находится на латеральной трети линии, соединяющей переднюю верхнюю подвздошную ось и верхнюю точку лонного сочленения.

Далее со стороны малого таза формируют тоннель до брюшной стенки к месту описанного разреза брюшной стенки, отслаивая париетальную брюшину. Затем кров-

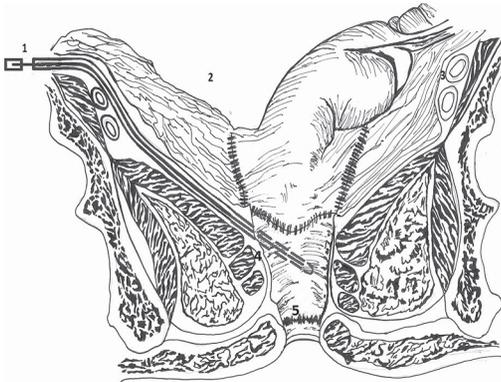


Рис. 1. Схема дренирования после брюшно-анальной резекции прямой кишки (вид полости малого таза после восстановления целостности тазовой брюшины): 1 – дренажная трубка «труба в трубе», проведённая в полость малого таза забрюшинно через прокол передней брюшной стенки; 2 – брюшная полость; 3 – наружные подвздошные сосуды; 4 – забрюшинная часть полости малого таза; 5 – колоанальный анастомоз

останавливающим зажимом прокалывают брюшную стенку, проходят через толщу прямой мышцы живота к полости малого таза.

Дренаж проводят через этот тоннель к передней брюшной стенке, при этом дистальную часть дренажа устанавливают в крестцовой впадине. Последнее обстоятельство очень важно, так как при всех других вариантах дренирования, по нашему опыту, эвакуировать содержимое из крестцовой впадины крайне сложно. Для исключения повреждений со стороны мочеточника, стенки мочевого пузыря, подвздошных сосудов необходимо осторожно проводить дренаж в полость малого таза, визуальную контролируя его ход.

Через прокол в левой подвздошной

области в нижний этаж брюшной полости устанавливают аналогичный дренаж.

Целью данного исследования было изучение эффективности применения двухпросветных аспирационных дренажей «труба в трубе» [3], устанавливаемых в полость малого таза по вышеописанной методике (рис. 1).

Нами проанализированы результаты лечения 52 пациентов с опухолью прямой кишки, которым в двух хирургических отделениях Республиканского клинического онкологического диспансера (база №2) за последние 4 года выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки (табл. 1).

При этой операции низведение толстой кишки выполняли с иссечением слизистой оболочки анального канала и помещением слизистой оболочки низводимой кишки в анальный канал [2]. Ни одному пациенту одномоментную кишечную стому не накладывали.

Нозологические данные, детали операции, данные о послеоперационных осложнениях и летальности, гистологические данные внесены в электронную архивную базу. Предоперационные обследования включали фиброколоноскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, почек, рентгенографию органов грудной клетки, ирригографию. Для статистических вычислений использованы программы «SPSS Statistics 20» и «MedCalc».

Из 52 пациентов женщин было 24 (46,2%), мужчин – 28 (53,8%). Больных в возрасте 30–39 лет было 2 человека, 40–49 лет – 3, 50–59 лет – 14, 60–69 лет – 21, 70–79 лет – 10, 80 лет и старше – 2 пациента. Таким образом, больных в возрасте

Таблица 1

Характеристика пациентов

	Все пациенты (n=52)	Пациенты без осложнений (n=41, 78,8%)	Пациенты с осложнениями (n=11, 21,2%)	
			Осложнения хирургического характера (n=7, 13,5%)	Другие осложнения (n=4, 7,7%)
Средний возраст, годы	61,3±10,9	61,8±9,6	57,7±13,6	69,7±16,0
Мужчины	28 (53,8%)	21	9	4
Женщины	24 (46,2%)	20	2	—
Расстояние опухоли от ануса, см	7,5±2,7	7,5±2,7	7,7±3,1	9,3±1,6
Рак (стадии)	1	5	4	—
	2	16	13	2
	3	25	19	4
	4	2	1	1
Полипы кишечника	4	4	—	—

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений

Виды осложнений	Число больных с осложнениями
Нагноение послеоперационной раны	1
Несостоятельность швов колоанального анастомоза	1
Краевой некроз слизистой оболочки низведённой кишки	3
Желчеистечение	1
Затёк мочи в брюшную полость из мочеточникового анастомоза	1
Пневмония	2
Повторный инфаркт миокарда	1
Всего	11

старше 60 лет было 33 (63,5%), из них свыше 70 лет — 12 (23,1%).

Сопутствующая патология выявлена у всех 52 (100%) больных, у 24 (46,2%) из них установлено наличие одного и более сопутствующих заболеваний, в значительной степени способствующих развитию послеоперационных осложнений: ишемическая болезнь сердца — у 18 (34,6%), причём у 4 из них был в анамнезе инфаркт миокарда, у 6 (11,5%) — анемия 1-2-й степени, у 8 (15,4%) — сахарный диабет, у 1 (1,9%) — перенесённое острое нарушение мозгового кровообращения.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 11 больных, их структура представлена в табл. 2.

Повторная операция потребовалась 1 пациенту в связи с абсцедированием полости малого таза вследствие несостоятельности швов колоанального анастомоза, выполнено наложение трансверзостомы. Наступило выздоровление, выписан на 8-е сутки после колостомии. В последующем этому больному выполнена деколостомия.

Краевой некроз слизистой оболочки низведённой кишки выявлен у 3 пациентов. После иссечения некроза рана эпителизировалась быстро, и это не отразилось на сроках пребывания больных на койке.

Желчеистечение по дренажной трубке, установленной в правом подреберье к резецированной области печени, зарегистрировано у 1 пациента, перенёвшего резекцию 5-6-го сегментов печени по поводу одиночного метастаза. Наступило самопроизвольное разрешение желчеистечения, послеоперационный койко-день составил 42.

Затёк мочи в брюшную полость зафиксиро-

ван у 1 больного. Этот пациент был оперирован по поводу местно-распространённого рака прямой кишки с прорастанием левого мочеточника. Была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с резекцией левого мочеточника, наложением анастомоза и выведением мочеточникового катетера через эпицистостому. Выполнено дренирование скопления мочи под ультразвуковым контролем, наступило выздоровление (37 койко-дней).

В послеоперационном периоде умер 1 (1,9%) пациент от повторного инфаркта миокарда.

Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 17 койко-дней, среди больных, перенёвших некомпбинированные операции (50 из 52 пациентов), — 15,3 койко-дня.

ВЫВОДЫ

1. Полученные нами данные позволяют говорить об эффективности применения этой методики дренирования полости малого таза при брюшно-анальных резекциях прямой кишки в связи низким процентом гнойно-септических осложнений. Она позволяет исключить возможность формирования промежуточных свищей, значительно облегчает введение послеоперационного периода.

2. Преимущества описанного способа дренирования и дренажей нашей конструкции: (а) облегчение обслуживания дренажа по сравнению с «ягодичным» дренированием в связи с отсутствием необходимости ежедневного промывания полости малого таза; (б) исключение возможности инфицирования полости малого таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б. *Рак прямой кишки*. М.: Вузовская книга. 2001; 208 с. [Aleksandrov V.B. *Rak pryamoy kishki*. (Rectal cancer.) Moscow: Vuzovskaya kniga. 2001; 208 p. (In Russ.)]
2. Ахметзянов Ф.Ш., Сунгатуллин А.Г., Мельников Е.А. *Способ брюшно-анальной резекции прямой кишки*. Патент на изобретение №99100404. Бюлл. №22 от 10.08.2001. [Akhmetzyanov F.Sh., Sungatullin A.G., Mel'nikov E.A. *A method for abdominaloperitoneal resection of rectum*. Patent for invention №99100404. Bulletin №22, issued at 10.08.2001. (In Russ.)].
3. Ахметзянов Ф.Ш., Шайхутдинов Н.Т., Ахметзянова Ф.Ф. *Дренаж послеоперационный «труба в трубе»*. Патент на изобретение №100726. Бюлл. №36 от 27.12.2010. [Akhmetzyanov F.Sh., Shaykhtudinov N.T., Akhmetzyanova F.F. *Post-surgical drain «Tube in tube»*. Patent for invention №100726. Bulletin №36, issued at 27.12.2010. (In Russ.)]

4. Ахметзянов Ф.Ш., Шайхутдинов Н.Т., Ахметзянова Ф.Ф. *Способ послеоперационного дренирования малого таза*. Патент на изобретение №2438603. Бюлл. №1 от 10.05.2012. [Akhmetzyanov F.Sh., Shaykhtudinov N.T., Akhmetzyanova F.F. *A method for true pelvis post-surgical draining*. Patent for invention №2438603. Bulletin №1, issued at 10.05.2012. (In Russ.)]

5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году*. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. 2013; 232 с. [Kaprina A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2012 godu*. (The state of oncological aid in Russia in 2012.) Moscow: P. Herzen Moscow Oncology Research Institute. 2013; 232 p. (In Russ.)]

6. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. *Хирургия рака прямой кишки*. М.: ООО «Дедалус». 2005; 255 с. [Odaryuk T.S., Vorob'ev G.I., Shelygin Yu.A. *Khirurgiya raka pryamoy kishki*. (The surgery of the rectal cancer.) Moscow: ООО «Dedalus». 2005; 255 p. (In Russ.)]

7. Фёдоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. *Оперативная колопроктология: руководство для врачей*. М.: ГНЦ проктологии. 1994; 432 с. [Fedorov V.D., Vorob'ev G.I., Rivkin V.L. *Operativnaya koloproktologiya: rukovodstvo dlya vrachey*. (Operative proctology: handbook for doctors.)

Moscow: State Scientific Center of Coloproctology. 1994; 432 p. (In Russ.)]

8. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. *Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции*. М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек. 2003; 136 с.

9. Center M., Siegel R., Jemal A. *Global Cancer Facts & Figures 2010*. Amer. Cancer Society. 2011; 58 p. [Khanevich M.D., Shasholin M.A., Zyazin A.A. *Kolorektal'nyy rak: podgotovka tolstoy kishki k operatsii*. (Colorectal cancer: preparing the colon for the surgery.) Moscow: MedEkspertPress, Petrozavodsk, IntelTek. 2003; 136 p. (In Russ.)]

10. Yang L., Huang X.E., Zhou J.N. Risk assessment on anastomotic leakage after rectal cancer surgery: An analysis of 753 patients. *Asian Pacif. J. Cancer Prevent.* 2013; 14: 4447–4453.

11. Warschkow R., Steffen T., Thierbach J., Bruckner T. Risk factors for anastomotic leakage after rectal cancer resection and reconstruction with colectostomy. A retrospective study with bootstrap analysis. *Ann. Surg. Oncol.* 2010; 18: 2331–2340.

12. Weaver M., Burdon D.V., Youngs D.J. Oral neomycin and erythromycin compared with single-dose systemic metronidazole and ceftriaxone prophylaxis in elective colorectal surgery. *Am. J. Surg.* 1986; 151: 437–442.

УДК 616.62-008.224036.11-089.819.1-039.78: 616.65-002-008.6

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Абдуселим Курбанович Абдурахманов*, Валерий Анатольевич Копылов

Городская больница №5, г. Набережные Челны, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-939

Цель. Снижение расходов на лечение пациентов с острой задержкой мочи, а также профилактика интра- и послеоперационных осложнений.

Методы. В период с 1 января по 31 декабря 2014 г. в урологическое отделение городской больницы №5 обратились 3760 пациентов. Из них количество пациентов с острой задержкой мочи составило 114 (3,2%) человек, в том числе с возникшей впервые – 100 (2,8%), повторно обратились 14 (0,4%) пациентов. В первой группе у 81 (71%) пациента с неосложнённой формой острой задержки мочи устанавливали постоянный уретральный катетер и рекомендовали амбулаторное лечение. Во второй группе у 33 (29%) пациентов с осложнённой формой острой задержки мочи осуществляли госпитализацию в урологическое отделение. Возраст обследованных колебался от 50 до 80 лет и старше, в среднем составляя 65 лет. Проведён анализ стоимости лечения пациентов с острой задержкой мочи, обратившихся в урологическое отделение. Цифры по стоимости лечения представлены экономической службой городской больницы №5 (стоимость 1 койко-дня в урологическом отделении в 2014 г. составила 1416 рублей).

Результаты. Предложена тактика ведения больных с острой задержкой мочи, способствующая снижению расходов на лечение и уменьшению интра- и послеоперационных осложнений. При 100% госпитализации пациентов с острой задержкой мочи общая величина затрат составила бы 807 120 рублей. При используемой нами тактике это сумма уменьшилась до 118 944 руб., экономический эффект в 2014 г. составил 688 176 рублей.

Вывод. Применяемая нами тактика ведения больных с острой задержкой мочи способствует снижению расходов системы здравоохранения на лечение данной патологии, снижает вероятность инфицирования нижних мочевых путей и исключает угрозу присоединения госпитальной инфекции.

Ключевые слова: острая задержка мочи, тактика лечения, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, экономическая эффективность.

ACUTE URINARY RETENTION MANAGEMENT IN DEPARTMENT OF EMERGENCY UROLOGY

A.K. Abdurakhmanov, V.A. Kopylov

Municipal Hospital №5, Naberezhnye Chelny, Russia

Aim. Reduce the treatment costs for patients with acute urinary retention, as well as prevention of intra- and postoperative complications.

Methods. Since January 1st, 2014 to December 31st, 2014, 3760 patients were examined in the urology department of the Municipal Hospital №5, including 114 (3.2%) patients with acute urinary retention, of whom 100 (2.8%) had the first episode of acute urinary retention, 14 (0.4%) – the relapse. In the first group of 81 (71%) patients with uncomplicated acute urinary retention, a permanent urethral catheter was inserted; patients were further treated as outpatients. The patients of the second