

- Deaths / S.R. Salpeter, N.S. Buckley, T.M. Ormiston [et al.] // *Ann. Intern. Med.* — 2006. — Vol. 144. — P.904—912.
17. *Antman, E.M.* Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs. An update for clinicians. A scientific statement from the American Heart Association / E.M. Antman, J.S. Bennett, A. Daugherty [et al.] // *Circulation.* — 2007. — Vol. 115, № 12. — P.1634—1642.
 18. IDSA/ATS Community Acquired Pneumonia Guidelines. — 2007.
 19. *Bont, J.* Is co-morbidity taken into account in the antibiotic management of elderly patients with acute bronchitis and COPD exacerbations? / J. Bont, E. Hak, C.E. Birkhoff [et al.] // *Fam. Pract.* — 2007. — Vol. 24, № 4. — P.317—322.
 20. *Takeuchi, K.* No adverse effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs, sulindac and diclofenac sodium, on blood pressure control with a calcium antagonist, nifedipine, in elderly hypertensive patients / K. Takeuchi, K. Abe, M. Yasujima [et al.] // *The Tohoku Journal of Experimental Medicine.* — 1991. — Vol. 165. — P.201—208.
 21. *Struijs, J.N.* Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization / J.N. Struijs, C.A. Baan, F.G. Schellevis [et al.] // *BMC Health. Serv. Res.* — 2006. — Vol. 6. — P.84.
 22. *Zhang, M.* Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C.D. Holman, S.D. Price [et al.] // *BMJ.* — 2009. — Vol. 338. — P.a2752.
 23. *Kongkaew, C.* Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies / C. Kongkaew, P.R. Noyce, D.M. Ashcroft // *Ann. Pharmacother.* — 2008. — Vol. 42, № 7. — P.1017—1025.
 24. *Passarelli, M.C.* Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause / M.C. Passarelli, W. Jacob-Filho, A. Figueras // *Drugs Aging.* — 2005. — Vol. 22, № 9. — P.767—777.
 25. *Bayliss, E.A.* Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases / E.A. Bayliss, J.F. Steiner, D.H. Fernald [et al.] // *Ann. Fam. Med.* — 2003. — Vol. 1, № 1. — P.15—21.
 26. *Wang, P.S.* Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives / P.S. Wang, J. Avorn, M.A. Brookhart [et al.] // *Hypertension.* — 2005. — Vol. 46, № 2. — P.273—279.
 27. *Groot, V. de.* How to measure comorbidity: a critical review of available methods / V. de Groot, H. Beckerman, G. Lankhorst [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* — 2003. — Vol. 56. — P.221—229.
 28. *Charlson, M.E.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales, C.R. McKenzie // *J. Chron. Dis.* — 1987. — Vol. 40, № 5. — P.373—383.
 29. *Starfield, B.* Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in 'Case' Management / B. Starfield, K.W. Lemke, T. Bernhardt [et al.] // *Ann. Fam. Med.* — 2003. — Vol. 1, № 1. — P.8—14.
 30. *Boyd, C.M.* Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance / C.M. Boyd, J. Darer, C. Boulton [et al.] // *JAMA.* — 2005. — Vol. 294, № 6. — P.716—724.
 31. *Weel, C. van.* Comorbidity and guidelines: conflicting interests / C. van Weel, F.G. Schellevis // *Lancet.* — 2006. — Vol. 367. — P.550—551.

© З.М. Галеева, 2010

УДК 616.348-002.44-08

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА, канд. мед. наук, асс. кафедры терапии
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава» (e-mail: zarina26@bk.ru)

Реферат. В данной статье приведены современные аспекты консервативной терапии неспецифического язвенного колита с позиций доказательной медицины.

Ключевые слова: доказательная медицина, воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит.

MODERN ASPECTS OF NONSPECIFIC ULCER COLITIS THERAPY FROM THE STANDPOINT OF EVIDENCE MEDICINE

Z.M. GALEYEVA

Abstract. This article demonstrated modern aspects of conservative therapy of nonspecific ulcer colitis in the context of evidence medicine.

Key words: inflammatory diseases of bowels, nonspecific ulcer colitis, evidence medicine.

На сегодняшний день проблема лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) является актуальной, так как, по данным международного комитета исследований, заболеваемость язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах. Воспалительные заболевания кишечника в силу своей распространенности, хронического и подчас тяжелого течения приобрели важное медико-социальное значение. В течение последних десятилетий мы становимся свидетелями бурного прогресса в изучении данных состояний. Несмотря на то что этиология и патогенез

ВЗК остаются до конца не ясными, все же наметился определенный прогресс в данных вопросах, что позволяет создавать новые средства для лечения. Новые терапевтические стратегии уже не базируются на эмпирическом подходе, а исходят из установленных принципов доказательной медицины.

В настоящее время консервативная терапия является основой лечения ВЗК, а оперативное вмешательство выполняют только в случаях ее неэффективности или развития осложнений. Целями консервативной терапии являются индукция ремиссии (подавление воспаления, купирование симптомов болезни) и поддержание ре-

миссии (предотвращение рецидивов). При определении стратегии лечения необходимо учитывать:

- характер течения заболевания;
- протяженность и область пораженного кишечника;
- тяжесть течения;
- специфику назначаемого препарата, т.е. время и место выделения активного компонента препарата;
- уровень доказательности для препарата;
- желание пациента.

В зависимости от протяженности поражения толстой кишки выделяют следующие формы ЯК: проктит, проктосигмоидит, левосторонний колит (до селезеночного изгиба или середины поперечной ободочной кишки), субтотальный колит (до печеночного изгиба), тотальный колит. Для определения тяжести течения ЯК существуют адаптированные критерии Truelove—Witts (табл. 1).

Таблица 1

Классификация ЯК по активности заболевания (адаптированные критерии Truelove—Witts)

Показатели	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Кровавый стул, <i>сут</i>	<4	≥4	≥6
Пульс, <i>уд/мин</i>	<90	<90	>90
Температура, °С	<37,5	<37,8	>37,8
Гемоглобин, <i>г/дл</i>	>11,5	>10,5	<10,5
СОЭ, <i>мм/ч</i>	<20	<30	>30
СРБ, <i>мг/л</i>	Норма	<30	>30

Участниками Европейской организации болезней Крона и колита (ЕССО) (консенсус по диагностике и лечению ЯК, достигнутый 20 октября 2006 г., Берлин) эти критерии рассмотрены как полезные в клинической практике вместе с данными сигмоидоскопии.

Современная лечебная тактика предусматривает знание врачами положений медицины, основанной на доказательствах. На сегодняшний день основу консервативной терапии составляют следующие группы препаратов:

- препараты 5-аминосалициловой кислоты [сульфасалазин, месалазин (5-АСК)];
- кортикостероиды;
- иммуносупрессоры.

Препараты 5-аминосалициловой кислоты. Сульфасалазин был первым из аминосалицилатов, успешно примененных в лечении ЯК. Это произошло после того, как N. Svartz в 1942 г. создала и апробировала новый комбинированный препарат для лечения ревматоидного артрита сульфапиридин и противовоспалительное средство 5-аминосалициловую кислоту, соединенные диазосвязью. В толстой кишке сульфасалазин расщепляется бактериальными азоредуктазами с высвобождением месалазина (5-АСК), оказывающим местное противовоспалительное действие. Работами Azad Khan было убедительно показано, что лечебный эффект сульфасалазина обусловлен 5-АСК, а сульфапиридину отводится роль «носителя», обеспечивающего доставку препарата в толстую кишку. Многочисленные клинические наблюдения показали, что сульфасалазин при его высокой эффективности нередко дает побочные реакции (20—40%), которые обусловлены входящим в его структуру сульфапиридином — носителем 5-аминосалициловой кислоты. Среди побочных реакций были зарегистрированы: головная боль, слабость, тошнота, сыпь, лейкопения, агранулоцитоз, угнетение костномозгового кроветворения, у мужчин возможно развитие бесплодия, обусловленное снижением количества и подвижности

сперматозоидов. Кроме того, сульфасалазин нарушает всасывание фолиевой кислоты, что может приводить к развитию мегалобластной анемии. В настоящее время синтезированы различные формы 5-АСК без сульфапиридина (салюфальк, пентаса, мезакол, салозинал) с различными механизмами высвобождения действующего вещества в кишечнике. Таблетированные препараты отличаются составом оболочки, а именно их энтеросолюбильным покрытием, что обуславливает скорость растворения препарата в зависимости от уровня pH пищеварительного тракта (табл. 2).

Таблица 2

Приблизительные значения pH в желудочно-кишечном тракте

Отделы желудочно-кишечного тракта	pH
Ротовая полость	Около 7,0
Пищевод	Около 7,0
Желудок	1,0—3,0
Двенадцатиперстная кишка	5,5—6,0
Тощая кишка	6,0—7,4
Подвздошная кишка	6,0—8,0
Ободочная кишка	7,0—7,5
Прямая кишка	Около 7,0

Так, таблетка салюфалька с покрытием из эудрагита L начинает высвобождать месалазин с терминального отдела подвздошной кишки (при pH>6,0) и далее по всему кишечнику. Данные медицины, основанной на доказательствах, свидетельствуют о том, что сульфасалазин проявляет низкую активность при БК, в отличие от ЯК. Положительный результат может быть достигнут у больных с преимущественным поражением **толстой кишки**, что объясняется активацией препарата ферментами толстокишечной микрофлоры.

В связи с этим привлекательным является использование препарата пентаса, который состоит из микрогранул месалазина диаметром 0,7—1,0 мм, покрытых полупроницаемой этилцеллюлозной оболочкой и разлагается в желудке на микрогранулы, покрытые микрокристаллической целлюлозой. Данная структура таблетки способствует медленному равномерному поступлению микрогранул, проявляя активность действующего вещества препарата при широком уровне pH от 1,5 до 7,5, т.е. начиная с двенадцатиперстной кишки и по всему кишечнику, высвобождаясь на 50% в тонкой кишке и на 50% в толстой кишке.

Среди наиболее часто зарегистрированных побочных эффектов при приеме месалазина (пентаса) отмечались следующие: головная боль, тошнота и депрессия.

Таким образом, препараты 5-АСК имеют разные «точки приложения» в различных отделах кишечника, что необходимо учитывать при выборе терапии в зависимости от локализации процесса в кишечнике (табл. 3).

На сегодняшний день известно, что салицилаты эффективны при легких и среднетяжелых формах ЯК, а также для поддержания ремиссии заболевания. Для купирования среднетяжелой атаки ЯК назначают более высокие дозы: 4—6 г/сут сульфасалазина или 4 г/сут месалазина, что согласуется с литературными данными о дозозависимом клиническом эффекте салицилатов. После стихания атаки обязательным условием для поддержания ремиссии считается длительный прием 1,5—2,0 г/сут препарата. Хорошие результаты лечения были получены при назначении ректальных форм 5-АСК больным левосторонним колитом. Помимо высокой

Производные 5-АСК

Название	Состав	Зона высвобождения	Формула
Пентаса	5-АСК	Двенадцатиперстная кишка и далее	Микрогранулы, покрытые этилцеллюлозной оболочкой
Сульфасалазин	5-АСК+сульфапиридин	Толстая кишка	Таблетки, капсулы
Салофальк/клавесал	5-АСК	Подвздошная кишка (pH>6)	Eudragit L
Балсалазид (колазид)	5-АСК+4-аминобензоил аланин	Толстая кишка	Капсулы
Ипсалазид	5-АСК+4-аминобензоил, глицин	Толстая кишка	Капсулы
Поли-АСК	5-АСК +сульфаниламидоэтилполимер	Толстая кишка	Капсулы
Асакол	5-АСК	Толстая кишка (pH>7)	Eudragit S
Олсалазин (дипентум)	5-АСК	Толстая кишка	Желатиновые капсулы
Роваза	5-АСК	Подвздошная кишка (pH>6)	Eudragit L-100

частоты наступления ремиссии (до 63%) плацебоконтролируемые сравнительные исследования показывают высокую клиническую эффективность уже низких доз препарата. Достоверное улучшение наблюдалось вне зависимости от используемой дозы препарата (1,5 или 4 г/сут), т.е. в отличие от перорального приема при ректальном применении имеется относительный дозозависимый эффект 5-АСК. Вместе с тем у больных, получавших прежде пероральную терапию, не следует ее отменять на фоне присоединения ректальных препаратов 5-АСК, так как может произойти распространение процесса в проксимальном направлении.

Важным с точки зрения ведения пациентов с ЯК является тот факт, что колоректальный рак часто ассоциируется с язвенным колитом (табл. 4).

Таблица 4

Риск рака толстой и прямой кишки у больных ЯК в общей популяции

Превышение риска по сравнению с общей популяцией	Кратность риска
У больных неспецифическим ЯК	×8
Панколит	×19
Левосторонний колит	×4
Поражение дистальных отделов	×1,5

Результаты доказательной медицины свидетельствуют о том, что регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов сочетается со снижением частоты спорадических случаев рака на 50%, при этом низкая заболеваемость раком толстой кишки среди больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) может быть связана с приемом месалазина (табл. 5).

Таблица 5

Влияние месалазина на апоптоз клеток кишечника

Апоптоз	Исходно	После лечения	p
Оценка апоптоза	14,6±1,3	19,4±0,8	<0,03

Таким образом, терапия месалазином позволяет проводить фармакопрофилактику развития колоректального рака у пациентов с ЯК.

Глюкокортикоиды. В 1955 г. Truelove и Witts опубликовали результаты первого контролируемого исследования терапевтической эффективности кортизона у больных неспецифическим язвенным колитом. Применение этого препарата на протяжении 1,5 мес в дозе 100 мг/сут позволило достичь клинической ремиссии у 40% больных (по сравнению с 15% больных, получавших плацебо). Последующие сравнительные исследования показали, что назначение при активном заболевании

преднизолона в дозе 40 или 60 мг/сут является более эффективным, чем суточная доза в 20 мг. В то же время у пациентов, получавших ранее глюкокортикоиды, назначение АКТГ оказывалось малоэффективным.

Тяжелые обострения заболевания, безусловно, являются показаниями к внутривенному применению глюкокортикоидов. Более чем у половины больных с тяжелым обострением заболевания внутривенное применение глюкокортикоидов приводило к достижению клинической ремиссии. Обычно средние сроки внутривенного введения глюкокортикоидов составляют 5 сут. Если же в течение 5—10 сут парентеральная терапия не приводит к существенному клиническому улучшению, то необходимо обсуждение вопроса о целесообразности проведения хирургического лечения. Применение сверхвысоких доз глюкокортикоидов по результатам сравнительных исследований не повышало частоту достижения ремиссии. Так, применение 1 г метилпреднизолона в сутки не было более эффективным, чем использование более низких доз препарата. Сравнительные исследования по изучению применения кортикостероидов с пониженными системными проявлениями у больных с обострением язвенного колита не показали их более высокой клинической эффективности по сравнению с преднизолоном. Так, ежедневное назначение флутиказона пропионата в дозе 20 мг/сут оказалось даже менее эффективным, чем использование преднизолона в дозе 40 мг/сут.

Глюкокортикоиды показали высокую эффективность при лечении левосторонних форм колита. Клиническая ремиссия наступает у 40—80% таких больных при введении им преднизолона или гидрокортизона с помощью клизм. Однако новая форма препарата — гидрокортизона ацетат в виде ректальной пены — имеет преимущество перед традиционными клизмами. Небольшой (5 мл) объем вводимой пены (в отличие от классических клизм, имеющих объем 100 мл и более) не вызывает у пациентов позывов к дефекации, что увеличивает время пребывания препарата внутри кишки и, следовательно, повышает его эффективность. Синтезированные в последние годы кортикостероидные препараты со сниженной системной активностью (бетаметазон, будезонид) при местном использовании оказались не менее эффективными, чем традиционные кортикостероидные препараты, а уменьшение частоты системных побочных проявлений (так, будезонид не влияет на уровень кортизола в плазме) представляется их важным преимуществом.

Иммуносупрессоры. В отличие от болезни Крона, при которой иммуносупрессоры (азатиоприн, 6-меркаптопурин) широко включаются в стандартные схемы лечения, использование этих препаратов у

больных неспецифическим язвенным колитом представляется спорным.

При проведении контролируемых исследований для оценки роли данных препаратов при язвенном колите возникает риск увеличить и без того большую опасность развития рака кишечника. Небольшое количество проведенных исследований с включением ограниченного числа больных дают довольно противоречивые данные. Эффективность лечения больных с тяжелыми обострениями язвенного колита циклоспорином А изучалась в 20 неконтролируемых и в 1 плацебоконтролируемом исследовании. В последнем (Lichtiger et al., 1994) 20 больных с тяжелым обострением получали циклоспорин (в дозе 4 мг/кг/сут) внутривенно, капельно. Положительная клиническая динамика отмечена у 9 из 11 пациентов. Ни у одного из больных, получавших плацебо, положительной динамики заболевания не отмечено. Положительное влияние внутривенного введения циклоспорина А при тяжелых обострениях язвенного колита отмечено и при неконтролируемых исследованиях.

Таким образом, использование циклоспорина может быть рекомендовано при тяжелых обострениях язвенного колита, что, возможно, позволит уменьшить частоту необходимых хирургических вмешательств. В то же время в ряде неконтролируемых исследований не удалось доказать эффективность применения циклоспорина А в клизмах при лечении больных с левосторонними колитами.

Проведя анализ результатов лечения ЯК на основе результатов доказательной медицины, необходимо остановиться также на аспектах антибактериальной терапии в лечении больных ЯК. Сравнительные исследования демонстрируют отсутствие положительного влияния на течение заболевания при лечении метронидазолом (как при монотерапии, так и в составе комплексной терапии). Таким образом, язвенный колит не является показанием для назначения данного препарата. Также однозначно не подтверждена необходимость назначения антибиотиков широкого спектра действия при легком и среднетяжелом течении заболевания. В то же время антибиотики, несомненно, показаны больным с тяжелым течением язвенного колита при развитии у них токсического мегаколона.

Поддерживающая терапия. Необходимо также отметить, что при отсутствии поддерживающей терапии у больных ЯК частота обострений в течение года достигает 75—80%. В связи с этим необходимо осветить результаты доказательной медицины в данном аспекте. Глюкокортикоиды не способны предотвратить наличие обострений заболевания. Лишь тем больным, у которых отмечается постоянная активность воспалительного процесса в кишечнике, правомочно назначать преднизолон в дозе 40 мг через день. Такая схема назначения снижает риск возникновения еще большего обострения заболевания. На фоне приема салазосульфамиридина (в стандартной дозе 2 г/сут) в течение года рецидивы не возникают у 70% больных (при плацебо — у 24%). При дозе препарата 1 г/сут частота развития рецидивов выше. В то же время при повышении поддерживающей дозы до 4 г/сут нарастает частота побочных эффектов терапии.

Применение препаратов 5-АСК — метод выбора для поддерживающей терапии больных язвенным колитом. Для поддерживающей терапии характерен относительно дозозависимый эффект препаратов

5-АСК. Так, эффективность доз 5-АСК в диапазоне 0,75—4 г/сут оказывается одинаковой в сдерживании рецидивов заболевания.

Ректальные формы препаратов салазосульфамиридина и месалазина оказываются высокоэффективными при профилактике рецидивов заболевания и у больных с дистальными колитами.

Результаты контролируемых исследований показывают возможность прерывистого назначения ректальных форм 5-АСК. Назначение 5-АСК в клизмах в дозе 1 г/сут, 1 раз в 3 дня или 1 нед в месяц поддерживают клиническую ремиссию у значительного большинства больных.

Несмотря на хорошие результаты поддерживающей терапии салазосульфамиридином или препаратами 5-АСК, после ее отмены в течение полугода рецидивы заболевания возникают более чем у половины больных. В связи с этим можно считать достаточно обоснованным назначение длительной поддерживающей терапии более низкими дозами месалазина (1 г/сут) или салазосульфамиридина (2 г/сут). Длительное лечение небольшими дозами 5-АСК является также важным условием профилактики такого тяжелого осложнения язвенного колита, как рак толстой кишки.

Положения доказательной медицины в отношении консервативной терапии пациентов с ЯК представлены в табл. 6.

Таблица 6

Уровень доказательности для применения различных агентов в индукции и поддержании ремиссии язвенного колита

Препарат	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии
Сульфасалазин	Ia	Ia
Месалазин	Ia	Ia
Системные глюкокортикоиды	Ib	Ib
Будесонид	Не доказано	Не изучено
Азатиоприн и 6-меркаптопурин	IIa	IIa
Метотрексат	Не доказано	Не изучено
Циклоспорин	Ib	Не доказано
Микофенолата мофетил	III	III
Такролимус	Не доказано	Не изучено
Инфликсимаб	Ib	Ib

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2001. — С.527.
2. Sanborn, W.J. // Inflamm Bowel Dis. — 2005. — Vol. 5, № 1. — P.48—63.
3. Campieri, M. Efficacy of 5-aminosalicylic acid enemas versus hydrocortisone enemas in ulcerative colitis / M. Campieri, P. Gionchetti, A. Belluzzi [et al.] // Dig. Dis. Sci. — 2007. — № 32. — P.67—70.
4. Cohen, R.D. A meta-analysis and overview of the literature on treatment options for left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis / R.D. Cohen, D.M. Woseth, R.A. Thisted, S.B. Hanauer // Am. J. Gastroenterol. — 2000. — № 95. — P.1263—1276.
5. Gionchetti, P. Comparison of oral with rectal mesalazine in the treatment of ulcerative proctitis / P. Gionchetti, F. Rizzello, A. Venturi [et al.] // Dis. Colon. Rectum. — 1998. — № 41. — P.93—97.
6. Hanauer, S.B. Dose-ranging study of mesalamine (PENTASA) enemas in the treatment of acute ulcerative proctosigmoiditis: results of a multicentered placebo-controlled trial. The U.S

- PENTASA Enema Study Group / S.B. Hanauer. — *Inflamm. Bowel. Dis.* — 2006. — № 4. — P.79—83.
7. Marshall, J.K., Irvine E.J. // *Gut.* — 2007. — № 40. — P.775—781.
8. Oshitani, N. Corticosteroids for the management of ulcerative colitis / N. Oshitani, A. Kitano, T. Matsumoto, K. Kobayashi // *J. Gastroenterol.*—2005.—Vol. 5, № 30 (suppl. 8).—P.118—120.
9. Stack, W.A. Short- and long-term outcome of patients treated with cyclosporin for severe acute ulcerative colitis / W.A. Stack, R.G. Long, C.J. Hawkwyl // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2005. — № 12. — P.973.
10. Sutherland, L. Oral 5-aminosalicylic acid for inducing remission in ulcerative colitis / L. Sutherland, D. Roth, P. Beck, K. Makiyama // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2008.

© Ю.М. Ишенин, 2010

УДК 616-089.85

ДОКТРИНА МЕХАНИЧЕСКОГО ТУННЕЛИРОВАНИЯ

ЮРИЙ МИХАЙЛОВИЧ ИШЕНИН, член-корр. ЕА АМН, докт. мед. наук, проф. кафедры хирургии и травматологии ГОУ «Институт усовершенствования врачей» МЗиСР Чувашской Республики, Чебоксары

Реферат. В работе представлены научно-клинические исследования по технологии механического туннелирования на материале 1526 операций при различных ишемических синдромах органов и тканей. В исследовании представлены последние материалы применения клеточных технологий в лечении ишемической болезни сердца, цирроза печени, ишемии нижних конечностей, слоновости и др. Главным моментом работы явилось заключение, что туннелирование — новая хирургическая доктрина, позволяющая проводить системную диагностику и хирургический скрининг, без которого лечебный процесс становится порочным и социально опасным явлением.

Ключевые слова: механическое туннелирование, ишемическая болезнь.

DOCTRINE OF MECHANICAL TUNNELING

Y.M. ISHENIN

Abstract. In work the scientific-clinical researches on technology of mechanical tunneling on a material of 1526 operations at various ischemic syndromes of bodies and fabrics are presented. In research it is presented last materials of application of cellular technologies in treatment of an ischemic heart trouble, a cirrhosis, an ischemia of lower extremities, limfodema and others. The main moment of work was the conclusion that tunneling — the new surgical doctrine, allowing to carry out system diagnostics and surgical screening without which medical process becomes the vicious and socially dangerous phenomenon.

Key words: mechanical tunnel, ischemic disease.

Хирургическое лечение ишемических синдромов органов и тканей (ИСОТ) методом механического туннелирования берет свое начало от первой операции, когда в г. Каунасе (Литва) 9 февраля 1987 г. совместно с академиком-русифилом Ю.Ю. Бредикисом была выполнена первая в мире операция механического туннелирования у пациента с критической формой ИБС. С тех пор прошло более 23 лет, и за этот период технология усовершенствовалась, видоизменялась и превратилась в направление с многофакторными вмешательствами (таблица).

Сводные данные по механическому туннелированию органов и тканей

Область вмешательства	Количество оперированных больных
Сердечно-сосудистая система	1208
Гепатология: циррозы	82
Неврология: плекситы, последствия ишемии головного мозга	154
Деформирующий остеоартроз	42
Слоновость	12
Варикозная болезнь нижних конечностей	2
Индуративный панкреатит	1
Прочие	25
Итого	1526

При этом за последние 7 лет операционная летальность при механическом туннелировании сведена к нулю.

Количество операций могло бы быть больше, имея автор свой специализированный центр и государственное финансирование.

Главной идеей доктрины туннелирования является постулат, утверждающий, что создание механическим путем с помощью тубусного скальпеля авторской конструкции искусственного туннеля (канала), напоминающего организму сосуд, в любой ткани или в любом органе приводит к стимуляции ангиогистопластического процесса. Сегодня это является доказанным фактом (рис. 1) [2, 3].

Место механического туннелирования в системе оказания хирургической помощи с ишемическими синдромами определяется в том русле, когда другая реваскуляризирующая операция или невыполнима, или потеряла свой ценз в результате клинического применения, т.е. при повторных хирургических вмешательствах. По принципу этапности операция механического туннелирования усматривает сначала выполнение прямых реконструктивных вмешательств как малоинвазивного характера, так и более расширенного объема, а в случаях их бесперспективности, выполнение чистого туннелирования или в сочетании с уже известными методами коррекции ишемии (АКШ, ангиопластика, симпатэктомиа и т.д.). Например, аортобедренное шунтирование верхних этажей нижней конечности с туннелированием голени при дистальной окклюзии сосудов берцового бассейна.

Необходимо отметить, что при схожести механизмов не прямых методов реваскуляризации у них имеются и отличия. Например, реваскуляризирующий эффект операции Зусмановича (реваскуляризирующая остео-