

Kondratyuk A.I.*doctor-surgeon of the Poltava regional
clinical oncologic dispensary***Kovryga A.I.***managing the separation of the Poltava
clinical oncologic dispensary***TACTICS OF TREATMENT OF PERFORATIVE CANCER OF RIM BOWEL****Кондратьюк Александр Иванович***врач-хирург Полтавского областного клинического онкологического диспансера***Коврыга Анатолий Иванович***заведующий отделением Полтавского областного клинического онкологического диспансера***ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Summary. The results of surgical treatment are in-process presented 124 patients by the перфоративным cancer of rim bowel in age from 26 80 to that were divided into 2 groups: group of comparison and basic group. It is shown during research, that at the choice of volume of operative intervention during the perforation of tumours it is necessary to be oriented on weight of the general state of patient, prevalence of tumour process and form of peritonitis. For patients, the degree of weight of the state of that on the scale of SAPS is estimated as easy, we deem it wise implementation of одномоментных radical and palliative resections of rim bowel, in the cases of grave general condition of patient, and also at finding out карциноматоза of peritoneum executed radical and palliative interferences with forming of the initially-deferred anastomoses. Optimal interference at the plural diastatic perforations of leading bowel was consider subtotal colectomy with forming of илеостомы or with creation of initially-deferred илеосигмо- or илеоректоанастомоза. Comparative estimation of ЛП and level of РМММ in a dynamics showed more rapid cut short of endogenous intoxication for the patients of basic group. The worked out tactics allowed to bring down the incurrence of early postoperative complications with 40,9% to 29,3% festering-inflammatory complications with 16,7% to 8,6% and postoperative lethality - with 5% to 1,7%.

Аннотация. В работе представлены результаты хирургического лечения 124 больных перфоративным раком ободочной кишки в возрасте от 26 до 80 лет, которые были разделены на 2 группы: группу сравнения и основную группу. В ходе исследования показано, что при выборе объема оперативного вмешательства при перфорации опухолей следует ориентироваться на тяжесть общего состояния пациента, распространенность опухолевого процесса и форму перитонита. У пациентов, степень тяжести состояния которых по шкале SAPS оценивается как легкая, считаем целесообразным выполнение одномоментных радикальных и паллиативных резекций ободочной кишки, в случаях тяжелого общего состояния больного, а также при обнаружении карциноматоза брюшины выполняли радикальные и паллиативные вмешательства с формированием первично-отсроченных тонко-толстокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов. Оптимальным вмешательством при множественных диастатических перфорациях приводящей кишки считали субтотальную колэктомию с формированием илеостомы или с созданием первично-отсроченного илеосигмо- или илеоректоанастомоза. Сравнительная оценка ЛПИ и уровня ПСММ в динамике показала более быстрое купирование эндогенной интоксикации у пациентов основной группы. Разработанная тактика позволила снизить общее число ранних послеоперационных осложнений с 40,9% до 29,3%, гнойно-воспалительных осложнения с 16,7% до 8,6% и послеоперационную летальность – с 5% до 1,7%.

Keywords: *перфоративный cancer of rim bowel, peritonitis, insolvency of anastomosis, initially-deferred anastomoses.*

Ключевые слова: *перфоративный рак ободочной кишки, перитонит, несостоятельность анастомоза, первично-отсроченные анастомозы.*

Постановка проблемы. В последние десятилетия во всем мире отмечен рост заболеваемости колоректальным раком, приносящего обществу значимые материальные потери: стоимость комплексного лечения пациентов с раком этой локализацией рака составляет 6,5 миллиардов долларов в год (второе место после рака грудной железы). Неуклонно растет число больных, оперируемых в экстренном порядке по поводу острых осложнений рака толстой кишки. Наиболее тяжелым осложнением этого заболевания является перфорация опухоли или разрыв стенки кишки проксимальнее

новообразования. Эти больные поступают в экстренном порядке в ближайшие хирургические стационары [1, 11, 13,14, 15].

Анализ последних исследований и публикаций. Паллиативные и симптоматические операции выполняются почти в 44% случаев, а послеоперационная летальность при этом достигает 46,5% [21]. Ряд хирургов [2, 13, 16] считает целесообразным выполнять многоэтапные оперативные вмешательства. К настоящему времени предложены различные варианты операций, выполняемых в ургентном порядке по поводу осложненного колоректального рака, ни

включают одномоментные обструктивные резекции толстой кишки с наложением проксимальной колостомы, двухмоментные резекции кишки с опухолью и наружным отведением кишечного содержимого, двухэтапные резекции толстой кишки с опухолью с предварительным внутренним отведением кишечного содержимого посредством обходного анастомоза, трехмоментные операции с предварительным наружным отведением кишечного содержимого. Многоэтапные вмешательства с выполнением операций типа Цейдлера - Шлоффера по поводу осложнений колоректального рака способствуют не только экономическим потерям, но и существенно снижают качество жизни пациентов. Нередко ввиду существенных метаболических изменений, прогрессирования опухолевого роста после первичного вмешательства, пациенты не дожидаются радикальной хирургической коррекции. К настоящему времени предложены различные варианты радикальных операций, выполняемых в ургентном порядке по поводу осложненного колоректального рака, которые включают одномоментные обструктивные резекции толстой кишки с наложением проксимальной колостомы, двухмоментные резекции кишки с опухолью и наружным отведением кишечного содержимого, двухэтапные резекции толстой кишки с опухолью с предварительным внутренним отведением кишечного содержимого посредством обходного анастомоза. [3, 4, 7, 17, 19].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы.

При хирургическом лечении осложненного колоректального рака отдаленные результаты остаются малоутешительными. По сравнению с комбинированными методами лечения колоректального рака (в первую очередь, с применением предоперационной лучевой терапии и/или адьювантной цитостатической терапией), при хирургическом вмешательстве (несмотря на высокую степень радикальности вмешательств), отмечается увеличение количества местных и региональных рецидивов со снижением показателей общей и безрецидивной выживаемости. Развитие ряда серьезных осложнений злокачественного поражения толстой кишки практически исключает возможность проведения неадьювантного лечения. Более того, при выполнении одномоментного хирургического вмешательства по поводу осложненного колоректального рака значительно ухудшаются непосредственные результаты лечения, что выражается в увеличении вероятности выполнения обструктивных вариантов оперативного удаления опухолей толстой кишки, возрастании уровня послеоперационной летальности и числа осложнений, отмечающихся в 25-54,5% случаях. В результате этого многоэтапность вмешательства или неудовлетворительный исход первичного оперативного вмешательства, не только

существенно снижает качество жизни пролеченных больных, но и не позволяет осуществить адьювантный этап комбинированного лечения. Исходя из вышеизложенных положений, особую значимость приобретает разработка методов декомпрессии и дооперационной подготовки отделов кишечника, располагающихся проксимальнее опухоли.

По сравнению с комбинированными методами лечения колоректального рака (в первую очередь, с применением предоперационной лучевой терапии и/или адьювантной цитостатической терапией), при хирургическом вмешательстве (несмотря на высокую степень радикальности вмешательств), отмечается увеличение количества местных и региональных рецидивов со снижением показателей общей и безрецидивной выживаемости [9, 10, 18].

Ввиду всего вышеизложенного, перспективы улучшения результатов лечения осложненного колоректального рака настоятельно требуют определения условий, разработки четких показаний и создания оптимального алгоритма хирургических методик восстановления кишечного пассажа в сочетании с комплексным патогенетическим подходом, восстановлением нарушенного гомеостаза и функционального состояния органов и систем больного с последующей радикальной операцией, а также объективной оценки непосредственных и отдаленных результатов их совместного применения.

Цель статьи. Разработка и внедрение дифференцированной тактики лечения перфоративного рака ободочной кишки в ситуациях, предполагающих выведение кишечной стомы.

Изложение основного материала. Исследование носило клинический характер и основывалось на изучении результатов хирургического лечения 124 больных перфоративным раком ободочной кишки, оперированных в Полтавском клиническом онкологическом диспансере (г. Полтава, Украина), в период с 2007 по 2017 гг., в возрасте от 26 до 80 лет, которые были разделены на 2 группы: группу сравнения и основную группу. В группу сравнения включены 66 больных, которые были оперированы с 2007 по 2012 гг. по общепринятым тактическим схемам. В основную группу были включены 58 больных, лечившихся в период с 2013 по 2017 гг. по поводу перфоративного рака ободочной кишки с применением предлагаемого подхода.

Для оценки выраженности дисфункции или декомпенсации органов и систем и риска развития интра- и послеоперационных осложнений у исследуемых больных группы сравнения использовали балльную шкалу оценки степени тяжести SAPS (Simplified Acute Physiology Score), предложенную Le Gall Jr. и соавт. (1984) [8]. Общее состояние больных определялось в первые два часа после госпитализации, и классифицировались как удовлетворительное, средней степени тяжести и тяжелое.

Эффективность проведения комплекса детоксикационных мероприятий подтверждалась изучением в динамике гематологических показателей, которые наиболее точно, на наш взгляд, отражают уровень эндогенной интоксикации (ЭИ): лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) [12] и уровень пептидов средней молекулярной массы (ПСММ) в сыворотке крови

Клиническую эффективность и безопасность разработанной технологии оценивали по следующим критериям: количество несостоятельных анастомозов, частота ранних послеоперационных осложнений, летальность, обусловленная интраабдоминальными осложнениями формирования анастомозов.

Больные обеих групп оперированы после проведения интенсивной предоперационной подготовки в срочном порядке.

Хирургическая тактика у больных обеих групп различалась в зависимости от распространенности опухолевого и воспалительного процессов.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft® Excel 2002, а также пакета прикладных статистических программ Statistica 6,0. Достоверность всех полученных данных не ниже 0,95, таким образом, надежность полученных результатов, включая доверительные интервалы около 95%. Рассчитывали значения средних величин (M), стандартное отклонение средних величин (m), доверительный интервал (p). Различия оценивали методами непараметрической статистики с помощью одностороннего критерия Фишера и двухвыборочного критерия Колмогорова-Смирнова, считая их достоверными при значении p-уровня менее 0,05.

Исследование проведено с согласия пациентов на его проведение. Тема исследования были утверждена на заседании Этического комитета, Полтавского клинического онкологического диспансера. Протокол (№ 95а от 12.12.2016 г.).

Выводы и предложения. Параопухолевые абсцессы диагностированы нами у 16 (24,2%) больных группы сравнения и у 15 (25,9%) больных основной группы, распространенные формы перитонита - у 50 (75,8%) и 43 (74,1%) больных соответственно по группам.

Эмпирическая антибактериальная терапия осуществлялась у больных обеих групп по принципу де-эскалации.

У больных группы сравнения выполнялись obstructивные резекции ободочной кишки (в зависимости от локализации опухоли) с формированием терминальных илео- или колостом. Следует отметить, что у 8 больных (14%) группы сравнения при первичной операции выявлены метастазы в печени, однако, резекции печени во время первой операции у них выполнены не были вне зависимости от распространенности перитонита и степени тяжести общего состояния.

В группе сравнения легкая степень (0 – 3 балла) диагностирована у 16 (24,2%) больных, средняя степень (от 4 до 7 баллов) – у 46 (71,2%) больных, тяжелая (свыше 8 баллов) – у 14 (16,6%) больных. При этом, летальность соответственно по группам была: 1,5%, 19,5% и 28,7%, а количество послеоперационных осложнений – 6,4%, 29,3%, 60,2%. У больных основной группы с перфорациями опухолей ободочной кишки при поступлении проводили оценку степени тяжести по шкале SAPS. Легкая степень тяжести отмечена у 15 (29,4%) больных, средняя степень – у 19 (37,3%) больных и тяжелое состояние было у 7 (13,7%) больных.

У больных основной группы, тяжесть состояния которых по шкале SAPS оценивалась как легкая, выполнялись следующие операции.

При правосторонней локализации патологического процесса у 9 выполняли правостороннюю гемиколэктомию по разработанному нами способу, который заключался в следующем. После срединной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости выполняли правостороннюю гемиколэктомию. Формирование анастомоза конец в конец с помощью сшивающего аппарата состояло из: из наложения кисетных швов под зажимами на культю тонкой и толстой кишок; внедрения в просвет сшивающего аппарата; формирования аппаратного анастомоза; инвагинации зоны анастомоза в просвет ободочной кишки на расстояние 2,5 см треугольными швами; в укреплении зоны анастомоза узловыми серозно-мышечными швами.

У 6 больных основной группы с локализацией опухоли в сигмовидной кишке, выполнялась одномоментная резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза аппаратным швом, экстраперитонизацией анастомоза и проведением зонда для декомпрессии за линию швов трансанально. Одномоментная левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 4 пациентов, анастомоз экстраперитонизировали, трансанально за динию швов проводили зонд для декомпрессии.

У больных основной группы, состояние которых по шкале SAPS оценивалась как средней тяжести, выполнялись следующие операции: при правосторонней локализации процесса – правосторонняя гемиколэктомия по разработанной нами методике – у 8 больных, одномоментная резекция сигмовидной кишки – у 3 больных.

У 4 больных этой группы выявлен карциноматоз брюшины и множественные метастазы в печени. Этим больным выполнена паллиативная резекция сигмовидной кишки с формированием «отсроченного» десцендо-ректоанастомоза. Суть методики заключалась в следующем.

После выполнения резекции кишки с опухолью формировали толсто-толстокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок» аппаратным швом, анастомоз перемещали забрюшинно, двухствольная колостома фиксировалась к

передней брюшной стенке, а трансанально за зону анастомоза проводился зонд для декомпрессии.

У больных основной группы, состояние которых по шкале SAPS оценивалась как тяжелая, выполнялись следующие виды операций.

При правосторонней локализации опухоли у 10 больных выполнялась правосторонняя гемиколэктомия по разработанной нами методике формирования «отсроченного» тонко-толстокишечного анастомоза, которая заключалась в следующем. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости выполняли правостороннюю гемиколэктомию, после чего в осложненных условиях, применяли первично-отсроченный поперечный инвагинационный аппаратный тонко-толстокишечный анастомоз по типу «бок в бок». Суть формирования анастомоза: первичной проходимости на первом этапе не создавали. Культы тонкой и толстой кишок в поперечном направлении соединяли сшивающим аппаратом, ушивали раны внедрения, зону анастомоза инвагинировали в культю толстой кишки треугольными швами и укрепляли редкими серозно-мышечными швами. Из культы подвздошной кишки формировали илеостому.

При локализации опухоли в сигмовидной кишке у 5 больных выполняли резекции сигмовидной кишки с формированием первично-отсроченных толсто-толстокишечных анастомозов бок-в-бок с разгрузочными двухствольными колостомами.

Левосторонняя гемиколэктомия с формированием «отсроченного» десцендо-сигмоанастомоза по разработанной методике формирования первично-отсроченного толсто-толстокишечного анастомоза выполнена у 5 пациентов.

При обнаружении метастазов в печень в 6 случаях (11,8%) выполнены операции с удалением указанных метастазов и первичной опухоли. Из них клиновидная резекция печени выполнена у 4 больных с одиночными метастатическими узлами, у 2 - экономная атипичная резекция с удалением двух-трех узлов. Во всех этих случаях выполнялось восстановление непрерывности кишечника одним из разработанных способов.

При наличии множественных метастазов в печени и канцероматоза брюшины независимо от степени тяжести больного и уровня риска развития несостоятельности анастомоза первичное анастомозирование не производили.

Перфорация ободочной кишки возникла в наших наблюдениях при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки и сигмовидной кишке и возникала на фоне признаков обтурации просвета кишки опухолью. У больных обеих групп диагностированы распространенные формы перитонита. Эта категория больных отличалась наиболее тяжелым клиническим течением. У больных обеих групп состояние по шкале SAPS оценивалась как тяжелое.

При перфорации кишки выше опухоли мы различали перфорацию вследствие некроза

проксимального отдела кишки (8 пациентов группы сравнения и 5 – основной группы), а также диастатическую перфорацию (3 и 2 больных соответственно по группам).

У больных группы сравнения в случаях, когда перфорация происходила вблизи радикально удалимой опухоли, проводили резекцию кишки вместе с опухолью и перфоративным отверстием и формированием искусственного ануса, воздерживаясь от формирования анастомоза.

В 3-х случаях у больных группы сравнения перфорация кишки происходила в области слепой кишки, в одном из этих случаев на брюшную стенку выводили слепую кишку с перфоративным отверстием и формировали цекостому (опухоль не удаляли ввиду тяжелого состояния пациентов и наличия метастазов в печени и карциноматоза брюшины). В двух случаях симптоматические операции выполняли у больных с диастатическими разрывами в области поперечного отдела ободочной кишки (разрывы выводили на переднюю брюшную стенку в виде трансверзостом). У 6 больных этой группы производили резекцию кишки с опухолью с формированием колостомы, а диастатические разрывы ушивались трехрядными узловыми швами. В 4-х случаях течение послеоперационного периода осложнилось развитием несостоятельности кишечных швов, что потребовало выполнения релапаротомии.

У больных основной группы нами выработана хирургическая тактика при диастатических перфорациях опухолей. Клинические проявления диастатической перфорации мы рассматривали в двух вариантах:

- 1) перфорация приводящего отдела кишки вблизи опухоли;
- 2) перфорация приводящего отдела кишки вдали от опухоли.

У 5 больных основной группы, оперированных по поводу стенозирующего рака ободочной кишки с диастатическими перфорациями нами применена методика интраоперационного лаважа и энтеросорбции и формированием отсроченных межкишечных анастомозов.

У 2-х больных основной группы при локализации стенозирующей опухоли в сигмовидной кишке, множественных диастатических перфорациях и некрозах ободочной кишки была произведена субтотальная колэктомия с формированием концевых илеостом.

У больных основной группы, которым во время операции проводили кишечный лаваж и энтеросорбцию, в первые сутки послеоперационного периода отмечено снижение ЛИИ с $2,4 \pm 0,21$ до $1,3 \pm 0,22$, а в группе сравнения - с $3,9 \pm 0,29$ до $1,9 \pm 0,2$, нормальные величины ЛИИ отмечался на 5-е сутки после операции (в основной группе – $0,7 \pm 0,34$; в группе сравнения – $1,2 \pm 0,19$).

В основной группе содержание ПСММ в сыворотке крови составлял $0,380 \pm 0,02$ у.ед., у группы сравнения – $0,420 \pm 0,04$ у.ед. В 1-е сутки послеоперационного периода этот показатель в

основной группе в сравнении с дооперационным периодом заметно снизился и составил $0,330 \pm 0,02$ у.ед. (по отношению к дооперационным значениям $p < 0,05$). На 3 сутки послеоперационного периода уровень ПСММ в основной группе приблизился к нормальным значениям и составил $0,250 \pm 0,02$ у.ед., а в группе сравнения содержание ПСММ в сыворотке крови в эти сроки значительно превышал границы нормы и составлял $0,320 \pm 0,02$ у.ед.

Общее число ранних послеоперационных осложнений в группе сравнения составило 27 (40,9%), в основной группе – 17 (29,3%), при этом гнойно-воспалительные осложнения случаев в группе сравнения составили 11(16,7%) и 5 (8,6%) в основной группе.

Из 24 случаев выполнения первично-отсроченного анастомозирования у больных основной группы частичная несостоятельность анастомозов возникла в 4 случаях (16,6%), данное осложнение было купировано консервативными мероприятиями.

В основной группе от перитонита не умер ни один больной, в группе сравнения – три пациента (5%).

Таким образом, с целью улучшения непосредственных результатов лечения пациентов с перфоративным раком ободочной кишки и перитонитом нами разработана дифференцированная лечебная тактика. Внедрение предлагаемого подхода позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, в частности гнойно-воспалительных, и уровень послеоперационной летальности.

При выборе объема оперативного вмешательства при перфорации опухолей следует прежде всего ориентироваться на тяжесть общего состояния пациента, распространенность опухолевого процесса и форму перитонита. Наш небольшой опыт свидетельствует о том, что оптимальным вмешательством при множественных диастатических перфорациях приводящей кишки является субтотальная колэктомия с формированием илеостомы или с созданием первично-отсроченного илеосигмо- или илеоректоанастомоза. При подвижной опухоли, стабильных показателях гемодинамики, у больных без декомпенсации сопутствующих заболеваний, считаем целесообразным выполнять радикальные и паллиативные одномоментные операции после проведения интраоперационных методов детоксикации (энтерального лаважа и энтеросорбции).

Тактика хирургического лечения больных с перфоративным раком ободочной кишки, основанная на оценке общего состояния пациента, распространенности опухолевого процесса и тяжести перитонита, показала свою высокую эффективность и способствовала снижению уровня послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности и может быть широко использована у данной категории больных.

Литература:

1. Аксель, Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) // Е.М. Аксель, Н. М.Барулина // Российский онкологический журнал. - 2009.- № 6.- С. 40 – 46.
2. Алиев С.А. Результаты хирургического лечения больных со стенозирующим колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли, диастатическим разрывом ободочной кишки и абдоминальным сепсисом // С.А. Алиев //Российский онкологический журнал. - 2011. - № 2. - С.13-18.
3. Белозеров И.В. Хирургическая тактика и лечение осложненного колоректального рака// И.В. Белозеров // Харківська хірургічна школа. -2010.- № 5.- С.6-11.
4. Власов Д.А. Рациональный объем хирургического вмешательства при осложненном раке толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2009. С.22.
5. Власов А. А. Формирование колоректального анастомоза компрессионным аппаратом в эксперименте и клинике // А.А. Власов // Хирургия. - 2009. - № 12. - С. 29–33.
6. Воробей А.В. Реабилитация больных с энтеростомами / А.В. Воробей // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2008. - Том 8, № 3. - С. 68 –75.
7. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии./ Г.И. Воробьев // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.- 432 с.
8. Двойников С.Ю. Возможности использования шкалы SAPS II у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза/С.Ю. Двойников, Б.Ю., Максимов, Е.М Ялова / Актуальные проблемы современной хирургии: матер. междунар. хирург. конгресса. 2013.- С.113.
9. Есин В.И. Экстренные одномоментные вмешательства при раке левой половины ободочной кишки (эксперим.-клинич. исслед.)/ В.И.Есин, В.И. Воробьев, В.Ю. Халов, К.Н. Гришин // Вестник хирургической гастроэнтерологии.- 2008.- № 4. - С.110.
10. Есин В.И. Первично-восстановительные операции в хирургии колоректального рака и их оптимизация в многопрофильной больнице: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. Астрахань. 2012. С.15.
11. Захаренко А.А. Обоснование и реализация оптимизированных методов оказания и неотложной медицинской помощи больным колоректальным раком: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. 2012. С. 34.
12. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе автора и его практическом значении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков. 1950. С. 10.
13. Ерохина Е. А. Комплексная диагностика внутрибрюшных осложнений в хирургии колоректального рака/ Е.А. Ерохина Вестник Северо-Западного государственного медицинского

университета им.И.И.Мечникова. - 2014.- Том 6, № 2 - С.73-77.

14. Сипливый В. А. Лечение осложненных форм колоректального рака / В.А. Сипливый, А.Г. Гузь, Г.Д. Петренко // Харківська хірургічна школа. 2011. № 3. С.35-37.

15. Матвійчук Б. О. Актуальні проблеми невідкладної хірургії колоректального раку / Б.О. Матвійчук, М.Т. Фецич // Шпитальна хірургія. 2015.- № 2. - С.20-23

16. Перегудов С.И. Диагностические разрывы толстой кишки: диагностика и лечение / С.И. Перегудов, Г.И. Синенченко, А.В. Пирогов, Е.С. Банщиков // Скорая медицинская помощь.- 2004. - Т.5, № 3. - С.116-118.

17. Милица Н. Н. Подходы к проблеме хирургического лечения больных с осложненными формами колоректального рака / Н.Н. Милица, В.Б. Козлов, И.Н. Ангеловский // Харківська хірургічна школа. - 2011. - № 3. - С.32-34.

18. Сажин В.П. Комплексное лечение осложненного колоректального рака/ В.П. Сажин,

П.А. Госткин, В.И. Соболева, Д.А. Сяткин // Хирургия.- 2010. -№7.-С.15-19.

19. Севостьянов, В. В., Кутуков В.В. Неотложная онкохирургия рака толстой кишки / В.В. Севостьянов, В.В. Кутуков // Вестник Российской Военно-медицинской академии. Приложение. - 2008. - № 4 (24). - С. 151.

20. Семенцов К.В. Интраоперационная санация толстой кишки в лечении опухолевой толстокишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2010. С.14.

21. Шамолин М.А. Хирургическое лечение больных осложненными формами рака толстой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.М. 2012. С. 17.

Авторы несут ответственность за достоверность представленной информации.

Авторы сохраняют за собой все авторские права и одновременно предоставляют журналу право первой публикации, что позволяет распространять данный материал с указанием авторства и первичной публикации в данном журнале

Amosova Kateryna

*MD, PhD, Prof. of the department of internal medicine №2,
Bogomolets National Medical University
Kiev, Ukraine*

Ignacio J.Amat Santos

*MD, PhD, FESC, Associate Professor, Medicine -Valladolid University
Valladolid, Spain*

Lazarieva Kateryna

*PhD-student of the department of internal medicine №2
Bogomolets National Medical University
Kiev, Ukraine*

Javier López Diaz

*MD, PhD, Associate Professor, Medicine -Valladolid University
Valladolid, Spain*

Rudenko Yulia

*MD, PhD, Prof. of the department of internal medicine №2,
Bogomolets National Medical University
Kiev, Ukraine*

Lazariev Pavlo

*MD, PhD, Associate Professor of the department of internal medicine №2,
Bogomolets National Medical University
Kiev, Ukraine*

José Alberto San Román Calvar

*MD, PhD, Associate Professor, Medicine -Valladolid University
Valladolid, Spain*

GENDER SPECIFIC DIFFERENCES IN THE EFFECTS OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON ARTERIAL HEMODYNAMIC, ARTERIAL WALL STIFFNESS AND STRUCTURE-FUNCTIONAL CONDITION OF THE HEART IN PATIENTS OVER 65 YEARS OLD WITH UNCOMPLICATED ARTERIAL HYPERTENSION

Abstract. In this research we have investigated in 65 years old non-diabetic patients with uncomplicated arterial hypertension, the influence of two types of antihypertensive treatment based on a renin-angiotensin system inhibitor (RAS) and a dihydropyridine calcium channel blocker (CCB) ± thiazide-like diuretic (indapamide) on central and brachial blood pressure (BP) hemodynamics and in several cardiac and vascular structure-function parameters. We included 174 patients from two centers (83 males and 91 females). After 6 months a total of 158 patients finished the study. We found that amlodipine + indapamide therapy was more effective than RAS inhibitors + indapamide in reducing brachial and central systolic BP, and central pulse pressure in males. In addition, and regardless of gender, the calcium channel blocker therapy achieve a greater reduction on left ventricle