

Б.Н. ЖУКОВ, В.Р. ИСАЕВ, А.В. ЖУРАВЛЕВ, А.А. ЧЕРНОВ, С.Е. КАТОРКИН

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ
СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО
ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ
В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВНУТРЕННИМ ГЕМОРРОЕМ 3-4 СТАДИИ**

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
Российская Федерация

Цель. Оценить результаты лечения пациентов, страдающих ректоцеле в сочетании с хроническим внутренним геморроем, после циркулярной эндоректальной резекции слизисто-подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 358 пациентов, страдающих ректоцеле и хроническим внутренним геморроем, которым выполнена циркулярная слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки по методу А. Longo. Выделены 3 группы пациентов: I – пациентки с ректоцеле в сочетании с хроническим внутренним геморроем; II – женщины с ректоцеле без хронического геморроя; III – пациенты обоего пола, страдающие хроническим внутренним геморроем.

Для обследования пациентов использовали: ректороманоскопию, сфинктерометрию, профилометрию, ирригоскопию с дефекографией, трансректальное и трансвагинальное УЗИ. При выполнении операции использовали стандартные хирургические наборы.

В раннем послеоперационном периоде оценивали динамику и интенсивность болевого синдрома, анализировали осложнения. Отдаленные результаты лечения изучены у 252 (70,4%) пациентов. Анализировали количество рецидивов и проводили дефекографию.

Результаты. Послеоперационные осложнения (кровотечение, задержка мочеиспускания, отек наружных геморроидальных узлов) возникли у 37 (7,5%) пациентов. Анализ в отдаленные сроки показал, что операция по методу А. Longo при сочетании ректоцеле и хронического внутреннего геморроя позволила добиться хороших и удовлетворительных результатов у 98,8% пациентов.

Заключение. Преимуществами циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя прямой кишки при сочетании ректоцеле и хронического внутреннего геморроя являются: малая травматичность, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации. Метод позволяет ликвидировать избыточный пролапс слизистой оболочки, устранить ректоцеле и одновременно создать прочный соединительно-мышечный каркас по передней стенке прямой кишки.

Ключевые слова: геморрой, ректоцеле, операция Лонго, геморроидэктомия

Objectives. To evaluate the treatment results of patients suffering from rectocele in combination with the chronic internal hemorrhoids after the circular endorectal resection of the muco-submucosal layer of the distal colon section.

Methods. The analysis of the surgical treatment results of 358 patients suffering from the chronic rectocele and chronic internal hemorrhoids who underwent the circular endorectal resection of the muco-submucosal layer of the distal colon section by A. Longo method was conducted. 3 subgroups of patients were formed: I – patients with rectocele in combination with the chronic internal hemorrhoids; II – females with rectocele without the chronic hemorrhoids; III – patients of both sexes suffering from the chronic internal hemorrhoids.

Rectoromanoscopy, sphincterometry, profilometry, irrigoscopy with defecography, transrectal and transvaginal ultrasound examination were applied. Standard surgical sets were used while carrying out the operations.

During early postoperative period dynamics and intensity of the pain syndrome were evaluated, complications were analyzed. Long-term treatment results were studied in 252 patients (70,4%). The number of recurrences was analyzed and defecography was performed.

Results. Postoperative complications (hemorrhage, urinary retention, external hemorrhoids nodules edema) developed in 37 patients (7,5%). Long-term analysis revealed the A. Longo method of operation in case of combination of rectocele and the chronic internal hemorrhoids permitted to achieve good and satisfactory results in 98,8% of patients.

Conclusions. The advantages of the circular resection method of the colonic submucosal layer in case of combination of rectocele and the chronic internal hemorrhoids are the followings: low incidence of trauma, the lack of significant pain syndrome in the postoperative period, shortening of hospitalization period as well as of medical and social rehabilitation terms. The method permits to eliminate the redundant mucosal prolapse, to remove rectocele and at the same time to make a strong connective muscular frame along the colon anterior wall.

Keywords: hemorrhoids, rectocele, Longo method of operation, hemorrhoidectomy

Введение

Ректоцеле представляет собой дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) или задней стенки прямой кишки (заднее ректоцеле) в сторону анально-копчиковой связки [1]. По данным литературы, это заболевание встречается у 15-43% женщин [1, 2]. При выполнении проктографии у пациентов среднего и пожилого возраста ректоцеле выявляется в 15-80% наблюдений, при этом клинические проявления отмечаются только у 25% обследованных женщин [3, 4].

В последние годы ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, характеризующегося опущением или выпадением матки, прямой кишки и сопровождающегося цистоцеле, энтероцеле, а также стрессовым недержанием мочи [5]. Рассматриваемая патология приводит к нарушению анатомии и физиологии женских половых органов (28,4%), изменению функции мочевого пузыря (74,1%) и в 21,3% наблюдений – прямой кишки [6]. По данным зарубежных авторов, у 47-60% пациентов ректоцеле является основной причиной затруднения акта дефекации [7]. Сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57% [8, 9, 10].

Истончение мышечного слоя и соединительнотканых волокон стенки прямой кишки приводит к пролапсу слизисто-подслизистого слоя и выпячиванию его как в просвет кишки, так и в сторону влагалища. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к истончению структур всей стенки кишки и ректовагинальной перегородки, а также изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза и расхождению леваторов. В конечном итоге формируется стойкий дефект в апоневрозе ректовагинальной перегородки и дивертикулообразное выпячивание стенки прямой кишки во влагалище, что нарушает нормальный акт дефекации и вызывает соответствующие симптомы заболевания [2, 7, 11, 12].

Первопричиной развития ректоцеле являются микроразрывы продольной мышцы подслизистого слоя, приводящие к пролабированию слизистой оболочки и перерастяжению мышечной оболочки прямой кишки. Далее в стенке прямой кишки происходят склеротиче-

ские изменения и истончение ее с формированием дивертикулообразного выпячивания. Последнее оказывает давление на мышцы, поднимающие задний проход, что приводит к их расхождению [13].

Предложено большое количество оперативных методик для лечения пациентов, страдающих ректоцеле. Остается неуточненным вопрос дифференцированного, патогенетически обоснованного подхода к выбору объема оперативного вмешательства в зависимости не только от степени, а также от сопутствующей патологии тазового дна. Ведется поиск новых высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения, позволяющих снижать риск операционного вмешательства наряду с высокой эффективностью метода [13]. В 1993 г. итальянский профессор А. Longo предложил использовать у пациентов с хроническим геморроем резекцию слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с применением циркулярного степлерного аппарата [14].

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов, страдающих ректоцеле, в сочетании с хроническим внутренним геморроем после циркулярной эндоректальной резекции слизисто-подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки.

Материал и методы

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» в период с 2007 по 2011 год слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки по методу А. Longo проведена 358 пациентам. Все они были разделены на 3 группы: I – пациентки страдающие ректоцеле и хроническим внутренним геморроем II-IV стадии; II – женщины с ректоцеле без симптомов хронического геморроя; III – пациенты обоего пола, страдающие хроническим внутренним геморроем II-IV стадии. При определении показаний к оперативному вмешательству строго соблюдался принцип информированного согласия пациентов. Распределение пациентов по группам представлено в таблице 1.

Возраст пациентов варьировал от 24 до 73 лет. Средний возраст составил $46,5 \pm 6,3$ лет. При анамнезе от 3 до 26 лет средняя продолжительность заболевания составила $11,2 \pm 1,4$ года. Из

Таблица 1
**Распределение пациентов
 (n = 358) по группам**

Группы пациентов	Абсолютное число (%)
I группа	109 (30,4%)
II группа	85 (23,7%)
III группа	164 (45,9%)
Всего	358 (100,0%)

общего количества прооперированных пациентов было 89 мужчин и 269 женщин. Следует отметить, что большая часть пациентов – 91,4% являлись лицами трудоспособного возраста от 30 до 55 лет, что подчеркивает социальную значимость рассматриваемой проблемы.

В нашей работе мы использовали классификации ректоцеле и хронического геморроя, принятые в ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ [15].

Распределение пациентов I группы по степени ректоцеле представлено в таблице 2.

Необходимо отметить, что более 50% пациентов I группы страдали ректоцеле II степени.

Распределение пациентов II группы сравнения по степени ректоцеле представлено в таблице 3.

Необходимо отметить, что в I и II группах сравнения преобладали пациенты со II степенью ректоцеле – 51,4% и 72,9%, соответственно.

Пациенты III группы сравнения были распределены в зависимости от стадий хронического внутреннего геморроя (таблица 4).

В нашем наблюдении большую часть, 70,1%, составили пациенты, страдающие геморроем III стадии.

Основными жалобами пациентов с диагнозом ректоцеле были: чувство неполного опорожнения прямой кишки – 96,1%; затрудненный многомоментный акт дефекации – 78,3%; необходимость ручного пособия при дефекации – 94,4%; прием слабительных средств – 83,3%; использование очистительных клизм – 62,9%; боли и дискомфорт в области промежности – 68,5%; недержание мочи – 38,4%; частое болезненное мочеиспускание – 10,4%; боль во время акта дефекации – 15,6%; аналь-

Таблица 3
**Распределение пациентов II группы
 сравнения (n=85) по степени ректоцеле**

Степень ректоцеле	Абсолютное количество, (%)
I степень	–
II степень	62 (72,9%)
III степень	23 (27,1%)
Всего	85 (100,0%)

Таблица 2
**Распределение пациентов I группы
 (n=109) по степени ректоцеле**

Степень ректоцеле	Абсолютное количество, (%)
I степень	9 (8,3%)
II степень	56 (51,4%)
III степень	44 (40,3%)
Всего	109 (100,0%)

ный зуд – 14,%; сухость влагалища – 20,1%; глубокая диспареуния – 24,4%; стойкая аноргазмия – 10,5%.

Для изучения функции прямой кишки и тазового дна у пациентов с нарушениями дефекации применялась методика дефекографии или эвакуаторной проктографии [5]. Дефекография является одним из основных методов изучения механизма дефекации, позволяющим фиксировать изменения анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна в момент опорожнения. Для детального изучения и уточнения степени ректоцеле дефекография была выполнена у всех пациентов I и II группы сравнения. Рентгенологический метод обследования позволяет определить не только размеры дивертикулоподобного выпячивания, но также выявить опущение промежности.

При дефекографии оценивали следующие параметры: положение аноректальной зоны (место перехода хирургического анального канала в прямую кишку) в покое, при волевом сокращении анального сфинктера и натуживании относительно лобково-копчиковой линии (между нижним краем лонного сочленения и верхушкой копчика); конфигурация прямой кишки, наличие переднего и заднего ректоцеле, ректальной инвагинации, избыточной складчатости и подвижности слизистой оболочки прямой кишки; выраженность пуборектального вдавления по задней стенке прямой кишки в покое, при волевом сокращении и натуживании; эвакуаторная функция прямой кишки (остаточный объем и время опорожнения).

Таблица 4
**Распределение пациентов III группы
 (n = 164) сравнения по стадиям хронического
 внутреннего геморроя**

Стадия хронического внутреннего геморроя	Абсолютное количество, (%)
I стадия	–
II стадия	5 (3,0%)
III стадия	115 (70,1%)
IV стадия	44 (26,9%)
Всего	164 (100,0%)

Оперативное вмешательство по методу А. Longo выполняли в плановом порядке под перидуральной или спинальной анестезией. Средняя длительность операции составила $15,7 \pm 0,4$ мин. Для выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки использовались стандартные хирургические наборы Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) фирмы Ethicon (США), степлеры EEA 33 фирмы Covidien (США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5 (КНР). При наличии хронического наружного геморроя производилось иссечение геморроидальных узлов.

В раннем послеоперационном периоде проводили сравнительную оценку динамики и интенсивности болевого синдрома. Для этого применяли шкалу интенсивности болевого синдрома, предложенную в МНИОИ им. П.А. Герцена (1999 г.). Согласно этой шкале: 0 баллов – нет болевого синдрома; 1 балл – слабая боль при движении; 2 балла – слабая боль в покое и умеренная при движении; 3 балла – умеренная боль в покое и сильная при движении; 4 балла – сильная боль в покое и очень сильная при движении. Выраженность болевого синдрома изучена через 6 часов после оперативного вмешательства, после окончания действия спинальной или перидуральной анестезии, а затем на 3, 7 и 21 сутки.

Для определения эффективности оперативного вмешательства у пациентов в исследуемых группах были проанализированы отдаленные результаты лечения в сроки от 12 до 36 месяцев. Результаты лечения оценивались по двум направлениям: анатомическому – отсутствие рецидива при клиническом обследовании и по данным дефекографии и функциональному – влиянию оперативного вмешательства на качество акта дефекации.

Рецидивом ректоцеле считали любую его степень. При этом дефекография являлась дополнительным способом оценки анатомического эффекта операции. Диагностика хронического внутреннего геморроя в послеоперационном периоде основывалась на данных осмотра ректальным зеркалом и пальцевого обследования. Особое внимание уделяли наличию или отсутствию внутренних геморроидальных узлов и их размерам.

Результаты оперативного лечения рассматривали как «хорошие» при наличии самостоятельного опорожнения прямой кишки без ощущения неполного ее опорожнения, отсутствие болевого синдрома во время акта дефекации, отсутствие клинических, рентге-

нологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле и хронического внутреннего геморроя. Возможность самостоятельного опорожнения прямой кишки на фоне корригирующей диеты, но без применения ручного пособия и очистительных клизм относили к «удовлетворительным» результатам. При этом по данным клинического и инструментальных методов обследования, возможно сохранение выпячивания прямой кишки в размере до 2-2,5 см. За «неудовлетворительный» результат принимали сохранение затрудненного опорожнения прямой кишки, использование ручного пособия при акте дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле и выпадение геморроидальных узлов.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета компьютерных программ “Microsoft Excel’2003”. Применялись методы описательной статистики. Данные представлены в формате «среднее значение (M) \pm стандартное отклонение (δ)».

Результаты и обсуждение

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения установлено, что послеоперационные осложнения возникли у 37 (10,3%) из 358 оперированных пациентов (таблица 5).

Необходимо отметить, что частота развития послеоперационных осложнений была практически одинакова во всех исследуемых группах.

В раннем послеоперационном периоде диагностировано кровотечение у семи пациентов. У шестерых из них кровотечение отмечено через 3-4 часа после операции из линии аппаратного шва. У одного пациента эпизод кровотечения выявлен через 3 дня после появления первой самостоятельной дефекации. Источником кровотечения явился надрыв слизистой оболочки в проекции шва. Все пациенты были повторно оперированы в экстренном порядке. При этом кровотечение было устранено наложением Z-образного викрилового шва.

Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 13 пациентов (3,6%). Данным пациентам назначалась консервативная терапия. При ее неэффективности производилась однократная катетеризация мочевого пузыря и проведение электростимуляции. У всех пациентов было восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Отек наружных геморроидальных узлов развился у 17(4,9%) пациентов. Этим пациентам назначалась консервативная терапия фле-

Таблица 5

Осложнения после операции A. Longo (n=37)					
Осложнения	Группы сравнения	I группа	II группа	III группа	Всего
		Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс.число (%)
Кровотечение		3 (0,8%)	1 (0,4%)	3 (0,8%)	7 (2,0%)
Задержка мочеиспускания		4 (1,1%)	5 (1,4%)	4 (1,1%)	13 (3,6%)
Отек наружных геморроидальных узлов		7 (2,0%)	4 (1,1%)	6 (1,8%)	17 (4,9%)
Итого		14 (3,9%)	10 (2,9%)	13 (3,7%)	37 (10,3%)

ботропными препаратами, направленная на повышение венозного тонуса и уменьшение воспаления в геморроидальных узлах.

Преимуществом операции A. Longo являлось отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде. Пациентам не требовалось введения наркотических анальгетиков. При необходимости ненаркотические анальгетики назначались в течение первых двух дней.

При анализе интенсивности болевого синдрома через 6 часов: 1 балл был отмечен у 65 (59,6%) пациентов I группы, в 49 (57,6%) наблюдениях – во II и в 109 (66,4%) – в III группе. На 3 сутки после операции, болевой синдром отсутствовал только у 43 (39,4%) женщин I группы, в 37 (43,5%) наблюдениях II группы и в 127 (77,4%) – в III группе. На 7 сутки послеоперационного периода жалоб на болевой синдром не предъявляли 80 (73,3%) пациентов I группы, 65 (76,4%) – II группы и 127 (77,4%) III группы. На 21 сутки после оперативного вмешательства 102 (93,6%) пациентки I группы, 79 (92,9%) женщин II группы и 153 (93,3%) пациента III группы не испытывали болевых ощущений.

Оценивая динамику болевого синдрома у пациентов исследуемых групп, можно сделать вывод, что он более всего проявляется на 3 сутки после операции. К 7 суткам послеоперационного периода интенсивность болевого синдрома резко снижается. В это же время происходит стихание воспалительных процессов в нижнеампулярном отделе прямой кишки и нормализуется акт дефекации.

Средний период нахождения пациентов в

клинике составил $2,9 \pm 1,8$ дня. Средний период реабилитации у прооперированных пациентов – $11,2 \pm 1,3$ дней. Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 252 (70,4%) пациентов при сроках наблюдения от 12 до 36 месяцев и представлены в таблице 6.

«Хорошие» результаты – отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле были отмечены в 94,4%. «Удовлетворительные» результаты – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия в 4,4% наблюдений. Затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия и сохранение прежних размеров ректоцеле, расцениваемые нами как неудовлетворительный результат, были выявлены в 1,2% наблюдений. Наиболее благоприятный исход лечения – 38,9% был отмечен у пациентов, страдающих хроническим внутренним геморроем (III группа). У пациентов I и II групп благоприятный исход лечения, соответственно, составил 31% и 24,6%.

При выполнении дефекографии в отдаленном послеоперационном периоде установлено, что в зоне расположения скрепок сохраняется эластичность кишки, а диаметр ее просвета не изменяется. Следовательно, наличие циркулярного шва не влияет на изменение диаметра просвета кишки и ее проходимость.

Заключение

Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя прямой кишки у пациентов при

Таблица 6

Отдаленные результаты операции по методу A. Longo (n=252)					
Результат	Группы сравнения	I группа	II группа	III группа	Итого
		Абс.число,(%)	Абс.число,(%)	Абс.число,(%)	Абс.число,(%)
Хороший		78 (31,0%)	62 (24,6%)	98 (38,9%)	238 (94,4%)
Удовлетворительный		5 (2,0%)	3 (1,2%)	3 (1,2%)	11 (4,4%)
Неудовлетворительный		1 (0,4%)	2 (0,8%)	–	3 (1,2%)
Итого		84 (33,4%)	67 (26,6%)	101 (40,1%)	252 (100,0%)

сочетании ректоцеле и хронического геморроя является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения. Данный метод позволяет ликвидировать избыточный пролапс слизистой оболочки и одновременно создать прочный соединительно-мышечный каркас стенки кишки. Операция по методу А. Longo при лечении данной категории пациентов позволила добиться «хороших» и «удовлетворительных» результатов в 98,8% случаев, что позволяет считать ее операцией выбора. Преимуществами этого метода являются малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации пациентов.

Конфликт интересов отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы колопроктологии : учеб. пособие / Л. А. Благодарный [и др.] ; под ред. Г. И. Воробьева. – Ростов н/Д : Феникс, 2001. – 412 с.
2. Федоров В. Д. Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. – М. : Медицина, 1984. – 384 с.
3. Transanal repair of rectocele corrects obstructed defecation with anismus / J. J. Tiandra [et al.] // Dis Colon Rectum. – 1999 Dec. – Vol. 42, N 12. – P. 1554–50.
4. Relationships between impaired defecation / C. J. Van Laarhoven [et al.] // Dis Colon Rectum. – 1999 Feb. – Vol. 42, N 2. – P. 204–10.
5. Kiff E.S. Slowed conduction in the pudendal nerves in idiopathic (neurogenic) faecal incontinence / E. S. Kiff, M. Swash // Br J Surg. – 1984 Aug. – Vol. 71. – P. 614–16.
6. Жуков Б. Н. Основы колопроктологии для врача общей практики: Монография / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, А. А. Чернов. – Самара : Офорт, 2009. – 218 с.
7. Vocassanta, P. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists / P. Vocassanta [et al.] // Techniques of coloproctology. –

2001 Dec. – Vol. 5, N 3. – P. 149–56.

8. Отдаленные результаты циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки при лечении геморроя / А. М. Кузьминов [и др.] // Колопроктология. – 2008. – № 1. – С. 4–8.
9. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении больных при сочетании ректоцеле и геморроя / Б. Н. Жуков [и др.] // Самар. Мед. журн. – 2008. – Т. 43, № 3. – С. 21–23.
10. Сочетанное хирургическое лечение больных при ректоцеле и геморрое / Б. Н. Жуков [и др.] // Колопроктология. – 2009. – № 1. – С. 18–20.
11. Аминев А. М. Руководство по проктологии : в 4 т. / А. М. Аминев. – Куйбышев : Кн. Изд-во, 1979. – Т. 4. – 560 с.
12. De Lancey J.O. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele / J. O. De Lancey // Am J Obstet Gynecology. – 1999 Apr. – Vol. 180, N 4. – P. 815–23.
13. Дошинин К. В. Непосредственные и отдаленные результаты операции Лонго / К. В. Дошинин, А. С. Карамышев // Колопроктология. – 2010. – 1 – С. 13–18.
14. Longo A. Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapsed with a circular suturing device: a new procedure / A. Longo // Proceeding of the 6 World Congress of Endoscopic Surgery and 6 international Congress of European association for Endoscopic Surgery, Rome. – Bologna : Monduzzi Editore, 1998. – P. 777–84.
15. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – М. : Мед. информ. агентство, 2006. – 432 с.

Адрес для корреспонденции

443079, Российская Федерация,
г. Самара, пр. Карла Маркса, д. 165 «б»,
Клиники Самарского государственного
медицинского университета, кафедра
и клиника госпитальной хирургии,
тел. раб.: 8 107 846 276-77-89,
e-mail: katorkinse@mail.ru,
Каторкин Сергей Евгеньевич

Сведения об авторах

Жуков Б.Н., Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой и клиникой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет».
Исаев В.Р., д.м.н., профессор кафедры и клиники госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», главный внештатный колопроктолог МЗ Самарской области.
Журавлев А.В., к.м.н., ассистент кафедры и клиники

госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет».
Чернов А.А., к.м.н., заведующий отделением колопроктологии клиники госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет».
Каторкин С.Е., к.м.н., доцент кафедры и клиники госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет».

Поступила 14.11.2012 г.