

**СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭВИСЦЕРАЦИЙ
СООБЩЕНИЕ 2. СИНДРОМЫ СДАВЛЕНИЯ СОСУДИСТЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ, ЭМБОЛИЗАЦИИ, НАГНОЕНИЯ, ПОРАЖЕНИЯ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ И КОСТЕЙ ТАЗА**

Проф. В. В. БОЙКО, канд. мед. наук И. В. КРИВОРОТЬКО

**THE STRATEGY OF SURGICAL TREATMENT FOR LOCAL
SMALL PELVIS TUMORS USING EVISCERATIONS**

**Communication 2. Syndrome of compression of vascular formations, embolization, suppuration,
involvement of the lymph vessels and pelvic bones**

V. V. BOYKO, I. V. KRIVOROTKO

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьков

Представлен обзор и анализ методов хирургической коррекции синдромов сдавления сосудистых образований, эмболизации, нагноения, поражения лимфатических сосудов и костей таза при местнораспространенных опухолях малого таза. Обобщен 10-летний опыт авторов хирургического лечения данной патологии у 147 больных. Приведены классификация и анализ основных методов оперативных пособий, направленных на ее ликвидацию.

Ключевые слова: опухоли малого таза, тромбоемболические осложнения, лимфодиссекции, парапроктиты.

Methods of surgical correction of syndrome of compression of vascular formations, embolization, suppuration, involvement of the lymph vessels and pelvic bones in local tumors of the small pelvis are reviewed and analyzed. The 10-year experience of the authors of treatment for this pathology in 147 patients is generalized. Main methods of surgery are classified and analyzed.

Key words: small pelvis tumors, thromboembolic complications, lymphodissections, paraproctitis.

В настоящем сообщении приведен анализ основных методов хирургического ряда синдромов, наблюдающихся при местнораспространенных опухолях малого таза.

Синдром сдавления сосудистых образований.

Растущее новообразование малого таза может сдавливать венозные и артериальные сосуды. Компрессия артериальных стволов, как правило, происходит на уровне аортоподвздошного сегмента. При сдавлении общей и наружной подвздошной артерии страдает кровоток нижней конечности на стороне большего поражения; при двустороннем процессе причиной компрессии является деформация и сдавление буфуркации аорты либо обеих подвздошных артерий. При дооперационном выполнении дуплексного сканирования артерий или ангиографии может быть установлена степень стенозирования артериальных стволов и гемодинамическая его значимость. В большинстве случаев удаление опухоли при сохраненной целостности артерий способствовало полному восстановлению кровотока в нижних конечностях. В отдельных

случаях понадобились шунтирующие операции в виде стентирования аорто-подвздошного сегмента, в одном — удаление аневризмы абдоминального отдела аорты с аортоподвздошным протезированием синтетическим протезом. Эти операции реваскуляризации аорты и ее ветвей существенно не отличались от таковых при синдроме Лериша. В двух наблюдениях, когда опухоли малого таза были неудаляемы, а ишемия нарастала, мы были вынуждены применить экстраанатомические шунтирующие операции синтетическими протезами с контрлатеральной подвздошной артерией или в виде подключично-подвздошного анастомоза. В этих случаях хирургические вмешательства носили паллиативный характер, а их отдаленные результаты были неблагоприятными.

Сдавление венозных стволов нижних конечностей и малого таза проявлялось илеофеморальным тромбозом, синдромом нижней полой вены и тромбозом вен малого таза. В случае присоединения воспалительного компонента развивались явления тромбофлебита, иногда, при

присоединении вторичной инфекции, септические состояния.

Синдром эмболизации (сердце, нижняя полая вена, тромбоэмболия легочной артерии) возникает при механическом сдавлении вен малого таза опухолью, нередко — вовлечении вен в онкологический процесс с развитием острых и хронических тромбозов, тромбофлебитов [1]. Следует отметить тот факт, что флеботромбозы малого таза, нижних конечностей и подвздошно-кавального сегмента чаще развивались при опухолях, первично исходящих из матки, яичников. Клинические эти осложнения сопровождались отеком нижних конечностей и характерными симптомами.

Тромбофлебиты глубоких вен разделяют на: метротромбофлебиты, тромбофлебиты тазовых вен, тромбофлебиты подвздошно-бедренных и бедренных вен, тромбофлебиты глубоких вен голени и стоп. По клиническому течению выделяют острый, подострый и хронический тромбофлебиты, в зависимости от локализации первичного тромболитического эффекта разделяют острые и илеофemorальные тромбозы на периферические (внетазовые) и центральные (внутритазовые) [1, 2]. При этом выделяют продромальную стадию — период формирования первичного тромба в вене при отсутствии выраженных нарушений гемодинамики в конечности и стадию выраженных клинических проявлений, которая начинается с момента полной окклюзии вены. При тромбофлебите глубокой вены бедра и переходе воспалительного процесса на вены таза появляется сильная боль при прижатии глубокой бедренной вены к горизонтальной ветви лонного сочленения на уровне треугольника Скарпы. Прижатие сосудов голени к поверхности большеберцовой и малоберцовой кости у 50% больных с венозным тромбозом вызывает боль (симптом Модоса).

Болезненность в икроножных мышцах может быть также симптомом тромбоза глубоких вен голени (симптом Олоу); симптом Биехарда — болезненность при пальпации в области внутренней поверхности пятки и лодыжки; симптом Хоманса — боль в области икроножных мышц, появляющаяся после тыльного сгибания стопы; симптом Мейера — болезненность по ходу передней или задней большеберцовой вены, по внутреннему краю большеберцовой кости, в дистальной или проксимальной трети голени, в середине голени кнаружи от большеберцовой кости; симптом Мозеса — болезненность при пальпации или сдавлении икроножных мышц рукой; симптом Опитца-Раминеса — боль в подколенной области или икроножных мышцах при поднятии давления в манжетке на уровне нижней трети бедра до 40 мм рт. ст.; симптом Лискера — появление костных болей, вызываемых постукиванием пальцем по передней поверхности голени медиально от гребня большеберцовой кости; симптом Лувелля — появление боли в нижней конечности после чихания или кашля.

Правильной постановке диагноза способствует проведение доплерографии, флебографии. Для определения оптимальной лечебной тактики мы считаем принципиально важным определение сроков флеботромбоза, а также топика тромбофлебитических изменений. С этой точки зрения целесообразно выделить флеботромбозов в системе поверхностных вен нижних конечностей, глубоких вен, подвздошно-бедренного сегмента, подвздошно-кавального сегмента. Независимо от локализации тромбоза существует опасность развития восходящих тромбозов и эмболий нижней полой вены, правых отделов сердца, легочной артерии и ее ветвей. Выполнение тромболитической и антикоагулянтной терапии у этих пациентов не всегда возможно ввиду тромбогеморрагических осложнений. По нашему мнению, при тромбозе поверхностных вен нижних конечностей принципиально до удаления новообразования малого таза провести операцию Тренделенбурга — перевязку большой подкожной вены у ее устья. При тромбозах глубоких вен, флотирующих тромбозах в системе нижней полой вены и угрозе эмболии легочной артерии мы считаем необходимым выполнение установки кава-фильтров, пликаций полой и подвздошных вен. В некоторых случаях при небольших сроках тромбообразования выполняем различные виды тромбэктомии, используя методы как прямой, так и непрямой тромбэмболэктомии. В 4 случаях тромбэктомия из нижней полой вены, правых отделов сердца и ветвей легочной артерии была произведена в условиях искусственного кровообращения. Одним из аспектов тактики является назначение антикоагулянтов и тромболитиков, что возможно лишь при удалении новообразования малого таза как источника возможного кровотечения и первопричины флеботромбоза. При сравнительно длительных сроках тромбоза (более 7–14 сут), фиксации тромботических масс к венозной стенке, развитии тромбофлебита считаем возможным удаление опухолей малого таза ввиду невысокого риска тромбоэмболических жизнеугрожающих осложнений.

Синдром нагноения. Нагноения опухолей малого таза нередко являются первым признаком заболевания, который отмечает пациент [3–5]. При этом возможны два пути его развития: острые и хронические проявления. К первым относят абсцессы и флегмоны малого таза, ко вторым — внутренние (чаще ректальные) свищи. Некоторые хирурги считают, что все злокачественные опухоли инфицированы. Это обусловлено наличием вирулентной микрофлоры в просвете кишки и язвенного характера злокачественных новообразований толстой кишки. Развитию опухолевых гнойников способствует некроз отдельных участков новообразования, а также развитие отека и нагноения в околоопухолевой клетчатке, микробной инвазии лимфатических путей.

Тактика, принятая в Институте общей и неотложной хирургии, предусматривает тщательную

топическую диагностику гнойника — его верификацию во время проведения оперативного вмешательства, а также определение возможности удаления его в одном блоке с опухолью. Как правило, при абсцедирующих локализованных опухолях сигмовидной и прямой кишок, яичников возможно выполнение радикальной операции без вскрытия гнойника. В этих случаях хирургическое вмешательство не отличается от такового при плановых операциях по поводу указанных опухолей. Вместе с тем при вскрытии гнойника интраоперационно до удаления опухоли толстой кишки и первичном инфицировании операционного поля мы считаем необходимым воздержаться от наложения первичных толстокишечных анастомозов ввиду высокого риска их несостоятельности. Опухоли ретросигмоидного отдела удаляются по типу операции Гартмана, а восстановление целостности толстой кишки производится вторым этапом в отдаленные сроки после первичной операции. В случаях, когда интраоперационно абсцедирующая опухоль трудно поддается дифференцировке с неизмененными окружающими тканями, окружена выраженными воспалительными изменениями тканей, малоподвижна, выполняем первым этапом дренирование абсцесса.

После лечения и проведения санационного, противовоспалительного лечения и проведения неоадьювантной химиотерапии, а также исключения пролонгации заболевания, возможно выполнение расширенного оперативного вмешательства по заранее спланированной программе. В некоторых случаях добиться полного заживления свища не удастся, однако уменьшение размеров опухоли и перипопулеевой воспалительной инфильтрации, очищение свищевого хода от гнояного содержимого в некоторых случаях позволяет произвести радикальное хирургическое вмешательство. Тем не менее, как и в случаях первичного инфицирования операционного поля, чаще приходится выполнять обструктивную резекцию толстой кишки, при этом возможность повторной операции с восстановлением целостности кишечника зависит от уровня дистальной резекции, оставшейся культи прямой кишки и сохранности мышечного аппарата тазового дна. Восстановительный этап операции мы выполняем путем формирования анастомоза «конец в конец» по Холдину, десцендоректоанастомоза по Дюамелю либо путем низведения нисходящей толстой кишки с десцендоректоанастомозом по Бабкоку-Нисневичу. При опухолевых флегмонах малого таза считаем принципиальным отказ от удаления малоподвижной опухоли малого таза. По жизненным показаниям производится наружное дренирование зон, задействованных в гнойное расплавление тканей. Выделяем восходящие из малого таза забрюшинные флегмоны (одно- и двусторонние), пресакральные флегмоны (позадипрямокишечные), флегмоны ректовагинального промежутка, паравезикальные флегмоны (одно- и двусторонние), флегмоны промежности

и ягодичных мышц, флегмоны, переходящие на бедро (одно- и двусторонние). Наличие обширного гнойного расплавления тканей опухолевого конгломерата, близость внутренних подвздошных сосудов значительно затрудняют широкое раскрытие гнойников. Поэтому для дренирования локальных и распространенных гнойников мы отдаем предпочтение методикам проточного дренирования по Каншину, усовершенствованным нами применительно к рассматриваемой проблеме.

После устранения гнойного процесса тактика не отличается от таковой при локальных параопухолевых гнойных процессах. Известно большое количество классификаций свищей прямой кишки [цит. по 6, 7]. Н. Е. Васон (1945 г.) разделяет свищи простые (имеющие внутреннее и наружное отверстие), сложные (разветвленные, глубоководные) и осложненные (сообщающиеся с другими органами). Т. С. Milligan, С. N. Morgan (1934 г.) предложили классификацию, основанную на расположении свищевого хода по отношению к анальному кольцу: 1) подкожные и подслизистые; 2) высокие и низкие анальные; 3) аноректальные свищи. Классификация А. Н. Рыжих предусматривает следующее деление свищей: I — по этиологическому признаку на неспецифические и специфические хронические парапроктиты; II — по отношению к просвету прямой кишки на полные и неполные; III — по отношению к наружному сфинктеру на локализующиеся кнутри от сфинктера: подкожноподслизистые и интрасфинктерные; проходящие через сфинктер — чрессфинктерные; IV — по характеру и направлению хода на простые с прямым свищевым ходом, сложные с извилистым ходом. Согласно классификации А. М. Аминова, по этиологическому признаку выделяют врожденные, приобретенные, травматические, симптоматические воспалительные и опухолевые свищи; по характеру инфекции — вульгарные парапроктиты, анаэробные, специфические; по анатомическим признакам в зависимости от отношения к наружному сфинктеру — расположенные внутри от сфинктера, чрессфинктерные, внесфинктерные; в зависимости от первичной локализации воспалительного процесса: подкожные, подслизистые, седалищно-прямокишечные, тазово-прямокишечные; в зависимости от расположения наружных и внутренних свищевых отверстий: кожные, маргинальные, отверстие открывается на переходной кайме, отверстие открывается в одной из крипт, отверстие открывается выше крипты. В соответствии с рентгенологическими признаками выделяют свищи простые — прямые; сложные — спиральные, опоясывающие; ветвистые; с наличием полостей и бухт; по клиническому течению выделяют острый парапроктит; хронический парапроктит со свищами, без свищей, рецидивирующий.

Более удобной в практическом отношении является классификация свищей НИИ проктологии [8]: по этиологическому признаку —

банальный, специфический и посттравматический; по активности воспалительного процесса — острый, инфильтративный и хронический (свищи прямой кишки); по локализации гнояников, инфильтратов и затеков — подкожный, подслизистый и ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный; по расположению внутреннего отверстия свища — передний, задний, боковой; по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера — интрасфинктерный (подкожно-слизистый), транссфинктерный, экстрасфинктерный (I–IV степени сложности).

Клинически острый парапроктит проявляется болями в промежности, повышением температуры тела, нарастанием признаков интоксикации. В случае распространения воспалительного процесса в параректальной клетчатке развивается флегмона. Исходом данного течения заболевания может быть вскрытие гнояника в прямую кишку, прорыв гнояника наружу, реже наблюдается формирование внутренних влагалищно-прямокишечных и мочепузырно-прямокишечных свищей.

В процессе обследования больных с опухолевым острым и хроническим парапроктитом диагностируется опухоль прямой кишки, что требует после ликвидации остроты процесса специфического лечения с учетом распространенности заболевания. Излечение свищевой формы опухолевого парапроктита возможно только при условии полного удаления опухоли.

В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев [9] одним из осложнений злокачественного процесса в прямой кишке считают образование прямокишечно-влагалищных свищей. Они классифицируют их по этиологии: врожденные и приобретенные (травматического происхождения, после острого парапроктита, как осложнение болезни Крона и неспецифического язвенного колита), вследствие прорастания в ректовагинальную перегородку злокачественных опухолей, вследствие лучевого поражения, обусловленные редкими причинами; по локализации наружного свищевого отверстия во влагалище: в нижней трети, в средней трети, в верхней трети; по отношению к сфинктеру заднего прохода: интрасфинктерные, чрессфинктерные, экстрасфинктерные; по степени сложности от I до IV категории. Авторы считают, что свищи, возникшие вследствие прорастания в ректовагинальную перегородку злокачественных опухолей, подлежат удалению при выполнении основного оперативного вмешательства по поводу опухоли. При свищах лучевой этиологии в связи с обширными фиброзными изменениями и наличием артериита по периферии облучаемой области общепринятые способы пластического закрытия свищей с помощью местных тканей, как правило, неэффективны. Оптимальны резекция, экстирпация кишки с опухолью, резекция влагалища с экстирпацией матки с придатками или без нее.

В отличие от острых гнойных процессов, которые требуют двухэтапного лечения, при хрони-

ческих опухолевых свищах малого таза мы считаем оправданным радикальное удаление опухолей. Так, при хронических опухолевых парапроктитах представляется целесообразной экстирпация опухоли с тканями промежности, несущей свищи; при ректовагинальных свищах опухолевого генеза выполняем экстирпацию (либо резекцию) прямой кишки с иссечением (либо экстирпацией) матки и 2/3 влагалища в пределах здоровых тканей; при ректовезикальных опухолевых свищах выполняем экстирпацию (или резекцию) прямой кишки с иссечением свища на мочевом пузыре в пределах здоровых тканей (либо экстирпацией мочевого пузыря при его значительной опухолевой трансформации); при межкишечных опухолевых свищах выполняем резекцию вовлеченных в раковый процесс петель кишечника. Принципиальным для решения вопроса о применении столь обширных оперативных вмешательств является интраоперационная верификация злокачественности процесса, а также его распространенности и поражения регионарных лимфоузлов для уточнения вида и объема лимфодиссекции.

Синдром поражения лимфатических сосудов.

Наличие синдрома подтверждается при пальпации поверхностных лимфоузлов, УЗ-исследовании, компьютерной томографии, лимфографии. Обобщая данные о лимфатической системе органов, из которых исходят опухоли, наиболее целесообразно выделить следующие группы лимфоузлов: 1) паховые лимфоузлы; 2) крестцовые; 3) околоматочные и паравезикальные; 4) внутренние подвздошные и наружные подвздошные; 5) парааортоальные лимфоузлы. Соответственно этим группам пораженных лимфоузлов мы выделяем следующие виды лимфодиссекций, которые являются неотделимой частью радикальной операции при новообразованиях малого таза: пахово-бедренная лимфодиссекция (О. Дюкена); подвздошно-паховая лимфодиссекция (по Дюкену-Ахмедзянову); подвздошно-паховая лимфодиссекция с удалением паравезикальной клетчатки (по Школьникову); аортоподвздошная лимфодиссекция (по Вертгейму-Майлсу); пресакральная лимфодиссекция (по Васон и Khubchandani).

Операция Дюкена производится следующим образом. Вертикальным разрезом на 8–10 см выше пупартовой связки и на 15–20 см ниже ее рассекают кожу, отсепааровывают в виде ромба, удаляют подкожную клетчатку от передне-верхней ости подвздошной кости, наружного отверстия пахового канала и на 2–4 см ниже угла скарповского треугольника. В нижнем отделе раны перевязывают большую подкожную вену и ее ветви. Кверху отсепааровывают комплекс кожи, лимфоузлов и подкожной клетчатки, отделяя его от сосудов бедра и освобождая бедренный канал, с последующим удалением в одном блоке лимфоузла Пирогова и глубоких паховых лимфоузлов.

При операции М. И. Школьника разрез кожи выполняют от уровня передне-верхних остей под-

вздошных костей вертикально вниз до уровня вершины скарповского треугольника с обеих сторон. Оба разреза соединяют над лобком в виде букв «Н» или «П». Кожу отсепааровывают, а подкожную клетчатку с лимфоузлами удаляют после перевязки и пересечения большой подкожной вены справа и слева с надлобковой клетчаткой.

Синдром поражения костей таза. При местном распространении опухолей малого таза нередко в процесс вовлекаются прилежащие костные образования. Чаще всего лонные кости (при раке предстательной железы, мочевого пузыря), подвздошные кости (при хондросаркомах, раке прямой кишки), крестец и копчик (чаще при дистальных раках прямой кишки). Поражение костей таза обычно является признаком запущенного онкопроцесса. Тем не менее в наших наблюдениях у 6 пациентов удаление первичной опухоли с резекцией пораженных костных тканей позволило существенно снизить интенсивность прогрессирования онкологического процесса, а у двух — способствовало выздоровлению пациентов. В связи с этим нами разработаны и усовершенствованы резекционные методики вмешательств на костях. Были выполнены резекция лонных костей, лонного симфиза и расширенная резекция лонного симфиза и лонных костей. Методика состоит в поднадкостничном выделении участка лонной кости, подлежащего удалению, проведении пилы Джигли под лонную кость, перепиливании ее и удалении с опухолью одним блоком. Мы считаем необходимым протезирование лонного симфиза, которое осуществляем фторопластовым протезом с фиксацией протеза к лонной кости одним из методов остеосинтеза. Подвздошные кости могут быть резецированы секторально либо на стороне поражения с удалением всего крыла подвздошной кости. Такие операции наиболее оправданы при хондросаркомах. Нами было выполнено 7 таких оперативных вмешательств.

Особое место занимает поражение крестца при опухолях малого таза. Первые операции при раке прямой кишки с резекцией крестца были выполнены Lisfranc (1826), Kraske (1885) [цит. по 10]. Следует отметить, что в этих случаях резекция крестца выполнялась как доступ к прямой кишке, методика операции была недостаточно отработана, операции сопровождались большим количеством гнойно-септических осложнений. Мы выполняем резекцию крестца лишь при местнораспространенных опухолях с инвазией в него. Считаем, что резекция крестца до уровня S1 существенно не увеличивает летальности и частоту послеоперационных осложнений. Мы ни в одном случае не встретили остеомиелита позвонков, кровоте-

чений, не останавливаемых хирургическим путем; не увеличивается и частота и количество гнойно-септических осложнений. Выполнение подобных операций требует хорошего знания анатомии крестцовой зоны, кровоснабжения, опыта работы со возможными массивными кровотечениями и методиками их эффективной профилактики. Для уменьшения возможной кровопотери можно производить перевязку внутренних подвздошных артерий и вен, диатермокоагуляцию венозных сплетений и губчатого вещества костей. В наших наблюдениях имели место два клинических случая, когда развились массивные кровотечения из вен крестцового сплетения, подвздошных вен и их ветвей. Единственно возможным эффективным гемостатическим мероприятием явилось тугое тампонирование промежностной раны. В последующем все эти пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

В процессе выделения основного симптомокомплекса заболевания в большинстве случаев до операции удается выяснить, откуда исходит опухоль. В то же время в 8,5–10% наблюдений установить истинный диагноз удается лишь во время хирургического вмешательства при выполнении «открытой» интраоперационной биопсии. Выбор окончательного оперативного вмешательства существенно зависит от морфологии опухолевого образования, его распространенности.

Таким образом, стратегия хирургического лечения местнораспространенных опухолей малого таза подразумевает верификацию, учет и поэтапную ликвидацию синдромов, которыми, как правило, сопровождается распространение опухоли за пределы любого органа в малом тазу. Хирургическая тактика может различаться в зависимости от объема опухоли, направления ее роста и инвазивности сдавления сосудистых образований, наличия синдрома нагноения, поражения лимфатических коллекторов и костей таза.

Улучшение результатов хирургического лечения данной патологии возможно за счет дооперационной верификации топографо-анатомических взаимоотношений пораженной и оставшейся здоровой части тазовых органов, адьювантной химиотерапии, планирования и выполнения этапной хирургической техники эвисцераций и лимфодиссекций с гемостазом и последующим применением различных видов деривации кала и мочи.

Данная проблема еще далека от полного ее разрешения в отношении не только первичных местнораспространенных опухолей, но и рецидивов опухолей малого таза, в арсенале средств лечения которых оперативные методы составляют скорее исключение, чем правило.

Литература

1. Кулаков В. И., Черная В. В., Балуда В. П. Острый тромбоз вен нижних конечностей в акушерстве. — М.: Медицина, 1982. — 208 с.
2. Савельев В. С., Дулгие Э. П., Яблоков Е. Д. Болезни магистральных вен. — М.: Медицина, 1972. — 439 с.
3. Неотложная хирургия при раке толстой кишки / Н.

- Н. Александров, М. И. Лыткин, В. П. Петров с соавт.— Минск: Беларусь, 1980.— 303 с.
4. *Гешелин С. А.* Неотложная онкохирургия.— К.: Здоров'я, 1988.— 200 с.
5. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит.— М.: Медицина, 1981.— 208 с.
6. *Рыжих А. Н.* Хирургия прямой кишки.— М.: Медгиз, 1956.— 392 с.
7. *Рыжих А. Н.* Атлас операций на прямой кишке.— М.: Медучпособие, 1960.— 283 с.
8. *Федоров В. Д., Воробьева Г. И. Ривкина В. Л.* Клиническая оперативная колопроктология.— М.: ГНЦ проктологии.— 1994.— 219 с.
9. *Федоров В. Д., Дульцев Ю. В.* Проктология.— М.: Медицина, 1984.— 384 с.

Поступила 08.04.2008